

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, 85/14 in 10/17 – ZČmIS; 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 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 (v nadaljnjem besedilu: minister 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, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ in 64/17 – ZZDej-K; 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.; v nadaljnjem besedilu: Statut ZZS).

PREDLOG NOVELE PRAVIL

S Predlogom sprememb in dopolnitev pravil (v nadaljnjem besedilu: novela pravil) se zasledujejo naslednji cilji:

- sprememba (zastarelih) ureditev posameznih področij zaradi razvoja medicinske stroke;
- odprava pravnih praznin in nejasnih ureditev z natančnejšo opredelitvijo;
- opustitev nepotrebnih določb;
- uskladitev Pravil z zakonodajo;
- odprava notranjih neskladij besedila Pravil.

Predlog novele pravil vključuje naslednje vsebinsko zaokrožene sklope, ki se nanašajo na:

- I. pravico do zdravstvenih storitev;
- II. pravico do storitev zobozdravstvene dejavnosti;
- III. pravico do zdraviliškega zdravljenja;
- IV. pravico do obnovitvene rehabilitacije invalidov in udeležbe v organiziranih skupinah za usposabljanje;
- V. pravico do zdravil in živil na recept;
- VI. pravico do spremstva;
- VII. pravico do pripomočkov;
- VIII. pravico do zdravljenja v tujini;
- IX. pravico do nadomestila plače;
- X. pravico do povračil potnih stroškov;
- XI. druge določbe glede pravic in njihovega uveljavljanja.

Vsebinski sklopi vključujejo naslednje bistvene spremembe in dopolnitve določb pravil:

I. Pravica do zdravstvenih storitev

1. sprememba opredelitve zdravstvenih storitev, ki ne sodijo med pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu: OZZ) zaradi jasnejše opredelitve (estetski posegi) oziroma uskladitve z zakonodajo (cepljenja);
2. sprememba opredelitve pravice do preventivnih zdravstvenih storitev v osnovni zdravstveni dejavnosti zaradi uskladitve z zakonodajo;
3. sprememba opredelitve pravice do oploditve z biomedicinsko pomočjo zaradi medicinske doktrine in uskladitve z medicinsko prakso njenega izvajanja;
4. sprememba uveljavljanja patronažne zdravstvene nege in zdravstvene nege na domu zaradi racionalizacije izvajanja zdravstvenih storitev ter lažje in hitrejše dostopnosti do zdravstvenih storitev;

5. sprememba standarda zdravstvenih storitev po času izvedbe in vrsti zdravstvenih storitev, ki sodijo v ta standard, zaradi uskladitve z zakonodajo in glede na organizacijo dela izvajalcev, ob sočasnem upoštevanju opozoril Varuha človekovih pravic;
6. jasnejša ureditev standarda zdravstvenih storitev izbranega osebnega ginekologa na sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti po času izvedbe;
7. sprememba ureditve o napotitvi zaradi uskladitve z zakonodajo, večje jasnosti in notranje skladnosti besedila pravil, ki vključuje tudi:
 - spremembo vrst zdravstvenih storitev, za katere se uporablja delovni nalog in napotnica;
 - spremembo opredelitve najdaljše dopustne čakalne dobe;
 - spremembo veljavnosti napotnice;
 - določitev roka za predložitev napotnice in roka za izdajo izvida;
 - spremembo standarda zdravstvenih storitev po času uveljavljanja;
 - spremembo ureditve pravic in obveznosti v zvezi s čakalnimi dobami;
 - določitev pooblastil kliničnega psihologa.

II. Pravica do storitev zobozdravstvene dejavnosti

1. uskladitev obsega pravice do preventivnih zobozdravstvenih pregledov z zakonodajo;
2. sprememba ureditve pravice do zobno-protetičnih pripomočkov (v nadaljnjem besedilu: ZPP) zaradi napredka medicinske stroke in jasnejše ureditve pravice;
3. nova ureditev pravice do zobno-protetične rehabilitacije (v nadaljnjem besedilu: ZPR) 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), njihovih standardov (doba trajanja, 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;
4. podrobnejša ureditev pravice do ortodonskega zdravljenja zaradi jasnejše ureditve pravice, pri čemer je na novo urejena pravica do ortodonskega zdravljenja oseb s težko skeletno nepravilnostjo, ortodonsko zdravljenje pa je potrebno kot priprava na ortognati poseg (ta se zagotavlja v breme OZZ);
5. sprememba standardnih materialov in trajnostne dobe zobozdravstvenih storitev in ZPP zaradi napredka medicinske stroke in jasnejše ureditve pravice;
6. natančnejša ureditev pravice do popravila, prilagoditve in novega ZPP;
7. sprememba postopka uveljavljanja pravic do zobozdravstvenih storitev v zvezi s pooblaščenimi zdravniki, z napotitvami in s predlogom načrta zobno-protetične rehabilitacije, zaradi nove ureditve pravice do ZPR s pomočjo zobnih vsadkov in notranje skladnosti pravil.

III. Pravica do zdraviliškega zdravljenja

1. nova indikacija za zdraviliško zdravljenje pri boleznih dihal (idiopatska (družinska) in kronična trombembolična pljučna arterijska hipertenzija) zaradi medicinske doktrine;
2. nov razlog za odlog začetka in prekinitev zdraviliškega zdravljenja.
3. podrobnejša ureditev standarda prehrane zavarovane osebe ter nastanitve in prehrane spremljevalca slepe zavarovane osebe med zdraviliškim zdravljenjem, ki se izvaja na stacionarni način, zaradi večje jasnosti pravne ureditve;

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

Opustitev omejitve uveljavljanja zdraviliškega zdravljenja, če je bila predhodno izvedena obnovitvena rehabilitacija invalidov ali udeležba v organiziranih skupinah za usposabljanje, zaradi uskladitve z zdravstvenimi stanji, ki so indikacija za zdraviliško zdravljenje.

V. Pravica do zdravil in živil na recept

1. sprememba opredelitve magistrálnih zdravil zaradi notranje skladnosti besedila pravil;
2. jasnejša opredelitev pravice do magistrálnih zdravil na recept glede na njihovo določitev (razvrščana na listo zdravil in določena s Seznamom magistrálnih zdravil, ki je Priloga pravi) in posledično predpisovanje njihovih imen;
3. določitev starosti otrok, katerim se lahko predpišejo magistrálna zdravila na recept, iz strokovno medicinskih razlogov in enakopravnejše obravnave zavarovanih oseb;
4. sprememba Seznama magistrálnih zdravil zaradi spremembe naziva industrijsko izdelane mazilne podlage zaradi novega distributerja;

5. dopolnitev relevantnih določb pravil, ki urejajo zdravila na recept, z ureditvijo živil na recept, zaradi jasnosti ureditve in odprave pravnih praznin;
6. ukinitve doplačila za izdano zdravilo na recept, ki je predpisano s splošnim imenom, če nima določene najvišje priznane vrednosti zaradi neizvedljivosti;
7. 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 (v nadaljnjem besedilu: Direktiva 2011/24/EU) ter zdravila in živila kupljenega v tujini zaradi motnje v preskrbi na slovenskem trgu zaradi uvedbe elektronskega recepta (v nadaljnjem besedilu: e-recept) v Republiki Sloveniji (v nadaljnjem besedilu: RS) zaradi čim hitrejšega začetka zdravljenja in enakopravnejše obravnave zavarovanih oseb pri uveljavljanju pravice do zdravil in živil;
8. ukinitve možnosti uvedbe potrjevanja receptov za zdravila in živila z omejitvijo predpisovanja zaradi nepotrebnosti glede na možnost določitve omejitev predpisovanja in omejitev izdajanja zdravil in živil;
9. sprememba predpisa zdravila in živila na recept ob odpustu iz bolnišnice zaradi uskladitve s pooblastilom napotnega zdravnika za zdravljenje zavarovane osebe;
10. sprememba količine izdanega zdravila, predpisanega na enoletni obnovljivi recept, zaradi možnosti, da se izda za celotno enoletno obdobje brez dodatnega recepta za manjkajočo količino;
11. sprememba načina predpisovanja receptov za t. i. draga zdravila (cena pakiranja presega 200 eurov) zaradi uvedbe e-recepta in izvajanja pravila mesečne izdaje dragega zdravila;
12. določitev roka za naslednjo (ponovno) izdajo dragega zdravila zaradi izvedbe pravila mesečne izdaje dragega zdravila;
13. sprememba dodelitve in predpisovanja receptov za osebno rabo glede na njihov namen in zaradi zagotavljanja bolj primerne, kakovostne in varne zdravstvene obravnave;
14. sprememba postopka uveljavljanja pravice do zdravil in živil zaradi uvedbe e-recepta, ki vključuje tudi določitev pogojev za predpis recepta na papirnatem obrazcu (v nadaljnjem besedilu: papirnati recept ter spremembo roka za prevzem zdravila in živila v lekarni v RS na podlagi papirnatega recepta).

VI. Pravica do pripomočkov

1. sprememba opredelitve izraza "medicinski pripomoček" (v nadaljnjem besedilu: MP), ki označuje le tisti MP, ki se izda na naročilnico;
2. prenos vseh pogojev za uveljavitev pravice do dihalnih aparatov in MP pri zdravljenju sladkorne bolezni v splošni akt skupščine zavoda iz drugega odstavka 64. člena pravil - Sklep o določitvi zdravstvenih stanj za upravičenost do posameznih medicinskih pripomočkov (v nadaljnjem besedilu: Sklep o določitvi zdravstvenih stanj za MP);
3. uvedba novih MP z namenom sistemske ureditve zagotavljanja MP (vakuumaska opornica z izravnalnim podplatom, sprejemnik za kontinuirano merjenje glukoze) oziroma boljšim nadzorom zavarovanih oseb nad sladkorno boleznijo (testni trakovi tudi za optično določanje ketonov v urinu);
4. izključitev pravice do gonilnika za voziček, saj se več kot 5 let ne predpisuje in izdaja, pri čemer se vozički že več let zagotavljajo v drugačni obliki oziroma z drugimi, ustrežnejšimi ali s sodobnejšimi dodatki;
5. sprememba postopkov zagotavljanja elastomernih črpalk in aparatov za nadomestno komunikacijo zaradi poenostavitve oziroma racionalizacije postopkov;
6. natančnejša ureditev pravice do vzdrževanja, popravil in prilagoditev MP z jasnejšo razmejitvijo;
7. sprememba obdobja izposoje MP zaradi aktivnega upravljanja pravice do MP;
8. nova opredelitev cene in cenovnega standarda MP, tudi zaradi uskladitve z zakonsko terminologijo;
9. nova opredelitev dobe trajanja;
10. skrajšanje dobe trajanja (npr. inzulinska črpalka, nekatere kanile);
11. ureditev veljavnosti naročilnice v pravilih in sprememba ureditve obnovljive naročilnice;
12. sprememba dolžnosti dobaviteljev glede zagotavljanja:
 - minimalnega nabora MP na izdajnih mestih predlog, hlačnih predlog (plenic), posteljnih podlog za enkratno uporabo in fiksirnih hlačk, zaradi optimalnega zagotavljanja zalog velikega števila volumensko obsežnih MP različnih proizvajalcev;
 - pripomočkov iz skupin MP pri umetno izpeljanem črevesju, pri težavah z odvajanjem seča, pri zdravljenju sladkorne bolezni in obvezilnih materialov zavarovani osebi z namenom, da zavarovane osebe te MP dobijo takoj, ne pa šele po 24 urah;
13. sprememba podrobnejše ureditve pravice do povračila stroškov vrednosti MP v skladu z Direktivo 2011/24/EU zaradi odprave administrativnih ovir;

14. delna sprememba prihodnje ureditve celotnih plačil in doplačil MP dobaviteljem, kot je bila sicer v pretežni meri določena že leta 2014.

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.

VII. Pravica do zdravljenja v tujini

1. sprememba opredelitve prevoznih stroškov, ki ne sodijo med pravice iz OZZ, zaradi notranje uskladitve besedila pravil;
2. določitev preračuna stroškov zdravstvenih storitev in potnih stroškov iz tuje v domačo valuto zaradi odprave pravne praznine;
3. širitev pravice do spremstva zavarovane osebe, starejše od 18. let, zaradi uskladitve z dosedanja prakso;
4. dopolnitev vprašanj, ki so predmet mnenja konzilija izvajalca na terciarni ravni, zaradi sprememb določb o pravici do potnih stroškov;
5. sprememba ureditve akontacije za potne stroške zaradi spremembe opredelitve pravice do povračila potnih stroškov;
6. sprememba vrste dokazil, ki se predložijo zahtevam za povračilo stroškov, zaradi sprememb oblik posameznih dokazil.

VIII. Pravica do spremstva

1. izključitev nezdravstvenega ("drugega") razloga za uveljavljanje pravice do spremstva zaradi vezanosti pravic na zdravstveno stanje zavarovane osebe;
2. jasnejša opredelitev zavarovanih oseb, ki imajo pravico do spremstva zaradi duševne ali telesne prizadetosti.

IX. Pravica do nadomestila plače

1. širitev pravice za spremljevalca zavarovane osebe v primeru zdravljenja v tujini;
2. določitev delovnega koledarja za zavarovance, ki so samostojni zavezanec za plačilo prispevkov, s ciljem enakopravne obravnave zavarovancev;
3. opustitev nepotrebne določbe glede obračuna nadomestila;
4. določitev roka, v katerem mora izbrani osebni zdravnik posredovati predlog imenovanemu zdravniku v primeru predhodno nezaključene začasne zadržanosti od dela, o kateri je odločil imenovani zdravnik oziroma zdravstvena komisija.

X. Pravica do povračil potnih stroškov

1. sprememba pravice do povračila prevoznih stroškov ter stroškov prehrane in nastanitve v RS in tujini zaradi razlikovanja ureditve, ki velja v RS in tujini, in zaradi natančnejše opredelitve;
2. sprememba vrste dokazil, ki se predložijo zahtevam za povračilo potnih stroškov.

XI. Druge določbe glede pravic in njihovega uveljavljanja

1. sprememba uveljavljanja zdravstvenih storitev brez kartice zdravstvenega zavarovanja zaradi uskladitve pravil z drugim splošnim aktom zavoda in zaradi sistematike pravil;
2. sprememba dopustnih plačil in doplačil zdravstvenih storitev, vključno z MP, zaradi jasnejše ureditve in notranje skladnosti pravil;
3. sprememba ureditve, kateri imenovani zdravnik odloča v postopkih iz 81. člena ZZVZZ in katera območna enota zavoda odloča v postopkih iz 84. člena ZZVZZ zaradi enovitosti zavoda.

OBRAZLOŽITEV ČLENOV PREDLOGA NOVELE PRAVIL

K 1. členu (1. člen pravil)

Sprememba 4. točke 1. člena pravil je uskladitvene narave z opredelitvijo izrazov "medicinski pripomoček" in "pripomoček" iz 2. člena pravil. Pravila namreč ne določajo le standardov "medicinskih pripomočkov", ki se predpisuje na naročilnico, temveč določajo tudi ureditev glede standardov drugih medicinskih pripomočkov, ki jih zagotavljajo izvajalci pri izvajanju zdravstvene dejavnosti. Zato se v 4. točki 1. člena pravil izraz "medicinskih pripomočkov" nadomešča s širšim izrazom "pripomočkov".

K 2. členu (2. člen pravil)

1. točka

Nova 1. točka 2. člena pravil, ki opredeljuje izraz "artikel", je spremenjena dosedanja 32. točka 2. člena pravil, ki opredeljuje izraz "pripomoček (artikel)". Gre za terminološko spremembo v celotnem besedilu pravil.

4. točka

Spreminja se opredelitev izraza "delovni nalog" iz 4. točke 2. člena pravil, ki je listina zavoda. Z delovnim nalogom izvajalec naroča drugemu izvajalcu, katere storitve naj opravi. Pri naročilu teh storitev ni potreben prenos pooblastila s strani izvajalca, ki te storitve naroča, kot to velja pri napotitvi z napotnico. Delovni nalog se uporablja tudi v primeru, ko pri izvedbi zdravstvene storitve ni hkrati podana tudi interpretacija izvida, ki je nastal ob obravnavi zavarovane osebe (npr. zobni rentgen). V skladu z navedenim sta spremenjeni opredelitvi izrazov "delovni nalog" in "napotnica". Iz opredelitve izraza "delovni nalog" je tako črtana storitev "ultrazvok", saj je v tem primeru vedno podana interpretacija izvida. Pri "rentgenskih storitvah" pa je bolj natančno opredeljeno, da se delovni nalog uporablja, ko gre za "rentgenska slikanja zob, pri katerih ni potreben specialistični izvid", torej le v primeru, ko interpretacija izvida ni potrebna. Zaradi spremenjene opredelitve listine "delovni nalog" se kot nepotreben črta 255. člen pravil.

Po novem se delovni nalog ne bo več uporabljal za napotitev na zdravstvene storitve s področja klinične psihologije. V tem primeru se bo uporabljala napotnica (18. točka 2. člena pravil). Posledično so na novo določena tudi pooblastila kliničnega psihologa (peti odstavek 178. člena pravil).

12. točka

Spreminja se opredelitev izraza "magistralno zdravilo" iz 12. točke 2. člena pravil. Magistralno zdravilo, predpisano na recept, se v lekarni pripravi in izda le v primeru, če na trgu v RS ni na listo razvrščeno industrijsko proizvedeno ali galensko izdelano zdravilo, ki ima s stališča terapevtske indikacije:

- enako sestavo učinkovin, jakost ali farmacevtsko obliko;
- primerljivo sestavo učinkovin (enaka učinkovina z različno formulacijo), različno jakost, ki je posledica različne formulacije učinkovin, in različno farmacevtsko obliko.

Če obstaja tako industrijsko proizvedeno ali galensko izdelano zdravilo, ki je razvrščeno na listo, se prednostno izda to zdravilo in se magistralno zdravilo v lekarni ne pripravi. Opredelitev izraza v 2. členu pravil se usklajuje z vsebino 57. člena pravil, zaradi česar se ne spreminja natančnejši obseg pravice do magistralnih zdravil na recept.

14. točka

S spremembo izraza "medicinski pripomoček" iz 14. točke 2. člena pravil se ta dopolnjuje s t. i. "drugimi pripomočki". Ti "drugi pripomočki" niso MP glede na opredelitve v Uredbi (EU) 2017/745 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 5. aprila 2017 o medicinskih pripomočkih, spremembi Direktive 2001/83/ES, Uredbe (ES) št. 178/2002 in Uredbe (ES) št. 1223/2009 ter razveljavitvi direktiv Sveta 90/385/EGS in 93/42/EGS in v Zakonu o medicinskih pripomočkih (Uradni list RS, št. 98/09; v nadaljnjem besedilu: ZMedPri). Kljub temu se že ves čas zagotavljajo kot pravica iz OZZ in se predpisujejo na naročilnico. Tudi ta drug pripomoček mora biti

povezan z zdravstvenim stanjem zavarovane osebe ali je njegova uporaba povezana z MP (npr. akumulatorji – za voziček, lasulja – za onkološke bolnice in izravnalni podplat – pri uporabi vakuumske opornice).

16. točka

S spremembo opredelitve izraza "najdaljša dopustna čakalna doba" se sledi ureditvi 2. člena pravil glede opredelitve izrazov "čakalna doba", "čakalni seznam" in "razumen čas". Tako se tudi pri opredelitvi izraza "najdaljša dopustna čakalna doba" odkazuje na opredelitev v Zakonu o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08 in 55/17; v nadaljnjem besedilu: ZPacP). Izraz je bil v ZPacP opredeljen z njegovo novelo, tj. z Zakonom o spremembah in dopolnitvah Zakona o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 55/17; v nadaljnjem besedilu: ZPacP-A). S tem se zagotovi stalna ažurnost opredelitve izraza.

18. točka

Dopolnjuje se opredelitev izraza "napotnica" iz 18. točke 2. člena pravil. Po novi ureditvi se napotnica uporablja tudi v primeru, ko pooblaščen zdravnik napoti zavarovano osebo na storitve, ki jih opravlja klinični psiholog. Klinični psiholog je zdravstveni delavec z ustrezno specializacijo. V skladu s Seznamom poklicev zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev, določenim z Odredbo o seznamu poklicev v zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 4/14), lahko dela na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti. V skladu s štiriletnim specialističnim izobraževanjem (Odredba o programu specializacije iz klinične psihologije, Uradni list RS, št. 71/13) je usposobljen za opravljanje kliničnopsihološkega dela in v okviru njega za kliničnopsihološko ocenjevanje, kliničnopsihološko formulacijo problema, izvajanje psiholoških oblik pomoči na ravni preventive, zdravljenja in rehabilitacije, timsko interdisciplinarno in transdisciplinarno delo ter evalvacijo kliničnopsihološke obravnave. Klinični psiholog v okviru zdravstvenega sistema obravnava ljudi s psihosocialnimi problemi in duševnimi motnjami v vseh razvojnih obdobjih. Je specialist, ki na podlagi napotitve pristojnega zdravnika sam določa obseg in vrsto izvedenih diagnostičnih storitev ter na njihovi podlagi indikacijo ter obseg in vrsto svetovalnih terapevtskih ali rehabilitacijskih storitev. Klinični psiholog samostojno določa obseg in vrsto storitev s svojega delovnega področja, pri čemer lahko zavarovano osebo zaradi izvedbe kliničnopsihološkega dela napoti na nadaljnje storitve z delovnim nalogom. Zato je za napotitev h kliničnemu psihologu bolj smiselna uporaba listine napotnica, kot listine delovni nalog.

27. točka

Sprememba izraza "osebni zdravnik" iz 27. točke 2. člena pravil je redakcijske (terminološke) narave.

31. točka

Sprememba izraza "pravni red EU" iz 31. točke 2. člena pravil je redakcijske (slovnične) narave.

32. točka

Z novo 32. točko 2. člena pravil je opredeljen izraz "prilagoditev", ki se uporablja v ZMedPri. Izraz nadomešča v pravilih uporabljen izraz "predelava", ki ga zakonodaja s področja MP in ZPP ne pozna. Prilagoditev je poseg v MP, ko v času njegove uporabe pride na strani zavarovane osebe do anatomskih ali funkcionalnih sprememb in je zato treba MP prilagoditi novemu zdravstvenemu stanju. Če gre za spremembo na strani MP, govorimo o vzdrževanjih in popravilih MP. Prilagoditve v breme OZZ je torej naknaden poseg po izdaji oziroma izposoji MP, ne pa ob sami izdaji oziroma izposoji. Izraz "prilagoditev" se z enako vsebino uporablja tudi pri ZPP. V obeh primerih (pri MP in ZPP) je prilagoditev pravica le, če je tehnično izvedljiva, kar opredeli proizvajalec MP oziroma izvajalec zobozdravstvenih storitev.

33. točka

Sprememba izraza "pripomoček" iz 33. točke 2. člena pravil je redakcijske narave.

37. točka

Dopolnjena je 37. točka 2. člena pravil, ki opredeljuje izraz "recept EU" (do sedaj "receptni obrazec"). Dopolnitev 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 receptov EU. Dopolnitev vsebinsko ne spreminja določbe. Z njo se le jasno določa oblika recepta EU, ki mora biti predpisan na papirnati listini, če se uporabi pri uveljavljanju pravic v skladu s pravili. Dopolnitev tudi ne spreminja dosedanje ureditve. Ta oblika recepta EU izhaja že iz veljavnega 228.e člena pravil. Na njegovi podlagi je že sedaj obvezna sestavina zahteve tudi izvirnik ali kopija recepta EU, torej na papirju.

46. in 47. točka

Spremembi izrazov "zobno-protetični pripomoček" iz 46. točke in "živilo" iz 47. točke 2. člena pravil sta redakcijske narave (uskladitvene narave zaradi terminološke notranje skladnosti besedila pravil).

Dosedanja 37., 38., 43. in 44. točka

Iz 2. člena pravil so izključene opredelitve izrazov seznam medicinskih pripomočkov, skupina medicinskih pripomočkov, šifrant vrst medicinskih pripomočkov in vrsta medicinskega pripomočka, ker so ti izrazi na novo opredeljeni v 64. členu pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 3. 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 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 dosedanjim 20. členom pravil lahko zavarovana oseba uveljavlja brez KZZ nujno medicinsko pomoč in nujno zdravljenje. Po drugi strani Pravilnik o kartici zdravstvenega zavarovanja, profesionalni kartici in pooblastilih za branje in zapisovanje podatkov v zalednem sistemu (Uradni list RS, št. 12/17) določa izjemne primere, ko je dostop do osebnih podatkov v zalednih sistemih (to je v zbirkah podatkov zavoda in drugih upravljavcev iz 5. člena tega pravilnika) mogoč le z uporabo profesionalne kartice brez sočasne uporabe KZZ (preverjanje zavarovanja, ko se storitev lahko opravi brez prisotnosti zavarovane osebe; priprava na sistematični ali preventivni pregled šolske mladine). Zato je prvi odstavek tega člena pravil dopolnjen tako, da bo brez KZZ ali drugega dokazila o urejenosti OZZ lahko zavarovana oseba uveljavila zdravstvene storitve (vključno z zdravili, živili in MP), ne le v primeru nujne medicinske pomoči in nujnega zdravljenja, temveč tudi v drugih primerih, ki jih določa pravilnik, ki ureja KZZ.

Ureditev v novem drugem in tretjem odstavku 20. člena pravil je bila urejena v dosednji 11. točki drugega odstavka in drugi alineji četrtega odstavka 252. člena pravil. Določata, da lahko izvajalec zahteva plačilo celotne pogodbene cene storitve (po novem v višini izvajalčeve cene) 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 urejeno OZZ v času uveljavljanja zdravstvenih storitev. 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 4. členu (22. člen pravil)

Spremembe 5., 6. in 7. točke 22. člena pravil so redakcijske narave (uskladitvene narave zaradi terminološke notranje skladnosti besedila pravil).

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 5. členu (25. člen pravil)**1. točka**

S spremembo 1. točke 25. 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).

3. točka

S spremembo 3. točke 25. člena pravil se pravila usklajujejo z ZZVZZ. Na podlagi 1. točke prvega odstavka 23. člena ZZVZZ je z OZZ zavarovanim osebam zagotovljeno v celoti tudi plačilo zdravstvenih storitev obveznega cepljenja, imunoprofilaksa in kemoprofilaksa skladno s programom ter preprečevanje, odkrivanje in zdravljenje infekcije HIV in nalezljivih bolezni, za katere je z zakonom določeno izvajanje ukrepov za preprečevanje njihovega širjenja. Cepljenja, ki se krijejo iz sredstev OZZ, so določena z letnim programom cepljenja in zaščite z zdravili, sprejetim na podlagi 25. člena Zakona o nalezljivih boleznih (Uradni list RS, št. 33/06 – uradno prečiščeno besedilo; v nadaljnjem besedilu: ZNB). Poleg obveznih cepljenj, ki se krijejo iz sredstev OZZ, se iz sredstev OZZ krije tudi neobvezno cepljenje proti okužbam s humanimi papilomavirusi za deklice v 6. razredu osnovne šole in za zamudnice. Dosedanja 3. točka 25. člena pravil ni skladna z navedeno pravno podlago, saj kot pravico iz OZZ izključuje vsa neobvezna cepljenja. Zato se ustrezno spreminja, skladno z ZZVZZ na način, da odkazuje na zakonsko (ZNB) in s tem na podzakonsko ureditev, ki je v pristojnosti ministra za zdravje.

9. točka

Dopolnitev 9. točke 25. člena pravil je uskladitvene narave s 135.a in 135.b členom pravil. Dosedanja določba 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 9. točka spremeni.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 6. členu (27. člen pravil)

Dosedanji 27. člen pravil je opredeljeval preventivne storitve, ki jih zavarovane osebe uveljavljajo pri izvajalcih osnovne zdravstvene dejavnosti. V členu je bila povzeta, in še to le delno in nedosledno, podzakonska ureditev iz pristojnosti ministra za zdravje. Na podlagi 1. točke prvega odstavka 23. člena ZZVZZ je z OZZ zavarovanim osebam zagotovljeno v celoti tudi plačilo:

- sistematičnih in drugih preventivnih pregledov otrok, učencev, dijakov in študentov do dopolnjenega 26. leta starosti, žensk v zvezi z nosečnostjo in drugih odraslih oseb v skladu s programom (razen pregledov, ki jih na podlagi zakona zagotavljajo delodajalci),
- preprečevanje, presejanje in zgodnje odkrivanje bolezni, skladno s programom, ki ga sprejme Zdravstveni svet,
- svetovanja, izobraževanja, usposabljanja in pomoč za spreminjanje nezdravega življenjskega sloga,
- preprečevanja, odkrivanja in zdravljenja infekcije HIV in nalezljivih bolezni, za katere je z zakonom določeno izvajanje ukrepov za preprečevanje njihovega širjenja, in
- obveznih cepljenj, imunoprofilaksa in kemoprofilaksa skladno s programom.

Na podlagi drugega odstavka istega člena ZZVZZ je minister za zdravje pooblaščen 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 krepitev zdravja iz prve, druge in tretje alineje 1. točke prvega odstavka 23. člena ZZVZ ter navodila za njegovo izvajanje. Na tej podlagi je sprejet Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Uradni list RS, št. 19/98, 47/98, 26/00, 67/01, 33/02, 37/03, 117/04, 31/05, 83/07, 22/09 in 17/15; v nadaljnjem besedilu: Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni), ki se uporablja tudi za izvajanje 27. člena pravil. Prav tako minister za zdravje na podlagi 25. člena ZNB vsako leto sprejme letni program cepljenja in zaščite z zdravili. Glede na navedene zakonske podlage in pristojnosti ministra za zdravje se 27. člen pravil uskladi z ZZVZ na način, da odkazuje na zakonsko in s tem na podzakonsko ureditev, ne da bi še naprej delno in nedosledno povzemal podzakonsko ureditev, ki je v pristojnosti ministra za zdravje.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 7. členu (28. do 35. člen pravil)

28. člen pravil

Člen natančneje ureja pravico do zdravstvenih storitev s področja preprečevanja, odkrivanja in zdravljenja ustnih in zobnih bolezni.

Prvi odstavek pomeni prenos dosedanjega 28. člena pravil.

Drugi odstavek pomeni prenos dosedanjega 35. člena pravil. Določba se pri tem usklajuje z ZZVZ na način, da se v pravilih ne povzema več podzakonska ureditev iz pristojnosti ministra za zdravje. Na podlagi drugega odstavka 23. člena ZZVZ je namreč minister za zdravje pooblaščen 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 krepitev zdravja iz prve, druge in tretje alineje 1. točke prvega odstavka 23. člena ZZVZ 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 za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Ti pregledi vključujejo tudi čiščenje zobnih oblog na zobeh predšolskih otrok, učencev in študentov do dopolnjenega 26. leta starosti. Zato se ta zobozdravstvena storitev izrecno več ne navaja v pravilih (dosedanja 1. točka 29. člena pravil). Ta pravilnik se uporablja tudi za izvajanje dosedanjega 35. člena pravil, tj. sedanjega drugega odstavka 28. člena pravil. Zaradi tega preštevilčenja člena v pravilih se s končno določbo novele pravil usklajuje tudi navedba člena v pravilniku.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

Dosedanji 29. člen pravil

Dosedanji 29. člen pravil je izključen iz nove ureditve, saj je njegova 1. točka zajeta v drugem odstavku 28. člena pravil in ker je njegova 2. točka neskladna z novo ureditvijo pravice do ZPR s pomočjo zobnih vsadkov iz 30. člena pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

29. člen pravil

Člen natančneje določa ZPP, ki so pravica.

Prvi odstavek pomeni vsebinski prenos dosedanjega 30. člena pravil, ki se terminološko spreminja zaradi poenotenja izrazov v zobozdravstveni stroki (napredka medicinske stroke). Nova 5. točka 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 dosednji drugi odstavek 32. člena pravil, ki natančneje določa pravico do delne proteze, ki nadomesti vse vrzeli v eni čeljusti.

Tretji odstavek pomeni vsebinski prenos dosedanjega 31. člena pravil. Pri tem je spremenjena 1. točka, ki natančneje opredeljuje, do katerega leta imajo zavarovane osebe, ki se šolajo pravico, do ZPP. Glede na dosednji prvi odstavek 31. člena pravil je črtan del besedila, da zavarovani osebi "manjka en zob v vidnem področju", ker je to stanje že zajeto v 30. členu pravil.

Četrty odstavek pomeni vsebinski prenos dosedanje 5. točke 30. člena in dosednjega 32. člena pravil. Sprememba obsega natančnejši zapis pogoja, ki mora biti izpolnjen pred izdelavo ZPP iz 29. člena pravil.

Peti odstavek na novo določa štetje zob v posameznem kvadrantu zaradi jasnosti pravne ureditve.

Zaradi nove ureditve pravice do ZPR s pomočjo zobnih vsadkov in jasnosti pravne ureditve šesti odstavek na novo določa, da se pri uveljavljanju pravice do ZPP iz 29. člena pravil šteje kot lastni zob tisti zobni vsadek, ki si ga zavarovana oseba vsadi samoplačniško na lastno željo.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

30. člen pravil

Člen opredeljuje novo pravico do ZPR s pomočjo zobnih vsadkov, ki obsega kirurško in protetično obravnavo. Pri ZPR s pomočjo zobnega vsadka gre za celovito obravnavo, pri kateri je kirurški postopek vsaditve zobnega vsadka predpriprava za protetično obravnavo. Zato mora pred začetkom kirurškega dela zdravljenja mnenje glede potrebe po tovrstni rehabilitaciji podati specialist za stomatološko protetiko in specialist za maksilofacialno ali oralno kirurgijo.

Pogoja za uveljavljanje navedene pravice sta:

- da v konkretnem primeru zavarovani osebi ni mogoče zagotoviti funkcionalno ustrezne ZPR z ZPP iz 29. 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 ZPR z ZPP iz 29. 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. Zdravstvena obravnava 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 ZPR s pomočjo zobnih vsadkov pri zdravstvenih stanjih, ki jih ni mogoče vnaprej 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 29. člena pravil. Ker gre za izjemna stanja, je za opredelitev zdravljenja s pomočjo zobnih vsadkov kot edine možne zdravstvene obravnave 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.

Finančne posledice

Zavarovane osebe so do sedaj lahko uveljavljale povračilo stroškov za ZPR s pomočjo zobnih vsadkov kot izjemno odobritev na podlagi tretjega odstavka 259. člena pravil, in sicer pod enakimi pogoji, kot so navedeni v

novem 30. členu pravil. V letu 2016 so znašali stroški za ZPR s pomočjo zobnih vsadkov skupaj 950.000 eurov, pri čemer je zavod kril stroške po ceniku izvajalcev v samoplačniških ambulantah v njihovi celotni vrednosti. Konkretnije je bilo v letu 2016 število zavarovanih oseb glede na zdravstveno stanje naslednje:

- 17 v primeru resekcije v zgornji ali spodnji čeljusti, ki je posledica zdravljenja tumorjev,
- 17 v primeru oligodontije,
- 1 v primeru razvojne anomalije kosti – shize,
- 128 v primeru atrofije alveolnega grebena in
- 8 drugih primerov.

Pričakuje se, da se bodo v primeru uveljavitve določbe stroški teh storitev zvišali, saj je pričakovati, da se bo povečalo število zavarovanih oseb, ki bodo uveljavljale tovrstno ZPR. 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 ZPR 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 ZPR s pomočjo zobnih vsadkov v postopkih izjemne odobritve na podlagi tretjega odstavka 259. člena pravil v letu 2018 je naslednje:

- 80 v primeru resekcije v zgornji ali spodnji čeljusti, ki je posledica zdravljenja tumorjev, ali stanja, ki so posledica zdravljenja tumorjev glave ali vratu in drugih izjemnih primerov,
- 40 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 ZPR, in povprečni dosednji strošek za posamezno vrsto (upoštevani sta 80 % delež kirurških storitev in 10 % delež za ZPP), se ocenjuje, da bo znašal **skupni strošek 1,5 mio eurov letno**. Glede na dosednji strošek v višini približno 0,95 mio eurov letno, se pričakuje približno **povečanje stroškov za 0,55 mio eurov letno**.

31. člen pravil

Člen določa kontraindikacije za ZPR s pomočjo zobnih vsadkov. Gre za stanja, pri katerih je uspešnost te rehabilitacije oziroma njena doba trajanja vprašljiva oziroma visoko rizična, saj lahko pride do zavrnitve zobnega vsadka ali drugih nezaželenih zapletov (npr. paradontalna bolezen, peri-implantitis, terapije z določenimi zdravili, nevezdrževanje ustrezne ustne higijene). Zato v teh primerih takšen način ZPR v breme OZZ strokovno ni utemeljeno.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

32. člen pravil

Člen določa ZPP na zobnih vsadkih, do katerih ima zavarovana oseba pravico pri posameznih stanjih iz 30. člena pravil. Gre za enake ZPP, ki so navedeni v 29. členu pravil, le da so ti sidrani na zobni vsadek. Sočasno je določeno, pri katerih stanjih iz 30. člena pravil ima zavarovana oseba pravico do fiksnih ZPP in pri katerih stanjih ima pravico do snemnih ZPP.

Z drugim odstavkom se določa pogoj, ki mora biti izpolnjen pred izdelavo ZPP iz 32. člena pravil. Pogoj je enak kot pri ZPP iz 29. člena pravil.

Finančne posledice

Gl. finančne posledice 30. člena pravil.

33. člen pravil

Določba je vsebinsko enaka dosedanjemu 33. členu pravil, z izjemo, da je pri opornicah črtano besedilo, da gre za opornice "pri parodontopatijah", saj so opornice pravica tudi pri drugih vrstah zdravstvenih stanj.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

34. člen pravil

Člen natančneje ureja pravico do ortodonskega zdravljenja enako kot dosedanji 34. člen pravil. Dopolnjen je z opredelitvijo, kdaj se šteje, da je ugotovljena potreba po ortodonskem zdravljenju (drugi odstavek), kar je pogoj za uveljavljanje te pravice in posledično z opredelitvijo začetka ortodonskega zdravljenja.

Z novim tretjim odstavkom je določeno, da ima zavarovana oseba pravico do ortodonskega zdravljenja tudi v primeru, če je bila potreba po tem zdravljenju ugotovljena po 16. letu starosti, vendar le v primeru, če je to zdravljenje potrebno kot priprava na ortognati poseg, ki je potreben zaradi težkih nepravilnosti obraznega skeleta, ki so prisotne pri zavarovani osebi, pri čemer je nepravilnost možno odpraviti le s kombiniranim ortodonsko kirurškim zdravljenjem. Po doktrini izvajanja ortognatih kirurških posegov se zahteva ortodonska priprava pred posegom in ortodonska obravnava po opravljenem posegu za vzdrževanje doseženega stanja. Ti primeri se sedaj obravnavajo kot izjema po 259. členu pravil.

Iz člena je izključen dosedanji tretji odstavek 34. člena pravil, ker ni skladen s 23. členom ZZVZ.

Finančne posledice

V letu 2016 je zavod ortodonsko zdravljenje, ki je potrebno za pripravo na ortognati poseg (kot izjemno pravico), odobril 16 osebam v skupni vrednosti 58.500 eurov, pri čemer so bili kriti stroški po ceniku izvajalcev v njihovi celotni vrednosti. Z uveljavitvijo te določbe se bodo stroški obračunavali v breme zavoda po pogodbenih cenah, v ustreznem odstotnem deležu, v skladu s 23. členom ZZVZ ter Sklepom o določitvi odstotkov vrednosti zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 1/13). Glede na to, da operative posege (ortognato zdravljenje) izvajajo praviloma na Kliniki za maksilofacialno in oralno kirurgijo, na kateri so seznanjeni, da ortodonsko zdravljenje kot izjemno pravico v opisanih primerih krije zavod, sklepamo, da ne bo dodatnih finančnih posledic iz tega naslova oziroma bodo stroški v višini dosedanjih, to je 58.500 eurov.

35. člen pravil

Člen pomeni vsebinski prenos dosedanjega 34.a člena pravil.

Prvi in tretji odstavek sta vsebinsko nespremenjena.

S spremembo drugega odstavka za prekinitev ortodonskega zdravljenja ni več potrebno večkratno opozorilo zavarovane osebe glede nošenja aparata po ortodontovih navodilih. Zadostuje enkratno, v zdravstveni dokumentaciji zabeleženo opozorilo ortodonta po začetku ortodonskega zdravljenja, saj je zavarovana oseba opozorjena na posledice opustitve nošenja aparata že pred začetkom ortodonskega zdravljenja (na podlagi prvega odstavka tega člena).

Zaradi jasnosti ureditve je dodan nov četrti odstavek, ki določa območno enoto zavoda kot pristojni organ za odločanje o morebitnem sporu glede prekinitve ortodonskega zdravljenja, ki je posledica neupravičenega izostanka zavarovane osebe s kontrolnega pregleda. Ta stvarna pristojnost območne enote zavoda temelji sicer na 84. členu ZZVZ. Na njegovi podlagi območna enota zavoda odloča na I. stopnji tako o primeroma naštetih zadevah (o pravici do nadomestila, povračila potnih stroškov, pridobitvi, spremembi ali izgubi lastnosti zavarovane osebe, pravici proste izbire zdravnika) kot tudi o drugih pravicah iz ZZVZ ter drugih zahtevah iz OZZ.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

Dosedanji 35. člen pravil

Dosedanji 35. člen je vsebinsko vključen v drugi odstavek 28. člena pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 8. členu (36. člen pravil)

Člen natančneje določa pravico do storitev v domovih za starejše, posebnih socialno-varstvenih zavodih in zavodih za usposabljanje. Glede na to, da so med te pravice vključena tudi živila, in ne le zdravila in pripomočki, kot to določa dosedanji drugi odstavek, se odstavek dopolni tudi s pravico do živil. Dopolnitev vsebinsko ne pomeni novosti, ampak le zapis v pravilih zaradi jasnosti ureditve.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 9. členu (37. člen pravil)

S spremembo drugega odstavka 37. člena pravil se omejitev števila postopkov oploditve z biomedicinsko pomočjo določa le za postopke zunajtelesne oploditve. Dosedanja določba ne odraža dejanskega izvajanja te pravice. Po veljavni medicinski doktrini se namreč najprej izvedejo postopki znotrajtelesne oploditve, če ti niso uspešni, pa se izvedejo postopki zunajtelesne oploditve, ki pa so omejeni po številu. Namesto izraza "ciklus", ki v veljavnih predpisih ni posebej opredeljen, se zaradi večje jasnosti uporablja izraz "postopek".

Postopki oploditve z biomedicinsko pomočjo so še nadalje omejeni glede na starost ženske. Pravica je še naprej zagotovljena za ženske od dopolnjenega 18. leta starosti (vključuje datum 18. rojstnega dne) do dopolnjenega 43. leta starosti. Enako kot do sedaj se pri ženski, mlajši od 35 let (ne vključuje 35. rojstnega dne, torej se konča dan pred rojstnim dnevom), pri prvih dveh postopkih zunajtelesne oploditve opravi elektivni prenos enega zarodka dobre kakovosti. Prav tako še naprej velja, da se postopek oploditve z odmrznjenimi zarodki šteje v tisti postopek, v katerem so bili zarodki zamrznjeni.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 10. členu (38. člen pravil)

Prvi odstavek 38. člena pravil določa obseg bolnišničnega zdravljenja. Glede na to, da ta pravica obsega tudi živila, ki so potrebna v času zdravljenja, se odstavek dopolni tudi s to pravico. Dopolnitev vsebinsko ne pomeni novosti, ampak le zapis v pravilih zaradi jasnosti ureditve.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 11. 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 oblik 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 pacientov z redkimi oblikami pljučne hipertenzije iz skupine I in skupine IV. Glede na incidenco same bolezni v svetu je pričakovati, da bomo v naslednjih letih z novimi diagnostičnimi metodami odkrili v RS še dodatnih 50 pacientov z idiopatsko in kronično tromboembolično pljučno arterijsko hipertenzijo.

Pri pacientih s KTEPH je vedno na prvem mestu ocena, ali pride v poštev možnost kirurške odstranitve strdkov iz pljučnih arterij, ki edina vodi v ozdravitev bolezni, v novejšem času pa so razvili tudi možnost balonskega širjenja pljučnih arterij, vendar pri zelo majhni in izbrani populaciji pacientov, kar še ni v rutinski obravnavi. Paciente, ki niso sposobni operativnega zdravljenja zaradi pridruženih bolezni ali zato, ker so strdki preveč distalno in paciente 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 pacientih, ki nimajo zadržkov zaradi starosti in pridruženih bolezni, presaditev pljuč. Ocenjeno je, da so stroški zdravljenja pacientov 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 pacientih, pri katerih je v celostni pristop obravnave vključeno tudi zdraviliško zdravljenje, zdravljenje bolj učinkovito. Dokazano je, da se po zdraviliškem zdravljenju z uporabo naravnega faktorja, predvsem ugodne klime, ki je priporočljiva pri zdravljenju tudi drugih pljučnih bolezni, 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 zdraviliško zdravljenje bistveno izboljša telesno zmogljivost in funkcionalno stanje pacientov z redkimi oblikami PH. Take celostne obravnave so že deležni pacienti v Evropi, zato se bo z dopolnitvijo pravil sledilo strokovnim smernicam tudi v RS.

Finančne posledice

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

K 12. 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 13. členu (48. člen pravil)

Zavarovana oseba ima pravico do odloga ali nadaljevanja prekinjenega zdraviliškega zdravljenja, in sicer v primeru okoliščin iz četrtega in petega odstavka 48. člena pravil. V praksi se pogosto dogaja, da zavarovana oseba ne more nastopiti odobrenega zdraviliškega zdravljenja v roku, ki je naveden v odločbi imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije in mu ga omogoči tudi zdravilišče, ker nastopijo opravičljivi osebni razlogi, npr. smrt ali težka bolezen ožjega družinskega člana. Če zavarovana oseba zaradi navedenih razlogov ne bi mogla nastopiti odobrenega zdraviliškega zdravljenja, bi to posledično vplivalo na njeno zdravstveno stanje in bi lahko privedlo do njegovega poslabšanja. Namen odobrenega zdraviliškega zdravljenja je namreč v tem, da se zavarovani osebi pri določenih zdravstvenih stanjih z zdraviliškim zdravljenjem omogoči ustrezna rehabilitacija in povrnitev funkcionalnih sposobnosti, kar bi ji v primeru, če tega zdravljenja zaradi prej navedenih okoliščin ne bi nastopila, dejansko bilo onemogočeno. Enako se lahko dogodi v primeru, ko zavarovana oseba že nastopi (začne) odobreno zdraviliško zdravljenje in ga je zaradi navedenih okoliščin

(opravičljivi osebni razlogi) prisiljena prekiniti in ga nadaljevati v poznejšem roku. Zato je bilo treba poleg že določenih razlogov, ki omogočajo odlog ali nadaljevanje prekinjenega zdraviliškega zdravljenja, kot razlog dodati tudi "opravičljive osebne razloge". Njihova presoja je v pristojnosti imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 14. členu (53. člen pravil)

Dosedanji 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 pravil predložijo poimenske sezname 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 obnove 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 artritismom, 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. Zato 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 določba črta v celoti.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 15. členu (57. člen pravil)

S spremembo prvega odstavka 57. člena pravil se bolj jasno ureja pravica do magistralnih zdravil, ki se predpisujejo na recept. To pravico ima zavarovana oseba, če so ta zdravila razvrščena na pozitivno ali vmesno listo (na podlagi Pravilnika o razvrščanju zdravil na listo, Uradni list RS, št. 35/13) ali določena s Seznamom magistralnih zdravil.

Enako kot doslej, drugi odstavek 57. člena pravil določa, v katerih primerih ima zavarovana oseba pravico do magistralnih zdravil na recept. Enako kot doslej se lahko magistralno zdravilo predpiše na recept le, če na trgu v RS ni industrijsko proizvedenega ali galensko izdelanega zdravila, ki je razvrščeno na pozitivno ali vmesno listo. Izjeme so tudi v nadaljnje dopustne le, če je tako določeno v Seznamu magistralni zdravil. Magistralno zdravilo je pri tem opredeljeno skladno s spremembo opredelitve tega izraza v 12. točki 2. člena pravil.

Nov tretji odstavek 57. člena pravil je posledica dejstva, da se v skladu s Seznamom magistralnih zdravil posamezna magistralna zdravila predpisujejo tudi ali izključno otrokom (npr. 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). V skladu z ZZVZZ in s Pravilnikom o razvrščanju zdravil na listo (Uradni list RS, št. 35/13) je enaka omejitev lahko določena tudi za magistralno zdravilo, ki se razvrsti na pozitivno in vmesno listo. 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 ali skupino zavarovanih oseb in se izdaja neposredno po izdelavi) omejitev predpisovanja, ki se nanaša na populacijsko skupino, določeno s starostjo, ni navedena niti v smernicah niti v priporočilih. Prav tako dosedanja pravila ne določajo natančne starosti zavarovane osebe, ko je omejitev predpisovanja določena "za otroke". Zato se pravila dopolnjujejo z natančno opredelitvijo starosti teh zavarovanih oseb. Predlog je podan zaradi enakopravne obravnave otrok, s ciljem, da se poenotita predpisovanje in izdajanje 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. Z dopolnitvijo se bodo ta magistralna zdravila lahko predpisovala zavarovanim osebam, mlajšim od 15 let. 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 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), če 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 novega tretjega odstavka se ne pričakujejo finančnih posledic na sredstva zavoda, saj se magistralna zdravila za otroke ne predpisujejo v velikih količinah. Zaradi jasne starostne omejitve predpisovanja magistralnih zdravil za otroke bodo odhodki zavoda **lahko celo nekaj nižji**, ker se sedaj predpisujejo tudi otrokom, ki so starejši od 15 let.

K 16. členu (58. člen pravil)

Prvi odstavek 58. člena pravil določa predpisovanje zdravil s splošnim in z lastniškim imenom. Pri tem glede predpisovanja zdravil z lastniškim imenom nejasno odkazuje na drugi odstavek 206. člena pravil. Zaradi nejasnosti in ker odkaz ni niti potreben, se besedilo v tem delu črta.

Sprememba drugega odstavka 58. člena pravil je uskladitvene narave s prvim odstavkom 57. člena pravil. Magistralno zdravilo, ki ga bo zavod razvrstil na pozitivno in vmesno listo, se bo predpisalo na recept z nazivom, s katerim bo razvrščeno na listo. Imena sestavin magistralnega zdravila, ki je določeno v Seznamu magistralnih zdravil, se bo tudi po novi ureditvi predpisalo na recept v skladu s tem seznamom in predpisi, ki urejajo predpisovanje in izdajanje zdravil za uporabo v humani medicini.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 17. členu (59. člen pravil)

Določbe 59. člena pravil urejajo, kdaj oziroma katerih zdravil ni dopustno predpisovati na recept. V določenih primerih enako velja tudi za živila, in sicer za tista, ki se uporabljajo med zdravljenjem v bolnišnicah, klinikah in inštitutih, ter nadomestnih živil, če jih zavarovana oseba izgubi ali pozabi ali če se uniči stična ali zunanja ovojnina. Zato se prvi odstavek 59. člena pravil dopolni in posledično dopolni tudi njegov drugi odstavek. Dopolnitev vsebinsko ne pomeni novosti, ampak le zapis v pravilih zaradi jasnosti ureditve.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 18. členu (60. člen pravil)

S spremembo šestega odstavka 60. člena pravil se črta dosedanja druga alineja, ki določa doplačilo za izdano zdravilo, predpisano s splošnim imenom, ki nima določene najvišje priznane vrednosti. Do sedaj naj bi zavarovana oseba doplačala razliko med ceno izdanega in najcenejšega zdravila. Določba se črta, ker se je v praksi njeno izvajanje pokazalo kot neizvedljivo. Priprava informacijskega sistema za njeno izvajanje bi bila dražja kot znižanje odhodkov, ki bi jih pridobili z njenim izvajanjem.

Z novim sedmim odstavkom se tudi v pravilih določa doplačilo za živila, ki imajo določeno najvišjo priznano vrednost. Zavarovana oseba v tem primeru doplača razliko med ceno izdanega živila in najvišjo priznano vrednostjo, enako kot to praviloma velja pri zdravilih z določeno najvišjo priznano vrednostjo. Doplačilo pri živilih z določeno najvišjo priznano vrednost ni novost, saj temelji na določbah ZZVZZ in se ves čas izvaja. Nov sedmi odstavek pomeni le zapis v pravilih zaradi jasnosti ureditve.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 19. členu (61. člen pravil)

S spremembo prvega odstavka 61. člena pravil se pravica do spremstva opredeljuje v skladu s pogojem uveljavljanja zdravstvenih storitev, to je z zdravstvenim stanjem zavarovane osebe. Dosedanji prvi odstavek 61. člen pravil je določal, da ima zavarovana oseba, ki je napotena k izvajalcu izven kraja prebivališča, pravico do spremstva na poti, če ni sposobna sama potovati bodisi zaradi svojega zdravstvenega stanja bodisi zaradi drugih razlogov. Glede na to, da je zavarovana oseba upravičena do zdravstvenih storitev iz OZZ glede na svoje zdravstveno stanje, je spremstvo lahko odobreno le v primeru zdravstvenega razloga, in ne tudi "drugega razloga". Izjemo določa 62. člen pravil, kolikor določa, da ima v vsakem primeru (torej tudi ne glede na zdravstveno stanje) pravico do spremstva zavarovana oseba do 15. leta (tj. otrok) in duševno ali telesno prizadeta zavarovana oseba do 18. leta. Psihofizično stanje zavarovane osebe po tej starosti omogoča izvajanje vsakodnevnih opravil, vključno s potovanjem do izvajalca in razumevanjem njegovih navodil. Po tej starosti pa bo zavarovana oseba upravičena do spremstva le, če zaradi svojega zdravstvenega stanja v času potovanja k izvajalcu, potrebuje spremstvo, kot to velja za vse zavarovane osebe. Zavarovane osebe so namreč upravičene do pravic iz OZZ glede na svoje zdravstveno stanje. Glede na to, da so pogoji za uveljavljanje pravice do spremstva jasno določeni (zdravstveno stanje, določena starost), dodaten pogoj "drug razlog" ni ustrezen in tudi ni opredeljen, da bi bilo jasno, kateri drugi razlogi bi to lahko bili. Zato se črta.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 20. členu (62. člen pravil)

Enako kot dosedanji tudi sedanji 62. člen pravil določa izjemo od pravila za uveljavljanje pravice do spremstva iz prvega odstavka 61. člena pravil, da ima zavarovana oseba pravico do spremstva le, če je napotena k izvajalcu izven kraja prebivališča in ni sposobna sama potovati zaradi zdravstvenega stanja. Izjema se po eni strani nanaša na kraj potovanja in po drugi strani na krog zavarovanih oseb, za katere velja izjema iz 62. člena pravil.

Izjema tudi v prihodnje velja za vsako potovanje do izvajalca, ne glede, ali je bila zavarovana oseba napotena k izvajalcu in ne glede ali gre za potovanje k izvajalcu, ki je v kraju prebivališča ali izven kraja prebivališča zavarovane osebe. S spremembo člena se le jasno določa krog zavarovanih oseb, za katere ta izjema velja. Že dosedanja določba je jasna glede opredelitve zavarovanih oseb do 15. leta. Nejasna pa je glede opredelitve zavarovanih oseb do 18. leta (nejasno je, ali se "težja ali težka" prizadetost nanaša le na duševno prizadetost ali tudi na telesno prizadetost). Zato se s spremembo določbe jasno določa, da gre za težje ali težko duševno prizadete ali težje ali težko telesno prizadete zavarovane osebe do 18. leta.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 21. 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 spremembo petega odstavka 47. člena pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 22. členu (naslov poglavja "V. PRAVICE DO MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV" ter 64. in 65. člen pravil)***Naslov poglavja "V. PRAVICE DO MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV"***

Sprememba je redakcijske narave.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

64. člen pravil

Prvi odstavek vsebinsko enako kot dosedanji prvi stavek prvega odstavka 64. člena pravil določa, da ima zavarovana oseba pravico do pripomočkov, če so ti potrebni za zdravljenje ali medicinsko rehabilitacijo. Dodana je zdravstvena nega, saj so nekateri pripomočki primarno namenjeni tej.

Z drugim odstavkom se dopolnjuje predmet splošnega akta skupščine (tj. Sklepa o določitvi zdravstvenih stanj za MP). Poleg zdravstvenih stanj se bo z njim določalo tudi druge pogoje (npr. starost zavarovane osebe, izpolnjevanje pogojev za kak drug MP), ki so pogoji za pravico do posameznih MP. Ti drugi pogoji, ki jih sedaj določajo pravila, se bodo prenesli v akt skupščine.

Tretji odstavek vsebinsko nespremenjeno, vendar jasneje kot v dosedanjih pravilih, opredeljuje pristojnost upravnega odbora zavoda, da s šifrantom vrst MP določi vrste MP znotraj skupin MP. Določba je dopolnjena z določbo, da se šifrant vrst MP objavi na spletni strani zavoda.

Četrty odstavek je uskladitvene narave s pravilnikom, ki ureja uvrščanje in izločitev MP na seznam MP. Jasno določa, da se na seznam MP ne uvrščajo vsi MP, ki so pravica, temveč le artikli, torej serijsko izdelani MP. Individualno izdelani MP (npr. proteze, očala) se na ta seznam ne bodo uvrščali. Zato se jasno določa, da ima zavarovana oseba pravico do artiklov, ki so na seznamu MP. Izjema so le artikli, ki zavarovani osebi glede na njeno zdravstveno stanje in cenovni standard oziroma ceno iz 113. člena pravil ne zagotavljajo funkcionalne ustreznosti. Gre za t. i. funkcionalno ustrezne MP iz šestega odstavka 113. člena pravil. Poleg individualno izdelanih MP bodo tudi ti pravica zavarovanih oseb, ne da bi bili nujno uvrščeni na seznam MP. Navedeno je sicer izhajalo že iz določb pravilnika, ki ureja seznam MP, vendar ker pravila določajo vsebino pravice, je ustreznejše, da je taka določba v pravilih. Zato se v navedenem pravilniku črta vsebinsko podobna določba.

Peti odstavek je vsebinsko enak drugemu in tretjemu stavku dosedanjega drugega odstavka 64. člena pravil. Določa objavo seznama MP na spletni strani zavoda in podatke, ki jih vsebuje seznam MP. Pri tem na novo opredeljuje izraz "osnovne zahteve kakovosti", ki jih določa 1. točka drugega odstavka 111. člena pravil, to so materiali, ki zagotavljajo funkcionalno ustreznost MP, ter druge zahteve, ki zagotavljajo funkcionalno ustreznost MP.

Šesti odstavek je vsebinsko enak tretjemu odstavku dosedanjega 64. člena pravil. Določa predmet splošnega akta skupščine zavoda glede podrobnejše vsebine seznama MP ter postopek in podrobnejša merila za uvrščanje artiklov na ta seznam in njihovo izločitev s tega seznamu.

Sedmi odstavek je vsebinsko delno spremenjen dosedanji četrty odstavek. Bolj jasno se opredeli, da so MP praviloma last zavarovane osebe (v dosedanji določbi je opredelitev "individualna pravica"). Izjeme so še vedno MP iz 97. člena pravil, ki se zagotavljajo z izposajo. Izjema je tudi pes vodič, ki pa ni več vključen v to določbo, ker po eni strani ni MP in ker po drugi strani že 94. člen pravil jasno določa, da ga zavarovana oseba dobi v uporabo, torej ne v last.

Osmi odstavek vsebinsko prenaša del dosedanjega 217. člena pravil. Po novem je tako izrecno določeno, da mora dobavitelj zavarovani osebi ob izdaji vsakega MP izdati navodilo za uporabo (ki v določenih primerih vključuje tudi navodilo za vzdrževanje). S tem so zavarovane osebe poučene o pravilnem in odgovornem ravnanju z MP.

Deveti odstavek vsebinsko vključuje dosedanji sedmi odstavek 66. člena pravil, ki sistemsko ni bil uvrščen v ustrezen člen, saj se nanaša na vse MP. S spremembo se v pravilih ne ureja več obveznost iz garancije in navodil

za uporabo MP, ampak se odkazuje na posebne predpise, ki urejajo zadevna področja, to je Zakon o varstvu potrošnikov (obveznosti iz garancije, garancijski rok in garancijski list), Obligacijski zakonik in ZMedPri (navodilo za uporabo in dajanje MP v promet). Dosedanja pravila sicer urejajo garancijsko dobo, garancijski list in navodilo za uporabo MP tudi v četrti alineji prvega odstavka 98. člena in 217. členu pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

65. člen pravil

Zaradi številnih vsebinskih in redakcijskih sprememb se spreminja cel člen.

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

- 12. točka, ki je uskladivene narave s sedmim odstavkom 89. člena pravil;
- 13. točka, ki je uskladivene narave s petim in šestim odstavkom 89. člena pravil;
- 16. točka, ki je redakcijske narave.

Drugi odstavek določa način zagotavljanja pripomočkov zavarovanim osebam s strani izvajalcev. Enako kot doslej ne bo treba: (1) da so uvrščeni na seznam MP, (2) da bi izpolnjevali osnovne zahteve kakovosti (prej imenovane minimalne zahteve) in standard dobe trajanja, (3) da bi zavarovane osebe izpolnjevale zdravstvena stanja in druge pogoje, ki so sicer določeni za predpis MP na naročilnico ali (4) da bi se izdajali v okviru cenovnega standarda MP oziroma cene.

Tretji odstavek je vsebinsko spremenjen dosedanji 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 zavode, kjer bivajo zavarovane osebe s trajnimi stanji.

Četrti odstavek je vsebinsko nespremenjen dosedanji tretji odstavek.

Nov peti odstavek v povezavi s črtanjem 96. člena pravil določa spremembo način financiranja in zagotavljanja aparata za nadomestno komunikacijo, t. i. komunikatorja (v nadaljnjem besedilu: ANK). Zavarovane osebe bodo po novem ta aparat dobile kot pravico pri izvajalcu v breme cene (njegove) storitve. Glede na dosedanjo 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. Gre za klinični inštitut za rehabilitacijo, ki oblikuje doktrino na področju preskrbe s pripomočki in ki kot del medicinske rehabilitacije izvaja tudi 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.

Sprememba načina zagotavljanja ANK se bo začela uporabljati šele, ko se bo začel izvajati sklenjen splošni dogovor in ustrezna pogodba med zavodom in izvajalcem (prehodne določbe). Do tedaj ga bo zavarovana

oseba še naprej prejela na podlagi naročilnice pooblaščenega zdravnika specialista in odločbe imenovanega zdravnika.

Finančne posledice

Zaradi spremembe načina zagotavljanja **ANK finančnih posledic trenutno ni možno ovrednotiti**, ker bodo natančno ocenjene ob spremembi splošnega dogovora. Glede na sedANJI 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. Te blazine so se zavarovanim osebam namreč že doslej zagotavljale na podlagi naročilnice, socialni zavodi pa so zagotavljali le standardne blazine.

66. člen pravil

Člen v osnovi ureja pravico do vzdrževanj in popravil, ki se zagotavlja za nekatere MP iz OZZ v ustreznem deležu, enako kot dosedanji 66. člen pravil.

Prvi odstavek je dopolnjen z vsebino, ki je do sedaj deloma urejena v tretjem in četrtem odstavku 66. člena pravil. Tako se že v uvodu (prvem odstavku) jasno določa, da so pravica tista vzdrževanja in popravila taksativno določenih MP, ki so potrebna po izteku garancijskega roka do izteka trajnostne dobe oziroma od izteka garancijskega roka do prejema novega MP, če je nov MP prejet po izteku trajnostne dobe. Prav tako se že v prvem odstavku jasno določa, da se pravica do vzdrževanj in popravil MP nanaša le na tisti MP, ki ga je zavarovana oseba prejela kot pravico iz OZZ in to nazadnje (če ima zavarovana oseba dva istovrstna MP – npr. dva vozička, ki ju je prejela kot pravico iz OZZ, ima pravico do vzdrževanj in popravil le za tisti MP - voziček, ki ga je nazadnje prejela iz OZZ). Spremembe prvega odstavka glede imen nekaterih MP (Braillova vrstica, usidran slušni aparat) so redakcijske narave.

Drugi in tretji odstavek opredeljujeta vzdrževanje MP in popravila MP, enako kot dosedanji drugi odstavek 66. člena pravil. Zaradi večje preglednosti se izraza opredeljujeta v ločenih odstavkih.

Četrti odstavek določa višino stroškov vzdrževanj in popravil MP, ki se krijejo kot pravica v obdobju iz prvega odstavka tega člena. Višina stroškov iz enega naslova (vzdrževanj) ali drugega naslova (popravil) je omejena na 50 % vrednosti prejetega MP, tj. MP, ki je predmet vzdrževanj in popravil. Stroški vzdrževanj se seštevajo. Prav tako se seštevajo stroški popravil. Ne seštevajo pa se stroški vzdrževanj s stroški popravil. Ko stroški vzdrževanj oziroma popravil presežejo 50 % vrednosti prejetega MP, stroške nad 50 % krije sama zavarovana oseba (4. točka tretjega odstavka 252. člena pravil). Po novem se tudi stroški vzdrževanj in popravil proteze krijejo največ v višini 50 % vrednosti prejete proteze, in ne več 70 %. Sprememba je uskladitvene narave s spremembo ureditve popravil in prilagoditev MP. Po novi ureditvi se namreč stroški prilagoditev proteze krijejo največ v višini 70 % njene vrednosti, kot to določa prvi odstavek 120. člena.

Peti in šesti odstavek sta vsebinsko enak dosedanjemu petemu oziroma šestemu odstavku.

Dosedanji sedmi odstavek je črtan, saj garancijske obveznosti proizvajalca oziroma prodajalca izhajajo že iz drugih predpisov (Obligacijski zakonik, ZMedPri, ZVPot idr.).

Postopek uveljavljanja pravice do vzdrževanj in popravil MP je urejen v prvem in drugem odstavku 217. člena pravil. Pogoji za uveljavljanje pravice do novega MP iz prvega odstavka 66. člena pravil pred iztekom trajnostne dobe so opredeljeni v drugem odstavku 120. člena pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 23. členu (68. člen pravil)

Spremembi prvega in drugega odstavka sta redakcijske narave.

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 Nacionalnega inštituta za javno zdravje (v nadaljnjem besedilu: NIJZ) v RS približno 130.000 pacientov 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 obravnavo z vakuumsko opornico za 700 zavarovanih oseb, in sicer z vzpostavitvijo mreže pooblaščenih zdravnikov diabetologov in kirurgov. Upošteva se 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 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 obravnavi rane s strani zdravnika specialista vakuumška opornica omogoča razbremenitev prizadetega mesta in izboljša prekrvavitve območja rane, s tem pa pripomore k hitrejšemu celjenju. Pacientu 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 obravnave diabetičnega stopala, glede na uveljavljene načine obravnave, 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 z novelo pravil. Zavarovana oseba ob uporabi vakuumske opornice za drugo nogo potrebuje tudi izravnalni podplat, zaradi enakomerne hoje in preprečevanja dodatnega poslabšanja zdravstvenega stanja. Ta podplat je predviden samo ob uporabi vakuumske opornice (ga ni možno zagotoviti v breme OZZ v drugih primerih) in bo zagotovljen zavarovani osebi največ 1 kos na leto za posamezno nogo.

Finančne posledice:

Ocenjuje se, da bo na letni ravni do vakuumske opornice za zdravljenje rane na stopalu upravičeno 700 zavarovanih oseb. Od teh naj bi pri polovici oseb zadostovalo zdravljenje za 90 dni. Za druge bi bilo v večini primerov potrebno podaljšanje za nadaljnjih 90 dni. Na podlagi pogajanj z zastopnikom proizvajalca je bila dogovorjena cena najema za 12 tednov 229 eurov z DDV (vakuumška opornica za stopalo visoka negibljiva) in 167 eurov z DDV (vakuumška opornica za stopalo-kratka gibljiva). Kolikšno bo število enih in drugih vakuumskih opornic, ni mogoče oceniti. Pri finančnih posledicah upoštevamo, kot da bo polovica zavarovanih oseb prejelo visoko, polovica pa nizko/kratko. Glede na navedeno je strošek na zavarovano osebo za 90 dni 212,14 eurov z DDV, v primeru podaljšanja pa dodatnih 129,12 eurov z DDV. Tako se ocenjuje, da bo **strošek vakuumskih opornic znašal približno 193.690 eurov letno**. Pri tem je treba poudariti, da gre za neposredno povečanje stroška 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 začasne nezmožnosti za delo in podobno. Ocenjuje se, da je to znižanje stroškov večkratnik stroškov teh opornic.

Ocenjuje se, da bodo stroški za predvideno količino 700 kosov za **izravnalni podplat** ob ceni 26,91 eurov za kos **18.837 eurov letno**.

K 24. členu (70. člen pravil)

Spremembe prvega, drugega, tretjega in petega odstavka ter drugega stavka četrtega odstavka so redakcijske narave.

Sprememba prvega stavka četrtega odstavka je vsebinske narave. Dosedanji prvi stavek četrtega odstavka ureja kritje stroškov tudi v primeru prilagoditve čevljev, izdelanih po meri zavarovane osebe. Prilagoditve v breme OZZ so naknaden poseg, torej poseg po izdaji oziroma izposoji MP, ne pa ob sami izdaji oziroma izposoji. Zaradi nedvoumnosti določbe se zato črta del besedila "oziroma prilagoditve". Pravica do prilagoditve ostaja sicer

enaka kot doslej, le da je po novem urejena v 120. členu pravil na splošno za vse MP s trajnostno dobo, torej tudi za čevlje. Na novo je določeno (pojasnjeno), da se splošni akt upravnega odbora objavi na spletni strani zavoda.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 25. členu (naslov podpoglavja V/2. Pravica do vozičkov in drugih pripomočkov za gibanje, stojo in sedenje)

Sprememba naslova podpoglavja je redakcijske narave.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 26. členu (72. člen pravil)

Spremembe člena so redakcijske narave, pri čemer se s spremembo drugega odstavka tudi jasneje opredeljuje, da gre za električni skuter, ki je brez dodatkov in prilagoditev. Črtanje dela besedila v drugem in tretjem odstavku, ki se nanaša na gonila, je pri tem uskladitvene narave s črtanjem 74. člena pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 27. členu (74. člen pravil)

V praksi se gonilnik za voziček že več kot pet let ne predpisuje in izdaja (vsaj od leta 2012 ni bilo nobenega primera), zato ugotavljamo, da je ta določba brezpredmetna oziroma obsoletna in se ta pravica lahko črta. Vozički se že več let zagotavljajo v drugačni obliki oziroma z drugimi, ustrežnejšimi ali s sodobnejšimi dodatki.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic, saj se ta gonilnik že več let ne predpisuje.

K 28. členu (76. člen pravil)

Spremembi člena sta redakcijske narave (slovnična in terminološka).

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 29. členu (79. člen pravil)

Sprememba 2. točke 79. člena pravil je redakcijske narave (večja jasnost in pravilnost zapisa).

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 30. členu (81. člen pravil)

Besedilo člena se spreminja zaradi jasnejše opredelitve pravice do očal z organskimi stekli. Vsebinsko je določba enaka dosedanji.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 31. 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 32. členu (89. člen pravil)

Sprememba 7. točke prvega odstavka 89. člena pravil je posledica dejstva, da so brizge in igle opredeljene le kot "igle za dajanje insulina" po dosedanjem 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 89. člena pravil se izraza predloga in hlačna predloga (plenica) za enkratno uporabo posodabljata glede na opise proizvodov, ki so dejansko na trgu. Za te je zavodova komisija, ki je pripravila predlog osnovnih zahtev kakovosti, ugotovila, da vsebino obstoječih nazivov vrst MP zaobjamemo z izrazi predloga, hlačna predloga oziroma plenica, ki je namenjena otrokom in posteljna podloga. 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 dosedanjega 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.

Spremembe 5. točke prvega odstavka, drugega, tretjega, četrtega, sedmega, devetega in desetega odstavka 89. člena pravil so redakcijske narave.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 33. členu (91. člen pravil)

V 91. člen pravil so združeni MP pri zdravljenju sladkorne bolezni iz dosedanjega šestega odstavka 89. in iz 91. člena pravil. Pri tem je izpuščen opis zdravstvenega stanja za MP za zdravljenje sladkorne bolezni, kar pa ne pomeni, da se npr. pogoj samokontrole in samozdravljenja ne bo zahteval pri uveljavljanju pravic do teh MP. Zdravstvena stanja in drugi pogoji bodo po novem določeni s Sklepom o določitvi zdravstvenih stanj za MP in bosta torej pogoja samokontrole in samozdravljenja vključena v ta sklep.

Drugi odstavek je vsebinsko enak dosedanjemu šestemu odstavku 216. člena pravil. Določba je prestavljena v 91. člen pravil, saj gre tudi v tem primeru za MP pri zdravljenju sladkorne bolezni.

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 novejših insulinskih črpalk več ne potrebujejo. Zato se v zadnjih dveh letih v nobenem primeru ne predpisuje. Posledično se črta pravica do tega MP.

Navadna lanceta se prav tako več ne predpisuje. Zato se črta pravica do tega MP.

V skladu s sedanjo ureditvijo ima zavarovana oseba pravico do testnih trakov za optično čitanje glukoze v urinu, ne pa tudi do trakov za optično čitanje ketonov v urinu. Predlagane spremembe določil pravil, zato širijo pravico do optičnih trakov za določanje ketonov v urinu. Za zavarovane osebe s sladkorno boleznijo bo na novo določena tudi pravica do sprejemnika rezultatov sistema za kontinuirano merjenje glukoze v medcelični.

Kadar je v telesu premalo insulina, 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. Kontrola nad vrednostjo ketonov v urinu 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 določa pravica do **testnih trakov za optično določanje ketonov v urinu**.

Zavarovana oseba, ki je na podlagi rezultatov meritev sposobna izboljšati urejenost glikemije, je po dosedanjih 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. Ta se je do sedaj zagotavljal v okviru funkcionalne ustreznosti SKMG. Za poenostavitev postopkov se po novem posebej določi **sprejemnik za spremljanje rezultatov kontinuiranega merjenja glukoze** kot pravica iz OZZ na naročilnico. Ta MP bo pravica 1 kos na 3 leta (11. točka prvega odstavka 116. člena pravil), kolikor je s strani proizvajalcev njegova predvidena življenjska doba.

Finančne posledice:

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

Pričakuje se, 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. V letu 2016 je bilo izdanih 448.940 kosov, cenovni standard pa znaša 0,14 eura. Finančne posledice so tako ocenjene na **62.852 evrov letno dodatnih stroškov**.

V okviru funkcionalne ustreznosti je zavod v letu 2016 zagotovil 53 **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 evrov, zanj predvideno obdobje pa je 1 kos na 3 leta. Ker se ta že doslej zagotavlja v okviru funkcionalne ustreznosti, to **ne predstavlja povečanja stroškov** v OZZ.

K 34. členu (93. člen pravil)

Črta se določba, na podlagi katere se za zdravljenje hude onkološke bolečine in za lajšanje drugih simptomov pri zavarovanih osebah z napredovanim rakom v okviru OZZ zagotavlja magistralno pripravo analgetične raztopine, ki se 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 sedemdnevne 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 izvamejo 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 zavarovano osebo 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. Stroški glede MP se bodo sicer zmanjšali za 114.184 evrov, glede na podatke o izdanih količinah iz leta 2016 (2186 kosov).

K 35. 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 36. členu (96. člen pravil)

Črta se dosedanja določba, ki ureja pravico do ANK – gl. obrazložitev k petemu odstavku 65. člena pravil.

Finančne posledice

Gl. obrazložitev k 65. členu pravil.

K 37. členu (97. člen pravil)

Sprememba 4. točke 97. člena pravil je redakcijske narave.

Sprememba 16. točke 97. člena pravil je posledica spremembe 91. člena pravil. Dosedanja opredelitev pravice do inzulinske črpalke v času načrtovane nosečnosti, med nosečnostjo in v času dojenja je prenesena v 97. člen pravil iz 4. točke drugega odstavka dosedanjega 91. člena pravil. Vsebinsko se ureditev ne spreminja.

Nova 21. točka 97. člena pravil je posledica dopolnitve 68. člena pravil, ki določa pravico do novega MP – pravico do vakuumske opornice za zdravljenje rane na stopalu. Z dopolnitvijo 97. člena pravil se ta MP zagotavlja 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 68. členu pravil.

K 38. členu (97.a člen pravil)

Novi 97.a člen pravil določa obdobje izposoje MP. Predvideno obdobje, za katero zavarovana oseba prejme MP v izposojjo, določi pooblaščen zdravnik glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe in predvideni potek zdravljenja. Če se med zdravljenjem spremeni zdravstveno stanje, se lahko 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 obdobje izposoje MP, z možnostjo podaljšanja zdravljenja. Gre za aktivno upravljanje pravic zavarovanih oseb do MP, ki so predmet izposoje. Obdobje izposoje pa je lahko največ enako trajnostni dobi oziroma obdobju, določenih v pravilih, za katero se je v praksi po mnenju službe zavoda prepogosto (avtomatično) odobravalo izposojjo MP.

Finančne posledice

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

K 39. členu (98. člen pravil)

Sprememba alineji v točke prvega odstavka 98. člena pravil je redakcijske narave.

Dopolnitev 3. točke prvega odstavka 98. člena pravil je uskladitvene narave s petim odstavkom 113. člena in prvim odstavkom 120. člena pravil.

Sprememba 4. točke prvega odstavka 98. člena pravil je uskladitvene narave z devetim odstavkom 64. člena pravil.

Nova 5. točka prvega odstavka 98. člena pravil določa, da dobavitelji, ki izposojajo MP, zagotavljajo funkcionalno ustrezne MP.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 40. členu (100. člen pravil)

Sprememba alinej v točke prvega odstavka 100. člena pravil je redakcijske narave.

Sprememba 1. točke prvega odstavka 100. člena pravil je redakcijske narave.

Sprememba 4. točke prvega odstavka 100. člena pravil je uskladitvene narave z drugim in s tretjim odstavkom 120. člena pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 41. členu (102. člen pravil)

Sprememba 4. točke tretjega odstavka 102. člena pravil je redakcijske narave.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 42. 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 43. členu (naslov poglavja "VII. STANDARDI STORITEV, MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV IN MATERIALOV")

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

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 44. členu (107. člen pravil)

Določba 107. člena pravil opredeljuje standard storitev po 105. in 106. členu pravil. Dopolnitev 1. točke 107. člena pravil z živili je uskladitvene narave z dopolnitvijo drugega odstavka 36. člena, prvega odstavka 38. člena ter prvega in drugega odstavka 59. člena pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 45. členu (108. člen pravil)

Člen določa standard zdravstvenih storitev po času izvedbe med tednom in vrsti zdravstvenih storitev, ki sodijo v ta standard, enako kot dosednji 108. člen pravil. Dosednji 108. člen pravil določa, da 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. Storitve, ki so opravljene zavarovani osebi izven tega časa, pa se štejejo za standard le, če gre za nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč.

Člen se spreminja 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 in 93/15 – popr.). V skladu s tem pravilnikom je dežurstvo ena od oblik dela, s katero se organizira dežurna služba (2. točka 3. člena cit. pravilnika), 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, saj so te

zdravstvene storitve zajete že v sami opredelitvi prvega odstavka 105. člena pravil. Zato je ta del dosedanjega člena izključen iz spremembe člena, ker ni potreben. Dosedanji 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.

Po drugi strani se v standard ob praznikih, ob delavnikih od 20. do 7. ure naslednjega dne ali od petka od 20. ure do ponedeljka do 7. ure zjutraj (poleg nujne medicinske pomoči in nujnega zdravljenja) na novo dodajajo reševalni prevozi, torej tudi tisti, ki niso nujni. Medtem ko so nujni reševalni prevozi že sicer vključeni v storitve nujne medicinske pomoči (prvi odstavek 103. člena pravil), se reševalni prevozi, ki niso nujni, sedaj opravljajo v standardu, če so opravljeni ob delavnikih od 6. do 20. ure (po spremembi od 7. do 20. ure). Čeprav pri njih ne gre za nujne reševalne prevoze, so nenujni reševalni prevozi potrebni za zdravstveno obravnavo zavarovanih oseb. Glede na to, da organizacija dela pri izvajalcih ne omogoča, da bi se vsi nenujni reševalni prevozi opravili ob delavnikih od 7. do 20. ure (npr. zdravstvena storitev se zaključi med delovnikom po 20. uri, zaradi zdravstvenega stanja zavarovane osebe pa je potreben nenujni reševalni prevoz), se z dopolnitvijo tudi za nenujne reševalne prevoze določa, da so opravljeni v standardu tudi, če so opravljeni ob delavnikih od 20. do 7. ure naslednjega dne ali od petka od 20. ure do ponedeljka do 7. ure zjutraj. Na navedeno problematiko izvajana nenujnih reševalnih prevozov je opozoril tudi Varuh človekovih pravic.

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

Finančne posledice

Zaradi spremembe člena se bodo odhodki zavoda **povečali za približno 140.000 eurov letno**, in sicer zaradi podaljšanja dežurstva lekarniške dejavnosti za približno 65.000 eurov letno in zaradi na novo vključenih nenujnih reševalnih prevozov za približno 75.000 eurov letno.

K 46. členu (109. člen pravil)

Dosedanji tretji odstavek 109. člena pravil je natančneje opredeljeval standard storitev po času njihovega uveljavljanja. Z uveljavitvijo ZPacP-A je natančnejša opredelitev tega standarda v pravilih nepotrebna. Zato se določba pravil spreminja tako, da odkazuje na ureditev iz ZPacP. Ta namreč v okviru določb o spoštovanju pacientovega časa določa tudi, katere zdravstvene storitve mora izvajalec v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe opraviti takoj in za katere vodi čakalni seznam ali naročilno knjigo. Na podlagi šestega odstavka 85. člena ZPacP v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe zavod izvaja nadzor nad določbami tega zakona, ki urejajo spoštovanje pacientovega časa, čakalni čas, stopnjo nujnosti in uvrščanje na čakalni seznam, čakalni seznam, naročanje na zdravstveno storitev, upravljanje čakalnega seznama, črtanje s čakalnega seznama ter obvezne objave in podrobnejše določbe glede spoštovanja pacientovega časa. Nadzor je omejen na zdravstvene storitve, ki so predmet pogodbe med izvajalcem in zavodom.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 47. členu (111. do 113. člen pravil, naslov poglavja "VIII. TRAJNOSTNE DOBE MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV IN ZOBOZDRAVSTVENIH STORITEV" in 114. do 123. člen pravil)

111. člen pravil

Zaradi številnih redakcijskih sprememb se spreminja cel člen.

Sprememba prvega odstavka 111. člena pravil je uskladitvene narave z drugim odstavkom 64. člena pravil. Določba se zato dopolnjuje z "drugimi pogoji", ki so poleg zdravstvenih stanj določeni kot pogoj za uveljavljanje pravice do posameznega MP s splošnim aktom skupščine iz drugega odstavka 64. člena pravil.

Drug odstavek, enako kot dosedanji, opredeljuje standarde pri MP. Dosedanji prva in druga alineja (zahteve glede materialov in druge zahteve, ki zagotavljajo funkcionalno ustreznost MP) sta združeni v 1. točko. Te

zahteve so na novo poimenovane kot "osnovne zahteve kakovosti", kar je skladno poimenovanju iz pravilnika, ki ureja seznam MP. Pri tem je spremenjena zahteva glede materialov za doseganje funkcionalne ustreznosti MP. Dosedanja določba je glede teh materialov zahtevala, da so najcenejši na slovenskem tržišču. Taka zahteva je neskladna s pravilnikom, ki ureja izhodišča za cenovne standarde in cene MP. Skladno z njim se bo cene celotnih MP (ne le materialov zanje) določalo po režimih, ki bodo določeni s tem pravilnikom. Zato je iz drugega odstavka črtana zahteva po najcenejših materialih na slovenskem tržišču. Določba 2. točke, ki kot standard MP opredeljuje dobo trajanja (iz drugega odstavka 114. člena pravil) je vsebinsko nespremenjena.

Tretji in četrti odstavek sta vsebinsko nespremenjena z izjemo nomotehničnih sprememb.

Nov peti odstavek je prenesen iz predloga pravilnika o seznamu medicinskih pripomočkov iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in je zato iz predloga tega pravilnika črtan.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

112. člen pravil

Prvi odstavek določa standardni material zobozdravstvene storitve iz 28. člena pravil in ZPP iz 29. 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 3. točka v skladu z Uredbo (EU) 2017/852 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 17. maja 2017 o živem srebru in razveljavitvi Uredbe (ES) št. 1102/2008, določa standardni material za zalivke na mlečnih zobeh ter na zobeh otrok do 15 leta starosti, nosečnic in doječih mater. Standardni material v teh primerih je kompozit, amalgam pa le, če je to nujno potrebno zaradi zdravstvenih razlogov zavarovane osebe, kar oceni pooblaščen zobozdravnik. Nova 8. 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 primerne za izdelavo dvojnih prevlek. Dopolnjeni sta 9. in 10. točka, ki določata material pri zobnih fasetah prevlek in mostičkov ter protez. Pri mostičkih na vsadkih je treba pogosto vključiti tudi umetno dlesen, tako je za fasete, kot za umetno dlesen pri fiksni konstrukcijah standardni material lahko samo kompozitni material ali porcelan. Parodontalno podprta proteza (11. točka) pa je lahko delna ali totalna in je v vseh primerih strokovno utemeljena uporaba akrilata in kovinske ulite baze. Nova 12. 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 treba 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 prvega odstavka 33. člena pravil. Za obturator je ta enak kot doslej, za opornico pa je dodan silikon (poleg kovine za vlivno tehniko in akrilata).

Četrti odstavek določa standardni material ortodontskega aparata iz četrtega odstavka 34. člena pravil, ki je enak dosedanjim standardom.

Nov peti odstavek določa pravico zavarovane osebe do drugega materiala v primeru zdravstvenega razloga, to je alergije na standardni zobno-protetični material ali drugega neželenega učinka, ki ogroža zdravje zavarovane osebe. Zdravstveni razlog mora biti dokumentirana v zdravstveni dokumentaciji, pri čemer mora biti alergija izkazana, tj. z alergološkimi testi. V tem primeru ima zavarovana oseba pravico do zobozdravstvene storitve (npr. zalivke) in ZPP iz drugega materiala, ki zagotavlja funkcionalno ustreznost zobozdravstvene storitve in zobno-protetičnega pripomočka. Do sedaj so bili ti primeri obravnavani kot izjemna odobritev na podlagi tretjega odstavka 259. člena pravil.

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

Ocenjuje se, da se bodo stroški pri ZPP iz 4. in 8. točke prvega odstavka 112. člena pravil nekoliko povečali, saj je za izdelavo vlitih zalivk (inlay) in dvojnih prevlek strokovno utemeljena 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 12,32 eura za gram. Na podlagi šestega odstavka 112. člena pravil bo tudi cena za žlahtno zlitino določil upravni odbor zavoda ali po njegovem pooblastilu generalni direktor zavoda. Ocenjuje se, da se bodo zaradi spremembe standardnega materiala **stroški povečali za 148.044 eurov letno**.

Zaradi izkazane alergije na standardni material je strošek za ZPP iz drugega nealergenega materiala v letu 2015 znašal 15.613,31 eurov, v letu 2016 pa 13.438,05 eurov. Ocenjuje se, da bo strošek za izdelavo ZPP iz nealergenega materiala v višini dosedanjih stroškov oziroma se bo nekoliko zvišal. Zavod bo pripravil poseben obračunski model za "nealergene" materiale, zato sedaj ni mogoče podati natančne ocene predvidenih stroškov.

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 cena in pogodbeno cena vselej določil generalni direktor zavoda. Gre le za tehnični preračun, saj je sprememba DDV določena s področnim 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 artiklov iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

V drugem odstavku je povsem na novo določeno, da se cenovni standard lahko določi tudi za sestavne dele vrst MP in ne le za vrste MP. To je mišljeno predvsem za nekatere vrste oziroma skupine MP, ki bodo izdelani za posamezno zavarovano osebo, še posebej npr. za proteze udov in za epiteze.

V četrtem odstavku je po novem opredeljeno, da se pogodbeno cena lahko (torej ni nujno, lahko gre tudi za režim cenovnega standarda) dogovori samo za določene artikle (MP, ki so izdelani serijsko oziroma v množični proizvodnji), in sicer le za tiste, ki se prilagodijo za zavarovano osebo in za tiste MP, ki so izdelani individualno za določeno osebo.

Sprememba v petem odstavku določa obveznost dobavitelja, da v okviru dnevne izposojnine zagotavlja (poleg vzdrževanj in popravil) tudi prilagoditve MP. Obveznost se tako izrecno določa še v pravilih, in ne le v dogovoru o preskrbi z MP.

Ostale spremembe prvega do petega odstavka so uskladitvene narave s 64. členom ZZVZZ, ki terminološko določa le izraza cenovni standard in cene (MP).

V šestem odstavku je vsebinska sprememba v tem, da pri funkcionalno ustreznem MP ne gre za MP, ki bi imel enake lastnosti kot standardni (v takem primeru bi bil enak, torej standarden), temveč podobne. To lahko pomeni, da je nekoliko drugačen, ima kako dodatno lastnost, posebnost in podobno.

Preostale spremembe so redakcijske narave.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

Naslov VIII. poglavja pravil

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

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

114. do 123. člen pravil

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

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

114. do 118. člen pravil

Pravila v 114. do 118. členu urejajo t. i. dobo trajanja MP, ki je sestavni del standarda posamezne vrste MP.

Prvi odstavek 114. člena pravil opredeljuje dobo trajanja kot skupni izraz za štiri različne načine njene opredelitve, in sicer:

1. kot trajnostna doba za MP iz 115. člena pravil,
2. kot obdobje in količina MP, ki ju določa sam 116. člen pravil,
3. kot obdobje in količina MP, ki ju določi pooblaščen zdravnik za MP iz 117. člena pravil v skladu s tem členom, ali
4. kot enkratna pravica do MP iz 118. člena pravil.

K 114. členu pravil

Razlika med trajnostno dobo ter obdobjem in količino je, da bo samo v primeru določene trajnostne dobe imenovani zdravnik pooblaščen odločati o pravici zavarovane osebe do novega MP pred iztekom trajnostne dobe, medtem ko pri določitvi obdobja in količine MP (npr. pri plenica ali katetrih) imenovani zdravnik nima takega pooblastila. Doslej je bilo to v praksi sporno. Zato je pri nekaterih vrstah MP prihajalo do neenotne prakse med predlagatelji – pooblaščenimi zdravniki in imenovanimi zdravniki po območnih enotah zavoda. Sprememba je tako določena tudi z namenom poenotenja in enakopravne obravnave oseb v celotni državi.

Drugi odstavek 114. člena pravil določa začetek teka trajnostne dobe in dobe trajanja, ki je opredeljena z obdobjem in s količino MP. Določba je vsebinsko enaka dosedanjemu 120. členu pravil, le da je razširjena tudi na dobo trajanja, ki je opredeljena z obdobjem in s količino MP, saj ta do sedaj ni bila izrecno urejena v pravilih.

Tretji odstavek 114. člena pravil določa primere, ko zavarovana oseba nima pravice do medicinskega pripomočka pred iztekom dobe trajanja. Določba pomeni vsebinski prenos dosedanje prve alineje četrtega odstavka 252. člena pravil, le da je razširjena tudi na dobo trajanja, ki je opredeljena z obdobjem in s količino MP, saj ta do sedaj ni bila izrecno urejena v pravilih. Zaradi celovitosti ureditve je določba razširjena na primer, ko je MP odtujen, ne le izgubljen, saj gre za enakovrstni situaciji. Iz istega razloga je določba razširjena tudi na primer, ko je MP zaradi neustreznega ravnanja ali ravnanja v nasprotju z navodili poškodovan, in ne le uničen ali pokvarjen. Določba je umeščena v 114. člen pravil, saj se navedene situacije dejansko ne tičejo neposredno plačil oziroma doplačil, ki jih dobavitelj lahko zaračuna na podlagi 252. člena pravil. Zanj je relevantno le, ali zavarovana oseba predloži ustrezno naročilnico. Na navedene okoliščine, ko zavarovana oseba nima pravice do MP pred iztekom dobe trajanja, mora paziti pooblaščen oziroma imenovani zdravnik, ki v tem primeru ne sme izdati naročilnice za nov MP pred iztekom dobe trajanja oziroma odločbe za nov MP pred iztekom trajnostne dobe.

K 115. členu pravil

115. člen pravil v prvem odstavku opredeljuje način opredelitve trajnostne dobe MP, ki je odvisen od vrste MP in v določenih primerih od starosti zavarovane osebe. V drugem do petem odstavku 115. člena pravil se določajo trajnostne dobe MP. Šesti odstavek 115. člena pravil je vsebinsko enak dosedanjemu petemu odstavku 216. člena pravil. Življenjska doba, navedena pri kontaktnih lečah, ni nujno enaka trajnostni dobi. Trajnostno dobo namreč določajo pravila, življenjsko pa predvidi proizvajalec. Slednja pomeni, da tekom nje vpliv na lastnosti in zmogljivost pripomočka ne sme biti škodljiv do tolikšne mere (varnost MP-ja), da bi bilo ogroženo zdravje ali varnost pacienta ali uporabnika in kadar je to ustrezno, drugih oseb, in ko je pripomoček izpostavljen obremenitvam, ki se lahko pojavijo pri običajnih pogojih uporabe, ter je ustrezno vzdrževan v

skladu z navodili proizvajalca. Življenjsko dobo sicer urejajo predpisi o MP, npr. Uredba (EU) 2017/745 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 5. aprila 2017 o medicinskih pripomočkih, spremembi Direktive 2001/83/ES, Uredbe (ES) št. 178/2002 in Uredbe (ES) št. 1223/2009 ter razveljavitvi direktiv Sveta 90/385/EGS in 93/42/EGS).

K 116. in 117. členu pravil

Pri MP iz 116. in 117. člena pravil je na novo določeno obdobje in količina. Obdobje in količina MP 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).

Doba trajanja z opredelitvijo obdobja in količine MP je določena v dveh variantah, različno pri MP iz 116. in 117. člena pravil. 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. Pri MP iz 117. člena pravil pa pooblaščen zdravnik sam, in sicer v skladu s strokovno doktrino in z zdravstvenim stanjem zavarovane osebe, oceni, koliko MP zavarovana oseba v določenem (največkrat 90-dnevem) obdobju potrebuje glede na zdravstveno stanje in strokovne smernice. Ureditev je sicer smiselno enaka kot doslej.

Četrty odstavek 116. člena pravil ureja primer, ko se pri zavarovani osebi, ki prejme MP iz 116. člena pravil, spremeni zdravstveno stanje v času, ko opredeljeno obdobje iz 116. člena pravil še ni izteklo. V tem primeru lahko pooblaščen zdravnik (ne pa imenovani zdravnik, kot velja za MP s trajnostno dobo) izda novo naročilnico pred iztekom obdobja prehodno prejetega MP, s tem da lahko predpiše drugo vrsto MP ali novo količino za isto vrsto MP. Takšni primeri se največ pojavljajo pri zagotavljanju pravic zavarovanih oseb do inkontinentnih MP, torej predlog, hlačnih predlog (plenice) in posteljnih podlog. Zavarovana oseba, ki ima npr. težko stopnjo inkontinence in uporablja predloge za težko stopnjo inkontinence, pa še ni izteklo obdobje treh mesecev, bo po spremembi zdravstvenega stanja, lahko prejela naročilnico za hlačne predloge (plenice) in te tudi prevzela pri dobavitelju. Smiselno enako, to je postopek in pravice zavarovanih oseb v primeru spremembe zdravstvenega stanja, ta novela pravil določa tudi v vseh ostalih primerih, ko gre za MP, za katere je določena trajnostna doba, ali ko gre za MP, ko obdobje in količino opredeli zdravnik. Gre za natančnejšo in jasnejšo ureditev, kot je to veljalo 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 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 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. Ob njej sta na novo določena tudi obdobje in količina za izravnalni podplat (za drugo nogo), in sicer 1 kos letno.

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. Predlog za skrajšanje trajnostne dobe z 8 let na 4 leta je zaradi zagotavljanja varnosti inzulinske črpalke posredovala stroka (UKC Ljubljana, Pediatrična in Interna klinika, klinična oddelka za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni). 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 kakovostne in varne zdravstvene obravnave zavarovanih oseb z neprekinjeno infuzijo inzulina, ki ga črpalke zagotavlja, kar lahko privede tudi do resnega zdravstvenega zapleta. Zavarovane osebe iztrošene črpalke nadomeščajo same ali so odvisne od pripravljenosti proizvajalcev za začasno nadomestitev inzulinske črpalke do izteka trajnostne dobe. S skrajšanjem trajnostne dobe na štiri leta se

zagotavlja varna preskrba zavarovanih oseb z neprekinjeno infuzijo inzulinov v breme OZZ. Štiriletno trajnostno dobo inzulinske črpalke zagotavljajo tudi v drugih evropskih državah, npr. v Nemčiji in na Hrvaškem.

Trajnostna doba **ortoz** 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 ortoze 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) določa možnost predpisa ortoze na deset 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 zdravlila, zdravstvene storitve, stalež in podobno.

Skrajšanje trajnostne dobe z 8 na 2 leti za **aparat za vzdrževanje stalnega pritiska v dihalnih poteh (CPAP)** je predlagala Klinika Golnik. Ugotavlja namreč, da približno 1/3 zavarovanih oseb, ki prejmejo CPAP, tega ne uporablja. Zato je predlagala, da se trajnostna doba CPAP skrajša na dve leti, tako da zdravnik ob kontrolnem pregledu tudi preveri, ali zavarovana oseba dejansko uporablja aparat. S prehodno določbo se v predhodno prejete MP ne posega, nova trajnostna doba velja le za novo prejete po uveljavitvi te spremembe.

Skrajšanje trajnostne dobe s 5 na 3 leta za **MP za izkašljevanje z oscilirajočo PEEP valvulo** (predhodno imenovan flutter) je predlagala Pediatrična klinika UKC Ljubljana, 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 je predlagala, 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 črtanje 96. člena pravil. Ta pripomoček se bo v prihodnje 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 deset 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 180 dni, traku za fiksacijo kanile pri traheostomi z 21 dni za 1 kos na 2 kosa za 30 dni, endotrahealne kanile silikonske z 90 na 30 dni in vrvic za polžev vsadek od enega na tri kose za 180 dni. Razlogi so navedeni v nadaljevanju pri finančnih posledicah.

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 določbah pravil, ki urejajo dobe trajanja (115. do 118. člen pravil) in se nanašajo na starost zavarovanih oseb, je zaradi jasne opredelitve pravice do MP starost določena 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 imelo lahko pravico do zamenjave inzulinske črpalke 947 oseb v letu 2018, če bo uveljavitev začela veljati z začetkom leta. V primeru, da bi inzulinske črpalke zamenjale vse zavarovane osebe, bi se povečali stroški v 2018 za 1.769.715 eurov (cenovni standard za inzulinsko črpalko za otroke je 1.939,46 eurov, za odrasle pa 1.841,86 eurov). Ocenjuje se, da bo prišlo do postopne zamenjave inzulinskih črpalk, in sicer, da jo bo v letu 2018 zamenjalo 3/4 oseb (710 oseb), kar pomeni **povečanje stroškov v letu 2018 za 1.327.286 eurov**, v letu 2019 pa še ostale osebe (237 oseb), kar pomeni **povečanje stroškov v letu 2019 za 442.429 eurov**. Nadalje se predvideva, da bo po celotni uvedbi novega sistema prišlo do **povečanja stroškov v letu 2020 za 415.000 EUR**.

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 leta 2016 CPAP prejelo 1250 oseb (MP zavarovana oseba prejme v izposojajo). Letni najem CPAP-a za eno osebo stane 609,55 eurov oziroma za 1250 oseb v višini 761.938 eurov. Če strošek zmanjšamo za 1/3, je to le še 507.959 eurov za tretje in naslednja leta po uvedbi spremembe. S spremembo trajnostne dobe se tako pričakuje **zmanjšanje stroškov za 253.979 eurov letno**.

Zaradi skrajšanja trajnostne dobe in dopolnitve medicinskih kriterijev za **MP za izkašljevanje z oscilirajočo PEEP valvulo** se pričakuje **povečanje stroškov za 6.665 eurov letno**, od tega:

- zaradi skrajšanja trajnostne dobe se pričakuje, 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 (za 175 oseb) ter glede na veljavni cenovni standard 36,37 eura, bo za ta MP treba dodatno zagotoviti 6.364,75 eurov.

Zaradi določitve trajnostne dobe in dopolnitev medicinskih kriterijev za **MP za vzdrževanje pozitivnega tlaka med izdihom (PEEP valvulo)** se pričakuje **povečanje stroškov za 18.154 eurov**, od tega:

- zaradi določitve trajnostne dobe se pričakuje, 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 (za 150 oseb) ter glede na veljavni cenovni standard 117,12 eura, bo za ta MP treba dodatno zagotoviti približno 17.568 eurov.

Pri **elastičnih kompresijskih nogavicah in rokavicah** bo zaradi spremembe in pravice zavarovane osebe do 2 kosov (do sedaj 1 kos) v obdobju 1 leta prišlo do 1x povečanja stroškov. V letu 2016 je bilo izdanih 518 rokavic in 1500 nogavic. Glede na cenovne standarde (cenovni standard za rokavico je 29,03 eurov, za nogavice 32,38 eurov ali 57,35 eurov) pomeni sprememba **povečanje stroškov za 65.056 eurov letno**.

Irigacijski sistem s konusom in rokavnikom: skrajšanje trajnostne dobe na tretjino dosedanje (z 18 na 6 mesecev) je potrebno zaradi higiensko varnostnih razlogov (78 izdanih pripomočkov v letu 2016) – pričakuje se **povečanje stroškov za 9.728 eurov letno**.

Trak za fiksacijo kanile pri traheostomi: je po novem pravica 1 kos na 15 dni (prej 1 kos na 21 dni) zaradi higienskih razlogov (2049 kosov, izdanih v letu 2016) – pričakuje se **povečanje stroškov za 19.019 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 (178 kosov, izdanih v letu 2016) – pričakuje se **povečanje stroškov za 25.440 eurov letno**, a se obenem istočasno pričakuje, da bo prišlo do zmanjšanja števila izdanih plastičnih kanil, ki so dražje, tako da se pričakuje **manjše zvišanje stroškov**.

Vrvice za polžev vsadek: **zvišanje stroškov se ne pričakuje**, 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.

Skupne finančne posledice zaradi navedenih sprememb pri dobah trajanja in zaradi dopolnitev medicinskih kriterijev bodo pomenile povečanje stroškov zavoda na letni ravni **v prvem letu od uveljavitve za 1,471 milijona eurov, v naslednjem letu približno 587.000 eurov in nato** (predvidoma od leta 2020 dalje) **559.000 eurov letno**. Finančne posledice v letu 2018 so predvidene v finančnem načrtu zavoda, kot da veljajo spremembe od začetka leta.

Glede **novega četrtega odstavka 116. člena pravil** se pričakuje, da se bo večina primerov nove ureditve nanašala na zagotavljanje pravic zavarovanih oseb do inkontinenčnih MP. Glede na to, da se o teh primerih ni vodila evidenca, služba zavoda ne razpolaga z natančnim podatkom o številu primerov. Ocenjuje se, da bi lahko bilo število takšnih primerov sprememb zdravstvenega stanja pri zagotavljanju pravic zavarovanih oseb do inkontinenčnih MP do 50 in pri ostalih MP do 10 mesečno. Po oceni službe zavoda bo sprememba pomenila **povečanje stroškov zavoda za približno 32.000 eurov letno**, od tega približno 27.000 eurov pri inkontinenčnih MP in 5.000 eurov pri ostalih MP.

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 datuma možnega prejema, ki je naveden na naročilnici. Ureditev za obnovljivo naročilnico je poenotena s spremenjeno ureditvijo za navadno naročilnico v 212.a členu pravil. S spremembo 212.a člena pravil se spreminja ureditev, od katerega datuma dalje začne teči veljavnost navadne naročilnice. Namesto dosedanje ureditve "od datuma izdaje naročilnice" se določa "od datum možnega prejema" MP. Dosedanja ureditev, pri kateri se je upošteval datum izdaje naročilnice, je v praksi povzročala težave pri uveljavljanju pravic zavarovanih oseb. Glede na to, da se v tem odstavku določa, da je (tako kot navadno naročilnico) možno tudi obnovljivo naročilnico izdati 30 dni pred iztekom njene veljavnosti, je smiselna sprememba, da se kot rok, od katerega dalje se šteje datum veljavnosti obnovljive naročilnice, tudi tu upošteva "datum možnega prejema". Pri obnovljivi naročilnici pa je dodatni pogoj za njeno enoletno veljavnost, da mora biti prvi prevzem izveden najpozneje v 30 dneh od datuma možnega prejema.

Na predlog zdravnice specialiste družinske medicine za predpisovanje MP pri zdravljenju sladkorne bolezni in ob potrditvi tega predloga s strani Zveze društev diabetikov Slovenije se določa daljše obdobje pred iztekom veljavnosti predhodno izdane obnovljive naročilnice, ko pooblaščen zdravnik lahko izda novo obnovljivo naročilnico. Sprememba bo veljala za vse MP, ki se lahko predpisujejo na obnovljivo naročilnico. To obdobje je bilo pred spremembo ureditve neenotno za zdravila in za MP, in sicer pri zdravilih največ 30, pri MP pa največ deset dni pred iztekom veljavnosti predhodno izdane obnovljive naročilnice - doslej to obdobje niti ni bilo urejeno v pravilih. Taka enotna ureditev pomeni tudi manj poti zavarovanih oseb do zdravnika, kadar zavarovane osebe prejemajo tako zdravila na obnovljivi recept kot tudi MP na obnovljivo naročilnico.

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. Navedeno, 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 drugega odstavka 64. člena pravil predhodno določi skupščina zavoda s soglasjem ministra za zdravje.

Četrty odstavek je prenesen iz dosedanjega prvega odstavka 216. člena pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

120. člen pravil

Prvi odstavek ureja pravico do prilagoditev MP. Predmet pravice do prilagoditev so tiste vrste MP, za katere je določena trajnostna doba. Predmet prilagoditve je MP, ki ga je zavarovana oseba prejela kot pravico iz OZZ in to tistega, ki ga je prejela nazadnje. Zavarovana oseba ima pravico do prilagoditev MP, če je pri njej prišlo do anatomskih ali funkcionalnih sprememb, zaradi katerih je MP treba prilagoditi, ker ne ustreza njenemu zdravstvenemu stanju. Prilagoditev MP kot pravica iz OZZ torej ni možna neposredno ob izdaji ali izposoji MP, temveč šele pozneje (gl. tudi obrazložitev opredelitve izraza "prilagoditev" v 2. členu pravil). Prilagoditev MP kot pravica iz OZZ se zagotavlja pred iztekom trajnostne dobe v skupni vrednosti največ 50 % in pri protezah udov v skupni vrednosti največ 70 % proteze, ki se prilagaja. Nova ureditev se v primerjavi z dosedanjimi ureditvijo vsebinsko spreminja v naslednjih delih:

- za razliko od dosedanje ureditve (dosedanjega tretjega stavka tretjega odstavka 66. člena pravil) se za prilagoditev proteze ne zahteva več pogoj, da je "za zagotavljanje nadaljnje funkcionalne ustreznosti proteze treba zamenjati dele, katerih garancijska doba je vsaj 12 mesecev". Ureditev se spreminja, ker garancijske dobe posameznih delov ni mogoče določiti administrativno, temveč jo določi proizvajalec.;
- za razliko od dosedanje ureditve (dosedanjega prvega odstavka 123. člena pravil) se stroški prilagoditev MP v tem obdobju (do izteka trajnostne dobe) seštevajo, in niso več vezani na enkratno oziroma vsakokratno prilagoditev MP in neomejeno število prilagoditev. Ureditev se spreminja, ker če bi se stroški nanašali samo na posamezno prilagoditev, in ne na seštevek, bi ti lahko znašali več, kot je vrednost novega MP in bi to bilo neracionalno.;
- za razliko od dosedanje ureditve (dosedanjega prvega odstavka 123. člena pravil), ki je urejal pravico do predelave MP pred iztekom trajnostne dobe, se skupni stroški prilagoditve MP, ki so pravica iz OZZ, po novem vežejo na vrednost prejetega MP, ki je predmet prilagoditve, in ne več na vrednost novega MP. Ureditev se spreminja, ker je v določenih primerih nemogoče oceniti vrednost novega MP, do katerega bi bila zavarovana oseba hipotetično lahko upravičena.

Postopek uveljavljanja pravice do prilagoditev je urejen v tretjem in četrtem odstavku 217. člena pravil.

Drugi odstavek določa pravico do novega MP pred iztekom trajnostne dobe. Enako kot do sedaj je določen pogoj, da je prišlo do anatomskih ali funkcionalnih sprememb zdravstvenega stanja zavarovane osebe, zaradi katerih prejet MP ni več funkcionalno ustrezen. Za razliko od dosedanje ureditve (dosedanji drugi odstavek 123. člena pravil) se dodaten pogoj določa le za MP iz prvega odstavka 66. člena pravil, pri katerih sta pravici iz OZZ tudi pravica do vzdrževanja MP in pravica do popravil MP. Za te MP je določen dodaten pogoj, da se MP niti ne da popraviti niti ne da prilagoditi v višini, kot je določena v pravilih. V teh postopkih odloča imenovani zdravnik v skladu z 215. členom pravil.

Tretji odstavek določa pravico do novega MP po izteku trajnostne dobe. Enako kot do sedaj je pogoj, da je prejeti MP funkcionalno neustrezen. Nova ureditev se v primerjavi z dosedanjimi ureditvijo (dosedanji prvi odstavek 122. člena pravil) vsebinsko spreminja v naslednjih delih:

- vzrok za funkcionalno neustreznost MP je lahko ali na strani zavarovane osebe (anatomske ali funkcionalne spremembe, to so spremembe zdravstvenega stanja) ali na strani MP, in ne več le na strani zavarovane osebe. Ureditev se spreminja, ker gre lahko (in najpogosteje tudi gre za to) za iztrošenost samega MP;
- pravica ni več pogojevana z alternativnim pogojem neuporabnosti MP, ki je določal, da prejšnjega pripomočka ni mogoče popraviti ali prilagoditi. Ureditev se spreminja, ker je v takem primeru iztekla tudi življenjska doba MP (to določi proizvajalec) in posledično proizvajalec več ne prevzema odgovornosti za morebitno škodo. Varnost MP namreč proizvajalec zagotavlja le v predvideni življenjski dobi MP.

O pravici iz te določbe enako kot doslej odloča pooblaščen 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 dosedanjih pravil pravico do "predelav" (nov izraz "prilagoditev"). Določbe natančneje opredeljujejo pravico do prilagoditev.

121. člen pravil

Člen določa t. i. dobo trajanja, ki je sestavni del standarda zobozdravstvenih storitev in ZPP. Doba trajanja je skupni izraz za dva različna načina njene opredelitve, in sicer kot trajnostna doba, razen v primeru ZPR s

pomočjo zobnih vsadkov, kjer je doba trajanja opredeljena kot enkratna pravica pri nespremenjenem zdravstvenem stanju zavarovane osebe. To pomeni, da ima zavarovana oseba po že zaključeni ZPR s pomočjo zobnih vsadkov (npr. v primeru atrofije) pravico do nove oziroma ponovne ZPR s pomočjo zobnih vsadkov le, če to narekuje drugačno zdravstveno stanje (npr. resekcija čeljusti zaradi tumorja), kot je bila prvotna ZPR in bi tudi sicer utemeljevalo takšno rehabilitacijo. Nima pa pravice do ponovne ZPR s pomočjo zobnih vsadkov, če gre za nespremenjeno zdravstveno stanje (ni prišlo do nastanka drugega razloga za ZPR z zobnimi vsadki iz 30. člena pravil) in se je njeno oralno zdravje po ZPR z zobnimi vsadki poslabšalo npr. zaradi neustrezne ustne higijene, razvad in navad (npr. kajenje več kot deset cigaret, bruksizem) in drugih razlogov (peri-implantitis ipd.). Prej omenjena stanja so navedena tudi kot kontraindikacija za ZPR s pomočjo zobnih vsadkov.

Drugi odstavek določa trajnostno dobo glede na strokovne smernice in glede na dobo preživetja ZPP. 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 garancijski rok za opornico, ki znaša šest mesecev.

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

Tretji odstavek na novo določa dvo letni garancijski rok za storitev vsaditve zobnega vsadka. Sočasno je določena izjema, ko se ta garancijski rok podaljša. Garancijski rok za storitev vsaditve zobnega vsadka izteče z iztekom garancijskega roka za ZPP na zobnem vsadku, če garancijski rok za ta ZPP izteče pozneje.

Četrty odstavek določa začetek teka garancijskega roka, in sicer od dneva opravljene zobozdravstvene storitve oziroma od dneva, ko zavarovana oseba prejme ZPP.

Peti odstavek določa pravico zavarovane osebe v garancijskem roku, ko stroškov popravil in prilagoditev ZPP ter novega ZPP ne krije izvajalec sam. Gre za primer, ko pride v garancijskem roku pri zavarovani osebi do anatomskih ali funkcionalnih sprememb, tj. sprememb zdravstvenega stanja, ki jih izvajalec ni mogel vnaprej predvideti (npr. anatomska sprememba čeljusti zaradi prometne nesreče) in zaradi katerih je postal ZPP funkcionalno neustrezen. Vrsta pravice (popravila in prilagoditve ZPP ali nov ZPP) je odvisna od višine skupnih stroškov, ki nastanejo s popravili in prilagoditvami v garancijskem roku zaradi navedenega razloga. Dokler so ti skupni stroški (vsota popravil in prilagoditev), ki nastanejo zaradi nepredvidljivih sprememb zdravstvenega stanja zavarovane osebe, manjši ali enaki 50 % vrednosti prejetega ZPP, ki se popravlja oziroma prilagaja, ima zavarovana oseba pravico do popravil in prilagoditev. Če, in ko ti skupni stroški v garancijskem roku presežejo 50 % vrednosti prejetega ZPP, ima zavarovana oseba pravico do novega ZPP.

Šesti odstavek določa obveznost izvajalca v garancijskem roku. V tem obdobju izvajalec krije stroške popravil, prilagoditev in novih (tj. nadomestnih) ZPP, razen ko gre za nepredvidljive spremembe zdravstvenega stanja zavarovane osebe, kot to določa peti odstavek. Določba je smiselno enaka kot dosednji prvi in tretji odstavek 121. člena pravil.

Enake pravice, kot jih določata peti in šesti odstavek za zobno-protetične pripomočke, ima zavarovana oseba tudi, ko gre za zobozdravstvene storitve (npr. zalivko), kar določa sedmi odstavek.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

123. člen pravil

Prvi odstavek določa pravico do popravil in prilagoditev ZPP ter novega ZPP v obdobju po izteku garancijskega roka in pred iztekom trajnostne dobe, ki je bila do sedaj urejena v tretjem odstavku 121. člena in 122. členu pravil. Poleg tega dosednji prvi odstavek 123. člena pravil natančneje določa pravico do predelave le za medicinski pripomoček. Navedeno je posledica sprememb pravil na področju medicinskih pripomočkov iz leta 2014 (Uradni list RS, št. 25/14), saj se je izraz pripomoček do sprejetja navedene novele pravil uporabljal tako za zobno-protetične kot tudi medicinske pripomočke. Ker je bilo treba opredeliti tudi, v katerih primerih oziroma do katere višine je možno prilagoditi ZPP, je to v sedanjem prvem odstavku 123. člena pravil jasno določeno.

V navedenem obdobju se popravila in prilagoditve ZPP ter nov ZPP kot pravica zagotavljajo le, če je ZPP neustrezen zaradi anatomskih ali funkcionalnih sprememb pri zavarovani osebi, tj. sprememb zdravstvenega stanja, kar je enako kot po dosednji ureditvi. Popravila in prilagoditve funkcionalno neustreznega ZPP zaradi navedenega razloga se zagotavljajo le do določene višine, in sicer dokler v tem obdobju skupni stroški (vsota popravil in prilagoditev zaradi navedenega razloga) ne dosežejo 50 % vrednosti prejetega ZPP, ki se popravlja oziroma prilagaja. Če, in ko ti skupni stroški presežejo 50 % vrednosti prejetega ZPP, ima zavarovana oseba pravico do novega ZPP, vendar le ob dodatnem pogoju, da anatomskih ali funkcionalnih sprememb ni bilo mogoče vnaprej predvideti. S tem se želi izogniti situaciji, da zavarovana oseba prejeme ZPP, za katerega je že vnaprej znano, da bo postal neustrezen zaradi prej navedenih sprememb že pred potekom njegove trajnostne dobe.

Drugi odstavek določa pravico do novega ZPP po izteku trajnostne dobe. Enako kot do sedaj je pogoj, da je prejeti ZPP funkcionalno neustrezen. Vzrok za funkcionalno neustreznost ZPP je lahko ali na strani zavarovane osebe (anatomske ali funkcionalne spremembe, to so spremembe zdravstvenega stanja) ali na strani ZPP (npr. biomehanske spremembe ZPP zaradi žvečnih (bioloških) sil, ki delujejo na protetični izdelek, zaradi česar ta postane neuporaben), in ne več le na strani zavarovane osebe. Nova ureditev se v primerjavi z dosednjo ureditvijo (dosednji prvi odstavek 122. člena pravil) vsebinsko spreminja le v tem, da ni več zahtevano, da ZPP tudi po izteku trajnostne dobe ni mogoče popraviti ali prilagoditi, saj ni strokovno utemeljeno, da se neuporaben pripomoček prilagaja ali popravlja.

Smiselno enake pravice, kot glede ZPP ima zavarovana oseba tudi v primeru zobozdravstvenih storitev (npr. pri zalivki), kar določa tretji odstavek.

Določba četrtega odstavka se vsebinsko bistveno ne razlikuje od do sedaj veljavnega tretjega odstavka 121. člena pravil, s tem, da je nekoliko bolj jasno zapisana. Četrti odstavek velja za celotno trajnostno dobo, torej tudi v času garancijskega roka.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 48. členu (124. člen pravil)

Sprememba 124. člena je redakcijske narave.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 49. členu (125. člen pravil)

Sprememba 1. točke 125. člena pravil je redakcijske narave.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 50. členu (135. člen pravil)

Nov drugi odstavek 135. člena pravil 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 oziroma mesečna tečajnica Banke Slovenije, za tečaje, za katere Evropska centralna banka ne objavlja referenčnih tečajev in dneva, na katerega se izvede preračun. Ta dan je dan izstavitve računa.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 51. členu (135.a člen pravil)

Drugi odstavek 135.a člena pravil 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 52. členu (135.b člen pravil)

Drugi odstavek 135.b člena pravil 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.

Spremembe tretjega in četrtega odstavka so redakcijske narave.

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 53. členu (135.c člen pravil)

Spremembe prvega, drugega, petega in sedmega odstavka so redakcijske narave.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 54. členu (135.d člen pravil)

Sprememba tretjega odstavka je redakcijske narave.

Zaradi enotnega urejanja zagotavljanja storitev v skladu z Direktivo 2011/24/EU se črta peti odstavek. Ta je določal možnost zavarovanih oseb, da bi na podlagi posebnega potrdila o upravičenosti pri dobavitelju prejeli MP, ki je bil (v določenih primerih) kupljen v drugi državi članici EU. Ker je teh primerov izjemno malo, je taka posebna listina zavoda neracionalna, hkrati pa pri drugih storitvah, zdravlilih in živilih take določbe ni bilo in je bila torej taka ureditev nesistemska.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 55. členu (135.e in 135.f člen pravil)

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.

Zaradi uvedbe e-recepta in ker med RS in drugimi državami članicami EU še ni vzpostavljena elektronska izmenjava receptov, lahko zavarovana oseba uveljavi pravico do zdravil na recept v skladu z Direktivo 2011/24/EU le na podlagi papirnatega recepta, čeprav ji bo v RS praviloma predpisan e-recept. Zato nov prvi odstavek 135.e člena pravil določa predpis papirnatega recepta v RS, ko želi zavarovana oseba uveljaviti pravico do zdravila na recept v skladu z Direktivo 2011/24/EU. Gre za primer, ko zavarovana oseba kupi zdravilo, predpisano na recept, v drugi državi članici EU in uveljavi pravico do povračila stroškov njegove vrednosti v RS. V tem primeru lahko zavarovana oseba zahteva predpis papirnatega recepta:

1. ob predpisu zdravila, ko se ji zato ne predpiše e-recepta, ali
2. potem, ko ji je že bil predpisan e-recept in nanj še ni bila izdana predpisana količina zdravila. V tem primeru lahko zahteva predpis papirnatega recepta v roku iz drugega in tretjega odstavka 204. člena pravil (v nadaljnjem besedilu: rok za prevzem zdravila v RS) ali v obdobju veljavnosti obnovljivega recepta, če ji je predpisan obnovljivi recept. Rok, v katerem lahko zahteva predpis papirnatega recepta, začne teči od predpisa e-recepta. Od predpisa e-recepta začne teči tudi rok za nakup zdravila v drugi državi članici EU v skladu z novim drugim odstavkom tega člena.

Nov drugi odstavek podrobneje ureja pogoje za predpis papirnatega recepta, če je bil zavarovani osebi za isto zdravilo v istem časovnem obdobju predhodno že predpisan e-recept (to je v primeru iz 2. točke prvega odstavka tega člena). V tem primeru se ob predpisu papirnatega recepta sočasno zaključi predhodno predpisan e-recept, da se prepreči dvojna izdaja zdravila v istem obdobju (v RS in drugi državi članici EU). Papirnati 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 tega 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. V tem primeru lahko gredo k svojemu splošnemu osebному zdravniku oziroma osebному otroškemu zdravniku, ki je praviloma bližje in lažje dosegljiv. Nov drugi odstavek določa tudi začetek teka roka za nakup zdravila v drugi državi članici EU, če je na podlagi e-recepta predpisan papirnat recept. Če zavarovana oseba ne uveljavlja pravice v skladu z Direktivo 2011/24/EU in prevzame zdravilo v lekarni v RS, rok za prevzem zdravila začne teči od predpisa recepta. Posebna ureditev v primeru uveljavljanja pravice iz 135.e člena pravil je potrebna zaradi uvedbe e-recepta, ki bo praviloma osnova za predpis papirnatega recepta, na podlagi katerega se bo uveljavila pravica v drugi državi članici EU. Zato je treba jasno določiti, ali rok za nakup zdravila 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 osebami, ki ne uveljavljajo te pravice, začne teči rok za nakup zdravila v drugi državi članici EU od predpisa e-recepta, če je na njegovi podlagi predpisan papirnat recept zaradi uveljavljanja pravice iz tega člena. Iz enakega razloga je v tem primeru določen tudi začetek teka roka za vložitev zahteve za predhodno odobritev zavoda, če je na papirnat recept predpisano zdravilo s seznama zdravstvenih storitev iz sedmega odstavka 44.c člena ZZVZZ (v nadaljnjem besedilu: seznam dragih zdravstvenih storitev). Tudi ta rok začne teči od predpisa e-recepta.

Tretji odstavek natančneje ureja pravico zavarovane osebe do povračila stroškov vrednosti zdravila, če je na recept ali recept EU predpisano zdravilo, ki ni uvrščeno na seznam dragih zdravstvenih storitev, zaradi česar zavarovana oseba pred njegovim nakupom v drugi državi članici EU ne potrebuje predhodne odobritve zavoda, da bi lahko zahtevala povračilo njegove vrednosti. Določba vsebinsko ne spreminja ureditve prvega in drugega odstavka dosedanjega 135.e člena pravil. Izključitev dela prvega in drugega odstavka dosedanjega 135.e člena pravil, ki se nanaša na potrditev recepta in recepta EU na zavodu, je uskladitvene narave s črtanjem šestega odstavka dosedanjega 202. člena pravil.

Četrty odstavek (tako kot veljavni tretji odstavek) natančneje ureja pravico zavarovane osebe do povračila stroškov vrednosti zdravila, če je na recept ali recept EU predpisano zdravilo, ki je uvrščeno na seznam dragih zdravstvenih storitev. Trenutno veljavna Odredba o seznamu zdravstvenih storitev, za katere se zahteva predhodna odobritev (Uradni list RS, št. 6/14) sicer ne vključuje zdravil. Za razliko od dosedanje ureditve predhodna odobritev ni potrebna, če je zavarovani osebi predpisano zdravilo s seznama dragih zdravstvenih storitev na recept EU, pod pogojem, da ga kupi v RS (1. točka četrtega odstavka). Ta sprememba je posledica namena predhodne odobritve, kot ga določa Direktivo 2011/24/EU. Predhodna odobritev zavoda za nakup zdravila s tega seznama je tako določena le še za primer, če ga zavarovana oseba želi kupiti na podlagi recepta

ali recepta EU v drugi državi članici EU (2. točka četrtega odstavka). Pri tem je na novo določena izjema, ko predhodna odobritev zavoda tudi v tem primeru ni potrebna. Gre za primer predpisa zdravila, ki je sicer na seznamu dragih zdravstvenih storitev, vendar ga v RS ni bilo mogoče izdati zaradi motenj v preskrbi na slovenskem trgu in ga zavarovana oseba zato kupi v drugi državi članici EU. V tem primeru pred nakupom zdravila v drugi državi članici EU ni potrebna predhodna odobritev zavoda, če so izpolnjeni pogoji iz 135.f člena pravil. Ta nova izjema je uskladišne narave z ureditvijo iz 135.f člena pravil, ki v primeru motnje v preskrbi z zdravilom na trgu RS, ne terja predhodne odobritve zavoda. Izključitev dela tretjega odstavka dosedanjega 135.e člena pravil, ki se nanaša na potrditev recepta in recepta EU na zavodu, je uskladišne narave s črtanjem šestega odstavka dosedanjega 202. člena pravil.

Peti odstavek natančneje ureja postopek predhodne odobritve zavoda in rok za nakup zdravila, če je bil ta postopek začet. Če je na recept ali recept EU predpisano zdravilo s seznama dragih zdravstvenih storitev, ki ga želi zavarovana oseba kupiti v drugi državi članici EU, mora pred nakupom zdravila vložiti zahtevo za predhodno odobritev zavoda. Zahtevo mora vložiti v roku za prevzem zdravila v RS ali v obdobju veljavnosti obnovljivega recepta (gl. tudi obrazložitev drugega odstavka tega člena – začetek teka roka za vložitev zahteve, če je predpisan papirnati recept na podlagi e-recepta). Če je izdana predhodna odobritev zavoda, lahko zavarovana oseba zahteva povračilo stroškov vrednosti zdravila, če ga je kupila v drugi državi članici EU v roku, ki velja za prevzem zdravila v lekarni RS, pri čemer začne ta rok teči od dokončnosti odločitve zavoda v postopku predhodne odobritve. Glede na dosedanje ureditve sta oba roka (za vložitev zahteve in za nakup zdravila) spremenjena. V skladu z veljavno ureditvijo je določen 30 dnevni rok (od predpisa recepta oziroma recepta EU) za vložitev zahteve za predhodno odobritev in 30 dnevni rok (od dokončnosti odločitve zavoda) za nakup zdravila. Z veljavnima 30 dnevnima rokoma se prekomerno podaljšuje začetek zdravljenja z zdravili glede na rok za prevzem zdravila v RS. Zato sta spremenjena oba roka (za vložitev zahteve in za nakup zdravila), zaradi česar bodo zavarovane osebe enakopravneje obravnavane pri uveljavljanju pravice do zdravila na recept, ne glede, ali jo uveljavljajo na podlagi tega člena ali ne.

Šesti odstavek določa pogoje, pod katerimi lahko zavarovana oseba v lekarni v RS prevzame zdravilo na podlagi recepta ali ga kupi na podlagi recepta EU in zahteva povračilo stroškov njegove vrednosti, čeprav je vložila zahtevo za izdajo predhodne odobritve zavoda z namenom nakupa zdravila v drugi državi članici EU. V tej zvezi je kot pogoj določen rok in kot dodaten pogoj tudi obveznost zavarovane osebe, da lekarni v RS predloži poleg recepta oziroma recepta EU tudi dokončno odločitev zavoda, izdano v postopku predhodne odobritve, ki jo shrani lekarna. S tem bo zavodu tudi omogočen nadzor nad pravilnostjo izdaje zdravila v skladu s to določbo pravil. Za razliko od dosedanje ureditve, ki določa 30 dnevni rok za predložitev recepta lekarni v RS, ki začne teči od dokončnosti odločitve zavoda (četrta alineja drugega odstavka veljavnega 204. člena pravil), je s spremembo določen enak rok, kot velja za prevzem zdravila v RS oziroma obdobje veljavnosti obnovljivega recepta. Tudi po novi ureditvi začne ta rok teči od dokončnosti odločitve zavoda v postopku predhodne odobritve.

Sedmi, osmi in deveti odstavek vsebinsko ne spreminjajo dosedanje ureditve.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

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.

Za uveljavljanje pravice morajo biti izpolnjeni vsi pogoji (kumulativno), določeni v prvem odstavku. Za uveljavljanje pravice je še vedno pogoj, da je zdravilo 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, to je zdravilom, ki se uporablja za zdravljenje iste bolezni, lahko pa vsebuje drugo zdravilno učinkovino. Da ni mogoča ustrezna zamenjava, bo ugotovil farmacevt v lekarni v RS ob nameravanem prevzemu zdravila 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. Potrdilo je na novo opredeljeno kot "potrdilo o deficitarnosti". Izdano mora biti v skladu z 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 v roku, ki sicer velja za prevzem zdravila v lekarni v RS ali v obdobju veljavnosti obnovljivega recepta. Izključitev dela prvega odstavka dosedanjega 135.f člena pravil, ki se nanaša na potrditev recepta na zavodu, je uskladišne narave s črtanjem šestega odstavka dosedanjega 202. člena pravil.

Nov drugi odstavek iz enakih razlogov, kot so navedeni v obrazložitvi prvega odstavka 135.e člena pravil, podrobneje ureja pogoje za predpis papirnatega recepta zaradi nakupa zdravila v tujini v primeru motene preskrbe v RS. Tudi v tem primeru lahko zavarovana oseba zahteva predpis papirnatega recepta:

1. ob predpisu zdravila, ko se ji zato ne predpiše e-recepta, ali
2. potem, ko ji je že bil predpisan e-recept in nanj še ni bila izdana predpisana količina zdravila. Poleg roka, v katerem lahko zahteva predpis papirnatega recepta (ki je enak roku iz prvega odstavka 135.e člena pravil) je za predpis papirnatega recepta na podlagi e-recepta določen dodatni pogoj, da je bilo zavarovani osebi že izdano potrdilo o deficitarnosti v roku za prevzem zdravila v RS ali v obdobju veljavnosti obnovljivega recepta, ki začne teči od predpisa e-recepta.

Nov tretji odstavek, enako kot drugi odstavek 135.e člena pravil, podrobneje ureja pogoje za predpis papirnatega recepta, če je bil zavarovani osebi za isto zdravilo v istem časovnem obdobju predhodno že predpisan e-recept. V tej zvezi iz enakih razlogov kot pri pravici iz 135.e člena pravil določa obveznost, da se ob predpisu papirnatega recepta sočasno zaključi predhodno predpisan e-recept, pooblašene zdravnike za predpis papirnatega recepta in začetek teka roka za nakup zdravila v tujini na podlagi papirnatega recepta, ki je bil izdan na podlagi e-recepta. Tudi v tem primeru začne teči rok za nakup zdravila v tujini od predpisa e-recepta.

Nov četrti odstavek določa pogoje, pod katerimi lahko zavarovana oseba prevzame (ne kupi) zdravilo v lekarni v RS, čeprav ji je bilo izdano potrdilo o deficitarnosti. Gre za primer, ko do izteka roka za nakup zdravila v tujini postane zdravilo dostopno na slovenskem trgu. V tem primeru ga lahko prevzame v lekarni v RS v istem roku, ki sicer velja za nakup deficitarnega zdravila v tujini – najpozneje v 14 dneh po izteku roka za prevzem zdravila v RS ali v 14 dneh po obdobju veljavnosti obnovljivega recepta. Da bi ga lahko prevzela v tem poznejšem roku, mora lekarni priložiti tudi vsebinsko ustrezno in pravočasno izdano potrdilo o deficitarnosti. Lekarna v RS priloženo potrdilo o deficitarnosti zadrži in ga priloži receptu, na podlagi katerega je prevzeto zdravilo. S tem bo zavodu tudi omogočen nadzor nad pravilnostjo izdaje zdravila v skladu s to določbo pravil.

Nov šesti odstavek je uskladišne narave z ureditvijo iz 135.e člena pravil in izenačuje recepte in recepte EU.

Peti, sedmi in osmi odstavek vsebinsko ne spreminjajo dosedanje ureditve.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 56. členu (137. člen pravil)

Dopolnitev 1. točke prvega odstavka 137. člena pravil je uskladišne narave z novim drugim odstavkom 135.a in novim 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 starš 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 57. členu (138. člen pravil)

Nov drugi odstavek 138. člena pravil določa delovni koledar v primeru začasne zadržanosti od dela zavarovancev, ki so sami zavezanci za plačilo prispevka (samozaposlene osebe, družbeniki, kmetje idr.). Šteje se, da imajo tedensko delovno obveznost razporejeno v okviru petih delovnih dni od ponedeljka do petka, tako

da se jim v skladu s tem obračunava in izplača denarno nadomestilo. Na ta način se zagotavlja enaka obravnava teh kategorij zavarovancev pri odmeri denarnih nadomestil iz drugih socialnih zavarovanj (npr. odmera nadomestila iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja). V primeru osebe, ki je v delovnem razmerju, denarno nadomestilo nadomešča plačo, ki bi jo oseba prejela, če bi delala in je do njega upravičena po enakih kriterijih, kot do plače, torej za toliko dni v tednu, kot znaša njena delovna obveznost.

Sprememba sedmega odstavka (dosedanjega šestega odstavka) je uskladitvene narave z dopolnitvijo 1. točke prvega odstavka 137. člena pravil, v katerega je vsebinsko vključeno besedilo, ki se črta iz sedanjega sedmega odstavka 138. člena pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 58. 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 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. 6/16 – uradno prečiščeno besedilo).

Drugi odstavek določa višino odbitka, ki se upošteva pri obračunu prevoznih stroškov zavarovane osebe za potovanje v posameznem koledarskem mesecu (v nadaljnjem besedilu: odbitek), ki ostaja nespremenjen in znaša 3 % minimalne plače, veljavne v tem mesecu, ki od 1. januarja 2017 znaša 24,15 eurov.

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 za spremljevalca se sicer ne spreminja. Tudi po dosedanjih pravilih se prevozni stroški za spremljevalca, ki potuje z javnim prevoznim sredstvom, obračunajo brez upoštevanja odbitka, torej v dejanski višini, kot izhaja iz vozne karte ali drugega dokazila, da je bil prevoz plačan. Namen celotnega povračila stroškov za vozno karto spremljevalca je v tem, da ta ne nosi bremena potovanja zaradi uveljavljanja zdravstvenih storitev zavarovane osebe, ki je sicer ni dolžen spremljati. V primerih, ko se povračilo prevoznih stroškov obračuna ob upoštevanju kilometrine, se navedeni odbitek upošteva tudi pri prevoznih stroških spremljevalca, 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 se v teh primerih upošteva odbitek.

Četrty odstavek določa način in višino obračuna prevoznih stroškov za potovanja spremljevalca, ko potuje skupaj z zavarovano osebo ali sam. Če zavarovana oseba potuje skupaj s spremljevalcem 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, je zavarovana oseba upravičena do povračila skupnih stroškov, ki se povrnejo v enkratnem znesku.

Peti odstavek povzema ureditev tretjega odstavka 43. člena ZZVZZ.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

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 iz 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 (nov 156.a člen pravil), biva (ta) na naslovu nastanitve (npr. hotela). Tretji odstavek zato določa, da se v teh primerih prevozni stroški povrnejo tudi za najkrajšo razdaljo od naslova nastanitve do izvajalca.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

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 (100 % namesto sedanjih 60 % znesek dnevnice), ki se izplačuje javnim uslužbencem v RS. Dnevica se 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.

Drugi odstavek določa pogoje in zgornjo višino povračila stroškov nastanitve za nočitev. Enako, kot velja v primeru zdravljenja v tujini, se zgornja 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 ji je odobreno spremstvo. 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 dosedanje šteti 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

Ocenjuje se, da zaradi spremembe drugega odstavka 156. člena pravil ne bo finančnih posledic, saj so stroški iz tega naslova zanemarljivi, ker je izjemno nizko število primerov, ko je potrebna nastanitev zavarovane osebe v drugem kraju (prenočitev). Tako sta bila v letu 2016 le dva takšna primera. Prav tako trikratna vrednost dnevnice iz prvega odstavka 156. člena pravil (trenutno 48 eurov), ki predstavlja zgornjo mejo 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 59. 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 dosedanjem 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 določa 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 dosedanjega tretjega odstavka 156. člena pravil. Pri tem je določeno, da se dnevnicna izplačila 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 dnevnicna (na dan) obračuna glede na skupen čas odsotnosti zavarovane osebe od prebivališča. 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 prebivališča. Višina povračila stroškov prehrane je spremenjena, tako, da se upošteva celoten (100 % namesto sedanjih 50 %) 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 dosedanjega četrtega odstavka 156. člena pravil, izključene pa so določbe o dokumentaciji, ki jo mora zavarovana oseba priložiti zahtevi za povračilo potnih stroškov glede na 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 njen 70 % odstotni delež. Za preračun teh stroškov v domačo valuto se upošteva tečaj Evropske centralne banke oziroma mesečna tečajnica Banke Slovenije, za tečaje, za katere Evropska centralna banka ne objavlja referenčnih tečajev, veljavna na dan izstavitve računa.

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 prebivališčem 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 opravljene zdravstvene storitve, 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, če ne bo predložila dokazil 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 prebivališčem 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 odstavek podrobneje določa pravico do povračila stroškov prehrane in namestitve 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.

Peti odstavek podrobneje določa pravico do povračila stroškov prehrane in namestitve 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 zavarovani osebi 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 prebivališčem 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 2016 je bilo na račun **dnevnice** za prehrano v tujini skupaj izplačano 88.220,54 eurov. Če bi že lansko leto upoštevali spremembo višine povračila stroškov prehrane v tujini v višini ene dnevnice (**100 % namesto sedanjih 50 % znesek dnevnice**), bi znašal skupni znesek povračil iz tega naslova **176.441,08 eurov letno**.

V letu 2016 je bilo na račun **nastanitve v tujini** skupaj izplačano 57.338,72 eurov. Če bi že lansko leto upoštevali spremembo višine povračila stroškov nastanitve v tujini v višini dvakratnika dnevnice (**200 % namesto sedanjih 70 % znesek dnevnice**), bi znašal skupni znesek povračil iz tega naslova **163.824,91 eurov letno**.

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 (po dosedanji določbi) nižja od 70 % dnevnice oziroma (po dosedanji določbi) 70 % dnevnice, kadar je dejanska vrednost višja.

K 60. členu (160. člen pravil)

V skladu z dosedanjim tretjim odstavkom 160. člena pravil se zavarovana oseba z izbiro zdravnika in zdravstvenega zavoda odloči, da bo pri njiju 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 po nalogu izbranega izvajalca določene zdravstvene storitve (patronažno zdravstveno nego in zdravstveno nego na domu) opravi drug izvajalec (patronažna služba) v kraju stalnega ali začasnega prebivališča, če je ta bližji od kraja, v katerem je izbrani izvajalec. Druge spremembe določbe so redakcijske narave.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 61. členu (164. člen pravil)

Na podlagi dosedanjega 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

dosedanje 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 ginekologa v terciarni ustanovi, če je bil pregled opravljen izven rednega delovnega časa izvajalca.

Prvi odstavek pravico ureja vsebinsko enako kot dosedanji 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 dosedanji 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 z 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 62. členu (170. člen pravil)

Sprememba tretjega odstavka 170. člena pravil je uskladitvene narave s spremembo 261. člena pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 63. členu (174. člen pravil)

Sprememba prvega odstavka 174. člena pravil je redakcijske narave, s katero se ne spreminja pristojnosti in obveznosti osebnega zdravnika. Pri tem se jasno določa, da osebni zdravnik opravlja tiste storitve, ki sodijo v njegovo delovno področje. Sočasno je odpravljeno podvajanje vsebine iz dosedanje določbe glede napotitev zavarovane osebe in izključeno podrobnejše opredeljevanje zdravstvene dokumentacije, ki jo sicer opredeljuje tudi Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (Uradni list RS, št. 65/00 in 47/15; v nadaljnjem besedilu: ZZPPZ).

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 64. členu (176. do 178. člen pravil)

Določbe 176. do 178. člena pravil so spremenjene zaradi jasnejše ureditve napotitev, odprave administrativnih ovir in uskladitve z ZPacP.

176. člen pravil

Člen ureja razlog za napotitev zavarovane osebe, osebnega zdravnika, ki je pristojen za napotitev, pravilo ene napotnice za isto obdobje, označitev vrste specialnosti napotnega zdravnika in vrste zdravstvene storitve te pooblastila, ki se lahko prenašajo na napotnega zdravnika.

Prvi odstavek vsebinsko ne pomeni novosti pri napotitvi. Glede na sedanjo ureditev se jasno in notranje skladno določajo razlogi napotitve. Poleg konzultacije so razlog za napotitev lahko vse zdravstvene storitve, tako diagnostične in terapevtske kot tudi rehabilitacijske.

Zaradi večje jasnosti ureditve se z novim drugim odstavkom določa pristojnost osebnega zdravnika za izstavitev napotnice glede na njegovo delovno področje. Izstavi jo lahko le za zdravstvena stanja, ki jih obravnava na svojem delovnem področju, kar je v skladu s sprejeto medicinsko doktrino in z vsebino specializacije zdravnika na posameznem strokovnem področju. Določba sledi spremembi prvega odstavka 174. člena pravil, ki tudi jasno določa, da osebni zdravnik opravlja storitve s svojega delovnega področja.

Tudi v prihodnje velja pravilo, da lahko zaradi istega zdravstvenega stanja en zdravnik za isto obdobje veljavnosti napotnice izda le eno napotnico za napotnega zdravnika iste vrste specialnosti (tretji odstavek). Pri tem je zdravnik dolžan na napotnici označiti vrsto specialnosti napotnega zdravnika in vrsto zdravstvene storitve (četrti odstavek). Obveznost, da se na napotnici označi tudi vrsta zdravstvene storitve, in ne vrsta zdravstvene dejavnosti, kot je to veljalo po dosedanji ureditvi, je uskladišne narave z ureditvijo naročanja po ZPacP.

Peti odstavek določa tri vrste pooblastil, ki jih lahko osebni zdravnik prenese na napotnega zdravnika odstavek, enako kot po dosedanji ureditvi:

1. pooblastilo za pregled zavarovane osebe zaradi podaje mnenja o zdravstvenem stanju s predlogom nadaljnje zdravstvene obravnave zavarovane osebe (1. točka): pooblastilo se vsebinsko ne spreminja glede na dosedanjo ureditev. Tudi v prihodnje velja obveznost napotnega zdravnika, da opravi diagnostične zdravstvene storitve, ki so potrebne zaradi podaje mnenja o zdravstvenem stanju zavarovane osebe in predloga o njeni nadaljnji zdravstveni obravnavi;
2. pooblastilo za zdravljenje zavarovane osebe (2. točka): jasno se določa, da pooblastilo obsega tudi predpis MP (to je pripomočkov na naročilnico) ter zdravil in živil na recept., Pri tem se jasno določa, da pooblastilo za predpis zdravil in živil na recept vključuje, ne le novo uvedenih, temveč tudi predpis tistih, ki jih zavarovana oseba potrebuje v redni terapiji. Redna terapija pomeni vsa zdravila, ki jih zavarovana oseba prejema zaradi svojih kroničnih bolezni. V obeh primerih mora biti izpolnjen tudi osnovni pogoj, da je napotni zdravnik pooblaščen za njihov predpis, ker sodijo v njegovo delovno področje, kot to določa druga alineja prvega odstavka 202. člena pravil. Zdravila in živila lahko predpiše le v količini, ki jo določa četrti in peti odstavek 58. člena pravil (npr. zdravilo, predpisano ob uvedbi novega zdravila – eno, najmanjše pakiranje zdravila, izjemoma v količini, ki zadostuje za enomesečno zdravljenje). Na ta način se želi zmanjšati število obiskov zavarovanih oseb pri osebnih zdravnikih, tako da se jim zagotovi čim več zdravstvenih storitev na enem mestu – pri pooblaščenem napotnem zdravniku, in ne da se po nepotrebnem pošilja ponovno k osebnim zdravnikom zaradi predpisa zdravil, živil ali medicinskih pripomočkov. Izjema glede obsega pooblastila za predpis medicinskih pripomočkov ter zdravil in živil je določena za klinične psihologe, saj ti tega pooblastila nimajo (peti odstavek 178. člena pravil);
3. pooblastilo za nadaljnjo napotitev zavarovane osebe (3. točka): pooblastilo je glede na dosedanjo ureditev jasneje opredeljeno. Pogoj za podelitev tega pooblastila je, da je napotnemu zdravniku z napotnico podeljeno tudi eno od pooblastil iz 1. ali 2. točke (torej kombinacija pooblastila iz 1. in 3. točke ali kombinacija pooblastila iz 2. in 3. točke). Samostojna podelitev pooblastila za nadaljnjo napotitev zavarovane osebe ni dopustna. Poleg tega se na novo jasno določa, da lahko napotni zdravnik zavarovano osebo napoti na druge zdravstvene storitve le, če se te nanašajo na zdravstveno stanje, zaradi katerega je izdana napotnica (torej zaradi katerega so prejeli pooblastilo iz 1. ali 2. točke). Izjema je določena za klinične psihologe. Ti lahko zaradi izvedbe kliničnopsihološkega dela na podlagi napotnice s pooblastilom za nadaljnjo napotitev zavarovane osebe naročajo le storitve, ki se naročajo z delovnim nalogom (peti odstavek 178. člena pravil).

Z novim šestim odstavkom se določa obdobje, v katerem lahko napotni zdravnik, ki je prejel pooblastilo za nadaljnjo napotitev, zavarovano osebo nadalje napoti. Nadaljnja napotitev je dopustna le v obdobju veljavnosti napotnice. Poleg tega se določa prepoved t. i. veriženja napotnic. Določena je prepoved, da bi napotni zdravnik v primeru nadaljnje napotitve zavarovane osebe, na drugega napotnega zdravnika prenesel tudi pooblastilo za nadaljnjo napotitev zavarovane osebe.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

177. člen pravil

Člen ureja obdobje veljavnosti napotnice, označitev stopnje nujnosti na napotnici in rok za predložitev napotnice izvajalcu.

Prvi odstavek na novo določa obdobje veljavnosti napotnice. Njena veljavnost je še vedno omejena na največ eno leto. To pomeni, da lahko osebni zdravnik izda napotnico s katerokoli veljavnostjo, ki pa ne sme preseči enega leta. Zaradi odprave administrativnih ovir na strani zavarovanih oseb ter osebnih in napotnih zdravnikov se z novo ureditvijo odpravlja dosedanja časovna omejitev veljavnosti napotnice na tri mesece, ki je le za kronične bolezni predvidevala podaljšanje do enega leta in še to na predlog napotnega zdravnika. Izjema od najdaljšega enoletnega obdobja je določena za ortodontsko zdravljenje, ko napotnica velja do zaključka tega zdravljenja, kar je vsebinsko enako dosedanji ureditvi.

Drugi odstavek določa začetek veljavnosti napotnice, enako kot po dosedanji ureditvi. Napotnica tudi v prihodnje velja od dneva, ko napotni zdravnik sprejme zavarovano osebo, in ne npr. že od dneva, ko se je zavarovana oseba naročila na zdravstveno storitev ali je uvrščena na čakalni seznam. Na novo je določeno prenehanje veljavnosti napotnice. Napotnica preneha veljati ne le s potekom obdobja njene veljavnosti, temveč tudi, ko napotni zdravnik izvede zdravstvene storitve, zaradi katerih je bila napotnica izstavljena. Na novo je določeno, da se lahko nova napotnica izstavi največ 15 dni pred iztekom veljavnosti predhodno izstavljene napotnice. S tem se želi doseči, da bi si lahko zavarovane osebe pravočasno zagotovile veljavno napotnico za planirano zdravstveno obravnavo pri napotnem zdravniku, katere datum je neposredno pred potekom veljavnosti prejšnje napotnice.

Tretji, četrti in peti odstavek so uskladištvene narave z ZPacP-A. Ta v prehodnem 24. členu na novo ureja predložitev napotne listine. Določba ZPacP-A velja do ureditve v ZZVZZ, uporabljati pa se začne 21. januarja 2018. Rok za predložitev napotne listine je določen glede na stopnjo nujnosti.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

178. člen pravil

Člen določa obveznosti osebnega zdravnika glede napotitve zavarovane osebe in obveznost napotnega zdravnika, pri čemer se določbe usklajujejo tudi z ZPacP. Poleg tega člen določa napotitev h kliničnemu psihologu in pooblastila kliničnega psihologa na podlagi prejete napotnice.

Prvi odstavek, enako kot po dosedanji ureditvi, določa obveznost osebnega zdravnika, da pred napotitvijo opravi vse zdravstvene storitve, ki jih je dolžan zagotoviti zavarovani osebi kot osebni zdravnik. Glede na dosedanjo ureditev pa je določena drugačna posledica, če osebni zdravnik te obveznosti ne izpolni. Po dosedanji ureditvi je napotni zdravnik lahko v tem primeru (če niso predhodno opravljene vse storitve, ki bi jih lahko zagotovil osebni zdravnik na primarni ravni) odklonil sprejem pooblastila osebnega zdravnika, enako kot, če narava bolezni ne zahteva obravnave pri napotnem zdravniku. Po novi ureditvi napotni zdravnik v tem primeru v treh dneh vrne napotnico osebnemu zdravniku in o tem obvesti zavarovano osebo. Enako pravno posledico določa šesti odstavek 14.b člena ZPacP, če se ob triaži napotnice ugotovi, da ni medicinske indikacije. Če se neutemeljenost napotitve ugotovi po opravljeni zdravstveni storitvi, se na podlagi petega odstavka 15.c člena ZPacP izdajatelju napotne listine (v tem primeru osebnemu zdravniku) zagotovi povratna informacija s presojo utemeljenosti napotnice.

Drugi odstavek, vsebinsko enako kot po dosedanji ureditvi, določa obveznost osebnega zdravnika, da ob napotitvi seznani napotnega zdravnika z napotno diagnozo, strokovno obrazložitvijo in vso relevantno zdravstveno dokumentacijo, to je tisto, ki se nanaša na zdravstveno stanje, ki je razlog za napotitev in je potrebna za izvedbo zdravstvene storitve.

Tretji odstavek jasneje določa obveznosti izvajalcev in pravno posledico, če je napotnica pomanjkljivo ali nejasno izpolnjena. Ureditev pravil se usklajuje z ureditvijo s področja pacientovih pravic. Pravilnik o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah (Uradni list RS, št. 3/18) v četrtem odstavku 5. člena določa, da, kadar je napotna listina tako pomanjkljivo oziroma nejasno izpolnjena, da pacienta ni mogoče uvrstiti na čakalni seznam oziroma izvesti triaže napotne listine, pooblaščen oseba za čakalni seznam pacienta ne uvrsti na čakalni seznam in o tem v petih dneh od prejema napotne listine obvesti

pacienta in izdajatelja napotne listine. Kadar izvajalec presodi, da vrsta zdravstvene storitve na napotni listini ni ustrezno določena, je pa ustrezna vrsta zdravstvene storitve razvidna iz drugih sestavin napotne listine, pacienta uvrsti na čakalni seznam za ustrezno zdravstveno storitev.

Četrty odstavek določa obveznost napotnega zdravnika po tem, ko je opravil zdravstveno storitev na podlagi napotnice. Jasno se določa obveznost napotnega zdravnika, da posreduje pisni izvid, in sicer tudi zavarovani osebi, ne le osebnemu zdravniku. Poleg tega se določa vsebina pisnega izvida vsebina pisnega izvida. Ta mora vsebovati podatke o opravljeni zdravstveni storitvi (o pregledu zavarovane osebe, diagnostični, terapevtski, rehabilitacijski zdravstveni storitvi), mnenje o zdravstvenem stanju in predlog o nadaljnji zdravstveni obravnavi zavarovane osebe. Napotni zdravnik posreduje izvid v roku, ki je z ZPacP določen za izdajo strokovnega mnenja oziroma izvida po specialistični obravnavi. Ta v drugem odstavku 18. člena določa rok takoj oziroma najpozneje v sedmih dneh po opravljeni zdravstveni storitvi, razen če je strokovno utemeljeno, da je rok za izdajo izvida daljši oziroma krajši, pri čemer se izvid izda takoj v nujnih primerih, tudi v primerih suma na maligno obolenje oziroma med zdravljenjem malignega obolenja.

Peti odstavek ureja napotitev h kliničnemu psihologu in pooblastila kliničnega psihologa. Na podlagi 4. in 18. točke 2. člena pravil bo pooblaščen zdravnik (osebni ali napotni zdravnik) prenašal pooblastila na kliničnega psihologa z napotnico. V skladu s tem odstavkom se bodo za napotitev h kliničnemu psihologu smiselno uporabljale določbe pravil, ki urejajo napotitev k napotnemu zdravniku. To pomeni, da se te določbe pravil uporabljajo le v delu, ko je to smiselno in mogoče glede na poklicno dejavnost (kompetence) kliničnega psihologa in omejitve, ki izhajajo iz kompetenc. Napotnica za napotitev h kliničnemu psihologu bo tako lahko vsebovala pooblastilo iz 1. ali 2. točke petega odstavka 176. člena pravil ali kombinacijo enega od teh pooblastil s pooblastilom iz 3. točke petega odstavka 176. člena pravil. Glede na kompetence kliničnega psihologa so pri tem določene omejitve. Klinični psiholog lahko v okviru prejetih pooblastil osebnega ali napotnega zdravnika izvaja storitve iz svojega delovnega področja, ne sme pa predpisovati niti MP niti zdravil in živil na recept, kar je posebej določeno zaradi jasnosti ureditve. Če bo nanj z napotnico preneseno pooblastilo za nadaljnjo napotitev (iz 3. točke petega odstavka 176. člena pravil), klinični psiholog tudi ne bo smel napotiti zavarovane osebe k zdravnikom specialistom. V skladu s takšno napotnico (s pooblastilom za nadaljnjo napotitev) bo lahko zaradi izvedbe kliničnopsihološkega dela (torej za potrebe svojega delovnega procesa) naročil le storitve, ki se naročajo z delovnim nalogom (npr. logopedske storitve).

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 65. členu (185. člen pravil)

Z dopolnitvijo prvega odstavka je ZPR s pomočjo zobnih vsadkov izvzeta iz zobozdravstvene dejavnosti na primarni ravni.

Drugi odstavek se črta zaradi nepotrebnega podvajanja ureditve v pravilih, saj je njegova vsebina urejena v prvem odstavku 174. člena pravil (pooblastilo za predpisovanje zdravil s svojega delovnega področja) oziroma 187. členu pravil (napotni zdravniki).

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 66. členu (187. in 188. člen pravil)

187. člen pravil

S spremembo prvega odstavka se odpravlja podvajanje vsebine, ki je že urejena v 176. do 178. členu pravil (prenos pooblastila od osebnega zobozdravnika na napotnega zdravnika). Glede na ureditev napotitve v 176. do 178. členu pravil je del vsebine tudi nepotreben (da se lahko pooblastila nanašajo le na določen vnaprej opredeljen poseg oziroma na zdravljenje s področja posamezne specialnosti). Zaradi enakih razlogov tudi dosedanja drugi in četrty odstavek 187. člena pravil nista vključena v spremembo člena. Njuna vsebina je že urejena v 176. do 178. členu pravil (prenos pooblastila z napotnico, izpolnitev in veljavnost napotnice, vključno z veljavnostjo napotnice za ortodontsko zdravljenje, ko napotnica velja do zaključka tega zdravljenja), oziroma

je del vsebine nepotreben (omejitev pooblastila pri maksilofacialnih in oralnokirurških ter specialističnih protetičnih storitvah na poseg, ki ga je naročil osebni zobozdravnik).

Nov drugi odstavek določa, kateri specialisti so pooblaščen za ZPR s pomočjo zobnih vsadkov, in sicer so to za vsaditev zobnih vsadkov: specialisti parodontologi, specialisti oralne kirurgije in specialisti maksilofacialne kirurgije. Po mnenju Razširjenega strokovnega kolegija za stomatologijo in Razširjenega strokovnega kolegija za maksilofacialno in oralno kirurgijo je osnovno strokovno vodilo, da zobne vsadke lahko vsadi le tisti, ki zna pravilno odreagirati ob možnih komplikacijah. Vsaditev zobnih vsadkov je kirurško znanje in veščina, ki ni vključena 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 ZPR 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 drugega odstavka 30. člena pravil lahko izvaja le na kliniki terciarne ravni. Takšna ureditev je določena 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 obravnav. Sočasno je določeno, da ta izvajalec pred začetkom zdravljenja izdela načrt ortodonsko-implantološko-protetične rehabilitacije, če gre za zdravstveno stanje iz 2. ali 3. točke prvega odstavka 30. člena pravil (oligodontija, shiza). Pri zavarovanih osebah, pri katerih je ugotovljena oligodontija ali shiza, predstavniki stroke (UKC Ljubljana, Stomatološke klinike in KO za maksilofacialno in oralno kirurgijo) namreč menijo, da gre za kompleksno obravnavo in je v postopkih zdravljenja potrebno sodelovanje specialistov čeljustne ortopedije, maksilofacialne kirurgije in stomatološke protetike. Zato je predvideno, da konzilij specialistov izvajalca terciarne ravni pred začetkom zdravljenja izdela načrt ortodonsko-implantološko-protetične rehabilitacije.

Dosedanji tretji odstavek 187. člena pravil ni vključen v sedanji člen, ker je njegova vsebina zajeta v prvem odstavku 177. člena pravil (veljavnost napotnice za ortodonsko zdravljenje do zaključka tega zdravljenja) in 191. členu pravil (zamenjava specialista).

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

188. člen pravil

Določba je vsebinsko enaka dosedanji, pri čemer je dopolnjen prvi odstavek z določbo, da zavodu ni treba predložiti načrta ZPR v potrditev pred začetkom ZPR s pomočjo zobnih vsadkov oziroma izdelave ZPP na zobnih vsadkih. V teh primerih gre za storitve kompleksne zdravstvene obravnave 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 posebno strokovno 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 ZPR, ki potrebujejo predhodno odobritev zavoda. S tem se bo zmanjšal obseg dela in posledično tudi število kadrov, ki sedaj to delo opravljajo in so pretežno zunanji sodelavci in sedaj podajajo izvedenska mnenja o ZPR s pomočjo implantatov.

K 67. členu (189. člen pravil)

Sprememba člena je redakcijske narave, in sicer glede spremembe izraza "pripomoček" v "medicinski pripomoček" zaradi opredelitve obeh izrazov, glede dopolnitve z živili zaradi pristojnosti napotnih zdravnikov glede predpisovanja živil. Dopolnitev vsebinsko ne pomeni novosti, ampak le zapis v pravilih zaradi jasnosti ureditve.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 68. členu (192. člen pravil)

Člen na novo določa smiselno uporabo določb pravil o napotitvi, ki veljajo za osebnega zdravnika, tudi za napotnega zdravnika. Dosedanja ureditev 192. člena pravil je ustrezno prenesena v 176. do 178. člen pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 69. členu (195. člen pravil)

S spremembo drugega stavka drugega odstavka 195. člena pravil se ta usklajuje s pooblastili napotnega zdravnika iz 2. točke petega odstavka 176. člena pravil v delu, ki se tiče predpisa zdravil in živil na recept. Poleg na novo uvedenih zdravil je zdravnik ob odpustu iz bolnišnice pristojen in s tem tudi dolžan predpisati na recept tudi zdravila in živila, ki jih zavarovana oseba potrebuje v redni terapiji po odpustu iz bolnišnice, ne glede, kje bo nadaljevala zdravljenje oziroma zdravstveno obravnavo (doma, v zdravilišču, drugje). Pri tem je iz določbe izključena dosedanja omejitev glede predpisane količine. Odpustni zdravnik predpiše zdravila in živila v količini, ki jo določa četrti in peti odstavek 58. člena pravil (npr. zdravilo, predpisano ob uvedbi novega zdravila – eno, najmanjše pakiranje zdravila, izjemoma v količini, ki zadostuje za enomesečno zdravljenje).

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 70. členu (196. člen pravil)

Tretji odstavek 196. člena pravil med drugim določa tudi pooblastilo specialista – psihiatra, da brez napotnice predpisuje zdravila na recept s svojega delovnega področja. Določba se dopolnjuje tudi s pooblastilom specialista psihiatra, da brez napotnice predpisuje na recept živila. Skladno s splošnimi akti zavoda (v okviru omejitev predpisovanja, ki jih določi zavod) je namreč tudi za predpis nekaterih živil pooblaščen specialist psihiater. Pri tem je kot nepotreben črtan del določbe, da lahko specialist psihiater predpisuje le zdravila s svojega delovnega področja. To pravilo (predpisovanje izključno zdravil z delovnega področja zdravnika) namreč določa že prvi odstavek 58. člena pravil, ne glede ali gre za napotnega zdravnika (prva alineja) ali drugega pooblaščenega zdravnika (četrti alineja). Enako velja za predpis živil, saj se za njihovo predpisovanje na podlagi 209.a člena pravil smiselno uporabljajo tudi določbe 202. člena pravil. Zato se v 196. členu pravil črta podvojena ureditev.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 71. členu (202. člen pravil)

Sprememba druge alineje prvega odstavka je uskladitvene narave s pooblastili napotnega zdravnika iz 176. člena pravil. Napotni zdravnik lahko na podlagi napotnice predpisuje zdravila na recept le, če prejme pooblastilo za zdravljenje zavarovane osebe iz 2. točke petega odstavka 176. člena pravil. V tem primeru je ne le pooblaščen, temveč tudi dolžan predpisati novo uvedena zdravila in zdravila, ki jih zavarovana oseba potrebuje v redni terapiji. Zato je v drugi alineji prvega odstavka 202. člena pravil kot nepotreben črtan del besedila "v skladu s pooblastili z napotnice!, saj to jasno izhaja iz petega odstavka 176. člena pravil.

Sprememba tretje alineje drugega odstavka je redakcijske narave.

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.

Peti odstavek je vsebinsko enak dosedanjemu petemu odstavku. Spremenjen je zaradi večje jasnosti besedila.

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 katera 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. Z ukinitvijo se usklajujejo 135.e, 135.f in 209. člen pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 72. členu (202.a člen pravil)

Sprememba drugega stavka petega odstavka je redakcijske narave.

Sprememba tretjega stavka petega odstavka je posledica uvedbe e-recepta in vsebinsko ne spreminja dosedanje ureditve.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 73. členu (203. člen pravil)

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

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 74. členu (204. člen pravil)

Sprememba prvega odstavka je redakcijske narave.

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 sočasnemu 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 seznani 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) je uskladitvene narave s šestim odstavkom 135.e člena in četrtem odstavkom 135.f člena pravil.

Sprememba tretjega odstavka (določa obdobje, v katerem lahko zavarovana oseba uveljavi ponovno izdajo zdravila, ki je predpisano na obnovljivi recept) je uskladišne narave z veljavnim pravilom mesečne izdaje dragih zdravil in posledica uvedbe e-recepta. Dopolnitev s 15 dnevnim rokom za drago zdravilo je uskladišne 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 75. členu (206. člen pravil)

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

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 76. členu (209. člen pravil)

Sprememba četrtega odstavka 209. člena pravil 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. spremembo 135.e in 135.f člena in 204. člena 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 dosedanje ureditve.

Dosedanji 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. Tako 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.

Dosedanji 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 pravil v letu 2014 (Uradni list RS, št. 25/14) z namenom, da se zmanjšajo njihove domače zaloge, kar je tudi uspelo. 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 dosedanja 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 prihodnje ohraniti pristojnost za ustrezno obravnavo papirnatega recepta za drago zdravilo. S 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 77. členu (210. člen pravil)

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" (36. točka 2. člena pravil) se tudi za recept za osebno rabo jasno določa, da gre za listino zavoda za predpisovanje zdravil, ki jih zavod razvrsti na pozitivno ali vmesno listo in jih zavarovani osebi predpiše pooblaščen zdravnik (v tem primeru zdravnik, ki izpolnjuje pogoje iz tretjega 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 ambulate. Posledično se bo ustrezno spremenil navedeni pravilnik tako, da bo usklajen 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 dosedanje določbe ga lahko prepiše le sam sebi ali družinskim članom. Pri tem se določba usklajuje s prvim odstavkom 202. člena pravil, ki določa zdravnike, pooblaščen za predpis zdravil na recept. Na podlagi dosedanjega 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. Izrecna 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, ki 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 dosedanji 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 dosedanjega člena mora biti zdravnik evidentiran v t. i. bazi podatkov o izvajalcih zdravstvenih storitev, katere naziv se usklajuje z ZZPPZ. Na novo je določen pogoj, da ima zdravnik licenco Zdravniške zbornice Slovenije. Pogoj veljavne licence je določen zaradi zagotovitve primerne, kakovostne in varne zdravstvene obravnave 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 institucijami v zdravstvenem sistemu (z zavodom, Ministrstvom za zdravje, medicinsko fakulteto, 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 institucije). Tudi upokojeni zdravniki morajo imeti veljavno licenco in morajo biti evidentirani v bazi podatkov o izvajalcih zdravstvenih storitev.

Šesti odstavek vsebinsko enako kot dosedanji 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 nima finančnih posledic.

K 78. členu (211. in 212. člen pravil)

211. člen pravil

Sprememba člena je uskladitvene narave z drugim odstavkom 64. člena pravil in redakcijske narave.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

212. člen pravil

Enako kot dosedanji 212. člen pravil se v členu določajo pooblaščen zdravniki 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 s črtanjem 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 dosedanji 5. in 6. točka prvega odstavka, ki sta se nanašali na pooblastila specialistov diabetologov pediatrov in specialistov diabetologov internistov glede predpisovanja inzulinske črpalke. Po dosedanjih 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 upravni odbor zavoda, pa za osebe od 18. leta naprej. Črtajo se te določbe, kar pomeni, da takšnih omejitev glede starosti zavarovanih oseb in ločitve med specialisti diabetologi internisti in specialisti diabetologi pediatri glede predpisovanja teh MP ni več. Ob črtanju teh določb tudi za predpisovanje teh MP velja splošna določba nove 5. točke prvega odstavka, ki določa pooblastilo napotnim zdravnikom s svojega delovnega področja.

Na podlagi drugega odstavka poimenski seznam pooblaščenih zdravnikov določi 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 pred pripravo te obrazložitve - načrtuje se, da jih bo še več). Da bi lahko zagotovili bolj pravočasno zagotavljanje pooblastil in boljšo dostopnost zavarovanih oseb do MP, se spreminja navedena pristojnost.

Na podlagi tretjega odstavka bo strokovni nadzor nad izdelovalci tudi terciarnih (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 dosedanjih določenih pravilih usposobljenost in opremljenost preverja URI Soča, kar ni v skladu z ZMedPri. Ocenjuje se, 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 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 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.

Dosedanji sedmi in osmi odstavek 211. člena pravil sta vsebinsko vključena v 212.a člen pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 79. členu (212.a člen pravil)

V novem 212.a členu pravil so združene določbe, da se MP predpisujejo na naročilnico in da se v splošnih aktih zavoda določi način njihovega izpolnjevanja in obveznosti predložitve naročilnice dobavitelju v 30 dneh od datuma njene izdaje.

Ureditev v tretjem in četrtem odstavku pomeni različni ureditvi za MP, za katere je določena trajnostna doba (izdaja naročilnice 30 dni pred iztekom trajnostne dobe) in za MP, za katere količino in obdobje določajo pravila (izdaja naročilnice deset dni pred iztekom obdobja z izjemo vakuumske opornice). Sprememba pomeni enostavnejše uveljavljanje pravic zavarovanih oseb do MP, za katere je s pravili določena trajnostna doba (115. člen pravil – npr. proteze, ortoze, vozički, slušni aparati, očala). V prvotnem predlogu te novele pravil je bila določena enaka ureditev, in sicer tako, da bi lahko zavarovane osebe prejele naročilnico deset dni pred iztekom trajnostne dobe (MP iz 115. člena pravil - proteze, ortoze, vozički, slušni aparati, očala idr.), oziroma deset dni pred iztekom obdobja za MP, za katere količino v določenem obdobju določajo pravila (inkontinenčni MP - katetri za dovajanje kisika, kanile, MP pri traheostomi idr.). V okviru javne obravnave je Trgovinska zbornica Slovenije opozorila na morebitne težave v primeru možnosti izdaje deset dni pred iztekom trajnostne dobe za

MP, ki se izposojajo (vključeni v 115. člen pravil). Po proučitvi predloga se je izkazalo, da je smiselno podaljšanje roka ne samo za MP, ki se izposojajo (standardni voziček, negovalna postelja, aparati pri težavah z dihanjem idr.), ampak za vse MP, za katere je določena trajnostna doba (torej tudi za proteze, najzahtevnejše vozičke, slušne aparate itd.). Sprememba je v korist zavarovanih oseb kot tudi v korist pooblaščenih zdravnikov, ki predpisujejo posamezne MP. Zaradi neprekinjene uporabe MP (ko predhodno prejetemu izteče trajnostna doba ali obdobje) pooblaščenemu zdravniku ni treba čakati do zadnjega dne dobe trajanja predhodno prejetih MP, temveč lahko zavarovani osebi že prej 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 nekoliko drugačni obliki v praksi že izvaja na podlagi posebnega navodila zavoda (za vse MP je dopustno izdati naročilnico pred iztekom "trajnostne dobe"). Tako podlago, v smislu omejitve predpisovanja in s tem tudi določitve, kdaj se zavarovana oseba lahko zgleda pri zdravniku za predpis novih MP, je treba določiti kot postopkovno določbo še v pravilih.

Peti odstavek je povezan s tretjim in četrtem odstavkom tega člena. S petim odstavkom se spreminja datum, od katerega dalje se upošteva 30-dnevna veljavnost naročilnice. Dosedanja ureditev je bila, da je to datum izdaje naročilnice. Za MP, za katere je določena trajnostna doba (še posebej proteze, ortoze, vozički), bi takšna ureditev glede na tretji odstavek tega člena (možnost izdaje naročilnice 30 dni pred iztekom trajnostne dobe) pomenila, da bi zavarovani osebi veljavnost naročilnice iztekla prej, preden sploh lahko uveljavi pravico na podlagi novo izdane naročilnice po izteku trajnostne dobe. Zaradi enotne ureditve za vse MP se začetek teka roka veljavnosti naročilnice upošteva od datuma možnega prejema, ki je naveden na naročilnici. V primerih, ko pa o pravici zavarovane osebe z odločbo odloča imenovani zdravnik ali služba zavoda, začne datum veljavnosti naročilnice teči z dokončnostjo odločitve oziroma v primerih prilagoditev od datuma odobritve prilagoditve. Rešitev pomeni poenostavitev v postopku uveljavljanju pravic zavarovanih oseb do MP.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 80. členu (213. člen pravil)

Črta se tretji odstavek, ker je predpisovanje MP, pri katerih je določeno obdobje in količina, urejeno v 116. in 117. členu pravil, in bi šlo za podvajanje določb.

Črta se četrti odstavek, saj je vsebinsko prenesen v 119. člen pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 81. členu (214. do 217. člen pravil)

214. člen pravil

Prvi odstavek je dopolnjen z določitvijo roka, v katerem mora pooblaščen zdravnik 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 215. členu pravil) rok krajši, kot je za zavarovane osebe določen v 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 šifrant 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

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

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

216. člen pravil

Zaradi številnih sprememb se spreminja cel člen pravil.

Dosedanji prvi odstavek 216. člena pravil je vsebinsko vključen v 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 fiksirne hlačke) določa manjše število artiklov, ki jih mora zagotavljati dobavitelj na vseh svojih izdajnih mestih, kot je bilo določeno predhodno. Po novem mora dobavitelj zagotavljati 30 % (doslej 50 %) in najmanj 3 (doslej 4) artikle takih vrst s seznama MP. Sprememba upošteva predlog Lekarniške zbornice Slovenije s sestanka s predstavniki zavoda dne 10. 2. 2016. Določba, s katero se za te MP zmanjša obveznost njihovega zagotavljanja s seznama MP, je posledica težavnosti zagotavljanja zalog za veliko število različnih proizvajalcev "plenice". Določba 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 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 dosedanjem tretjem odstavku 216. člena pravil je hkrati določeno, da dobavitelj za artikle, ki jih zagotavlja, na vseh izdajnih mestih zagotavlja tudi vse t. i. medsebojno povezane artikle. Druge spremembe tega odstavka so nomotehnične narave.

V drugem odstavku je vsebinsko enako kot doslej določeno, da dobavitelj zavarovani osebi najprej ponudi 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 zaživela 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 dosedanja 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.

217. člen pravil

Dosedanji 217. člen pravil je urejal obveznosti dobavitelja glede izročitve navodil zavarovani osebi ob izročitvi MP in njegove obveznosti v garancijskem roku, kar je po novem urejeno v osmem in devetem odstavku 64. člena pravil.

V sedanjem 217. členu pravil se ureja postopek uveljavljanja pravice do vzdrževanj in popravil MP iz 66. člena pravil (prvi in drugi odstavek 217. člena pravil) in pravice do prilagoditev iz prvega odstavka 120. člena pravil (tretji in četrti odstavek 217. člena pravil).

Bistvena vsebinska sprememba v prvem in posledično drugem odstavku je poenostavitev, da zavarovani osebi ni treba več pridobiti naročilnice osebnega zdravnika za vzdrževanja in popravila MP iz prvega odstavka 66. člena pravil (pri katerih je to možno v breme OZZ), temveč se lahko brez naročilnice zgleda pri dobavitelju. Tako kot doslej (dosedanji sedmi odstavek 216. člena pravil) pa je za vzdrževanja in popravila MP pravilom še vedno potrebna predhodna odobritev zavoda. Ta ni potrebna le v primerih iz drugega odstavka 217. člena pravil. Enako kot po dosedanji ureditvi odobritvi (dosedanji osmi odstavek 216. člena pravil) predhodna odobritev

zavoda ni potrebna za vzdrževanja in popravila slušnega aparata, digitalnega slušnega aparata, aparata za boljše sporazumevanje, aparata za omogočanje glasnega govora. V primerjavi z dosedanjo ureditvijo pa je spremenjena ureditev glede MP, ki so predmet izposoje (to so MP iz 97. člena pravil). Pri njih predhodna odobritev zavoda ni potrebna, če gre za MP, ki se zagotavljajo z režimom cene "dnevna izposojnina". Kadar gre za dnevno izposojnino, mora namreč dobavitelj ves čas izposoje MP skrbeti za ustreznost MP za konkretno zavarovano osebo. Če gre za režim cene "cenovni standard" ali "pogodbena cena", pa je predhodna odobritev zavoda potrebna, tudi če je MP predmet izposoje. V teh primerih namreč zavod od dobavitelja kupi MP (torej MP ni več v lasti dobavitelja) in ga nato dobavitelj v imenu zavoda lahko posodi tudi drugim zavarovanim osebam.

Tretji odstavek določa postopkovne pogoje, pod katerimi ima zavarovana oseba pravico do prilagoditve MP iz prvega odstavka 120. člena pravil. Podobno kot pri vzdrževanjih in popravilih MP je tudi pri prilagoditvah MP praviloma potrebna predhodna odobritev zavoda. Najpomembnejša razlika je, da za vzdrževanja in popravila MP naročilnica sploh ni potrebna, za prilagoditev pa je in jo mora izdati zdravnik, pooblaščen za predpis take vrste MP (tj. pooblaščen zdravnik), ki je praviloma specialist. Sodelovanje zdravnika je potrebno, ker je pogoj za prilagoditev MP tudi sprememba zdravstvenega stanja zavarovane osebe. Zato pooblaščen zdravnik na naročilnico predpiše, kakšna prilagoditev MP je potrebna. V teh postopkih je doslej v praksi prihajalo do različnih zapletov zaradi tolmačenja, kdo in po kakšnem postopku je pooblaščen za predpis predelave (po novem "prilagoditve") in predvsem glede tega, ali je potrebna tudi zavodova predhodna odobritev, kakor tudi glede ugotavljanja vrednosti prilagoditve.

Četrti odstavek določa izjemo od tretjega odstavka, tj. primer, ko ni potrebna predhodna odobritev zavoda za prilagoditve MP. Gre za MP, ki so predmet izposoje in je zanje določena dnevna izposojnina. V takih primerih je namreč strošek prilagoditev vključen v vrednost dnevne izposojnine (smiselno enako kot pri vzdrževanju in popravilih po drugem odstavku).

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 82. členu (225. člen pravil)

Sprememba alinej v točke prvega odstavka 225. člena pravil je redakcijske narave.

Dopolnitvi prvega odstavka sta uskladjene narave z novim 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 prvi odstavek 225. člena pravil dopolnjuje z novo 8. točko glede mnenja o potrebi predhodnega potovanja ali bivanja, ki ga poda konzilij ustreznega izvajalca na terciarni ravni.

Na podlagi spremembe drugega odstavka 135.a in drugega odstavka 135.b člena pravil bo imela pravico do spremstva med zdravljenjem v tujini tudi zavarovana oseba nad 18. letom, če to zahteva njihovo zdravstveno stanje. Zato se spreminja dosedanja osma alineja prvega odstavka 225. člena pravil, ki postane 9. točka, 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 83. 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 stroške. Če zavarovana oseba zahteva nakazilo akontacije potnih stroškov zase in za svojega spremljevalca, se za oba nakaže na račun zavarovane osebe ali pa 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 84. členu (228.c člen pravil)

V Sloveniji se v večini primerov več ne izdajajo napotnice v fizični obliki, saj so izvajalci prešli na izdajanje elektronskih napotnic. Zato je treba spremeniti prvo alinejo prvega odstavka 228.c člena pravil. Tako se bo kot bistvena sestavina vloge za povračilo stroškov po 44.c členu ZZVZZ zahtevala ustrezna dokumentacija, ki bo v večini primerov potrdilo o izdaji eNapotnice, iz katere bo razvidno, da je bila oseba s strani izbranega osebnega ali napotnega zdravnika iz Slovenije napotena na specialistično ambulantno storitev, ki jo je uveljavljala v drugi državi Evropske unije.

196. člen pravil določa primere, ko napotnica oziroma napotitev za specialistični pregled ni potrebna. V takih primerih zavarovane osebe s strani izbranega osebnega ali napotnega zdravnika praviloma ne pridobijo eNapotnice in je zato v postopkih iz 44.c člena ZZVZZ ne morejo predložiti. Dejstvo, da je zavarovana oseba uveljavljala take specialistične ambulantne storitve v drugi državi članici, se ugotavlja na podlagi medicinske dokumentacije, ki jo predloži v postopku. Zaradi navedenega je bil iz prve alineje črtan del, ki se nanaša na navedene storitve.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 85. členu (228.d člen pravil)

Spremembe tretjega, četrtega in petega odstavka so redakcijske narave.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 86. členu (228.e člen pravil)

Spremembe vseh odstavkov člena so redakcijske narave.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 87. 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 dosedanje 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 prvega odstavka 135.f člena 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 zahteve) 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 zahteve) papirnati recept in potrdilo o deficitarnosti.

Nov tretji odstavek je uskladitvene narave s šestim odstavkom 135.f člena pravil.

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

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 88. členu (229.a člen pravil)

Peti odstavek dosedanjega 229.a člena pravil določa, da zavod izplača nadomestilo v znesku najnižjega nadomestila po sedmem odstavku 31. člena ZZVZZ, če delodajalec ne predloži obračuna nadomestila in ni mogoče pridobiti podatkov, potrebnih za obračun nadomestila. Pri tem se v primeru, če se pozneje izve za nova dejstva, ki vplivajo na spremembo višine obračunanega in priznanega nadomestila, delavcu izplača razlika med prvotno prizanim in novo izračunanim nadomestilom.

S spremembo 229.a člena pravil se ta odstavek črta, 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 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 89. členu (235. člen pravil)

V skladu z dosedanjim 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 t. i. 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 90. členu (247. člen pravil)

Člen določa obvezne sestavine zahtev za povračilo potnih stroškov. Zahtevo za povračilo potnih stroškov praviloma vloži zavarovana oseba, če pa je potovala skupaj s spremljevalcem, 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 91. členu (250. in 251. člen pravil)

Dosedanji 250. in 251. člen pravil se črtata kot nepotrebna, saj njuno vsebino ureja ZPacP.

Dosedanji 250. člen pravil je določal obveznost izvajalcev glede vodenja t. i. knjige čakajočih, vpisa zavarovanih oseb po vrstnem redu prijave, obravnave zavarovanih oseb po vrstnem redu vpisa in omogočanja zavarovanim osebam in zavodu vpogled v knjigo čakajočih.

Dosedanji 251. člen pravil je določal pravico zavarovane oseba, da ji izvajalec sporoči čakalno dobo za potrebno zdravstveno storitev in pravico, da storitev uveljavi pri drugem izvajalcu, ki ji omogoči storitev v krajšem času.

Določbi pravil nista več potrebni, saj njuno vsebino ureja ZPacP. Ta med drugim določa obveznost vodenja čakalnih seznamov in naročilnih knjig, vrstni red vpisov ter obveznost izvajalca, da pacienta obravnava v skladu z vrstnim redom, ki ga ne sme spreminjati, razen če ZPacP ne določa drugače, pri čemer mora biti zagotovljena tudi sledljivost te spremembe. ZPacP prav tako določa pravico pacienta, ki je uvrščen na čakalni seznam, da izve razloge za čakalno dobo in njeno dolžino ter pravico do vpogleda, kopije ali izpisa določenih podatkov s čakalnega seznama za vse uvrščene paciente. V tej zvezi zakon določa tudi obveznost izvajalca, da seznanitev pacientu omogoči takoj, vendar najpozneje pet dni po prejemu zahteve. Prav tako ZPacP določa obvezne objave in podrobnejše določbe glede spoštovanja pacientovega časa, ki veljajo za izvajalca, ter dostop do podatkov, ki ga mora zagotoviti NIJZ. Minister za zdravje bo določil tudi način poročanja izvajalcev zdravstvene dejavnosti, obseg in način javne objave statističnih podatkov o čakalnih dobah in številu čakajočih, ki jih za posamezno zdravstveno storitev po posameznih stopnjah nujnosti objavlja. Te podatke pridobiva tudi zavod za potrebe nadzora in financiranja programov. Prav tako so izvajalci dolžni poročati zavodu v okviru upravljanja čakalnih seznamov.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 92. 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 dosedanjega prvega odstavka, ki pomeni podvajanje z opredelitvijo izraza standard (vrsta storitev in trajnostna doba) in zaradi nedoločnosti črtana določba v delu "in podobno".

Drugi odstavek se spreminja 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 ZPacP 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 MP) 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. Z ZPacP-A je bilo pri tem določeno, da zavod izvaja tudi nadzor nad določbami 25. člena ZPacP v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe, pri čemer je ta nadzor omejen na nadzor za vse zdravstvene storitve, ki so predmet pogodbe med izvajalcem in zavodom (šesti odstavek 85. člena ZPacP).

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, 40/12 – ZUJF, 88/16 – ZdZPZD in 40/17) naj bi metodologijo za določanje cen zdravniških storitev, ki niso predmet OZZ, določil minister 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 iz tretjega odstavka 158. člena pravil, ki ni družinski član iz četrtega odstavka 158. člena pravil, uveljavi zdravstveno storitev, ki ni nujna medicinska pomoč ali nujno zdravljenje v času, ko nima poravnanih obveznosti plačevanja prispevkov, če zdravstveno storitev uveljavi (nova določba zaradi jasnosti ureditve);
2. izvajalčevo ceno lahko izvajalec zaračuna, če zavarovana oseba uveljavi zdravstveno storitev:
 - če pravico uveljavi brez KZZ ali drugega dokumenta, ki dokazuje urejenost obveznega zavarovanja in ne gre za primer iz prvega odstavka 20. člena pravil (dosedanja 11. točka, pri čemer se na novo določa plačilo izvajalčeve cene, in ne več pogodbene cene, saj izvajalec brez predložene KZZ ali drugega dokazila, ne more vedeti, ali ima oseba status zavarovane osebe. S tem se ta primer ureja enako, kot je že do sedaj in bo tudi v prihodnje veljajo za MP – dosedanja tretja alineja oziroma po novem 1. točka četrtega odstavka 252. člena pravil);
 - ki ni pravica (npr. 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.) (dosedanja 10. točka);
 - pri zdravniku, ki ni njen osebni zdravnik, razen v primeru nujne medicinske pomoči ali nujnega zdravljenja (dosedanja 7. točka);
 - v času, ki ne sodi v standard iz 108. člena pravil (dosedanja 5. točka – glede na dosedanje ureditve, ki v tem primeru določa plačilo razlike v ceni med izvajalčevo in pogodbeno ceno, se s spremembo določa, da v tem primeru zavarovana oseba plača izvajalčevo ceno, ker 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 izven standarda);
 - popravila, prilagoditve in novega ZPP, če je izgubljen, odtujen ali z neustreznim ravnanjem ali ravnanjem v nasprotju z navodili uničen ali poškodovan (dosedanja 9. točka, ki je dopolnjena z okoliščino odtujitve in za ZPP primernejšim izrazom poškodovanja, saj ZPP ne more biti pokvarjen);
 - ZPP, če ga zahteva pred iztekom trajnostne dobe iz 121. člena pravil, razen v primeru, ko ima pravico do novega ZPP v skladu s pravili. To pravico ima v primeru iz 2. točke petega odstavka 122. člena pravil, šestega odstavka 122. člena pravil, 2. točke prvega odstavka 123. člena pravil, ob upoštevanju izjeme iz četrtega odstavka 123. člena pravil (dosedanja 9. točka);
 - ZPP, če ga zahteva po izteku trajnostne dobe iz 121. člena pravil in ni izpolnjen pogoj iz drugega odstavka 123. člena pravil (nova določba zaradi jasnosti ureditve);
 - pri napotnem zdravniku brez napotnice, če ne gre za zdravstveno storitev iz 179. člena pravil (dosedanja 8. točka);
3. dela cene zdravstvene storitve v višini razlike med izvajalčevo in pogodbeno ceno, ko zavarovana oseba uveljavi zdravstveno storitev:
 - ortodontskega zdravljenja z nesnemnim ortodontskim aparatom iz 2. točke četrtega odstavka 34. člena pravil, do katerega nima pravice, če ima pravico do ortodontskega zdravljenja s snemnim ortodontskim aparatom iz 1. točke četrtega odstavka 34. člena pravil (dosedanja drugi stavek drugega odstavka 34. člena pravil);
 - nemedicinskega oskrbnega dne v drugačnem ali višjem standardu, kot je določen v 40., 47., 63. in 110. členu pravil (dosedanja 4. točka);
 - zobozdravstvene storitve ali ZPP v drugačnem ali višjem standardu, kot je določen v 112. členu (dosedanja 3. točka);
 - popravil in prilagoditev ZPP nad stroški iz 1. točke petega odstavka 122. člena pravil oziroma 1. točke prvega odstavka 123. člena pravil. V tem primeru lahko izvajalec zaračuna razliko med stroški, ki se priznajo kot pravica v skladu s pravili in višjimi stroški, ki so nastali zaradi popravil ali prilagoditev ZPP na zahtevo zavarovane osebe (nova določba zaradi jasnosti ureditve);
 - pri osebni ginekologu, ki si ga je izbrala pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti na terciarni ravni v skladu s 164. členom pravil (dosedanja 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 (dosedanja 2. točka).

Spremembe tretjega in četrtega odstavka 252. člena pravil urejajo prihodnjo ureditev doplačil oziroma celotnih plačil MP dobavitelju (gl. tudi prehodne in končno določbo), ko bo zaživel tudi najvišja priznana cena (v nadaljnjem besedilu: NPC). Pravila urejajo več možnih situacij, ko je določen: cenovni standard - v ožjem pomenu (v nadaljnjem besedilu: CS), pogodbena cena (v nadaljnjem besedilu: PC), NPC, dnevna izposojnina (v nadaljnjem besedilu: DI) ali funkcionalna ustreznost MP in to v kombinacijah z ali serijsko izdelanimi MP (artikli) ali pa z MP, izdelanimi za posamezno zavarovano osebo ("custom made"). V dosedanjih pravilih je sicer že predvidena nova ureditev (še posebej glede NPC), ki pa še ni zaživel, a se s to novelo delno spreminja:

- v 1. točki so urejeni primeri, ko zavarovana oseba izbere artikel, kadar je določena najvišja priznana cena, izbrani artikel pa je dražji od NPC, a je na seznamu MP (torej je v okviru cenovnega standarda). Tedaj doplača razliko med ceno izbranega artikla in NPC;
- v 2. in 3. točki so po novem urejena doplačila standardnih MP, če se izberejo v posebni/drugačni izvedbi (npr. določen dodatek, drugačen sestavni del);
- v 2. točki so urejeni MP, izdelani za posamezno zavarovano osebo. Kadar bo zavarovana oseba izbrala tak MP, ki bo dražji od standardnega, pa bo v "osnovni" izvedbi pravica, bo (enako kot po dosedanji ureditvi) doplačala razliko;
- v 3. točki je urejena situacija, ko bo zavarovana oseba izbrala standardni artikel, a v posebni izvedbi. Tudi v takem primeru bo doplačala razliko med izbranim in standardnim (CS, NPC, PC, DI). V dosedanji ureditvi je smiselno urejeno enako;
- 4. in 5. točka vsebinsko nista spremenjeni, gre pa za določene redakcijske popravke (po novem izraz prilagoditev) oziroma za jasnejšo opredelitev doplačila pri vzdrževanjih, popravilih in prilagoditvah MP.

Četrty odstavek 252. člena pravil določa pravico dobavitelja, da zavarovani osebi zaračuna celotno ceno MP, enako kot dosedanji četrty odstavek. To pravico ima v naslednjih primerih:

- 1. točka – ureja situacijo, ko gre za serijsko izdelane MP (artikle) in zavarovana oseba izbere tak artikel, ki iz različnih razlogov ni na seznamu MP. Tak artikel bo zavarovana oseba po novem plačala v celoti;
- 2. točka – če zavarovana oseba ne predloži KZZ ali drugega dokumenta, ki dokazuje urejenost obveznega zavarovanja in ne gre za primer iz prvega odstavka 20. člena pravil (dosedanja tretja alineja);
- 3. točka – če zavarovana oseba ne predloži ustrezne naročilnice. V tem primeru je najpogostejše mišljena običajna naročilnica, izdana s strani pooblaščenega zdravnika. Kadar gre za odločitev o MP pred iztekom trajnostne dobe pa mora za zdaj (pred uvedbo e-naročilnice oziroma drugih morebitnih sprememb na naročilnici v fizični obliki), glede na 120. člen pravil, zavod v določeno rubriko na naročilnici vpisati še datum in številko odločbe. Smiselno podobno velja v primeru odločanja o funkcionalni ustreznosti MP, ko se na naročilnico vpiše odobrena vrednost. Sprememba določbe (glede na dosedanja drugo alinejo) je uskladitvene narave s 120. členom pravil;
- 4. točka – če gre za popravila MP, ki so potrebna, ker zavarovana oseba ni ravnala v skladu z navodilom za uporabo MP (nova določba zaradi jasnosti ureditve).

Dosedanja prva alineja četrtega odstavka 252. člena pravil (plačilo MP v celoti, če ga je zavarovana oseba izgubila, pokvarila ali ga je z neustreznim ravnanjem ali ravnanjem v nasprotju z navodili uničila) je izključena iz tega člena, ker je vsebinsko urejena v četrtem odstavku 114. člena pravil.

Dosedanji peti odstavek 252. člena pravil ni vključen v spremembo tega člena, ker je določba nepotrebna glede na prvi odstavek tega člena.

Nov peti odstavek 252. člena pravil je vsebinsko enak dosedanjemu šestemu odstavku. Določba je pri tem dopolnjena 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 v tem primeru zavod lahko vrne zavarovani osebi, to je do višine vrednosti, ki se krije iz OZZ. Povrne se torej celotna vrednost, če je zdravstvena storitev (v širšem pomenu – vključno z MP) iz OZZ v celoti (100 %), ali v ustreznem odstotnem deležu vrednosti, kot to določa prvi odstavek 23. člena pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 93. členu (254. člen pravil)

Sprememba je redakcijske narave. Poleg zdravil zavarovana oseba prav tako nima pravice do povračila stroškov za živila. Dopolnitev vsebinsko ne pomeni novosti, ampak le zapis v pravilih zaradi jasnosti ureditve.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 94. členu (255. člen pravil)

255. člen pravil se črta, ker je nepotreben. Njegova vsebina je zajeta v spremembi opredelitve listine "delovni nalog" iz 4. točke 2. člena pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 95. členu (256. člen pravil)

Drugi odstavek 256. člena pravil določa stvarno pristojnost imenovanih zdravnikov in zdravstvene komisije v postopkih iz 81. člena ZZVZZ. Sprememba določbe je redakcijske narave zaradi večje jasnosti ureditve, da v postopkih iz 81. člena ZZVZZ odloča imenovani zdravnik na I. stopnji in zdravstvena komisija na II. stopnji.

Tretji odstavek 256. člena pravil določa stvarno pristojnost območne enote zavoda in Direkcije zavoda v postopkih iz 84. člena ZZVZZ. Sprememba določbe je redakcijske narave zaradi večje jasnosti ureditve in notranje uskladitve besedila pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 96. členu (261. člen pravil)

S spremembo 261. člena pravil se določa, da v postopkih iz 81. člena ZZVZZ (v katerih odloča na prvi stopnji imenovani zdravnik) in v postopkih iz 84. člena ZZVZZ (v katerih odloča na prvi stopnji območna enota zavoda) ni krajevne pristojnosti. Območne enote zavoda, na katerih delujejo tudi imenovani zdravniki, so zavodove notranje organizacijske enote. Območne enote zavoda niso samostojni organi, saj je zavod enovit organ. Zato ni mogoče govoriti o njihovi krajevni pristojnosti v smislu Zakona o splošnem upravnem postopku (Uradni list RS, št. 24/06 – uradno prečiščeno besedilo, 105/06 – ZUS-1, 126/07, 65/08, 8/10 in 82/13), saj ni mogoče govoriti o delitvi krajevne pristojnosti znotraj zavoda kot enovitega organa. To pomeni, da v navedenih postopkih odločajo za območje celotne države vsi imenovani zdravniki oziroma vse območne enote zavoda. Pri tem zavod z organizacijskimi akti (tj. trenutno s Pravilnikom o notranji organizaciji) določa interno razdelitev delovnega področja med svojimi območnimi enotami oziroma imenovanimi zdravniki, ki delujejo na območnih enotah zavoda. S takšnim notranjim organizacijskim ukrepom lahko zavod tudi določi, da v posamezni vrsti postopka iz 81. člena ZZVZZ (npr. pravici do določenih zahtevnejših MP) odločajo za območje celotne države imenovani zdravniki ene območne enote zavoda ali le nekaterih območnih enot zavoda. Enak notranji organizacijski ukrep lahko zavod sprejme glede razdelitve delovnega področja med območnimi enotami, ki odločajo v postopkih iz 84. člena ZZVZZ (npr. da o zdravljenju v tujini odloča le ena območna enota zavoda). Če kot notranji organizacijski ukrep določi, da v posamezni vrsti postopka odločajo le posamezne območne enote zavoda oziroma na njih delujoči imenovani zdravniki, sočasno določi območje (teritorij) države, za katero odloča posamezna območna enota zavoda oziroma na njej delujoči imenovani zdravniki. V tem primeru lahko posamezna območna enota zavoda odloča za območje ene ali več območnih enot zavoda. Glede na obrazloženo, se z določbo 261. člena pravil jasno določa, da v postopkih iz 81. in 84. člena ZZVZZ ni določena krajevna pristojnost. To pomeni, da lahko zavarovane osebe, pooblaščen zdravniki in drugi upravičenci vložijo predolge, vloge in druge zahteve iz OZZ pri katerikoli območni enoti zavoda in ne nujno pri območni enoti zavoda na območju svojega prebivališča ali sedeža oziroma sedeža osebnega zdravnika. Sočasno se zaradi jasnosti ureditve odkazuje na organizacijske akte zavoda, s katerimi so lahko interno razdeljena delovna področja med območnimi enotami zavoda.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 97. členu (267. člen pravil)

Sprememba v drugem odstavku 267. člena pravil je redakcijske narave. Dopolnitev z živili pomeni, da je pooblaščenim osebam zavoda, ki opravljajo nadzor, omogočen vpogled tudi v predpisovanje živil. Dopolnitev vsebinsko ne pomeni novosti, ampak le zapis v pravilih zaradi jasnosti ureditve.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 98. členu (Priloga Seznam magistralnih zdravil na recept)

Sprememba je posledica obvestila, da je zaradi insolvenčnega postopka podjetja Lex prišlo do spremembe distributerja in s tem do spremembe naziva industrijsko izdelane mazilne podlage "Lexobaza" v "Farmabaza". Na podlagi dokumentov, ki jih je zavod prejel, gre za mazilno podlago z identično sestavo.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

Prehodne in končne določbe

K 99. členu (izjemne odobritve ZPR s pomočjo zobnih vsadkov)

S to prehodno določbo je določeno, da se že začeti postopki odločanja o izjemnih odobritvah ZPR s pomočjo zobnih vsadkov (ki se bodo začeli pred dnevom začetka uporabe določb, s katerim bo urejeno zagotavljanje pravice do ZPR s pomočjo zobnih vsadkov) zaključijo na podlagi tretjega odstavka 259. člena pravil in ob upoštevanju stanj in pogojev iz 30., 31. in 32. 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 100. 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 uveljavitvijo te novele pravil) zaključijo na podlagi tretjega odstavka 259. člena pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 101. členu (postopki odločanja o pravici do aparata za nadomestno komunikacijo)

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 pravili in drugimi splošnimi akti zavoda, to je s Sklepom o določitvi zdravstvenih stanj za MP in Sklepom o določitvi seznama pooblaščenih zdravnikov za predpisovanje medicinskih pripomočkov.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 102. 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 pravili. 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 103. 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 dosedanjih določbah pravil in drugih splošnih aktov zavoda, npr. s Sklepom o določitvi zdravstvenih stanj za MP, 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 se s to novelo skrajšuje 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 104. 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 105. členu (splošni akt iz drugega odstavka 212. člena pravil)

Na podlagi 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 bo generalni direktor zavod sprejel ta splošni akt. Z začetkom njegove uporabe bo 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 106. členu (splošni akt iz četrtega odstavka 212. člena pravil)

Na podlagi četrtega odstavka 212. člena pravil bo najzahtevnejše MP iz šifrantov vrst MP določil upravni odbor zavoda, namesto Ministra za zdravje. S prehodno določbo se zato določa enomesečni rok od uveljavitve te novele pravil, v katerem bo upravni odbor zavod sprejel ta splošni akt. Z začetkom njegove uporabe bo

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 za zdravje.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 107. členu (1. točka tretjega odstavka 216. člena pravil)

Z dnem uveljavitve te novele pravil se še ne bo začela uporabljati 1. točka tretjega odstavka 216. člena pravil. Zaradi potrebe po takojšnjem zagotavljanju MP t. i. potrošnega značaja se s prehodnim členom določa, da morajo dobavitelji že pred uveljavitvijo seznama MP zavarovanim osebam zagotoviti vsaj en 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 torej dosedanja določba ne bo več uporabljala. V tem prehodnem obdobju se uporablja ta prehodna določba, po uveljavitvi seznama MP pa se bo začela uporabljati nova 1. točka tretjega odstavka 216. člena pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 108. členu (tretji odstavek 252. člena pravil)

Nov tretji odstavek 252. člena pravil ureja doplačila, četrti odstavek istega člena pa celotna plačila MP, in to šele potem, ko se bo začela uporabljati NPC. Zato je v tej prehodni določbi urejen drugačen režim. Ker ta tudi ni povsem enak dosedanjemu, je v tej določbi za prehodno obdobje urejen na novo, a brez pomembnejših vsebinskih novosti.

V 1. točki ni vsebinskih novosti glede na dosedanje ureditve, natančneje pa je pojasnjeno, da so (v tem obdobju) v veljavi štiri režimi cene oziroma cenovnega standarda MP, to so: cenovni standard (v ožjem pomenu), dnevna izposojnina, pogodbeni cena in cena funkcionalno ustreznega MP.

2. in 3. točka v tej prehodni določbi sta identični 4. in 5. točki (prihodnje ureditve) tretjega odstavka 252. člena pravil.

Gl. tudi obrazložitev pri tretjem in četrtem odstavku 252. člena pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 109. členu (uveljavljanje pravice do MP do uveljavitve seznama MP)

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 Predlogu pravilnika 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 artikla s seznama MP. Zavarovane osebe bodo do tedaj uveljavljale pravico do MP v skladu z do takrat veljavnimi pravili in drugimi splošnimi akti zavoda, npr. s Sklepom o določitvi zdravstvenih stanj za MP in Sklepom o določitvi seznama pooblaščenih zdravnikov za predpisovanje medicinskih pripomočkov.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 110. členu (uveljavljanje pravice do MP do uveljavitve seznama MP)

Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni v drugem odstavku I. točke določa člene pravil (26., 27. in 35. člen), za izvajanje katerih se uporablja ta pravilnik. Pravilnik se usklajuje zaradi preštevilčenja dosedanjega 35. člena pravili v drugi odstavek 28. člena pravil in zaradi pravilnega navajanja pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 111. členu (uveljavitev novele pravil in začetek uporabe posameznih določb pravil)

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

Z uveljavitvijo novele pravil pa se še ne bodo začele uporabljati določbe, ki:

- na novo urejajo pravico do ZPR s pomočjo zobnih vsadkov;
- spreminjajo način zagotavljanja pravice do ANK;
- urejajo dolžnost dobaviteljev, zagotavljati po en artikel iz skupin t. i. potrošnih materialov;
- urejajo doplačila in celotna plačila MP zavarovanih oseb dobaviteljem.

Začetek uporabe določb glede prvih dveh pravic je vezan na obdobje enega leta od dneva uveljavitve te novele pravil. V tem času bo treba zagotoviti izvajanje teh določb v pogodbah z izvajalci, ki bodo sklenjene na podlagi dogovora, s katerim bo urejeno zagotavljanje obeh pravic.

Podobno velja za 1. točko 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 uveljavitvi te novele pravil do uveljavitve takega seznama) se bo uporabljala prehodna določba – 107. člen te novele pravil.

Prav tako se še ne bosta začela uporabljati tretji odstavek in 1. točka četrtega odstavka 252. člena pravil. Ti določbi se bosta začeli uporabljati, ko bo uveljavljen seznam MP, na katerega bodo uvrščene posamezne (predmetne) vrste MP. Vmes se bo glede ureditve doplačil uporabljala prehodna določba 108. člena novele pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.