

# Občasnik

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

LETNIK XX, CENA 2,73 EUR z DDV

ZZZS št. 2// 24. 9. 2014

## KAZALO

### RAZVOJ

- Strokovna izhodišča za reformo zdravstvenega sistema - zaključki ..... 2
- Zdravstvena reforma: celovita in dolgoročna ..... 10

### AKTI

- Aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2014 ..... 11
- Uveljavitev Sprememb in dopolnitev Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja dne 26.4.2014 ..... 22
- Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja ..... 38
- Izvajanje določb Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja v zvezi s pravico do zdraviliškega zdravljenja ..... 62
- Pravilnik o določitvi izhodišč za cenovne standarde medicinskih pripomočkov (artiklov) iz obveznega zdravstvenega zavarovanja ..... 65
- Pravilnik o uvrščanju in izločitvi medicinskih pripomočkov na seznam medicinskih pripomočkov ..... 68
- Pravilnik o komisijah za medicinske pripomočke ..... 72
- Navodilo za excipial podlage ..... 76
- Navodilo za uveljavljanje pravic do zdravstvenih storitev fizioterapije z delovnim nalogom v obveznem zdravstvenem zavarovanju ..... 77
- Navodilo za uveljavljanje pravice zavarovanih oseb do prevoza z reševalnimi in drugimi vozili v obveznem zdravstvenem zavarovanju ..... 83

### INFORMACIJE

- Farmakoterapijski pregledi za bolj varno rabo zdravil odslej tudi v Zdravstvenem domu Ljubljana ..... 90

## Strokovni posvet

Ministrstva za zdravje Republike Slovenije, Nacionalnega inštituta za javno zdravje, Zdravniške zbornice Slovenije, Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije in Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije

# Strokovna izhodišča za reformo zdravstvenega sistema - zaključki

16. junij 2014

Jakopičeva dvorana na sedežu ZZS,  
Ljubljana, Miklošičeva cesta 24

**Namen:** Obravnava ključnih razvojnih izzivov in oblikovanje strokovnih izhodišč za reformo zdravstvenega sistema.

**Udeležba:** Posveta se je udeležilo 177 udeležencev. V predstavitev in diskusijah je skupno sodelovalo 62 udeležencev.



Slika 1: Pogled na udeležence strokovnega posveta.

V nadaljevanju so predstavljene najbolj značilne ugotovitve in priporočila po tematskih sklopih, po katerih so predstavitve in razprave potekale. V zaključkih so podana izhodišča o tem, kaj bi bilo potrebno z reformo zdravstvenega sistema doseči (cilji) in katere spremembe so za to potrebne (ukrepi).



Slika 2: Nina Pirnat, državna sekretarka na Ministrstvu za zdravje.



Slika 3: prim. dr. Ivan Eržen, direktor Nacionalnega inštituta za javno zdravje.

## 1. Državljan v središču zdravstvenega sistema - splošne ugotovitve in priporočila

- Za večino ljudi v Sloveniji je zdravje največja dobrina. **Zdravstvena politika mora** skupaj z zdravstvenimi strokovnjaki in civilno družbo **zagotoviti pogoje za krepitev zdravja oz. za celovito informiranje ljudi** o pomenu zdravega načina življenja in načinu ohranjanja zdravja, za širjenje znanj o zdravju škodljivi hrani in pijači, za bolj čisto življenjsko okolje in za ustvarjanje delavcem čim bolj prijaznega delovnega okolja, kar vse pomembno vpliva na zdravje prebivalstva.
- **Bolniki** od politikov in zdravstvenih strokovnjakov **pričakujejo**, da bodo vzpostavili pogoje za **delovanje takšnega javne-**

- ga zdravstvenega sistema, ki bo upošteval vse izsledke in možnosti današnje medicine, hkrati pa omogočal vsem ljudem enake možnosti dostopa do zdravstvene oskrbe.
- Bolniki pričakujejo, da bo v državi urejeno področje komplementarnega zdravljenja. Podatki iz tujine kažejo, da se 60 – 80% kroničnih bolnikov zateka h komplementarnim metodam.
  - Na kakovost življenja, zdravje in zdravstveno stanje ljudi vplivajo številni dejavniki, zato je izjemno pomembno, da se sleherno politiko, odločitev, ukrep... tehta z vidika vpliva na zdravje in ohranjanja zdravja ljudi. **Ukrepi in aktivnosti**, ki zadevajo zdravje in zdravstveno stanje ljudi, **morajo biti medsektorsko usklajeni**. Protokoli medsektorskega sodelovanja zdravstvenega, socialnega, ekonomskega, okoljskega in drugih sektorjev bi morali biti dorečeni in urejeni, **zdravje v vse politike pa ključna zaveza nosilcev izvršnih vej oblasti**.
  - Zdravstveno stanje v Sloveniji odraža vse značilnosti dolgožive družbe. **Boljše zdravje prebivalstva, še posebej pa aktivnega dela prebivalstva in zdravo staranje postaja razvojni imperativ države** – ne nazadnje že zaradi dejstva, da se delovna doba zaposlenih ljudi podaljšuje in da delež starejših ljudi v celotnem prebivalstvu narašča. **Javna vlaganja v zdravje je nujno razumeti kot produktivno naložbo**, ki ima neposredni in posredni učinek na ekonomsko rast in napredek. Za zagotovitev dobrega zdravja do pozne starosti so potrebni ukrepi že zgodaj v mladosti.
  - Kljub splošnim in z evropskimi državami primerljivim trendom podaljševanja življenjske dobe je tudi v Sloveniji zaznati naraščanje razlik v pričakovani življenjski dobi med posameznimi socialnimi kategorijami. Neenakosti v zdravju je mogoče zaznati tudi pri dostopu do storitev in obravnavi bolnikov. Na neenakosti ne vplivajo le dejavniki znotraj, temveč tudi zunaj zdravstvenega sistema – socialno-ekonomski status, zaposlitev, izobrazba, prehrana, življenjski slog idr. Skladno z zdravstveno političnimi cilji držav EU mora biti **zmanjševanje neenakosti v zdravju eno izmed najbolj pomembnih vodil zdravstvene in ostalih politik v Sloveniji**.
  - Zaradi demografskih trendov in drugih socialnih ter ekonomskih okoliščin se v ospredje prebija problematika t.i. sodobnih in kroničnih-nenalezljivih bolezni, med katerimi **poseben izziv predstavljajo bolezni in poškodbe aktivnega prebivalstva, duševne bolezni, bolezni srca in ožilja, različne vrste raka, sladkorna bolezen, poškodbe in drugo**.
  - **Vse več je oseb s kroničnimi obolenji** in različnimi komorbidnimi stanji, ki povečujejo odvisnost oseb od tuje pomoči in jih prizadevajo daljše časovno obdobje, **kar zahteva drugačno, vse širšo in dolgotrajnejšo obravnavo**.
  - Od področij, ki bosta v prihodnje terjali specifične medicinske in laične, zdravstvene in nezdravstvene (socialne idr.), formalne in neformalne aktivnosti in ukrepe, **velja izpostaviti področje dolgotrajne oskrbe in področje zdravja in varnosti pri delu**, kjer bo nujno tesno in odgovorno sodelovanje zdravstvenega in socialnega sektorja.
  - **Spremembe zdravstvenih potreb povečujejo pričakovanja in pritiske po izvajanju drugačne, bolj integrirane zdravstvene oskrbe**, kot jo zmorejo ponuditi sedanje prevladujoče oblike bolnišnične ali izven bolnišnične oskrbe v Sloveniji.
  - Za prilagajanje financiranja in organizacije slovenskega zdravstva novim zdravstvenim potrebam je ključnega pomena bolj dosledno **uveljavljanje načela optimalne kakovostne obravnave na čim nižji možni ravni** z osnovnim ciljem doseči us-  
trezne premike od bolezni k zdravju, od kurative k preventivi in od bolnišnične k oskrbi na primarni ravni.
  - **Modernizacija oz. prilagajanje financiranja in organizacije zdravstva je nujno za zagotovitev dolgoročne vzdržnosti javnega zdravstvenega sistema**, ker omogoča ustrezne prenose odgovornosti za zdravje in zdravstveno oskrbo, razbremenitve in usmerjanje omejenih (finančnih, kadrovskih, tehničnih) virov na področja, ki so vitalnega pomena za učinkovito in kakovostno zdravstveno oskrbo prebivalstva.
  - Spremembe zdravstvenega sistema so potrebne tudi zaradi sodobnih kulturnih trendov in vzorcev ravnanj posameznikov pri skrbi za zdravje, ki izpostavljajo **pomen osebne izbire in informiranosti uporabnikov** zdravstvenega sistema ter **pomen osebne odgovornosti za zdravje**.
  - Zelo pomembna strategija za uveljavitev načela državljan v središču zdravstvenega sistema je **širjenje uporabe informacijskih in komunikacijskih tehnologij v zdravstvu**. Uvedba enovite in celovite sodobne informacijske podpore za obravnavo pacienta in poslovanje s ciljem izstavitev računa je lahko eden izmed pomembnih ciljev e-zdravja v prihodnje.
  - Ključna beseda za uveljavitev načela državljan v središču zdravstvenega sistema je **opolnomočenje uporabnikov**. Pri opolnomočenju so najbolj pomembne ciljne skupine: zavarovane osebe za pravilno uporabo zdravstvenega sistema, delodajalci za učinkovito promocijo zdravja na delovnem mestu, kronični bolniki za učinkovito samooskrbo oz. kakovostno življenje z boleznijo.
  - Kljub povečani kritičnosti do zdravstvenega sistema, še posebej po nastopu ekonomske krize, ni mogoče sklepati, da splošna javnost ali kdorkoli od deležnikov zahteva večje odmike ali celo obrate od dosedanjih načel ali ciljev javnega zdravstvenega sistema. **Večina se zavzema za krepitev temeljnih vrednot javnega zdravstvenega sistema, kot so pravičnost, solidarnost, univerzalnost, dostopnost, učinkovitost in kakovost**. Kot novost med temeljnimi vrednotami je mogoče iz javnih razprav zaznati zavzemanje za večjo **odgovornost** deležnikov javnega sistema oz. bolj odgovorno ravnanje nosilcev zdravstvene politike, izvajalcev in plačnikov zdravstvenih storitev ter tudi uporabnikov, bolnikov oz. zavarovancev.
  - **Pri spremembah zdravstvenega sistema je nujno izhajati iz potreb državljanov. Potrpežljivo je potrebno graditi konsenz vseh deležnikov sistema** glede osnovnih ciljev in ukrepov za modernizacijo sistema, **predvsem pa pri oblikovanju odločitev zagotoviti tudi sodelovanje uporabnikov sistema**.
  - **Zdravstvenega sistema v Sloveniji z reformo ne postavljamo na novo** (ne začenjamo iz nič). V praksi že danes veliko stvari dobro delamo sami, v določenih primerih pa se je moč zgledovati tudi po drugih državah EU. Te dobre prakse je pri načrtovanju sprememb potrebno upoštevati.



Slika 4: prim. Martin Možina, predsednik Zdravniške zbornice Slovenije

## 2. Zdravstvene zmogljivosti in oskrba prebivalstva – splošne ugotovitve in priporočila

- Primerjave z državami EU kažejo, da imamo v Sloveniji v povprečju manj zdravnikov kot v državah EU. Osnovna ukrepa za izboljševanje takšnega stanja sta bila v preteklem obdobju povečevanje vpisa na obe medicinski fakulteti in poenostavljanje postopka priznavanja kvalifikacij oz. olajševanje pogojev za pridobitev licence tujim zdravnikom.
- Posebej velja izpostaviti stanje glede preskrbljenosti zdravnikov na primarni ravni. Vendar je potrebno pri tem upoštevati, da za oskrbo prebivalstva na primarni ravni poleg zdravnikov splošne/ družinske medicine skrbijo še pediatri in ginekologi. Prav tako je bila z vidika zagotavljanja ustrežne oskrbe pomembna uvedba t.i. referenčnih ambulant za oskrbo kroničnih bolnikov (480 delujočih ambulant), ki predstavlja pomembno kadrovske popolnitev na primarni ravni – z visoko izobraženimi medicinskimi sestrami.
- Po razpoložljivih kadrovske virih smo v Sloveniji blizu povprečja držav EU na področju zobozdravnikov, farmacevtov in medicinskih sester oz. tehnikov. Zaradi številnih novih visokih zdravstvenih šol narašča število diplomiranih medicinskih sester, kar lahko povzroča določena neravnovesja na trgu delovne sile. Delni odgovor na to je prenos izbranih ali uvajanje novih aktivnosti (npr. že omenjene referenčne ambulante, dolgotrajna oskrba, idr.), kar pa je ob omejevalni politiki pri zaposlovanju v javnem sektorju poseben izziv.
- Izziv predstavlja načrtovanje kadrovske virov v zdravstvenem sistemu in sistemu dolgotrajne oskrbe na osnovi strateških ciljev – na primer opredeljevanje konkretnih ciljev in aktivnosti na primarni ravni zdravstvene dejavnosti pri obvladovanju temeljnih in novih problemov javnega zdravja v skupnosti, idr. Prenosu odgovornosti za učinkovito in kakovostno oskrbo bolnikov naj sledijo tudi organizacijski in finančni ukrepi.
- V Sloveniji se je stanje glede zmanjševanja akutnih bolnišničnih postelj, kot rezultat skrajševanja ležalnih dob, prenosa določenih bolnišničnih obravnav na dnevne in specialistične obravnave, izboljšalo. Kljub temu dinamika zniževanja akutnih postelj ni v vseh bolnišnicah enaka, v povprečju še ne dosegamo rezultatov najrazvitejših držav EU.
- Zaradi ekonomske krize je v Sloveniji v zadnjih letih zastalo vlaganje v razvoj. Da bi zagotovili ustrežno dostopno in kakovostno oskrbo, bo uvajanje novih zdravstvenih tehnologij potrebno v prihodnje nameniti več javnih sredstev.
- Na nacionalni ravni je potrebno vzpostaviti pregleden sistem (nosilce) upravljanja zdravstvenih tehnologij oz. zahtevnejših postopkov zdravljenja, ki bo temeljil na metodi vrednotenja zdravstvenih tehnologij. Poleg uvajanja novih mora sistem zagotoviti tudi redno preverjanje in opuščanje zastarelih tehnologij zdravljenja. Pri uvajanju novih tehnologij je skladno s sodobnimi pristopi nujno preverjanje dejanske uspešnosti na ravni zdravstvenih organizacij - in sicer v okviru terciarne dejavnosti - ter načrtno uvajanje ter širjenje zahtevnejših tehnologij v celotno zdravstveno dejavnost. Nacionalni inštitut za javno zdravje je opozoril, da so bile določene institucionalne rešitve za načrtovanje zmogljivosti, vrednotenje tehnologij in upravljanje mreže in kadrov že podane (umestitev posebne agencije za upravljanje z viri).
- Dograditi je potrebno sistem upravljanja kakovosti na nacionalni ravni, še zlasti je nujna natančnejša opredelitev vlog nosilcev in njihovega neodvisnega strokovnega položaja, t.j. Zdravstvenega sveta, Ministrstva za zdravje, Zdravniške zbornice Slovenije in nosilcev terciarne dejavnosti pri oblikovanju doktrine zdravljenja na posameznem področju, kliničnih smernic, standardov kakovosti za posamezne specialnosti in drugih za vrednotenje ter upravljanje kakovosti nujnih ukrepov v javnem zdravstvenem sistemu (umestitev posebne agencije za upravljanje kakovosti).
- Kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe je bila v Sloveniji v zadnjem času posvečena ustrežna pozornost, saj je bilo sprejetih in uveljavljenih veliko sistemskih pobud in ukrepov (opredelitev strategije in kazalcev kakovosti, akreditacije, oblikovanje kliničnih poti, razvoj in razširjanje smernic, idr.).
- V prihodnje bo potrebno okrepiti sodelovanje in koordinacijo vseh ključnih akterjev sistema, da bodo ti ukrepi v neposredno korist uporabnikom sistema.
- Najpomembnejši ukrepi za upravljanje kakovosti in varnosti so med drugim: (1) oblikovanje in uveljavljanje standardov kakovosti, (2) merjenje, ocenjevanje in spremljanje kakovosti posameznih izvajalcev, (3) javna objava podatkov in omogočanje izbire uporabnikom sistema ter (4) merjenje zadovoljstva uporabnikov sistema.
- Izobraževanju zdravnikov na dodiplomski in podiplomski ravni ter vseživljenjskemu izobraževanju zdravnikov je potrebno nameniti še večjo pozornost. Z namenom uveljavitve bolj načrtnega in finančno neodvisnega vseživljenjskega izobraževanja se Zdravniška zbornica Slovenije zavzema za ustanovitev neprofitnega sklada za vseživljenjsko izobraževanje.
- Zagotavljanje bolj preglednega upravljanja kakovosti in varnosti je nujno zaradi zahtev direktive EU o čezmejnem zdravstvu. Direktiva zahteva zagotavljanje podatkov o kakovosti za paciente, kar narekuje objavo relevantnih podatkov o delovanju, kakovosti in varnosti posameznih izvajalcev storitev.

- Zaradi direktive je pričakovati tudi t.i. »benchmarking« zdravstvenih organizacij in posameznih zdravstvenih timov, ki ga bodo zahtevali nosilci zdravstvenih zavarovanj držav EU – tudi zaradi finančne odgovornosti pri zagotavljanju kakovostne in varne obravnave svojih zavarovancev.
- Glede na postopno širjenje čezmejnega zdravstva so pregledne objave izidov zdravljenja oz. podatkov o kakovosti in varnosti zdravljenja nujna **osnova za uveljavitev t.i. centrov odličnosti za »evropske paciente« oz. »izvoza« zdravstvenih storitev** na posameznih področjih, s tem pa tudi boljše ekonomske osnove za poslovanje zdravstvenih organizacij.
- Takšna vizija terja tudi določene **organizacijske spremembe – predvsem koncentracijo dejavnosti** v posameznih bolnišnicah in specializacijo dejavnosti. Koncentracija znanja v visoko specializiranih centrih, mrežno sodelovanje specialistov, doseganje visokih standardov glede količine in zahtevnosti obravnavnih primerov, bodo omogočali kar najboljše rezultate glede kakovosti in varnosti zdravljenja.
- S ciljem optimizacije zdravstvene mreže naj se pripravi zakon, ki bo omogočil **regijsko združevanje zdravstvenih ustanov v enovita javna podjetja z enotnimi skupnimi službami**.
- Za merjenje, spremljanje in razširjanje informacij o kakovosti je strateškega pomena **širjenje in uporaba ustreznih računalniških aplikacij oz. informacijskih in komunikacijskih tehnologij**. Informatizacija in optimiziranje procesov v zdravstvenih ustanovah je lahko temeljna strategija modernizacije zdravstvenih zavodov. Informatizacija procesov je tudi dejavnik hitrejšega uveljavljanja upravljanja kakovosti v zdravstvenih ustanovah.
- **Boljše rezultate glede kakovosti in varnosti zdravljenja bo potrebno stimulirati** z ustrežno nadgradnjo obračunskih modelov oz. sistemov financiranja storitev.



Slika 5: Metod Mezek, direktor Zdrženja zdravstvenih zavarodov Slovenije

### 3. Upravljanje in organizacija zdravstvenega sistema – splošne ugotovitve in priporočila

- **Pravna ureditev sistema in upravljanja izvajalcev zdravstvenih storitev je zastarela** in neustrezna – potrebne so temeljite reforme v tem delu. Temeljno izhodišče mora biti doseči čim boljše zdravstvene storitve za pacienta. Otresti se je treba ideoloških predsodkov o razmerju med javnim in zasebnim sektorjem ter oba regulirati enako.
- Za doseganje bolj učinkovitega delovanja zdravstvenega sistema je **nujno izboljšati upravljanje in organizacijo sistema na nacionalni ravni ter na ravni nosilcev (zavodov) izvajanja in financiranja zdravstvene dejavnosti**.
- Direktiva EU o čezmejnem zdravstvu je izpostavila pomen razumevanja **zdravstvenih storitev tudi kot tržnih storitev**. Tržna narava storitev pa ne pomeni, da jih ni potrebno regulirati oz. da niso sestavni del javne službe.
- **Javni zdravstveni zavod mora imeti učinkovito in profesionalno upravo**, ki ima glede upravljanja javnega zdravstvenega zavoda podobna pooblastila in tudi enako odgovornost, kot uprava gospodarske družbe. Na drugi strani pa je treba zagotoviti nadzor ustanovitelja, ki mora imeti nadzorni organ (nadzorni svet), preko katere nadzira delovanje uprave in upravljanje celotnega zavoda. Poleg sprememb nadzorne funkcije je bil podan tudi predlog za oblikovanje svetov uporabnikov pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti. To seveda terja obsežno spremembo zakonske ureditve upravljanja – znotraj sedanjega okvira tega ni mogoče doseči.
- **Potreben je kakovosten preskok v smeri boljšega upravljanja javnih zdravstvenih zavodov**. Pri tem je potrebno večje zaupanje v management, ki potrebuje sodobna orodja vodenja, primerna pooblastila in nujno odgovornost za doseganje poslovnih in strokovnih ciljev.
- **Zdravstvenim zavodom mora biti omogočeno več avtonomije in dodeljena večja pooblastila pri njihovem vodenju**. Za dobro gospodarjenje in upravljanje zdravstvenih zavodov morajo imeti vodstva zdravstvenih zavodov več orodij za vodenje.
- Za boljše upravljanje zdravstvenih zavodov so **potrebne spremembe v pravno organizacijskem statusu**. Zavode je potrebno ohraniti v javnem sektorju, vendar jih **pravno in organizacijsko preoblikovati po vzoru javnih podjetij z večjo avtonomijo, katerih ustanovitelj in lastnik je lahko izključno država ali lokalna skupnost**.
- Cilj pravno organizacijske prenove je **ustvariti razmere za njihovo uspešnejše vodenje in upravljanje**. Zaradi drugačnega financiranja in delovanja zdravstvenega sistema je treba področje nosilcev izvajanja zdravstvene oskrbe urediti predvsem s področno zakonodajo, torej drugačno, kot velja za proračunske uporabnike.
- **Uvesti je treba sodobno korporativno upravljanje**. Treba je razmejiti funkciji poslovedenja in nadzora, pri čemer mora biti poslovedenje poverjeno eni ali več članski upravi, nadzorna funkcija pa nadzornemu svetu.
- Na direktorja oziroma več člansko upravo morajo biti prenesene vse poslovodne funkcije, določena pa mora biti **večja osebna odgovornost direktorja oz. uprave in vezanost njihovega nagrajevanja na doseganje poslovnih in strokovnih ciljev**, kar pa bo mogoče doseči le z izvetjem te strukture zaposlenih iz plačnega sistema.

- Za uveljavitev večje učinkovitosti in kakovosti zdravnikov ter drugega zdravstvenega osebja je potrebno izvesti ustrezne spremembe plačnega sistema, ki bodo omogočale **nagrajevanje po rezultatih opravljenega dela**.
- **Nadzorni svet mora biti sestavljen tripartitno** (ustanovitelj, zaposleni in uporabniki oz. strokovne javnosti oz. nevladne organizacije) in vsaj s strani ustanovitelja imenovanimi kompetentnimi predstavniki za področje zdravstva oz. izvajanja zdravstvene dejavnosti.
- **Zdravstveni zavodi morajo imeti možnost izvajanja dopolnilne dejavnosti na trgu**, seveda z natančno opredelitvijo pogojev, pod katerimi bo opravljanje zasebne dejavnosti v javnih zavodih možno. Potrebna je **transparentna ločitev med javnim in zasebnim**, saj netransparentno prepletanje prinaša velike anomalije v škodo ljudi in javnega interesa ter v korist zasebnega interesa.
- **Javno naročanje bo zaradi konfliktov in potrebe po pravnem varstvu vedno zapleteno pravno početje**. Zahteve za predmet javnega naročanja morajo biti standardizirane in kolikor mogoče poenotene. Kjer je mogoče, je treba izvajati postopke skupnega javnega naročanja.



Slika 6: Samo Fakin, generalni direktor Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije

## 4. Finančni viri in pravice iz javnega naslova – splošne ugotovitve in priporočila

- Staranje prebivalstva, posledične spremembe v zdravstvenem stanju, hiter razvoj medicinskih tehnologij, nova zdravila, večja zahtevnost prebivalstva in drugi **razvojni trendi pritiskajo na rast stroškov v zdravstvu**, ki ji razpoložljivi finančni viri vse težje sledijo.
- **Sedanja ekonomska kriza je te razvojne pritiske na vzdržnost financiranja zdravstva še poglobila in zaostрила**. Brezposelnost, manjšanje aktivnega prebivalstva in restriktivna plačna politika so znatno omejili in zmanjšali finančne vire ZZSZ oz. obveznega zdravstvenega zavarovanja.
- Zato je eno izmed osnovnih razvojnih vprašanj javnega zdravstvenega sistema v Sloveniji, **kako zagotavljati nemoten dostop in kakovostno zdravstveno oskrbo v razmerah rastočega povpraševanja po storitvah in omejene ali celo negativne rasti javnofinančnih sredstev**.
- Javni izdatki za zdravstvo se v Sloveniji že tretje leto zapored realno nižajo. **Krčenje javnih izdatkov za zdravstvo v času krize je bilo zaznati v vseh državah EU, vendar je bilo znižanje v Sloveniji znatno nad povprečjem**. V državah OECD je bila v letih 2010–2011 realna letna rast še vedno pozitivna, na ravni 0,2 % letno, v Sloveniji pa se je v tem obdobju v povprečju vsako leto znižala za 1,2 %.
- **Po uradnih dolgoročnih projekcijah Evropske komisije iz leta 2012 naj bi se javni izdatki za zdravstvo po osnovnem scenariju (ta upošteva večinoma zgolj demografska gibanja) v Sloveniji do leta 2020 povečali za 0,3 odstotne točke (s 6,1 % BDP na 6,4 % BDP), do leta 2060 pa za 1,1 odstotno točko (na 7,2 % BDP). Po osnovnem scenariju naj bi se povečali tudi javni izdatki za dolgotrajno oskrbo, in sicer do leta 2020 za 0,3 odstotne točke (iz 1,4 na 1,7 % BDP) oz. do leta 2060 za 1,6 odstotne točke (na 3,0 % BDP). Po tveganem scenariju (upošteva tudi učinek nedemografskih dejavnikov) pa naj bi se javni izdatki za zdravstvo povečali celo za 0,5 odstotne točke do leta 2020 oz. za 1,7 odstotne točke do leta 2060.**
- Zadnji izračuni Evropske komisije in OECD v letu 2013 kažejo, da je bil učinek nedemografskih dejavnikov na rast izdatkov v teh projekcijah še močno podcenjen, saj naj bi se javni izdatki za zdravstvo v BDP, kljub sprejemu različnih ukrepov za obvladovanje rasti, do leta 2060 lahko povečali za več kot 50 % (na okoli 8-9 % BDP). **V primeru neukrepanja in ob nadaljevanju preteklih trendov bi se javni izdatki za zdravstvo do leta 2060 lahko celo podvojili** (na okoli 12-13 % BDP), hkrati bi se delež javnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo lahko povečal kar za trikrat (na okoli 2,5-3,0 % BDP).
- Zaradi opisanih trendov je v Sloveniji **nujno zagotoviti sočasno izpeljavo reforme zdravstva in dolgotrajne oskrbe ter hkrati upoštevati spremembe v pokojninskem sistemu**. Pri izpeljavi reforme je nujno upoštevati dolgoročne projekcije, ki kažejo, da **aktivni del populacije ne bo zmoželi financirati celotnega finančnega bremena**.
- V Sloveniji je bila v letih pred krizo **rast javnofinančnih izdatkov v primerjavi s sorodnimi državami EU nižja, kar sicer lahko pomeni, da smo bili učinkoviti pri obvladovanju rasti javnih izdatkov za zdravstvo** (stroge proračunske omejitve, kontrola rasti cen zdravil, nizka rast zaposlenosti). Lahko pa je bila to tudi **posledica prepočasnega uvajanja novih tehnologij, zaostajanja v opremljenosti in razvoju zdravstvenih zmogljivosti**. Poleg tega je nizko rast javnih izdatkov v Sloveniji deloma omogočila tudi možnost prenosa rastočih zdravstvenih potreb prebivalstva na dopolnilno zdravstveno zavarovanje (prožnost sistema financiranja).
- **V Sloveniji namenjamo po zadnjih podatkih (2013) skupno okoli 3,1 milijarde evrov (8,8 % BDP ali okoli 1.860 PPP € na prebivalca)**. Raven celotnih izdatkov za zdravstvo s tem dosega 86 % povprečja EU27, kar je približno enako kot raven BDP na prebivalca (85 % povprečja EU). Javni izdatki (večinoma sredstva ZZSZ oz. obveznega zdravstvenega zavarovanja, manjši delež proračunska sredstva) so se zaradi manjših prihodkov ZZSZ in prenosa določenih obveznosti na prostovoljno zavarovanje znižali iz 2,4 milijarde € v letu 2009 (6,6 % BDP) na 2,1 milijarde € v letu 2013 (6,3 % BDP).
- **Z javnimi sredstvi smo v letu 2013 zagotavljali okoli 72 % vseh sredstev za zdravstvo, preostali delež sredstev (28%) pa zagotavljajo zasebni viri** (prostovoljno zavarovanje, neposredna plačila za storitve). Mednarodno primerljivi podatki kažejo,

- da je delež zasebnih izdatkov za zdravstvo v Sloveniji že nad povprečjem držav EU (26%).
- **Na finančno dostopnost do zdravstvenih storitev najbolj vplivajo neposredni izdatki iz žepa** za zdravje, saj lahko predstavljajo revnejšim gospodinjstvom veliko finančno breme. V Sloveniji so **ti izdatki relativno nizki** (SI: 12 %; EU: 22 %), ker večino zdravstvenih storitev in zdravil pokrije sistem obveznega in dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj. Tudi v obdobju krize izdatki iz žepa niso bistveno porasli, ker je dopolnilno zdravstveno zavarovanje pomembno nadomestilo del izpada javnih sredstev, hkrati se je breme dodatnih zasebnih virov enakomerno porazdelilo na vse zavarovance in starostne skupine (izdatki iz žepa bi obremenili le bolne in starejše).
  - Zaradi varčevanja in pomanjkanja finančnih virov po letu 2010 ZZS ne zmore več zagotoviti sredstev za uvajanje novih tehnologij zdravljenja oz. razvoj. Za stabilno financiranje in dostopno ter kakovostno zdravstveno oskrbo prebivalstva je **v bodoče nujno zagotoviti dodatne javno finančne vire**.
  - **Za izboljšanje in stabilizacijo javnofinančnih virov oz. dvig prihodkov obveznega zdravstvenega zavarovanja po ocenah ZZS ni potreben dvig sedanje skupne prispevne stopnje za aktivno prebivalstva (13,45 %)**, ta je namreč že med najvišjimi v Evropi, temveč je **potrebno predvsem zmanjševanje nekaterih neupravičenih razlik in izenačevanje bremen plačevanja prispevkov med posameznimi kategorijami zavezancev**.
  - Z vidika krepitve solidarnosti v sistemu so pomembni ukrepi predvsem **izenačitev prispevne stopnje, širitev osnov za prispevke iz plač na druge prejemke oseb, zaostritev odgovornosti za redno poravnavanje obveznosti in bolj učinkovita izterjava prispevkov**.
  - Za stabilizacijo sistema bi bila pomembna tudi  **uvedba novih javnofinančnih virov (trošarine za sladke pijače idr.)**, ki bi morali biti namenjeni predvsem omogočanju in pospeševanju razvoja v sistemu zdravstvenega varstva (promocija zdravja, preventiva, uvajanje novih zdravstvenih tehnologij in zdravil).
  - Na področju pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja je potrebno **ohraniti univerzalno košarico pravic**. Istočasno pa je potrebno **vzpostaviti sistem stalnega vrednotenja zdravstvenih tehnologij (katalog/seznam pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja)**, ki bo omogočal uvajanje novih in opuščanje starih pravic (tehnologij zdravljenja).
  - Zaradi narave dejavnosti bi bilo potrebno iz obveznega zdravstvenega zavarovanja **prenesti določene dejavnosti v financiranje proračuna države ali občin**. Gre za dejavnosti, ki nimajo neposredne povezave s sistemom pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (financiranje pripravnikov, specializacij, t.i. terciarnih storitev idr.). Slovenija izstopa z zelo nizkim deležem proračunskih sredstev za zdravstvo (4 % celotnih izdatkov), tudi v primerjavi z državami s podobnim sistemom socialnega zdravstvenega zavarovanja. **Povečanje financiranja zdravstva iz davčnih virov** je nujno z vidika zagotovitve dolgoročne vzdržnosti javnega financiranja zdravstva, ko aktivno prebivalstvo samo ne bo zmoglo bremena financiranja zdravstva pretežno iz prispevkov obveznega zdravstvenega zavarovanja.
  - Na področju financiranja zdravstvenih programov je potrebno v prihodnje zagotoviti ustrezne **stroškovne analize** za izbrana področja izvajanja zdravstvenih storitev, **dograditi izbrane obračunske modele** z namenom spodbujati učinkovitost in kakovost, **dograditi sistem spremljanja in nadzora nad obračunom** ter se odločneje **spopasti z različnimi nepravilnostmi pri obračunu**.
  - Za **zmanjševanje in poenostavitev administrativnih opravil** je tudi na področju financiranja ključnega pomena **nadaljnje širjenje informacijskih in komunikacijskih tehnologij**, pri čemer bosta prednostni področji modernizacija in dograditev portalov za zavarovane osebe in izvajalce zdravstvenih storitev.
  - Za večjo učinkovitost upravljanja sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja je **nujna krepitev avtonomne vloge ZZS**, ki bo temeljila na jasnih pristojnostih upravljanja in omogočila večjo odgovornost za poslovne rezultate.
  - Zaradi vse večjih razvojnih tveganj je potrebno **preoblikovati sedanji sistem doplačil oz. dopolnilnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja**. Pri preoblikovanju dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja bo treba upoštevati:
    - da se mora z uvedbo morebitnega nadomestnega vira (obveznega vplačila bodisi premije ali posebne davščine) ohraniti visoka stopnja pokritosti populacije z zavarovanjem - poleg aktivne populacije morajo biti zavezanci za plačilo premije/davščine tudi mlajši prebivalci in upokojeni. Aktivni del populacije namreč sam ne bo zmogel celotnega finančnega bremena financiranja zdravstva, dolgotrajne oskrbe in pokojnin;
    - da se lahko z morebitno ukinitvijo dopolnilnega zavarovanja lahko izgubi prožnost sistema financiranja zdravstvenega varstva (možnost prilagajanja rastočim potrebam s prenosom bremen financiranja iz obveznega na dopolnilno zavarovanje). Pri iskanju novega načina financiranja zdravstva, ki bo nadomestilo dopolnilno zdravstveno zavarovanje bo potrebno zagotoviti tudi njegovo fleksibilnost;
    - da bi - glede na relativno nizek delež financiranja zdravstva iz neposrednih izdatkov gospodinjstev – lahko v reformi izkoristili možnost povečanja neposrednih plačil iz žepa (na primer z uvedbo pokrivanja stroškov obdelave receptov, delnega plačila za ne-zdravstveni del oskrbe v bolnišnicah oz. prehrane), seveda ob ustrezni zaščiti socialno šibkejših;
  - Tudi z **vidika zagotovitve dolgoročne vzdržnosti financiranja zdravstva je nujna krepitev primarne ravni zdravstvene dejavnosti**, pri čemer so pomembni zlasti:
    - krepitev vratarske vloge splošnih zdravnikov, da se prepreči nepotrebno uveljavljanje dražjih specialističnih ambulantnih obravnav, urgence in bolnišničnega zdravljenja;
    - sistemski prenosi nalog med zdravniki in drugim zdravstvenim osebjem (npr. na medicinske sestre, farmacevte idr.)

## 5. Zaključki posveta

Vodilo modernizacije oz. sprememb zdravstvenega sistema naj bodo naslednje temeljne vrednote javnega zdravstvenega sistema: pravičnost, solidarnost, odgovornost, univerzalnost, dostopnost, učinkovitost in kakovost.

Potrebne spremembe:

### CILJ 1: Zagotoviti večjo odzivnost sistema in opolnomočenje uporabnikov

UKREPI:

- krepitev načel pravičnosti, solidarnosti, odgovornosti, univerzalnosti, dostopnosti, učinkovitosti in kakovosti v javnem zdravstvenem sistemu,
- krepitev položaja in soodločanje uporabnikov/bolnikov/zavarovanih oseb/npr. oblikovanje svetov uporabnikov pri izvajanju zdravstvenih storitev,
- uveljavljanje odgovornega ravnanja uporabnikov pri uresničevanju pravic iz javnega naslova,
- opredelitev in izvajanje medsektorskih politik za promocijo zdravja prebivalstva in zmanjševanje neenakosti v zdravju,
- krepitev aktivnosti za promocijo zdravja in preventivnih aktivnosti v javnem zdravstvenem sistemu,
- sodelovanje zdravstvenega in socialnega sektorja pri opolnomočenju delodajalcev za promocijo zdravja na delovnem mestu,
- sodelovanje zdravstvenega in socialnega sektorja pri vzpostavitvi sistema dolgotrajne oskrbe,
- krepitev primarne ravni zdravstvene dejavnosti,
- opolnomočenje in integralna obravnava kroničnih bolnikov;

### CILJ 2: Izboljšati upravljanje s kadrovskimi viri in kakovostjo oskrbe

UKREPI:

- modernizacija strateškega planiranja na ravni države – zlasti za področje izobraževanja in upravljanja s kadrovskimi viri (ustanovitev državne agencije),
- opredelitev sistema vrednotenja (zahtevnejših) zdravstvenih tehnologij,
- spremembe in natančnejša opredelitev pristojnosti ključnih nosilcev upravljanja kakovosti zdravstvene oskrbe (ustanovitev državne agencije),
- oblikovanje in uveljavljanje standardov kakovosti,
- uveljavljanje merjenja, ocenjevanja in spremljanja kakovosti posameznih izvajalcev,
- ustanovitev neprofitnega sklada za vseživljenjsko izobraževanje zdravnikov,
- javno objavljane izbranih podatkov o kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe pri posameznih izvajalcih ter omogočanje izbire uporabnikom sistema;

### CILJ 3: Povečati preglednost in učinkovitost upravljanja na nacionalni ravni in na ravni zavodov

UKREPI:

- modernizacija upravljanja in opredelitev ključnih upravljalških pristojnosti posameznih institucij na nacionalni ravni,
- organizacijske spremembe za bolj optimalno procesno povezanost izvajalcev zdravstvenih storitev pri zagotavljanju dostopa do kakovostnih storitev za uporabnika,
- opredelitev ustrezne pravno organizacijske oblike zdravstvenih zavodov, (po vzoru javnih podjetij),

- omogočanje (mrežnega) povezovanja izvajalcev na oz. med ravnmi zdravstvene dejavnosti,
- modernizacija upravljanja javnih zdravstvenih zavodov (uvajanje elementov podjetništva in načel korporativnega upravljanja),
- opolnomočenje managementa zdravstvenih zavodov in vzpostavitev odgovornosti za poslovne rezultate,
- spremembe plačne politike (uvajanje načela nagrajevanja po rezultatih dela),
- izenačitev pogojev za poslovanje subjektov javnega in zasebnega prava v javnem zdravstvenem sistemu,
- krepitev regulacije javnega interesa in nadzora nad delovanjem sistema;

### CILJ 4: Povečati javnofinančne vire in vzpostaviti preglednejši sistem pravic iz javnega naslova

UKREPI:

- povečanje proračunskih virov za razvojne oz. nacionalne naloge na področju zdravstva (možni novi javnofinančni viri: trošarine na alkohol, tobak, sladke pijače, ničelna stopnja DDV za zdravila in medicinske pripomočke),
- zmanjševanje razlik v bremenih plačevanja prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje posameznih kategorij zavezancev (izenačitev prispevne stopnje, širitev osnov),
- zaostritev odgovornosti za plačevanje prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje,
- ohranitev univerzalne košarice pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- vzpostavitev dinamičnega sistema/seznama zdravstvenih storitev, ki se financirajo v breme javnih sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja,,
- izločitev financiranja posameznih programov, ki niso povezani s pravicami iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, oz. njihov prenos v financiranje proračuna (pripravnništvo, specializacija, znanstveno raziskovalna dejavnost, idr.),
- izločitev pravic, ki dokazljivo ne prinašajo ustreznih koristi glede zdravja ali rezultatov zdravljenja v razmerju do stroškov,
- spremembe in nadgradnja obračunskih modelov za plačevanje zdravstvenih storitev na podlagi stroškovnih analiz za zagotovitev večje učinkovitosti in kakovosti,
- preoblikovanje dopolnilnega prostovoljnega zavarovanja,
- vzpostavitev sistema financiranja in izvajanja storitev dolgotrajne oskrbe (v sodelovanju z MDDSZEM), ki bo dolgoročno vzdržen;

### CILJ 5: poenostaviti administrativne postopke, modernizirati in informatizirati ključne procese upravljanja sistema

UKREPI:

- racionalizacija administrativnih postopkov,
- uvedba enovite in celovite sodobne informacijske podpore za obravnavo pacienta in poslovanje s ciljem dosledne izstavitve računa uporabnikom sistema,
- informacijska podpora in modernizacija procesov vodenja in upravljanja zdravstvenih zavodov,
- informacijska podpora in modernizacija procesov upravljanja kakovosti,
- pospešitev projekta e-zdravje.

Strokovne institucije, ki so posvet organizirale, bodo skupaj s predstavniki nevladnih organizacij opredelile podrobnejše podlage za uresničitev opisanih izhodišč.



Ugotovitve, priporočila in zaključki posveta bodo predstavljali tudi eno izmed pomembnejših podlag za oblikovanje novega nacionalnega plana zdravstvenega varstva do leta 2020.

Ljubljana,

30. junij 2014

MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE  
Nina Pirnat – državna sekretarka

NACIONALNI INŠTITUT ZA JAVNO ZDRAVJE  
prim. dr. Ivan Eržen – direktor

ZDRAVNIŠKA ZBORNICA SLOVENIJE  
prim. Andrej Možina – predsednik

ZDRUŽENJE ZDRAVSTVENIH ZAVODOV SLOVENIJE  
Metod Mezek – direktor

ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE SLOVENIJE  
Samo Fakin – direktor



Slika 7: Organizatorji posveta so dne 3.7.2014 tudi podpisali zaključke posveta (drugi z leve proti desni: Samo Fakin, generalni direktor ZZS, Metod Mezek, direktor Združenja zdravstvenih zavarodov Slovenije, prim. Mojca Senčar, podpredsednica nevladne Mreže NVO 25x25, Nina Pirnat, državna sekretarka na Ministrstvu za zdravje, prim. dr. Ivan Eržen, direktor Nacionalnega inštituta za javno zdravje in prim. Martin Možina, predsednik Zdravniške zbornice Slovenije).

# Zdravstvena reforma: celovita in dolgoročna

Da se bo potrebno slej ali prej, tudi brez ekonomske krize, lotiti spremembe javnega sistema zdravstvenega varstva (v nadaljevanju: zdravstva), ki nam je dobro služil desetletja, je znano že kar nekaj časa. Vendar smo se zganili šele sedaj, ko je omejevanje javnega denarja začelo ogrožati lagodno poslovanje izvajalcev javnih zdravstvenih programov. Morda je res že čas, da nekaj naredimo. Naraščanje zdravstvenih potreb zaradi hitrega staranja prebivalstva in razpada klasične družine treh generacij, v kateri je možno obvladovati tudi mnogo »vsakdanjih« zdravstvenih težav, terja resen razmislek in prave spremembe, če želimo ohraniti zdravstvo kot kolektivno vrednoto razvitih kulturnih družb.

V prispevku predlagamo celovito in dolgoročno zdravstveno reformo z jasnimi cilji: ohraniti javnofinančno vzdržno zdravstvo, ki mora ostati javno in skupno dobro pod nadzorom države. In to tako za obdobje premagovanja ekonomske krize, kot za življenje po njej. Za javne sisteme socialne varnosti v Evropi po drugi svetovni vojni sta značilni dve vodilni načeli: nepretrganost širjenja in ireverzibilnost pridobljenih pravic. Zato pri spreminjanju zdravstva (domnevno »na slabše«) lahko pričakujemo težavno premagovanje odporov proti spremembam. Delo bo olajšano, če se bomo uspeli v državi čim prej dogovoriti o viziji lastne prihodnosti ter določiti strateške razvojne cilje, ki jih bomo pomagali dosegati tudi s spremembami v zdravstvu. O prihodnosti moramo razmišljati vsi, da nas ne bo dohitela povsem nepripravljenost.

Temeljno izhodišče predlagane reforme je ugotovitev, da smo dolgo obdobje pred krizo lepo živeli nad lastnimi možnostmi (tudi na tuj račun), sedaj pa prihaja čas za plačilo. Premagovanje krize prednostno terja obnovo in preoblikovanje narodnega gospodarstva v kvalitativno rast, povečanje njegove konkurenčnosti ter hkrati (začasno?) omejitev »razkošne« socialne države. To pomeni, da bomo nekaj časa morali živeti bolj skromno, razsodno in odgovorno.

V nadaljevanju najprej nekaj o zdravju, nato pa o možnih spremembah v prvinah (podsystemih) zdravstva.

## Skrb za ohranitev zdravja je življenjska prioriteta

Skrb in odgovornost za lastno zdravje in zdravje posameznih družbenih skupin moramo obravnavati v prihodnosti kot prednostno nalogo vseh in vsakogar ter kot pomembno »notranjo rezervo« dolgoročno javnofinančno vzdržnega zdravstva. Zato je treba v novih razmerah »pravico do zdravja«, ki so jo moderne socialne države vključile med človekove pravice, obravnavati drugače kot do sedaj. Vsaka pravica ima svoj ekvivalent v dolžnosti nekoga, ki mora pravico zagotoviti. Ker je naše zdravje večinoma odvisno od naše zavestne izbire zdravega načina življenja, moramo dolžnost do zdravja nasloviti predvsem nase. Država je dolžna le zagotoviti razmere, v katerih se bomo lahko pravilno odločali. Ključna dejavni-

ka zdravja sta pravilno prehranjevanje in zadostna fizična aktivnost. Vedenje o tem naj bi vključili v vzgojne in šolske programe vseh šol na vseh ravneh. Poznati pa je treba tudi nezdrave navade in razvade. Ne gre skopariti s pohvalami tistih, ki se odločajo za zdravo življenje. Pa tudi ne s sankcioniranjem (moralnim, materialnim) tistih, ki so brezbrizni do lastnega zdravja, zdravstvene in ekonomske posledice pa prenašajo na skupnost. Ljudi, ki se odločajo tudi za samozdravljenje, velja opozoriti na različne »prodajalce zdravja«, ki jih morda zavajajo z zdravilnimi učinki. Tudi jemanje prevelikega števila zdravil, predpisanih na recept, vedno ne koristi zdravju (polipragmazija). Sicer pa tudi v skrbi za lastno zdravje velja: svobodno življenje je odgovorno življenje!

## Zahtevne naloge zdravstvene politike

V procesu spreminjanja zdravstva ima glavno vlogo nalogam do- rasla zdravstvena politika. Skrbeti bo morala za vsebinsko kohezijo želja in zahtev različnih interesnih skupin, pripraviti končni predlog zdravstvene reforme, s katero ne smemo prizadeti vitalnih interesov drugih gospodarskih in negospodarskih področij, in zanj dobiti družbeno soglasje. Sama pa mora, po našem mnenju, narediti naslednje:

- Vlada RS naj najprej določi zgornjo mejo javne zdravstvene porabe za obdobje premagovanja ekonomske krize, ki ji še ni videti konca. Razpoložljiva javna sredstva bodo določala tudi morebitne spremembe obsega in vsebine pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju: OZZ) ter kadrovske in materialne zmogljivosti v mreži javne zdravstvene službe. Za čas krize pač velja: če vsi drugi dobivajo manj, ne moremo mi zahtevati več.
- Glede na trende obolevnosti, ki v sodobnih družbah najbolj hromijo zdravje posameznika in skupnosti, se je treba zelo premišljeno in odgovorno lotiti presoje sedanje »košarice« pravic iz OZZ. Namen presoje je izbira »ključnih« zdravstvenih in ekonomskih tveganj, ki jih moramo še naprej zavarovati na javni račun, saj jih ni mogoče prepustiti posamezniku (nove javnozdravstvene prioritete).
- Prav bi bilo, da z dvajsetletno zamudo le pridemo do prave mreže javne zdravstvene službe. Njen namen je zagotoviti vsem bolnikom enako »pravico do zdravljenja«, to je nediskriminatorno dostopnost do enake zdravstvene obravnave pri enakih zdravstvenih potrebah. Pomembno je tudi, da zanesljiva mreža olajša plačniku pravic iz OZZ načrtovanje celotnega (agregatnega) povpraševanja po javnih zdravstvenih programih, ki jih mora plačevati z razpoložljivimi (ne zelenimi) javnimi sredstvi. Pričakujemo pa tudi strokovne razprave o organizacijskem združevanju javnih zdravstvenih zavodov in delitvi dela, kar bo izboljšalo izkoriščenost vseh virov ter učinkovitost in uspešnost v zdravstvu.

- Zahtevno je tudi pravno urejanje in nadziranje javno-zasebnega partnerstva. Gre za mlajše oblike poslovnega sodelovanja in dopolnjevanja obeh sektorjev v tekoči dejavnosti (zasebno opravljanje javnih storitev s koncesijo) in naložbeni dejavnosti (izgradnja javnozdravstvene infrastrukture). Za uspešno »partnerstvo« je vselej odgovorna država kot javni naročnik. Ta mora dobro poznati strokovne in poslovne procese, da se izogne pogostim nepravilnostim (podkupljivost, goljufije, precenjenost projekta ipd.).
- Informacijska podpora v zdravstvu naj bo le koristna podpora strokovnim in poslovnim odločitvam. Ponudba informacijske podpore zaradi zasičenosti s podatki že danes marsikje presega razumno in potrebno povpraševanje. V zdravstvu potrebujemo racionalen enoten informacijski sistem, ki bo z naborom relevantnih podatkov zagotavljal zanesljivo sledljivost bolnikov in javnega denarja skozi zdravstveni sistem ter olajšal strokovno in poslovno odločanja in nadzor.
- Ljudi ni potrebno preveč strašiti s pretiranim odhajanjem zdravnikov v tujino (»beg možganov«). Problem je obvladljiv. Zdravniki, ki so šolanje in usposabljanje plačali z lastnimi sredstvi, lahko svobodno iščejo zaposlitev kjerkoli. Drugi pa naj določeno daljše obdobje pred odhodom opravljajo poklic v Sloveniji.
- Pri stanovskih združenjih zdravstvenih delavcev bi se morali najprej odločiti za obvezno ali neobvezno članstvo (z vsemi prednostmi in slabostmi). Med izvirnimi nalogami bi kazalo določiti maksimalne (ne minimalne) cene na »konkurenčnem trgu« zasebnih zdravstvenih storitev, da zavarujemo zasebne bolnike pred prevelikimi ekonomskimi tveganji. Pri javnih pooblastilih pa so pomembni natančen obseg, realna cena in nadzor upravnega organa.

## Spremembe v zdravstveni dejavnosti so ključne

Zdravstvena dejavnost je poglavitni podsistem v zdravstvu. Zato so »notranje rezerve«, ki jih najdemo v njej, pomembne za uspeh zdravstvene reforme. Česa se lotiti, si pogledimo po vrsti:

- Najprej moramo objektivno ugotoviti stanje ter oceniti sedanje in prihodnje potrebe po zdravstvenih delavcih (koliko, kje) ter se odločiti za povečevanje oz. omejevanje vpisa v zdravstvene šole. Šolanje in usposabljanje zdravstvenih delavcev prilagoditi trendom obolenja razvitih družb in usmeriti v prakso (medicina je praksa!). Poudariti pomen dobrega družinskega zdravnika kot »vratarja« v zdravstveni sistem. Pred širšim uvajanjem t.i. referenčnih ambulant natančno določiti naloge in stopnjo strokovne avtonomije in odgovornosti diplomiranih medicinskih sester.
- Pri zaposlovanju in nadomeščanju zdravstvenih in drugih delavcev morajo imeti javni zdravstveni zavodi več pristojnosti. Zaposlovanje v zelo deficitarnih območjih oz. medicinskih strokah bo najbrž potrebovalo dodatne (ne)materialne in administrativne spodbude države.
- V ocenah delovnih obremenitev je pomemben redni delovni čas (dnevni, tedenski, letni) in prisotnost na delovnem mestu v tem času ter povprečne delovne obremenitve (»evropski« delovni normativi). Sem sodi tudi ureditev delovnih obremenitev zunaj rednega delovnega časa (dežurstvo, hišni obiski, nadurno delo, samoplačniške ambulante ipd.). Z etičnih in finančnih vidikov je problematično popoldansko zasebno delo zaposlenih pri

sebi doma ali pri »tujem« delodajalcu, vezano na dovoljenje matičnega zavoda (»dvoživke«). Pogoji za dovoljenje naj bi bila sto odstotna izpolnitev delovnega normativa ter odsotnost potrebe po dodatnem delu v matičnem zavodu. Povečati moramo učinkovitost dela in gospodarno porabo virov. Le tako bomo lahko odklonili mnenje, da gre pri javnih zavodih za »lene monopole« (M. Friedman), ki se lahko predramijo le na konkurenčnem trgu.

- Plačila za opravljeno delo so v zdravstvu največji strošek. Zdravstvena dejavnost je tipično delovnointenzivna, uspeh je odvisen od znanja in delavoljnosti delavca. Zato se pri nagrajevanju delavcev, vsaj pri zdravnikih, vedno pojavlja dilema, ali jih nagrajevati po kolektivnih ali po individualnih pogodbah, da bo plačilo »pravično«. Dobro moramo nagrajevati več in boljše delo (rezultate dela). Pri številnih dodatkih k plači, ki niso povezani z delom, pa smo lahko skromnejši.
- S kakovostjo zdravstvene obravnave imamo v mislih celovito kakovost (Total Quality), ki združuje optimalno strokovno doktrino, zadovoljstvo bolnika in gospodarno porabo javnih virov. Gre za kakovost, ki je plačljiva na javni račun. Seveda mora država misliti tudi na »vlečne konje« slovenske medicine in mednarodno delitev dela.
- Javne zdravstvene zavode (zlasti večje) naj vodijo sposobni zdravstveni menedžerji. Dobri zdravniki so preveč dragoceni, da bi iz njih delali slabe direktorje.

## Zanesljivost sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja

Nemoteno delovanje zdravstva je odvisno od trajne razpoložljivosti zadostnih sredstev za zagotavljanje pravic iz OZZ in njihove korektno porazdelitve med uporabnike. V času ekonomske krize pa je to vse prej kot preprosto. Zato mora imeti javna zdravstvena zavarovalnica zadosti široko poslovno avtonomijo, ki ji bo omogočala učinkovito opravljanje nalog in prevzemanje odgovornosti za poslovni uspeh. V zvezi s tem je pomembno naslednje:

- Za učinkovito izvajanje OZZ je v Sloveniji zadosti ena javna zdravstvena zavarovalnica (pri nas Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije – ZZZS).
- Prispevke za OZZ morajo zavezanci (ali subsidiarni plačniki) plačevati brezpogojno. Upravičene olajšave pri plačilu so stvar zavarovalnice.
- Dogovori med partnerji o obsegu, vsebini in plačevanju javnih zdravstvenih programov za prihodnje poslovno leto morajo biti končani do konca tekočega leta, pogodbe z izvajalci pa do konca marca prihodnjega leta. Vse brez arbitraž.
- Odhodki v poslovnem letu ne smejo preseči razpoložljivih sredstev (razen v izrednih razmerah, ki jih razglasi država). O vsiljevanju in pokrivanju nenačrtovanih odhodkov brez finančnega kritja odloča zavarovalnica.
- prenos sredstev k izvajalcem (prospektivni, retrospektivni) izbere zavarovalnica glede na administrativno zahtevnost in možnost učinkovitega nadzora izvajanja pogodb in porabe javnega denarja.
- Vnašanje novih zdravstvenih tehnologij v javne zdravstvene programe, skladno s prizadevanji države za kvalitativno rast v zdravstvu, mora biti načrtovano in finančno podprto.
- Pri ugaševanju (harmonizaciji) direktiv EU z domačim pravnim redom (npr. o »čezmejnem zdravstvenem varstvu«) moramo biti sposobni presoje domačih razmer, saj z uveljavljanjem mnogih direktiv revnejše države pogosto izgubljajo.

- Javnofinančno stisko OZZ je mogoče delno omiliti tudi z neposredno udeležbo zasebnih sredstev bolnikov v stroških konkretne zdravstvene obravnave (participacijo), ki se načeloma ne bi smela prostovoljno zavarovati. Večinoma je nizka (vzgojna) in ima namen odvrnati ljudi od »moralnega hazarda« pri koriščenju pravic iz OZZ. Je pa lahko tudi višja, če je namenjena sofinanciranju stroškov OZZ (uporaba odbitnih franšiz).
- Spremembe potrebuje tudi naše »javno-zasebno« dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje (PZZ). Med možnimi spremembami tukaj omenjamo: ukinitvev PZZ in ponovno uvedbo participacije (in hkrati spodbujanje pravih dodatnih PZZ) ali vrnitev PZZ v ZZZS (boljši rešitvi), prenos sredstev v OZZ (širitev javne porabe!) ali preoblikovanje Vzajemne zavarovalnice v zasebno d. d. (slabši rešitvi).

### Vodi naj tisti, ki to zna

Zdravstvo je zelo tog in trdoživ sistem in ne prenese hitrih sprememb. Spreminjati ga smemo zelo premišljeno in postopoma. Delo bomo morali opraviti sami, mehanicistično posnemanje drugih ni dobro. Najti je treba ljudi, ki imajo intelektualno širino, menedžersko znanje in izkušnje ter dobro poznajo zgradbo, delovanje in tradicijo slovenskega zdravstva. In še nekaj. Zdravstvena reforma se ne začne s spreminjanjem zakonov. Najprej si je treba vzeti nekaj časa za zanesljiv dogovor o spremembah med pomembnimi dejavniki v zdravstvu ter za ugotovitev pričakovanj civilne družbe. Šele na koncu temu prilagodimo pravne predpise.

dr. Marjan Česen

Na podlagi 73. člena Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2014 (v nadaljnjem besedilu: Dogovor 2014) so partnerji, sestavljeni iz predstavnikov Ministrstva za zdravje, Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije, Zdravniške zbornice Slovenije, Lekarniške zbornice Slovenije, Skupnosti slovenskih naravnih zdravilišč, Skupnosti socialnih zavodov Slovenije in Skupnosti organizacij za usposabljanje Slovenije, na seji dne 24. 3. 2014 ter na podlagi sklepov arbitraže z dne 23. 4. 2014 in sklepov Vlade Republike Slovenije, s 145. dopisne seje z dne 10. 7. 2014, s katerim je ta odločila o spornih vprašanjih, določili besedilo Aneksa št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2014, ki se glasi:

# Aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2014

## 1. člen

V 2. členu v (1) odstavku se doda nova 6. točka, ki se glasi:

»6. »Sistem financiranja splošnih ambulant se nadgradi s kazalniki kakovosti.«

Ostale točke se preštevilčijo.

V 2. členu v (1) odstavku se v 12. točki doda nov drugi stavek, ki se glasi:

»V primeru odvzema krvi za potrebe antikoagulantne ambulante, stroške materiala in opreme, potrebne za odvzem in stroške izvedbe laboratorijskih storitev krije antikoagulantna ambulanta, ki bo odvzeti vzorec pregledala.«

Sprememba velja od 1. 1. 2014 naprej.

V 2. členu v (1) odstavku se na koncu doda nova 21. točka, ki se glasi:

»21. Razširjeni strokovni kolegiji po posameznih dejavnostih na podlagi strokovnih meril pripravijo predlog standarda oziroma predlog, kaj se v posamezni storitvi oziroma materialu šteje kot nadstandard.«

## 2. člen

V 3. členu v (1) odstavku v točki 1.1.2 se za sedmim stavkom doda nov osmi stavek, ki se glasi:

»Izvajalec zdravljenja je za zagotavljanje obveznosti iz Priloge V odgovoren Zavodu, v primeru kršitev pa Zavod izvajalcu lahko zaračuna pogodbeno kazen.«

V 3. členu v (1) odstavku v točki 2.1. se na koncu prvega stavka doda novo sprotno opombo, ki se glasi:

»1 V primeru, da je v tem Dogovoru kot osnova za obseg načrtovanega programa naveden obseg načrtovanega programa iz pogodb preteklega leta, se šteje, da je osnova za obseg načrtovanega programa tekočega pogodbenega leta raven programa iz preteklega leta brez začasnih prestrukturiranj programa.«

## 3. člen

V 17. členu v (1) odstavku se na koncu doda nova 12. točka, ki se glasi:

»12. v ambulanti dejavnosti gastroenterologije in endoskopije: hemostazni klip, držalo za klipe, fleksibilno injekcijsko iglo za endoskop, ligacijsko zanko, aplikator za ligacijsko zanko, tuš označevalec za velike polipe, tumorje (SPOT)«

## 4. člen

V 20. členu se (1) odstavek spremeni tako, da se glasi:

»(1) Sredstva za regres se od 1. januarja 2014 vračunajo v vrednost programov oziroma cene zdravstvenih storitev v odvisnosti od plačnega razreda, v katerega je uvrščen vkalkulirani delavec, in sicer:

plačilni razred	višina regresa <sup>3</sup> (v eur)
do 15	692,00
od 16 do vključno 30	484,40
od 31 do vključno 40	346,00
od 41 do vključno 50	100,00
od 51	0,00

## 5. člen

V 24. členu v (10) odstavku se briše drugi stavek.

## 6. člen

V 25. členu se (5) odstavek spremeni tako, da se glasi:

(5) Za boljše vrednotenje že dogovorjenih programov so v okviru prvega in drugega odstavka tega člena načrtovana dodatna sredstva:

	Program	Izvajalec	Obseg programa	Dodatna sredstva na letni ravni (v EUR)	Dodatna sredstva 1.1.-31.12.2014 (v EUR)
1	Referenčne ambulante splošne medicine		84	2.912.938,56	1.335.097,00
2	Boljše vrednotenje SA in SA v SVZ	Izvajalci primarne ravni		8.546.189,00	4.273.095,00
	Skupaj 5. odstavek			11.459.127,56	5.608.192,00

Dodatna sredstva pod zap. št. 1 veljajo od 1. 6. 2014 naprej, dodatna sredstva pod zap. št. 2 pa od 1. 7. 2014 naprej.

V 25. členu v (6) odstavku se tabela dopolni z zaporednimi števkami od 3 do 11, ki se glasijo:

	Program	Izvajalec	Obseg programa	Dodatna sredstva na letni ravni (v EUR)	Dodatna sredstva 1.1.-31.12.2014 (v EUR)
3	Povečane zmogljivosti oskrbovanih stanovanj	Domovi za starejše občane	9.738 točk	20.525,33	10.262,65
4	Povečanje obstoječih in nove kapacitete	Varstveno delovni centri	25 mest / 9.125 dni	173.375,00	86.687,50
	od tega:	VDC Tončke Hočevar	6 mest / 2.190 dni	41.610,00	20.805,00
		VDC Polž	9 mest / 3.285 dni	62.415,00	31.207,50
		VDC Ajdovščina	10 mest / 3.650 dni	69.350,00	34.675,00
5	Rehabilitacija po poškodbi glave	CUDV Dornava	10	108.225,00	54.113,00

	Program	Izvajalec	Obseg programa	Dodatna sredstva na letni ravni (v EUR)	Dodatna sredstva 1.1.-31.12.2014 (v EUR)
6	Povečanje števila delavcev v centrih za sluh in govor	ZGN Ljubljana	3 klinični logopedi	33.000,00	16.500,00
7	Povečanje števila delavcev	VZ Planina	1,5 zdr. teh.+ 1 spec. kl. psih.	78.405,00	39.203,00
8	Forenzična psihiatrija	UKC Maribor	9.713 BOD	1.379.635,00	689.818,00
9	Robotsko asistirana radikalna prostatektomija	SB Celje	50 operacij	119.100,00	119.100,00
10	Dodatek za okrepljene ambulante	Izvajalci primarne ravni	70	1.756.650,00	878.325,00
11	Celostna zdravstvena obravnava odraslih oseb z avtizmom	Inštitut za avtizem in sorodne motnje	120 oseb	88.503,00	44.252,00

Dodatna sredstva pod zap. št. 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10 in 11 veljajo od 1. 7. 2014 naprej, dodatna sredstva pod zap. št. 9 pa od 1. 1. 2014 naprej.

Ministrstvo za zdravje posreduje Zavodu seznam izvajalcev z dodatkom za okrepljene ambulante.

## 7. člen

V 37. členu v (2) odstavku se briše zadnji stavek.

V 37. členu v (6) odstavku se na koncu doda besedilo, ki se glasi:

»Če bodo tekoči prilivi Zavoda omogočali dinamiko plačil akontacij v celoti za posamezni mesec, bo Zavod zdravstvenim domovom

in bolnišnicam nakazal akontacije brez zamikov. O tem bo Zavod obvestil izvajalce.«

## 8. člen

V 38. členu v (1) odstavku se zadnji stavek spremeni tako, da se glasi: »Če te obveznosti ne izpolni, je Zavod dolžan izvajalcu plačati zakonite zamudne obresti.«

## 9. člen

V 40. členu v (4) odstavku se na koncu doda nov stavek, ki se glasi:

»Določba ne velja za izvajalce, ki izvajajo zgolj prve preglede (npr. okuliste, ki izvajajo zgolj program ugotavljanja dioptrije za predpisovanje očal.)«

Sprememba velja od 1. 1. 2014 naprej.

V 40. členu v (7) odstavku se prvi stavek spremeni tako, da se glasi:

»Zavod bo izvajalcem plačal vse realizirane storitve v skladu z določbami tega Dogovora pri naslednjih programih:«

Sprememba velja od 1. 1. 2014 naprej.

## 10. člen

V 49. členu se (3) in (4) odstavek brišeta.

V 50. členu se (2) odstavek briše.

Sprememba velja od 1. 1. 2014 naprej.

## 11. člen

Briše se 69. člen.

## 12. člen

V Prilogi I se doda kalkulacija, ki se glasi:

### 204 205 Spec - Medicinska rehabilitacija UKC Maribor in UKC Ljubljana

	DELAVCI IZ UR	PLAČNI RAZRED	BRUTO PLAČA	SKUPNA PORABA	SK. TOČK
FIZIATER	1,00	53	40.595,62	172,21	25.233
DIPL. FIZIOTERAPEVT/VIŠJI FIZIOTERAPEVT	6,00	33	111.163,62	2.986,56	111.618
DIPL. DELOV. TERAPEVT/VIŠJI DELOV. TERAPEVT	1,00	33	18.527,27	497,76	22.500
TEHNIK ZDRAVSTVENE NEGE	1,00	25	13.537,71	627,98	12.726
ADMINISTRATIVNO TEHNIČNI DELAVCI	1,37	24	17.833,56	860,33	
<b>SKUPAJ</b>	<b>10,37</b>		<b>201.657,78</b>	<b>5.144,84</b>	<b>172.077</b>
<b>FINANČNI NAČRT</b>	<b>SKUPAJ PROGRAM</b>				
BRUTO OD	201.657,78				
OBVEZNOSTI	32.466,90				
SKUPNA PORABA	5.144,84				
PREMIJA ZA DOD. POK. ZAV.	3.705,41				
MAT STROŠKI	92.581,61				
AMORTIZACIJA	11.981,06				
DOD. SREDSTVA ZA INFORMATIZACIJO	758,44				
<b>SKUPAJ - EUR</b>	<b>348.296,04</b>				
CENA	2,02				

Sprememba velja od 1. 10. 2014 naprej.

V Prilogi I se pod kalkulacijo »404 101 + 404 102 Zobozdravstvo za odrasle (102 008+102 009)« doda opomba, ki se glasi:

»\* Normativ 0,5 zobnega tehnika znaša 8.000 točk.«

V Prilogi I se kalkulacije spremenijo tako, da se glasijo:

### 302 001 SPLOŠNA AMBULANTA (101 001)

	DELAVCI IZ UR	PLAČNI RAZRED	BRUTO PLAČA	SKUPNA PORABA	SKUPAJ KOLIČNIKI
ZDRAVNIK SPECIALIST	1,00	53	40.595,62	172,21	K IZ OBISKOV
TEHNIK ZDRAVSTVENE NEGE	1,10	25	14.891	690,78	27.488
ADMINISTRATIVNO TEHNIČNI DELAVCI	0,32	24	4.166	200,96	K IZ GLAVARINE
					29.835
<b>SKUPAJ</b>	<b>2,42</b>		<b>59.652,62</b>	<b>1.063,95</b>	<b>57.323</b>
NOSILCI LABORATORIJSKE MEDICINE	0,33	25	4.467,44	207,24	
ADMINISTRATIVNO TEHNIČNI DELAVCI	0,05	24	650,86	31,40	
SKUPAJ LABORATORIJ	0,38		5.118,31	238,63	
<b>VSE SKUPAJ</b>	<b>2,80</b>		<b>64.770,93</b>	<b>1.302,58</b>	
<b>FINANČNI NAČRT</b>	<b>PROGRAM</b>	<b>LABORATORIJ</b>	<b>SKUPAJ</b>		<b>CENA</b>
BRUTO OD	59.652,62	5.118,31	64.770,93		
OBVEZNOSTI	9.604,07	824,05	10.428,12		
SKUPNA PORABA	1.063,95	238,63	1.302,58		
PREMIJA ZA DOD. POKOJ. ZAVAROVANJE	864,71	135,78	1.000,49		
MATERIALNI STROŠKI*	28.295,87	7.346,45	35.642,32		VISOKA
AMORTIZACIJA	2.480,91	288,84	2.769,75		4,24
DODATNA SREDSTVA ZA INFORMATIZACIJO	758,44		758,44		NIZKA
<b>SKUPAJ - EUR</b>	<b>102.720,57</b>	<b>13.952,06</b>	<b>116.672,63</b>		<b>2,04</b>

Opomba: Z realizacijo 13.000 količnikov (normativ iz SD) iz obiskov je za standardno ambulanto zagotovljeno 96% sredstev.

\*Materialni stroški vključujejo tudi sredstva za SVIT.

### 302 002 SPLOŠNA AMBULANTA V SOCIALNOVARSTVENEM ZAVODU (101 053)

	DELAVCI IZ UR	PLAČNI RAZRED	BRUTO PLAČA	SKUPNA PORABA	K IZ OBISKOV
ZDRAVNIK SPECIALIST	1,00	53	40.595,62	172,21	27.488
TEHNIK ZDRAVSTVENE NEGE	1,10	25	14.891,48	690,78	
ADMINISTRATIVNO TEHNIČNI DELAVCI	0,32	24	4.165,51	200,96	
<b>SKUPAJ</b>	<b>2,42</b>		<b>59.652,62</b>	<b>1.063,95</b>	<b>27.488</b>
NOSILCI LABORATORIJSKE MEDICINE	0,33	25	4.467,44	207,24	
ADMINISTRATIVNO TEHNIČNI DELAVCI	0,05	24	650,86	31,40	
SKUPAJ LABORATORIJ	0,38		5.118,31	238,63	
<b>VSE SKUPAJ</b>	<b>2,80</b>		<b>64.770,93</b>	<b>1.302,59</b>	
<b>FINANČNI NAČRT</b>	<b>PROGRAM</b>	<b>LABORATORIJ</b>	<b>SKUPAJ</b>		<b>CENA</b>
BRUTO OD	59.652,62	5.118,31	64.770,93		
OBVEZNOSTI	9.604,07	824,05	10.428,12		
SKUPNA PORABA	1.063,95	238,63	1.302,59		
PREMIJA ZA DOD. POKOJ. ZAVAROVANJE	864,71	135,78	1.000,49		
MATERIALNI STROŠKI*	34.295,87	7.346,44	41.642,31		
AMORTIZACIJA	2.480,91	288,86	2.769,77		
DODATNA SREDSTVA ZA INFORMATIZACIJO	758,44		758,44		VISOKA
<b>SKUPAJ - EUR</b>	<b>108.720,57</b>	<b>13.952,07</b>	<b>122.672,64</b>		<b>4,46</b>

\* Materialni stroški vključujejo tudi sredstva za SVIT.

## 130 312 E0002 BOL - FORENZIČNA PSIHIATRIJA (202 161 0002)

	DELAVCI IZ UR	PLAČNI RAZRED	BRUTO PLAČA	SKUPNA PORABA	ŠT. BOD
PSIHIA TER SPECIALIST	7,00	53	346.773,23	1.205,49	
KLINIČNI PSIHOLOG	3,10	47	121.369,92	533,86	
DIPL.MED.SESTRA/VIŠJA MED.SESTRA	12,00	36	305.185,25	5.973,17	
SOCIALNI DELAVEC	2,00	36	50.864,21	995,53	
DELOVNI TERAPEVT	7,00	33	158.262,42	3.484,35	
TEHNIK ZDR. NEGE	48,00	25	792.966,40	30.143,27	
MUZIKOTERAPEVT	0,40	33	9.043,57	199,11	
KINEZIOTERAPEVT	0,40	33	9.043,57	199,11	
ZDRAVSTVENI ADMINISTRATOR	5,00	24	79.424,93	3.139,92	
ADMINISTRATIVNO TEHNIČNI DELAVCI	12,96	24	205.869,41	8.138,68	
<b>SKUPAJ</b>	<b>97,86</b>		<b>2.078.802,91</b>	<b>54.012,50</b>	<b>21.681</b>
<b>FINANČNI NAČRT</b>	<b>SKUPAJ PROGRAM</b>				
BRUTO OD	2.078.802,91				
OBVEZNOSTI	334.687,27				
SKUPNA PORABA	54.012,50				
PREMIJA ZA DOD POKOJ, ZAVAROVANJE	34.967,34				
MATERIALNI STROŠKI	494.506,33				
AMORTIZACIJA	82.584,66				
<b>SKUPAJ - EUR</b>	<b>3.079.561,01</b>				
CENA	142,04				

## 13. člen

V Prilogi ZD ZAS II/a v 26. členu v (3) odstavku se na koncu doda nov stavek, ki se glasi:

»Z namenom vzpostavitve nacionalne mreže usposobljenih strokovnjakov za izvajanje psihoedukativnih delavnic »Podpora pri spoprijemanju z depresijo« se v pogodbenem letu 2014 50 % sredstev, namenjenih izvajanju delavnice, to je 21.017 evrov, nakaže Nacionalnemu inštitutu za javno zdravje, ki bo izvedel naložbe usposabljanje. Skladno s tem se zniža plan izvajanja teh delavnic za pogodbeno leto 2014 v Prilogi ZD ZAS II/a-1. V letu 2015 plan in sredstva za izvajanje psihoedukativnih delavnic »Podpora pri spoprijemanju z depresijo« ostanejo nespremenjena.«

Sprememba velja od 1. 1. 2014 naprej.

## 14. člen

V 33. členu Priloge ZD ZAS II/a se (4) odstavek spremeni tako, da se glasi:

»(4) Podatki o vzdrževancih iz tabele iz prvega odstavka tega člena se ob pripravi čistopisa vsakoletnega Dogovora ažurirajo z zadnjimi znanimi podatki in na tej podlagi naredi ustrezna prerazporeditev timov v okviru obstoječega števila timov.«

## 15. člen

V Prilogi ZD ZAS II/a-1 se stolpec število delavnic spoprijemanja z depresijo spremeni tako, da se glasi:

	Plan delavnic "Podpora pri spoprijemanju z depresijo" v obdobju 1.7.-31.12.2014
<b>OE CELJE</b>	<b>9</b>
Celje	3
Radeče	1
Laško	1
Slovenske Konjice	1
Šentjur	1
Šmarje pri Jelšah	1
Žalec	1
<b>OE KOPER</b>	<b>8</b>
Koper	3
Ilirska Bistrica	1

Izola	1
Piran	1
Postojna	1
Sežana	1
<b>OE KRANJ</b>	<b>9</b>
Kranj	3
Bled	1
Bohinj	1
Jesenice	1
Radovljica	1
Škofja Loka	1
Tržič	1
<b>OE KRŠKO</b>	<b>3</b>
Krško	1
Brežice	1
Sevnica	1
<b>OE LJUBLJANA</b>	<b>21</b>
Medvode	1
Ljubljana	6
Cerknica	1
Domžale	1
Grosuplje	1
Ivančna Gorica	1
Hrastnik	1
Idrija	1
Kamnik	1
Kočevje	1
Litija	1
Logatec	1
Ribnica	1
Trbovlje	1
Vrhnik	1
Zagorje	1
<b>OE MARIBOR</b>	<b>11</b>
Maribor	5
Lenart	1
Ormož	1
Ptuj	3



Slovenska Bistrica	1
<b>OE MURSKA SOBOTA</b>	<b>6</b>
Murska Sobota	3
Gornja Radgona	1
Lendava	1
Ljutomer	1
<b>OE NOVA GORICA</b>	<b>5</b>
Nova Gorica	3
Ajdovščina	1
Tolmin	1
<b>OE NOVO MESTO</b>	<b>6</b>
Novo Mesto	3
Črnomelj	1
Metlika	1
Trebnje	1
<b>OE RAVNE</b>	<b>6</b>
Ravne na Koroškem	1
Dravograd	1
Mozirje	1
Radlje ob Dravi	1
Slovenj Gradec	1
Velenje	1
<b>SKUPAJ</b>	<b>84</b>

Skladno s spremembo planiranega števila delavnic "Podpora pri spoprijemanju z depresijo" v Prilogi ZD ZAS II/a-1 se spremeni višina planiranih sredstev za te delavnice po posameznih izvajalcih. Sprememba velja od 1. 1. 2014 naprej.

## 16. člen

Priloga ZD ZAS II/a-7a se spremeni tako, da se glasi:

Upravljanje Programa SVIT		
		v EUR
<b>1</b>	<b>STROŠKI MANAGEMENTA</b>	<b>1.019.314,71</b>
	Materialni stroški	110.890,51
	Amortizacija	19.798,34
	Upravljanje in izvajanje informacijske poslovne funkcije in upravljanje tehnoloških procesov	29.646,05
	Komunikacijske dejavnosti in promocija	151.315,86
	Predavanja - izobraževanja	39.420,59
	Nacionalna koordinacija in regijska koordinacija	20.656,35
	Evalvacija, analiza, raziskave	17.711,00
	Zagotavljanje kakovosti (v kolonoskopskih in patohistoloških enotah - nadzor iz stroke, razvoj kakovosti)	43.657,64
	Strošek plač upravljanja in vključevanja populacije	586.218,37
<b>2</b>	<b>STROŠKI LABORATORIJA</b>	<b>164.722,53</b>
	Strošek plač izvajanje	104.262,60
	Materialni stroški izvajanje	59.259,93
	Amortizacija izvajanje	1.200,00
<b>1+2</b>	<b>SKUPAJ</b>	<b>1.184.037,24</b>

Sprememba velja od 1. 1. 2014 naprej.

## 17. člen

V Prilogi BOL II/b v 8. členu se (1) odstavek spremeni tako, da se glasi:

»(1) Program akutne bolnišnične obravnave na psihiatriji se načrtuje in vrednoti v skladu z določbami tega Dogovora in na podlagi pogodb preteklega leta. V pogodbah izvajalcev se pri spodaj navedenih izvajalcih plan primerov v letu 2014 določi na novo, in sicer:

Bolnišnice	Plan št. primerov ABO v psihiatriji
PB Vojnik	1.220
PK Ljubljana	3.776
PB Idrija	1.529
UKC Maribor	1.481

Za primere dnevne obravnave in oskrbe v tuji družini v dejavnosti psihiatrije sta kalkulaciji opredeljeni v Prilogi I.«

Sprememba velja od 1. 1. 2014 naprej.

V Prilogi BOL II/b v 8. členu v (4) odstavku se drugi stavek spremeni tako, da se glasi:

»Planiran obseg programa na letni ravni je naslednji: PK Ljubljana 68 primerov, PB Idrija 160 primerov, UKC Maribor 50 primerov, PB Ormož 30 primerov, PB Begunje 30 primerov, PB Vojnik 30 primerov.«

## 18. člen

V Prilogi BOL II/b v 10. členu v (2) odstavku se na koncu doda nov stavek, ki se glasi:

»Ta določba ne velja za program neakutne bolnišnične obravnave v psihiatričnih bolnišnicah.«

## 19. člen

V Prilogi BOL II/b v 11. členu se doda nov (3) odstavek, ki se glasi:

»(3) Iz programa Hospic se od 1. januarja 2014 do 31. decembra 2015 sredstva prestrukturirajo v program podaljšanega bolnišničnega zdravljenja in delno v specialistično ambulantno dejavnost Bolnišnice Sežana.«

Ostali odstavki se preštevilčijo.

## 20. člen

V Prilogi BOL II/b v 20. členu v (6) odstavku se 1. točka spremeni tako, da se glasi:

»1. Kadar izvajalec v okviru potrebne urgentne specialistične ambulantne obravnave oziroma intervencije ugotovi, da je v skladu z merili iz Dogovora za sprejem v bolnišnično obravnavo nadalje potrebna tudi takojšnja bolnišnična obravnava, ki jo lahko sam zagotovi, da zaključi aktualni zdravstveni problem, lahko ta izvajalec poleg storitev za urgentno ambulantno obravnavo obračuna primer bolnišničnega zdravljenja (npr. SPP, primer, BOD).«

## 21. člen

V Prilogi BOL II/b-1 se (2) odstavek spremeni tako, da se glasi:

»(2) Načrtovani obseg programa izvajalca je opredeljen v številu preiskav. Načrtovani obseg programa na kumulativni ravni kot tudi po posameznih skupinah radioloških diagnostičnih postopkov (v nadaljevanju: SRDP) je enak načrtovanemu obsegu programa za preteklo pogodbeno leto. Število preiskav za SRDP CT primerjava in MR primerjava se ne načrtuje, do 31. 12. 2015 sta ti SRDP namenjeni evidentiranju realizacije.«

Sprememba velja od 1. 1. 2015 naprej.

## 22. člen

V Prilogi BOL II/b-2 v (7) odstavku v b.) alineji 1. točke se prvi in drugi stavek spremenita tako, da se glasita:

»Priznana obračunska vrednost za porode, kirurške posege na srcu in/ali pripadajočih velikih žilah pri odprtem prsnem košu, perkutane posege na srcu, srčnih zaklopkah, koronarnih in drugih arterijah, postopke oploditve z biomedicinsko pomočjo in kirurško zdravljenje rakavih bolezni se določi na podlagi realiziranih primerov in cene uteži iz končnega letnega obračuna. Pri končnem

letnem obračunu se upošteva realizirana utež na primer, ki pa ne more preseči uteži, navedenih v prvem odstavku Priloge BOL II/b-3 v stolpcu 'Utež za končni letni obračun'.  
Sprememba velja od 1. 1. 2014 naprej.

### 23. člen

V Priloge BOL II/b-2a se spremenijo uteži SPP tako, da se glasijo:

Šifra	Opis SPP	Utež
F03Z	Posegi na srčnih zaklopkah s črpalko/izven telesnim krvnim obtokom z invazivnimi srčnimi preiskavami	17,44
F05A	Koronarne premostitev z invazivnimi srčnimi preiskavami s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	12,59
F05B	Koronarne premostitev z invazivnimi srčnimi preiskavami brez katastrofalnih spremljajočimi bolezenskih stanj ali zapletov	10,83
F12Z	Vstavitve srčnega spodbujevalca	2,70
F14A	Posegi na sistemu obtočil razen obsežnih rekonstrukcij brez črpalke s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	4,57
F14B	Posegi na sistemu obtočil razen obsežnih rekonstrukcij brez črpalke z resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	3,85
F15Z	Perkutana koronarna angioplastika brez akutnega miokardnega infarkta z vstavitvijo stenta	3,16

Spremembe uteži se uporabijo pri končnem letnem obračunu za leto 2014, za poročanje Zavodu pa od 1. januarja 2015.

### 24. člen

V Priloge BOL II/b-3 v (1) odstavku se preglednica spremeni tako, da se glasi:

Zap. št.	Naziv storitve	Utež za končni letni obračun	Reprezentativne in večina ostalih možnih šifer SPP
1.	Operacija ušes, nosu, ust in grla	0,74	D09Z, D11Z, D02A, D02B, D06Z, D08Z, D12Z, D63A, D63B, D66A, D66B
2.	Kirurški posegi na srcu in/ali pripadajočih velikih žilah pri odprtem prsnem košu	9,63	F04B, F03Z, F04A, F05A, F05B, F06A, F06B, F07Z, F09Z
3.	Perkutani posegi na srcu, srčnih zaklopkah, koronarnih in drugih arterijah	2,86	F10Z, F15Z, F16Z
4.	Operacija na ožilju – arterije in vene	3,35	F14B, F08B, F08A, B04A, B04B, F09Z, F14A, F14C, L04A, L04B
5.	Operacija na ožilju – krčne žile	0,71	F20Z
6.	Koronarografija	1,13	F42B, F42A
7.	Angiografija	2,61	F65B, F65A
8.	Operacija kile	0,74	G09Z, G08Z
9.	Operacija žolčnih kamnov	1,23	H04B, H04A, H02A, H02B, H02C, H03A, H03B, , H42A, H42B, H64A, H64B
10.	Endoproteza kolka	4,44	I03C, I03A, I03B, I01Z, I08A, I08B, I08C, I09A, I09B
11.	Endoproteza kolena	4,70	I04B, I04A, I01Z
12.	Ortopedska operacije rame	1,57	I16Z, I05Z, I07Z, I69A, I69B, I69C
13.	Operacija golše	1,67	K06Z, K05Z
14.	Artroskopska operacija	1,22	I18Z
15.	Endoproteza gležnja	4,25	I13C, I05Z, I13A, I13B, I20Z
16.	Operacija hrbtenice	3,08	I10B, I10A, I09A, I09B

Zap. št.	Naziv storitve	Utež za končni letni obračun	Reprezentativne in večina ostalih možnih šifer SPP
17.	Operacija karpalnega kanala	0,25	B05Z
18.	Operacija prostate	2,48	M02B, M02A, M01Z
19.	Operacija morbidne (bolezenske) debelosti	6,35	K04Z
20.	Odstranitev osteosintetskega materiala	0,46	I23Z, I21Z
21.	Postopki oploditve z biomedicinsko pomočjo	1,39	N11B, N07Z
22.	Operacija ženske stresne inkontinence	1,28	N06Z
23.	Porod	1,17	O60D, O01A, O01B, O01C, O01D, O02Z, O60A, O60B, O60C
24.	Splav	0,37	O40Z, O63Z
25.	Kirurško zdravljenje rakavih boleznih	Pogodbena utež izvajalca	Bolniki prvič operirani zaradi obravnave rakave bolezni (glavna diagnoza rak) in bolniki znova operirani zaradi rakave bolezni in ne zaradi zapletov rakave ali drugih boleznih. V skupino kod diagnoz rakavih boleznih, kjer je možna operacija oziroma kirurško zdravljenje rakave bolezni, se v skladu z MKB 10 razvrščajo kode iz poglavij »Maligne neoplazme« (C00-C97) in »Neoplazme in situ« (D00-D09).
26.	Zdravljenje rakavih bolnikov*		Bolniki prvič zdravljeni zaradi obravnave raka (glavna diagnoza rak) in bolniki znova zdravljeni zaradi raka in ne zaradi zapletov raka ali drugih boleznih. V skupino rakavih diagnoz se v skladu z MKB 10 razvrščajo šifre iz poglavja »Maligne neoplazme« (C00-C97) in šifre iz poglavja »Neoplazme in situ« (D00-D09). (Vir: povzeto po definiciji glavne diagnoze iz pravil kodiranja SPP).

Sprememba velja od 1. 1. 2014 naprej.

V Priloge BOL II/b-3 se v (2) odstavku 1. točka spremeni tako, da se glasi:

»1. Za izvedbo končnega letnega obračuna akutne bolnišnične obravnave so za posamezne vrste storitev prospektivnega programa iz prvega odstavka te priloge navedene uteži za končni letni obračun kot osnova pri izračunu plana in realizacije uteži. Izjema so storitve iz sedmega odstavka 40. člena, saj se zanje pri končnem letnem obračunu upoštevajo uteži v skladu z določbami 7. točke prvega odstavka 3. člena tega Dogovora (plan) in določbami Priloge BOL II/b-2 tega Dogovora (realizacija).«  
Sprememba velja od 1. 1. 2014 naprej.

V Priloge BOL II/b-3 se v (2) odstavku v 3. točki v 2. alineji prvi stavek spremeni tako, da se glasi:

»Če se opravljene posegi iz Priloge BOL II/b-3a navezujejo na več kot eno vrsto storitev prospektivnega programa, se evidentira tista pogodbena vrsta storitve, ki ima višjo utež za končni letni obračun.«  
Sprememba velja od 1. 1. 2014 naprej.

## 25. člen

Priloga BOL II/b-10 se spremeni tako, da se glasi:

Seznam storitev programa skupnostne psihiatrične obravnave na domu

ŠIFRA	NAZIV	ŠTEVILO TOČK
02003	Srednje obsežen pregled v specialistični dejavnosti	2,77
06009	Srednje obsežen specialistični pregled na domu v strnjemem naselju	8,74
06012	Srednje obsežen specialistični pregled na domu v oddaljenih hribovskih oziroma nestrjenih naseljih	15,64
11305	Nadaljnja ambulantna psihiatrična oskrba	1,73
11502	Nadaljnja/delna specialistična oskrba na domu	1,15
11620	Timski posvet v ustanovi tima	103,34
11621	Razširjen posvet zunaj ustanove tima	51,67
17540	Test motoričnih funkcij	4,05
19211	Krajši psihodiagnostični intervju	3,00
19212	Zbiranje podatkov s psihološkimi diagnostičnimi postopki in metodami – kategorija A	6,00
19213	Zbiranje podatkov s psihološkimi diagnostičnimi postopki in metodami – kategorija B	10,00
19214	Zbiranje podatkov s psihološkimi diagnostičnimi postopki in metodami – kategorija C	16,00
19215	Zbiranje podatkov s psihološkimi diagnostičnimi postopki in metodami – kategorija D	27,60
19701	Evalvacija preostalih potencialov	7,26
19761	Ocena dnevnih aktivnosti- celotna (delovni terapevt + psihiater)	21,45
19762	Ocena dnevnih aktivnosti- delna (delovni terapevt + psihiater)	9,80
91100	Predpisovanje zdravila na recept, za vsak recept posebej	0,63
91730	Oskrba v tuji družini (DMS + psihiater)	7,60
91991	Zdravljenje s psihofarmakom v depo obliki (+ DMS)	8,40
91993	Ocena stanja	103,34
91994	Ocena potreb	103,34
92101	Patronažni obisk in nega na domu višje medicinske sestre	13,70
92103	Patronažni obisk in nega na domu VMS - oddaljeni kraj	18,20
92107	Prvi in drugi timski obisk na domu/vsaj dva člana tima	48,06
92108	Nadaljnji obisk na domu / en član tima	10,34
92402	Telefonski posvet kratek	1,72
92403	Telefonski posvet daljši	5,17
94320	Trening koordinacije	3,00
94512	Aktivne vaje - individualne	3,00
95197	Zdravstveno vzgojno delo v majhni skupini VZD	1,50
95201	Vaje dnevnih aktivnosti	3,00
95421	Okupacijska delovna terapija-individualna	3,00
95422	Okupacijska delovna terapija-skupinska	1,20
96090	Psihoterapevtski ukrep - površinski	6,90
96100	Družinska psihoterapija (psihiater + psiholog)	20,70
96101	Psihoterapija zakonskih in drugih parov	41,40
96190	Vedenjska psihoterapija	13,80
96400	Skupinska psihoterapija	4,22
96401	Skupinska psihoterapija s koterapevtom (psihiater, psiholog, dms)	6,97
96402	Skupinska socioterapija z bolniki in svojci	7,00
96800	Psihoterapevtski ukrep, analitski	13,80
96801	Sprostitvene tehnike	11,50
97401	Razna individualna navodila in svetovanje	4,00
97420	Psihiatrični intervju s svojem oziroma informatorjem	6,90

## 26. člen

Doda se nova Priloga BOL II/b-11, ki se glasi:

### »Katalog UZ preiskav

Izvajalci, ki UZ preiskave evidentirajo in obračunajo v okviru standarda 231 246 ULTRAZVOK (201 104) in tudi vsi preostali

izvajalci, ki izvajajo UZ preiskave in jih evidentirajo kot opravljeno funkcionalno diagnostiko v okviru drugih standardov, opravljene UZ preiskave evidentirajo tudi na podlagi novega – evidenčnega kataloga UZ preiskav. Obvezno trimesečno evidentiranje se prične izvajati skladno z roki dopolnitev programske opreme izvajalcev na podlagi izdanih okrožnic Zavoda. Evidentiranje ni namenjeno obračunu opravljenih UZ preiskav.

### EVIDENČNI KATALOG UZ PREISKAV

Šifra preiskave	Naziv preiskave
<b>Glava</b>	
UZ0001	UZ vratu
UZ0002	UZ glave
UZ0003	UZ otroške glave
UZ0004	Ehoencefalografija
UZ0005	A scan ehografija
UZ0006	B scan ehografija
UZ0007	UBM - ultrazvočna biomikroskopija
UZ0008	Doppler ehografija
<b>Vrat</b>	
UZ0009	UZ ščitnice
UZ0010	Punkcija ščitnice z uporabo UZ
UZ0011	UZ karotidnih arterij
UZ0012	UZ zgornjih vej aorte (karotidnih in subklavijskih arterij)
<b>Prsni koš</b>	
UZ0013	UZ dojki obojestransko
UZ0014	UZ dojki enostransko
UZ0015	UZ vodena DIB
UZ0016	UZ vodena TIAB
UZ0017	Predoperativna UZ preiskava aksile
UZ0018	Transtorakalna ehokardiografija
UZ0019	Delna transtorakalna ehokardiografija
UZ0020	Zahtevna transtorakalna ehokardiografija
UZ0021	Transtorakalna ehokardiografija s kontrastom
UZ0022	Usmerjen ali urgenten UZ srca
UZ0023	Obremenitvena ehokardiografija na cikloergometru
UZ0024	Obremenitvena ehokardiografija na ergospirometru
UZ0025	Obremenitvena ehokardiografija z dobutaminom
UZ0026	Obremenitvena ehokardiografija z dipridamolom
UZ0027	Obremenitvena ehokardiografija z ergonovinom
UZ0028	Obremenitvena ehokardiografija s hiperventilacijo
UZ0029	Obremenitvena ehokardiografija s srčnim spodbujevalnikom
UZ0030	Transezofagealna ehokardiografija
UZ0031	Transezofagealna ehokardiografija s kontrastom
UZ0032	Zahtevna transezofagealna ehokardiografija
<b>Abdomen</b>	
UZ0033	UZ abdominalna
UZ0034	UZ s kontrastom
UZ0035	Transvaginalni UZ medenice
UZ0036	Transrektalni UZ medenice
UZ0037	Transrektalni UZ prostate z biopsijo
UZ0038	UZ skrotuma
UZ0039	Dopplerjeva krivulja ureternih curkov (DKUC)
UZ0040	UZ Dopplerske ocene erektilne disfunkcije
UZ0041	Ultrazvočno spremljanje menstruacijskega ciklusa ali UZ preiskava ginekoloških tumorjev
UZ0042	UZ preiskava notranjih genitalij
UZ0043	Preiskava z UZ (do 14. tedna nosečnosti)
UZ0044	Preiskava z UZ v zgodnji nosečnosti do 12. tedna nosečnosti
UZ0045	UZ meritev nihalne svitline z zgodnjo morfologijo ploda med 11-14 tednom nosečnosti
UZ0046	Preiskava z UZ (po 14. tednu nosečnosti)

Sifra preiskave	Naziv preiskave
UZ0047	UZ morfologija ploda po 14. tednu nosečnosti
UZ0048	UZ kontrola razvoja in rasti po 14. tednu nosečnosti
UZ0049	UZ trebušne aorte in njenih vej
UZ0050	Endoanalni UZ
UZ0051	Dopplerska preiskava z meritvami hitrosti in RI
UZ0052	Ultrazvočni mikcijski cistogram (UMCG)
UZ0053	Diagnostična ali terapevtska punkcija organa z ultrazvočno tehnologijo
<b>Okončine in sklepi</b>	
UZ0054	UZ sklepa - ena lokacija
UZ0055	UZ vodena intraartikularna injekcija
UZ0056	UZ kolka novorojenčkov
UZ0057	UZ kolka dojenčkov
UZ0058	UZ perifernih arterij spodnjih okončin
UZ0059	Usmerjen UZ ven zgornjih ali spodnjih okončin
UZ0060	Celoten UZ ven spodnjih okončin
UZ0061	UZ vodena terapija tendinopatij
UZ0062	UZ mehkih tkiv
UZ0063	UZ preiskava ene bezgavčne lože
UZ0064	EVLA
UZ0065	UZ vodena terapija ganglion cist
<b>Ostalo</b>	
UZ0066	UZ spinalnega kanala

## 27. člen

V Prilogi ZDRAV II/d-2 se Rimske terme preimenujejo v Terme Resort. Sprememba velja od 1. 3. 2014 naprej.

## 28. člen

V Prilogi SVZ II/e se v 9. členu v (1) odstavku na koncu doda stavek, ki se glasi: »Iz seznama se s 1. 9. 2014 izloči program Vzgojnega zavoda Planina ter izvajanje programa prenese in opredeli v samostojni pogodbi med Vzgojnim zavodom Planina in Zavodom.«

## 29. člen

V Prilogi SVZ II/e-5b se v okviru obstoječega programa in obstoječih sredstev vključi 8 novih izvajalcev programa dnevnega varstva starejših, in sicer:

- Dom upokojencev Polzela,
- Dom upokojencev Sežana,
- Center za starejše občane Lucija, Piran,
- CSS Škofja Loka,
- Dom starejših občanov Krško,
- Dom upokojencev Idrija, d.o.o.,
- Dom dr. Jožeta Potrča Poljčane – enota Sl. Bistrica
- Dom upokojencev Gradišče

Priloga SVZ II/e-5b se spremeni tako, da se glasi:

Zap. št.	OE / Izvajalec	Število mest	Število storitev
	CELJE		
1	Dom upokojencev Celje	30	5200
2	Comett domovi Lj., Pegazov dom Rogaška Slatina	5	200
3	Lambrechtov dom Slovenske Konjice	12	300
4	Dom upokojencev Šmarje pri Jelšah	3	300
5	Dom upokojencev Polzela	5	975
	Skupaj	55	6.975
	KOPER		
6	Dom upokojencev Postojna	3	75
7	Dom upokojencev Sežana	2	390
8	Center za starejše občane Lucija, Piran	20	3900

Zap. št.	OE / Izvajalec	Število mest	Število storitev
	Skupaj	25	4.365
	KRANJ		
9	Dom upokojencev Kranj	20	3930
10	Dom starejših občanov Preddvor	9	90
11	Dom Petra Uzarja Trzič	5	255
12	CSS Škofja Loka	5	975
	Skupaj	39	5.250
	KRŠKO		
13	Dom upokojencev in oskrbovancev Impoljca, enota Sevnica	2	300
14	Dom starejših občanov Krško	5	975
	Skupaj	7	1.275
	LJUBLJANA		
15	Dom upokojencev Domžale	2	600
16	Dom starejših občanov Grosuplje	5	1300
17	Dom „Tisje“ Šmartno pri Litiji	8	254
18	Dom starejših občanov Kamnik	7	400
19	Dom starejših občanov Ljubljana - Bežigrad	2	75
20	Dom upokojencev Center, Tabor-Poljane	5	80
21	Dom starejših občanov Ljubljana Moste-Polje	10	500
22	Dom starejših občanov Ljubljana Šiška	30	2500
23	Dom starejših občanov Ljubljana Vič-Rudnik	4	400
24	Dom starejših občanov Fužine, Ljubljana	10	1700
25	Dom starejših Logatec	5	400
26	Dom počitka Mengeš	5	530
27	Dom upokojencev „Franca Salamona“ Trbovlje	6	400
28	Dom upokojencev Vrhnika	5	250
29	Dom starejših občanov „Polde Eberl-Jamski“ Izlake	10	200
30	Dom upokojencev Idrija, d.o.o.	11	2201
	Skupaj	125	11.790
	MARIBOR		
31	Dom upokojencev „Danice Vogrinec“ Maribor	14	3225
32	Sončni dom Maribor	3	300
33	Dom Pod Gorco Maribor	10	400
34	Dom upokojencev Ptuj	35	350
35	Dom dr. Jožeta Potrča Poljčane - enota Sl. Bistrica	15	2925
	Skupaj	77	7.200
	MURSKA SOBOTA		
36	Dom starejših Rakičan, enota Murska Sobota	15	700
37	Dom starejših Lendava	15	600
38	Dom starejših Ljutomer	8	500
	Skupaj	38	1.800
	NOVA GORICA		
39	Dom upokojencev Nova Gorica	12	1800
40	Dom upokojencev Gradišče	4	780
	Skupaj	16	2.580
	NOVO MESTO		
41	Dom starejših občanov Črnomelj	15	500
42	Dom starejših občanov Novo mesto	5	130
43	Dom starejših občanov Trebnje	1	220
	Skupaj	21	850
	RAVNE NA KOROŠKEM		
44	Dom za varstvo odraslih Velenje	2	219
45	Center starejših Zimzelen Topolšica	7	200
46	Koroški dom starostnikov Dravograd - enota Sl. Gradec	6	1200
	Skupaj	15	1.619
	SKUPAJ DNEVNI CENTRI	418	43.704

Sprememba velja od 1. 4. 2014 naprej.

### 30. člen

V Prilogi III/a se dodajo naslednji ločeno zaračunljivi materiali:

(1) točka 12		Ločeno zaračunljivi materiali v ambulantni dejavnosti gastroenterologije in endoskopije		
	Q0220	hemostazni klip	kos	12,50
	Q0221	ena aplikacija držala za klipe <i>držalo za klipe (1 kos = 790 eur za 80 aplikacij)</i>	aplikacija	9,88
	Q0222	fleksibilna injekcijska igla za endoskop	kos	20,00
	Q0223	ligacijska zanka	kos	36,00
	Q0224	ena aplikacija aplikatorja za ligacijsko zanko <i>aplikator za ligacijsko zanko (1 kos = 494 eur za 30 aplikacij)</i>	aplikacija	16,47
	Q0225	tuš označevalec za velike polipe, tumorje (SPOT)	kos	27,00

### 31. člen

V Prilogi IX/c se v tabeli na koncu doda:

zdravilo	Hemogram + DKS	kreatinin, AST, ALT, albumin	preiskava seča	drugo
soli zlata			enako kot hemogram	

### 32. člen

Določbe tega aneksa, ki se nanašajo na akutno bolnišnično obravnavo iz drugega odstavka 9. člena, 22., 23. in 24. člena tega aneksa, upoštevajoč ugotovitve nadzora Zavoda na področju

kardiokirurgije v UKC Ljubljana z dne 4. 6. 2014, UKC Maribor z dne 21. 5. 2014 in MC Medicor z dne 6. 5. 2014, se upoštevajo za pripravo poročna končnega letnega obračuna akutne bolnišnične obravnave za leto 2013. Poračun obračuna se izvede samo pri izvajalcih, ki z uveljavitvijo sprememb po tem aneksu pridobijo dodatna sredstva.

V skladu s spremembami določb tega aneksa, ki se nanašajo na akutno bolnišnično obravnavo, se smiselno dopolnijo tudi ostale določbe Dogovora in prilog.

Sprememba velja od 1. 1. 2014 naprej.

### 33. člen

Ta aneks velja od dneva sprejetja s strani partnerjev, odločitve arbitraže oziroma dneva sprejetja sklepov Vlade Republike Slovenije, uporablja pa se od 1. 7. 2014 naprej, razen če je pri posameznih členih določeno drugače.

Številka: 1720-1/2014-A1

Datum: 10. 7. 2014

Ministrstvo za zdravje  
Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije  
Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije  
Zdravniška zbornica Slovenije  
Lekarniška zbornica Slovenije  
Skupnost slovenskih naravnih zdravilišč  
Skupnost socialnih zavodov Slovenije  
Skupnost organizacij za usposabljanje

# Uveljavitev Sprememb in dopolnitev Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja dne 26.4.2014

Skupščina Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: ZZS) je na 3. seji, 25. marca 2014, sprejela naslednje splošne akte, h katerim je istega dne dala soglasje ministrica, pristojna za zdravje:

- Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu: novela Pravil),
- Sklep o določitvi zdravstvenih stanj za upravičenost do medicinskih pripomočkov,
- Pravilnik o določitvi izhodišč za cenovne standarde medicinskih pripomočkov in za cene pripomočkov (artiklov) iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in
- Pravilnik o uvrščanju in izločitvi medicinskih pripomočkov na seznam medicinskih pripomočkov.

Navedeni splošni akti so bili objavljeni v **Uradnem listu RS, št. 25/14** z dne 11. 4. 2014, in so **začeli veljati petnajsti dan po objavi** v Uradnem listu Republike Slovenije, dne 26.4.2014.

**Novela Pravil** vključuje naslednje vsebinsko zaokrožene sklope, ki se nanašajo na:

- notranjo uskladitev besedila Pravil;
- uskladitev Pravil z zakonodajo;
- pravico do zdraviliškega zdravljenja;
- pravico do zdravil in živil na recept;
- pravico do medicinskih pripomočkov;
- pravico do zdravljenja v tujini.

**Celotna obrazložitev novele Pravil po posameznem členu je objavljena na spletni strani ZZS.**

## 1. Notranja uskladitev besedila Pravil

S ciljem notranje usklajenosti in jasnejše vsebine je besedilo Pravil usklajeno terminološko in nomotehnično. Pri tem je spremenjen tudi 2. člen, ki opredeljuje izraze, uporabljene v Pravilih.

**Spremenjeni** so naslednji izrazi:

- izvajalec, nadomestni zdravnik, napotni zdravnik, osebni ginekolog, osebni zdravnik;
- delovni nalog, napotnica;
- medicinski pripomoček;
- nujna medicinska pomoč, nujno zdravljenje, standard.

**Dodani** so pomeni naslednjih izrazov:

- dobavitelj, pooblaščen zdravnik, osebni otroški zdravnik, splošni osebni zdravnik;
- pripomoček, pripomoček (artikel), funkcionalno ustrezen medicinski pripomoček, vrsta medicinskega pripomočka, seznam, skupina in šifrant vrst medicinskih pripomočkov;
- naročilnica, naročilnica EU, recept, receptni obrazec;
- magistralno zdravilo, živilo;
- pravica, prispevek, splošni akt zavoda.

## 2. Uskladitev Pravil z zakonodajo

S ciljem usklajenosti pravnega reda se Pravila usklajujejo z naslednjimi zakoni:

### 2.1. ZAKON 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 in 111/13 – ZMEPIZ-1; ZZVZZ) glede:

- pristojnosti organov ZZS za določitev natančnejšega obsega zdravstvenih storitev in postopkov uveljavljanja pravic,
- pravnih podlag za izpolnjevanje obveznosti izvajalcev in dobaviteljev,
- uveljavljanja zdravstvenih storitev pri izvajalcih in dobaviteljih,
- opredelitve standardov zdravstvenih storitev,
- pravice do prevoza z reševalnimi in drugimi vozili,
- uporabe kartice zdravstvenega zavarovanja in
- nadzora pooblaščenih oseb ZZS;

### 2.2. ZAKON O SPREMEMBAH IN DOPOLNITVAH ZZVZZ

(Uradni list RS, št. 91/13; ZZVZZ-M) glede:

- zavarovanja zavarovanih oseb iz 6. točke prvega odstavka 15. člena ZZVZZ,
- osnove za izračun nadomestila,
- pravice do zdravljenja v tujini,
- pristojnosti odločanja o pravici do zdravljenja v tujini in
- pristojnosti zdravnikov ZZS v postopkih odločanja območne enote in Direkcije ZZS;

### 2.3. ZAKON ZA URAVNOTEŽENJE JAVNIH FINANC

(Uradni list RS, št. 40/12; ZUJF) glede:

- uvedbe najvišjih priznanih vrednosti za terapevtske skupine zdravil,
- znižanja nadomestila in
- določitve izhodišč za cenovne standarde in cene medicinskih pripomočkov;

## 2.4. ZAKON O DELOVNIH RAZMERJIH

(Uradni list RS, št. 21/13; ZDR-1) glede:

- izplačila zapadlega neizplačanega nadomestila plače delavcu neposredno s strani ZZS.

## 3. Obveznosti izvajalcev in dobaviteljev (3. in 4. člen)

Dopolnjene so **pravne podlage**, ki jih morajo upoštevati izvajalci in dobavitelji pri izpolnjevanju obveznosti iz obveznega zdravstvenega zavarovanja – ZZVZZ, splošni akti ZZS (ne le Pravila), dogovor iz 63. in 63.a člena ZZVZZ ter pogodbe, ki jih sklenejo z ZZS.

Na novo je določeno opredeljeno **število kršitev** (več kot dvakrat) obveznosti izvajalca in dobavitelja, ki ZZS opravičuje k razdrtju pogodbe. Pri tem se primarno upoštevajo določbe dogovora iz 63. in 63.a člena ZZVZZ ter na njuni podlagi sklenjene pogodbe, saj je v slednjih za posamezne primere (lahko) določeno razdrtje (odpoved) pogodbe že pri posamezni, enkratni (npr. najtežji) kršitvi ali pod določenimi drugimi pogoji.

## 4. Zavarovanje družbenikov in ustanoviteljev zavodov (9. člen)

Na novo (v skladu z ZZVZZ-M) je določeno, kdaj pridobijo lastnost zavarovane osebe družbeniki osebnih družb, družbeniki družb z omejeno odgovornostjo in ustanovitelji zavodov, če so poslovodne osebe, ki opravljajo poslovodno funkcijo kot edini ali glavni poklic – ob pogoju prijave **z dnem vpisa** družbenika družbe oziroma ustanovitelja zavoda kot **poslovodne osebe v predpisan register**.

## 5. Uveljavljanje zdravstvenih storitev (24. člen)

Jasno je določeno, da zavarovane osebe lahko uveljavljajo zdravstvene storitve le **pri izvajalcih in dobaviteljih, s katerimi ima ZZS sklenjeno pogodbo**, in to le tiste zdravstvene storitve, ki so po **vrsti in obsegu predmet pogodbe** med ZZS in izvajalcem oziroma dobaviteljem. Izjema so posamezne zdravstvene storitve, ki jih določa ZZVZZ ali splošni akt ZZS (npr. zdravljenje v tujini; zdravstvene storitve nujne medicinske pomoči in nujnega zdravljenja).

## 6. Pravica do prevoza z reševalnimi in drugimi vozili (54. člen)

Na novo je določeno, da je prevoz z reševalnimi in drugimi vozili lahko odrejen **le v primeru zdravstvenega razloga**, in ne več tudi "drugega razloga". Zavarovana oseba, ki ne izpolnjuje zdravstvenega razloga za odreditev tega prevoza, lahko uveljavi pravico do povračila prevoznih stroškov, če izpolnjuje pogoje za priznanje te pravice.

## 7. Opredelitev standardov zdravstvenih storitev (105. člen)

Spremenjena je opredelitev standardov zdravstvenih storitev v vseh zdravstvenih dejavnostih ter standarda zdravstvene nege v domovih

za starejše, posebnih socialno-varstvenih zavodih in zavodih za usposabljanje. Iz Pravil je **izključen kadrovski normativ**, saj je kader, opredeljen v dogovoru, namenjen le za kalkulacijo stroškov dela v kalkulacijah cen zdravstvenih storitev.

## 8. Uveljavljanje fizioterapevtskih storitev (160. člen)

Jasno je določena pravica zavarovane osebe do **proste izbire izvajalca fizioterapevtskih storitev** v izogib napačni razlagi, da terapevtske storitve vključujejo tudi fizioterapevtske storitve. Navedena pravica sicer velja že od uveljavitve novele Pravil v letu 2006 (Uradni list RS, št. 86/06).

## 9. Nadomestilo plače

### 9.1. Odmerni odstotek nadomestila (139. člen)

Spremenjeni (v skladu z ZUJF) so odmerni odstotki višine nadomestila, ki so odvisni od razlogačasne zadržanosti od dela.

### 9.2. Osnova za nadomestilo (141. člen)

Na novo (v skladu z ZZVZZ-M) je določeno, da se v osnovo za izračun nadomestila tudi ne všttevajo osnove za plačevanje prispevkov iz drugega in tretjega odstavka 55.a člena ZZVZZ.

### 9.3. Izplačilo nadomestila samoplačnikom prispevkov (229. člen)

Natančneje je določeno izplačilo nadomestila zavarovancem, ki so sami zavezanci za plačilo prispevkov (zavarovanci iz 4., 5., 6. in 8. točke prvega odstavka 15. člena ZZVZZ ter iz 7. točke prvega odstavka 15. člena ZZVZZ, če plačujejo prispevke od osnove, določene za pokojninsko in invalidsko zavarovanje). ZZS izplača neto nadomestilo – nadomestilo zmanjšano za davke in prispevke, ki jih ZZS plača ob izplačilu nadomestila. Nespremenjen ostaja rok za izplačilo nadomestila – 15 dni od predložitve listin, potrebnih za obračun.

### 9.4. Neposredno izplačilo nadomestila plače (229.a člen Pravil in 119. člen novele Pravil)

Na novo (v skladu z ZDR-1) se natančneje določa postopek uveljavljanja neposrednega izplačila zapadlega nadomestila plače kot pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja delavcu s strani ZZS. V skladu z ZDR-1 je določen rok, v katerem delodajalec mora oziroma delavec lahko vložiti zahtevo za neposredno izplačilo nadomestila delavcu. Na novo je določen **rok za izplačilo nadomestila** (15 dni od prejema popolne zahteve) in natančneje je določena **dokumentacija**, ki jo je treba priložiti zahtevi. Poleg drugih podatkov, potrebnih za obračun in izplačilo nadomestila, mora delodajalec predložiti tudi izjavo, da delavcem ni izplačal plač in nadomestila plač. To izjavo lahko predloži tudi delavec, sicer jo bo ZZS zahteval od delodajalca. Če delodajalec ne predloži obračuna nadomestila in ni mogoče pridobiti podatkov, potrebnih za obračun nadomestila (npr. podatkov ne predloži niti delavec in jih ni mogoče pri-

dobiti iz uradnih evidenc), ZZS izplača **najnižje nadomestilo** v skladu z ZZVZZ (znesek zajamčene plače). Če se pozneje izve za nova dejstva, ki vplivajo na spremembo višine obračunanega in priznanega nadomestila, se delavcu **izplačala razlika** med prvotno prizanim in novo izračunanim nadomestilom. V skladu z ZDR-1 se določbe uporabljajo za čas odsotnosti z dela s pravico do nadomestila plače v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja po 12. juliju 2013.

## 10. Nadzor pooblaščenih oseb ZZS (267. člen)

Dopolnjena je ureditev nadzora ZZS nad izvajalci in dobavitelji glede:

- **vrst pravnih podlag** za nadzor ZZS (ZZVZZ, drugi predpisi, splošni akti ZZS in pogodbe),
- **pooblaščenih oseb** za izvajanje nadzora ZZS (pooblaščene osebe ZZS so delavci ZZS ter zunanji sodelavci in institucije) in
- **zavezancev**, pri katerih se opravlja nadzor ZZS (tudi dobavitelji, in ne le izvajalci).

## 11. Pravica do zdraviliškega zdravljenja (43. do 49. člen in 197. do 200. člen)

V celoti je spremenjena ureditev natančnejšega obsega in postopka uveljavljanja pravice do zdraviliškega zdravljenja.

### 11.1. Splošne določbe

#### 11.1.1. Pravica do zdraviliškega zdravljenja (43. člen)

Nespremenjena je opredelitev zdraviliškega zdravljenja – zdravljenje v naravnem zdravilišču, ki obsega zahtevnejšo medicinsko rehabilitacijo s souporabo naravnih zdravilnih sredstev.

#### 11.1.2. Način izvajanja zdraviliškega zdravljenja (43. člen)

Nespremenjena sta načina izvajanja zdraviliškega zdravljenja:

1. stacionarni način – zavarovana oseba biva v zdravilišču;
2. ambulantni način – zavarovana oseba dnevno prihaja v zdravilišče.

Na novo je določeno, da je odločitev o načinu izvajanja zdraviliškega zdravljenja odvisna **le od zdravstvenega stanja** zavarovane osebe, in ne več tudi od drugih pogojev:

1. stacionarni način se odobri, če mora zavarovana oseba zaradi svojega zdravstvenega stanja bivati v zdravilišču;
2. ambulantni način se odobri, če lahko zavarovana oseba glede na svoje zdravstveno stanje dnevno prihaja v zdravilišče.

#### 1. STACIONARNI NAČIN IZVAJANJA ZDRAVILIŠKEGA ZDRAVLJENJA

Na novo je določeno:

- da se pri vrsti zdraviliškega zdravljenja, ki je **nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja**, to zdraviliško zdravljenje lahko izvaja le na stacionarni način;
- **pooblastilo zdravniku zdravilišča za predpisovanje zdravil na recept** za zavarovano osebo, ki uveljavlja zdraviliško zdravljenje, ki se izvaja na stacionarni način (gl. točko 12.1).

Nespremenjen je **standard tega zdraviliškega zdravljenja**, ki se izvaja na stacionarni način – vključuje storitve nastanitve (v dvoposteljni ali večposteljni sobi) in prehrano.

#### 2. AMBULANTNI NAČIN IZVAJANJA ZDRAVILIŠKEGA ZDRAVLJENJA

Jasno je določeno, da se ta način izvajanja lahko izvaja le pri vrsti zdraviliškega zdravljenja, ki **ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja**.

##### 11.1.3. Vrsta zdraviliškega zdravljenja (43. člen)

Nespremenjeni sta vrsti zdraviliškega zdravljenja:

1. zdraviliško zdravljenje, ki je nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja;
2. zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja.

Na novo je določeno, da lahko imenovani zdravnik oziroma zdravstvena komisija **odobri drugo vrsto** zdraviliškega zdravljenja, kot je predlagal pooblaščen zdravnik, **z izjemo** pri določenih zdravstvenih stanjih, pri katerih se lahko zdraviliško zdravljenje izvede le kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja (prva in tretja alineja 4. točke prvega odstavka 45. člena).

#### 1. ZDRAVILIŠKO ZDRAVLJENJE, KI JE NADALJEVANJE BOLNIŠNIČNEGA ZDRAVLJENJA

Na novo je določeno:

- da se lahko ta vrsta zdraviliškega zdravljenja izvaja le na **stacionarni način**;
- da se pri **določenih zdravstvenih stanjih** lahko izvede zdraviliško zdravljenje le kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja:
  - novo odkrite organske pareze in paralize s klinično jasnimi funkcionalnimi motnjami (prva alineja 4. točke prvega odstavka 45. člena);
  - nevrokirurške operacije na centralnem ali perifernem živčevju s težjo funkcionalno prizadetostjo motorike (tretja alineja 4. točke prvega odstavka 45. člena).

Predlog za zdraviliško zdravljenje poda zdravnik, ki zavarovano osebo zdravi v bolnišnici.

#### 2. ZDRAVILIŠKO ZDRAVLJENJE, KI NI NADALJEVANJE BOLNIŠNIČNEGA ZDRAVLJENJA

Nespremenjena ostaja ureditev, po kateri se lahko ta vrsta zdraviliškega zdravljenja izvaja na oba načina – ambulantni ali stacionarni.

Predlog za zdraviliško zdravljenje poda osebni zdravnik.

Na novo je določeno, da lahko pri tej vrsti zdraviliškega zdravljenja imenovani zdravnik oziroma zdravstvena komisija **odobri drug način izvajanja** (stacionarni/ambulantni) zdraviliškega zdravljenja, kot je predlagal pooblaščen zdravnik.

## 11.2. Osnovna pogoja za zdraviliško zdravljenje

Nespremenjena ostaja ureditev, po kateri morata biti za odobritev zdraviliškega zdravljenja hkrati izpolnjena pogoj zdravstvenega stanja in pogoj povrnitve funkcionalne sposobnosti. Pri tem sta oba pogoja bistveno spremenjena.

#### 11.2.1. Pričakovana povrnitev funkcionalnih sposobnosti (44. člen)

Na novo je kot osnovni pogoj, poleg zdravstvenega stanja, določen **le en pogoj – pričakovana povrnitev funkcionalnih sposobnosti**. Na podlagi dosedanjih izkušenj je pri njem mogoče predvideti pozitiven učinek zdraviliškega zdravljenja, ki ga je mogoče tudi ovrednotiti z ustreznimi meritvami. Zato so **črtani dosedanja alternativni pogoji**:



- bistveno izboljšanje zdravstvenega stanja za daljši čas;
- povrnitev delovnih sposobnosti;
- preprečitev napredovanja bolezni ali slabšanja zdravstvenega stanja za daljši čas;
- zmanjšanje pogostnosti zadržanosti od dela zaradi bolezni ali zdravljenja v bolnišnici.

### 11.2.2. Zdravstvena stanja (45. člen)

Spremenjena so zdravstvena stanja, ki so indikacija za zdraviliško zdravljenje.

Na novo je določeno, da mora zavarovana oseba **začeti zdraviliško zdravljenje v 3 mesecih po končanem bolnišničnem zdravljenju** v primeru zdravstvenih stanj pri poškodbah in operacijah na lokomotornem sistemu (3. točka prvega odstavka 45. člena).

**Izključena kot indikacija** za zdraviliško zdravljenje so naslednja zdravstvena stanja:

- nevrodermitis in psoriaze (indikacija za zdraviliško zdravljenje je le generalizirana oblika psoriaze po hujši epizodi poslabšanja, ki zahteva bolnišnično zdravljenje);
- akutni srčni infarkt (indikacija za zdraviliško zdravljenje je le akutni srčni infarkt z zapleti, npr. srčno popuščanje, motnje srčnega ritma, vnetje srčnika);
- juvenilna astma s pogostimi napadi;
- izotopska sinovektomija in artroplastika;
- endokrinološke bolezni.

**Dodana kot indikacija** za zdraviliško zdravljenje so posamezna zdravstvena stanja, npr. poškodbe ramena, pogačice in kolena pri poškodbah in operacijah na lokomotornem sistemu; pri kožnih boleznih je dodana sklerodermija s težjo funkcijsko prizadetostjo po zaključenem bolnišničnem zdravljenju; pri boleznih dihal je dodana cistična fibroza pljuč, ki je specifičirana z zmanjšano pljučno funkcijo FEV1 pod 70 %.

**Spremenjena kot indikacija** za zdraviliško zdravljenje so posamezna zdravstvena stanja, npr. zdraviliško zdravljenje pri degenerativnem revmatizmu je predvideno le za hujše primere bolezni, za katere se pričakuje tudi izboljšanje funkcionalnosti; pri nevroloških in živčno-mišičnih boleznih je pri parezah in paralizah dodan pogoj, da mora iti za novo odkrite pareze oziroma paralize, ker je samo v teh primerih mogoče pričakovati izboljšanje funkcionalne sposobnosti.

## 11.3. Zdraviliško zdravljenje otrok (45. in 49. člen)

Na novo se pri zdraviliškem zdravljenju zaradi jasnosti ureditve izraz "otrok" nadomešča z izrazom "zavarovana oseba, do dopolnjenega 18. leta starosti".

**Posebna ureditev** zdraviliškega zdravljenja za te zavarovane osebe velja glede:

- **dodatnih zdravstvenih stanj**, ki so indikacija za zdraviliško zdravljenje, in
- **enoletnega obdobja** uveljavljanja zdraviliškega zdravljenja zaradi iste bolezni ali poškodbe.

Sicer zanje velja enaka ureditev kot za zavarovane osebe nad 18. letom starosti. Tako za otroke ne velja več posebna ureditev trajanja zdraviliškega zdravljenja (do sedaj praviloma 21 dni).

**Izključena kot dodatna indikacija** za zdraviliško zdravljenje otrok so naslednja zdravstvena stanja:

- kronične bolezni dihal, razen bronhopulmonalne displazije s klinično evidentnimi funkcionalnimi motnjami pod 70 % normalne vrednosti;

- težke oblike anemij;
- rekonvalescence po tuberkulozi;
- rekonvalescence po težkih operativnih posegih;
- hujše bolezni dihal (vključene so med zdravstvena stanja, ki so indikacija za vse zavarovane osebe, ne glede na njihovo starost).

**Spremenjena kot dodatna indikacija** za zdraviliško zdravljenje otrok je juvenilna bronhialna astma, ki je indikacija le, če je ni mogoče urediti z zdravili.

## 11.4. Kontraindikacije za zdraviliško zdravljenje (46. člen)

Nespremenjena ostaja ureditev, po kateri zavarovana oseba nima pravice do zdraviliškega zdravljenja, če pri njej obstaja kontraindikacija, čeprav sicer izpolnjuje pogoj zdravstvenega stanja in pričakovane povrnitve funkcionalnih sposobnosti.

**Izključena kot kontraindikacija** za zdraviliško zdravljenje so naslednja stanja:

- stanja aktivne in evolutivne oblike pljučne in izvenpljučne tuberkuloze;
- diabetična ketoacidoza in hiperozmolarni sindrom.

**Dodana kot kontraindikacija** za zdraviliško zdravljenje so naslednja stanja:

- nezaceljene rane;
- kajenje pri boleznih dihal.

## 11.5. Standard in storitve v okviru zdraviliškega zdravljenja (47. in 202. člen)

Natančneje je določena pravica zavarovane osebe do vrste in obsega zdravstvenih storitev, ki sodijo v določen **tip standarda zdraviliškega zdravljenja**, ki se določi v odločbi o odobritvi zdraviliškega zdravljenja.

Na novo je določeno:

- da se tip standarda zdraviliškega zdravljenja **določi glede na lokalizacijo bolezni** pri zdravstvenih stanjih iz 10. točke prvega odstavka 45. člena (radikalne operacije malignomov po zaključeni radioterapiji ali kemoterapiji, če je pričakovati odpravo funkcionalnih motenj);
- pooblastilo zdravniku zdravilišča za **predpisovanje zdravil na recept** pod pogoji, določenimi v Pravilih (tretja alineja prvega odstavka 202. člena).

Nespremenjena ostaja ureditev:

- zagotavljanja **nujne medicinske pomoči in nujnega zdravljenja** med zdraviliškim zdravljenjem;
- zagotavljanja **zdravil in pripomočkov**, potrebnih za izvajanje zdraviliškega zdravljenja. Zato je kot nepotrebna izključena določba, da niso pravica iz zdraviliškega zdravljenja zdravila na recept, ki jih je zavarovana oseba uporabljala že pred začetkom zdraviliškega zdravljenja. Ta zdravila še vedno niso vključena v pravico do zdraviliškega zdravljenja;
- standarda zdraviliškega zdravljenja, ki se izvaja na **stacionarni način**, ki vključuje storitve nastanitve (v dvoposteljni ali večposteljni sobi) in prehrano.

## 11.6. Določitev in sprememba zdravilišča (197. in 200. člen)

Na novo je določeno:

- da se že v samem **predlogu za zdraviliško zdravljenje** poda tudi **predlog zavarovane osebe o zdravilišču**, v katerega želi biti napotena, če zavarovana oseba poda takšno izjavo;
- da mora zavarovana oseba vložiti **predlog za spremembo zdravilišča pred začetkom zdraviliškega zdravljenja**. Na novo je torej določen rok za vložitev tega predloga. Pri tem še vedno velja, da mora tudi zdravilišče, ki ga predlaga zavarovana oseba, zagotavljati ustrezen tip standarda zdraviliškega zdravljenja, ki je določen z odločbo o odobritvi zdraviliškega zdravljenja.

Nespremenjena ostaja ureditev:

- določitev zdravilišča, kjer se kot edini pogoj upošteva, da zdravilišče zagotavlja ustrezen tip standarda zdraviliškega zdravljenja;
- da lahko zdravilišče vloži predlog za spremembo obsega zdravstvenih storitev v okviru odobrenega tipa standarda zdraviliškega zdravljenja.

## 11.7. Zdraviliško zdravljenje zaradi iste bolezni ali poškodbe (49. in 199. člen)

Natančneje so opredeljeni pogoji, ko lahko zavarovana oseba uveljavlja pravico do zdraviliškega zdravljenja zaradi iste bolezni ali poškodbe. Hkrati morata biti izpolnjena naslednja pogoja:

- gre za klinično pomembno (funkcionalno) poslabšanje bolezni ali poškodbe in
- od izdaje predhodne odločbe, s katero je bilo odobreno zdraviliško zdravljenje, mora preteči 2 leti oziroma pri otrocih 1 leto.

Na novo je torej:

- določen pogoj glede poslabšanja zdravstvenega stanja – **klinično pomembno (funkcionalno) poslabšanje bolezni ali poškodbe**;
- določeno obdobje, od katerega se šteje 2-letno oziroma 1-letno obdobje – **od dneva izdaje predhodne odločbe o odobritvi zdraviliškega zdravljenja**.

Na novo je tudi določeno, da se kot izvedeno zdraviliško zdravljenje šteje tudi celostna medicinska rehabilitacija pri izvajalcu na terciarni ravni, saj je strokovno enakovredna zdraviliškemu zdravljenju. Zato zavarovani osebi ni več mogoče odobriti zdraviliškega zdravljenja, če je zaradi iste bolezni ali poškodbe že izvedla celostno medicinsko rehabilitacijo pri izvajalcu na terciarni ravni ter od zaključka te rehabilitacije še ni preteklo 2-letno oziroma 1-letno obdobje in se bolezen ali poškodba ni klinično pomembno (funkcionalno) poslabšala.

Na novo je določena **izjema, ki opravičuje predčasno uveljavljanje zdraviliškega zdravljenja**, ko lahko zavarovana oseba zaradi iste bolezni ali poškodbe uveljavlja pravico do zdraviliškega zdravljenja pred potekom 2-letnega oziroma 1-letnega obdobja, čeprav ni prišlo do klinično pomembnega (funkcionalnega) poslabšanja te bolezni ali poškodbe. V tem primeru zavarovana oseba lahko uveljavi le zdraviliško zdravljenje, ki **ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja**, in sicer pod pogojem, da v skladu s predhodno izdano odločbo o odobritvi zdraviliškega zdravljenja, **ni začela zdraviliškega zdravljenja** zaradi zdravstvenega stanja ali razlogov na strani izvajalca oziroma ZZS. Pri tem je nepomembno, ali je bil

predlagan odlog zdraviliškega zdravljenja. **Predlog** za predčasno uveljavljanje zdraviliškega zdravljenja lahko vloži osebni zdravnik, ki mora utemeljiti razlog, zaradi katerega zavarovana oseba ni mogla začeti predhodno odobrenega zdraviliškega zdravljenja. **Izjema ne velja** v primeru:

- prekinitve zdraviliškega zdravljenja, ne glede, ali je bilo predlagano njegovo nadaljevanje;
- zdravstvenih stanj, pri katerih se lahko izvede zdraviliško zdravljenje le kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja (četrti odstavek 43. člena);
- če zavarovana oseba ne nastopi zdraviliškega zdravljenja v 3 mesecih po končanem bolnišničnem zdravljenju pri zdravstvenih stanjih poškodb in operacij na lokomotornem sistemu (3. točka prvega odstavka 44. člena).

## 11.8. Trajanje in nastop zdraviliškega zdravljenja

### 11.8.1. Trajanje zdraviliškega zdravljenja (48. člen)

Na novo je trajanje zdraviliškega zdravljenja določeno enako za vse zavarovane osebe **ne glede na starost**:

- ambulantni način – **do 10 dni**;
- stacionarni način – **do 14 dni**.

Nespremenjena ostaja ureditev, po kateri se zdraviliško zdravljenje izvede v **neprekinjenem** odobrenem trajanju.

### 11.8.2. Podaljšanje zdraviliškega zdravljenja (48. in 198. člen)

Na novo je določeno, da se lahko zdraviliško zdravljenje podaljša:

- **do skupaj 21 dni** (ne več do 28 dni, kot je veljalo do sedaj);
- **le pri določenih zdravstvenih stanjih** – politravma s težjo funkcionalno prizadetostjo motorike; nevrokirurške operacije na centralnem ali perifernem živčevju s težjo funkcionalno prizadetostjo motorike; novo odkrite organske pareze in paralize s klinično jasnimi funkcionalnimi motnjami (prva alineja 3. točke ter prva in tretja alineje 4. točke prvega odstavka 45. člena);
- če je s podaljšanjem pričakovati **dodatno izboljšanje funkcionalne sposobnosti**.

Na novo je določeno, da lahko **predlog** za podaljšanje zdraviliškega zdravljenja vloži zdravilišče najpozneje 5 dni pred zaključkom trajanja zdraviliškega zdravljenja.

### 11.8.3. Odlog ter prekinitve in nadaljevanje zdraviliškega zdravljenja (48. in 198. člen)

Na novo je določeno:

- da sta odlog in nadaljevanje zdraviliškega zdravljenja dopustna **tudi pri zdraviliškem zdravljenju, ki je nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja**;
- najdaljše obdobje, v katerem mora zavarovana oseba začeti odobreno odloženo zdraviliško zdravljenje oziroma odobreno nadaljevanje zdraviliškega zdravljenja – najpozneje v **3 mesecih od izdaje odločbe o odobritvi zdraviliškega zdravljenja**. Začetek teka 3-mesečnega obdobja se šteje od izdaje prvotne odločbe ZZS o odobritvi zdraviliškega zdravljenja, in ne od izdaje odločbe ZZS o odobritvi odloga začetka oziroma odobritvi nadaljevanja prekinjenega zdraviliškega zdravljenja;
- da **predlog** za odlog ali nadaljevanje prekinjenega zdraviliškega zdravljenja lahko poda zavarovana oseba ali njen osebni zdravnik.

**ODLOG ZDRAVILIŠKEGA ZDRAVLJENJA**

(zavarovana oseba še ni nastopila odobrenega zdraviliškega zdravljenja)

Na novo je:

- določen **razlog za odlog** začetka zdraviliškega zdravljenja – zdravstveno stanje zavarovane osebe ali razlogi na strani izvajalca ali na strani ZZSZ;
- določeno, da lahko **predlog** za odlog začetka zdraviliškega zdravljenja poda zavarovana oseba ali njen osebni zdravnik;
- določena **obveznost zavarovane osebe**, da o predlogu za odlog začetka zdraviliškega zdravljenja **istočasno pisno obvesti zdravilišče**, ne glede, ali predlog za odlog poda sama ali njen osebni zdravnik.

**NADALJEVANJE PREKINJENEGA ZDRAVILIŠKEGA ZDRAVLJENJA**

(zavarovana oseba je že nastopila odobreno zdraviliško zdravljenje)

Nespremenjen ostaja **razlog za prekinitev** zdraviliškega zdravljenja, ko se lahko predlaga nadaljevanje zdraviliškega zdravljenja – zavarovana oseba med zdraviliškim zdravljenjem zbolni ali se poškoduje in ga zato ni mogoče dokončati.

Na novo je določeno, da lahko **predlog** za nadaljevanje zdraviliškega zdravljenja poda zavarovana oseba ali njen osebni zdravnik.

**11.8.4. Nastop zdraviliškega zdravljenja (198. člen)**

Na novo je pri obeh vrstah zdraviliškega zdravljenja določeno, da **točen dan začetka** (v okviru roka, ki je naveden v odločbi) **določi zdravilišče**.

**ZDRAVILIŠKO ZDRAVLJENJE, KI JE NADALJEVANJE BOLNIŠNIČNEGA ZDRAVLJENJA**

Ta vrsta zdraviliškega zdravljenja se mora začeti izvajati:

- **neposredno** po končanem bolnišničnem zdravljenju (nespremenjeno);
- najpozneje **5 dni od izdaje odločbe** o odobritvi zdraviliškega zdravljenja (novost – ne več najpozneje 5 dni po odpustu iz bolnišničnega zdravljenja, kot je veljalo do sedaj).

**ZDRAVILIŠKO ZDRAVLJENJE, KI NI NADALJEVANJE BOLNIŠNIČNEGA ZDRAVLJENJA**

Ta vrsta zdraviliškega zdravljenja se mora začeti izvajati:

- **najpozneje v 30 dneh od izdaje odločbe** o odobritvi zdraviliškega zdravljenja (novost);
- **v drugem, z odločbo določenem datumu** začetka zdraviliškega zdravljenja (novost).

**11.9. Predlog za zdraviliško zdravljenje****11.9.1. Pooblaščen predlagatelj (197. do 200. člen)****predlog za zdraviliško zdravljenje**

- zdravnik, ki zavarovano osebo zdravi v bolnišnici – predlaga zdraviliško zdravljenje, ki je nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja
- osebni zdravnik – predlaga zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja

**predlog za zdraviliško zdravljenje zaradi iste bolezni ali poškodbe**

- osebni zdravnik

**predlog za podaljšanje zdraviliškega zdravljenja**

- zdravilišče

**predlog za spremembo obsega zdravstvenih storitev v okviru odobrenega tipa standarda zdraviliškega zdravljenja**

- zdravilišče

**predlog za odlog ali nadaljevanje prekinjenega zdraviliškega zdravljenja**

- zavarovana oseba ali osebni zdravnik

**predlog za spremembo zdravilišča**

- zavarovana oseba

**11.9.2. Sestavine predloga (197. člen)**

Nespremenjena ostaja ureditev, po kateri mora predlog za zdraviliško zdravljenje vsebovati podatke o zdravstvenem stanju zavarovane osebe, ki utemeljujejo zdraviliško zdravljenje. Kot nepotrebna je izključena posebna ureditev glede predloga za zdraviliško zdravljenje kroničnega bolnika.

Na novo je določena obveznost pooblaščenega zdravnika, da v **predlogu za zdraviliško zdravljenje** poda tudi:

- **predlog za spremstvo**, če je to potrebno slepi zavarovani osebi, ki je do spremstva upravičena na podlagi drugega odstavka 63. člena;
- **predlog zavarovane osebe o zdravilišču**, v katerega želi biti napotena, če zavarovana oseba poda takšno izjavo, kar je skladno z dosedanjjo prakso in možnostjo zapisa izjave na predlogu imenovanemu zdravniku.

**11.9.3. Rok za vložitev predloga (197., 198. in 200. člen)**

Nespremenjen je rok za vložitev predloga za zdraviliško zdravljenje, ki je **nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja** – 5 dni pred odpustom iz bolnišničnega zdravljenja.

Na novo je določen rok za vložitev predloga za:

- **podaljšanje zdraviliškega zdravljenja** – 5 dni pred zaključkom trajanja zdraviliškega zdravljenja, ki je določen v odločbi o odobritvi zdraviliškega zdravljenja;
- **spremembo zdravilišča** – pred začetkom zdraviliškega zdravljenja.

**11.9.4. Rok za odločitev o predlogu za zdraviliško zdravljenje (197. člen)**

Nespremenjen je rok za izdajo odločbe ZZSZ o predlogu za zdraviliško zdravljenje:

- ki je **nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja** – 5 dni od prejema predloga;
- ki **ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja** – 8 dni od prejema predloga (81. člen ZZVZZ).

**11.10. Odločba o odobritvi zdraviliškega zdravljenja (197. člen)**

Natančneje so določene sestavine izreka odločbe o odobritvi zdraviliškega zdravljenja.

### 11.11. Prehodna ureditev zdraviliškega zdravljenja (122. člen novele Pravil)

Predlogi za zdraviliško zdravljenje, ki bodo podani po uveljavitvi novele Pravil, se bodo obravnavali v skladu z določbami novele Pravil. Postopki odločanja o pravici do zdraviliškega zdravljenja, v katerih do uveljavitve novele Pravil še ni izdana odločba ali na podlagi izdane odločbe o odobritvi zdraviliškega zdravljenja, to zdravljenje še ni bilo v celoti uveljavljeno do dneva uveljavitve novele Pravil, pa se zaključijo v skladu s predpisi, ki so veljali do uveljavitve novele Pravil.

## 12. Pravica do zdravil in živil na recept (57. do 60. člen in 202. do 210. člen)

V celoti je spremenjena ureditev natančnejšega obsega in postopka uveljavljanja pravice do zdravil in živil, ki se predpisujejo na recept.

Nespremenjena je temeljna ureditev pravice do zdravila in živila, ki se predpisuje na recept – zavarovana oseba ima pravico do tega zdravila oziroma živila, če je zdravilo oziroma živilo razvrščeno na pozitivno ali vmesno listo in ga predpiše pooblaščen zdravnik.

V 2. členu so v zvezi z uveljavljanjem te pravice **dodani pomeni naslednjih izrazov**:

- magistralno zdravilo,
- recept,
- receptni obrazec in
- živilo.

**Magistralno zdravilo** je zdravilo za uporabo v humani medicini, kakor je opredeljeno v Zakonu o zdravilih.

**Recept** je lista ZZS za predpisovanje zdravil in živil, ki jih ZZS razvrsti na pozitivno ali vmesno listo in jih zavarovani osebi predpiše pooblaščen zdravnik.

**Receptni obrazec** (gl. pojasnilo v točki 14.3.7)

**Živilo** je živilo za posebne zdravstvene namene, ki so pravica in se torej zagotavljajo zavarovani osebi iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

### 12.1. Predpisovanje zdravil v okviru zdraviliškega zdravljenja (58. in 202. člen)

Na novo je določeno pooblastilo za predpisovanje zdravil na recept zdravnikom zdravilišča. V tem primeru morata biti **hkrati izpolnjena pogoja** glede:

- **zdraviliškega zdravljenja** – zavarovana oseba uveljavlja pravico do zdraviliškega zdravljenja, ki se izvaja na stacionarni način, in
- **zdravila** – zavarovana oseba rabi zdravilo za neprekinjeno zdravljenje osnovne bolezni ali za zdravljenje bolezni ali poškodbe, ki bi lahko brez predpisa zdravila povzročila prekinitve zdraviliškega zdravljenja.

**Količina zdravila**, ki se predpiše, je omejena na eno, najmanjše pakiranje.

### 12.2. Predpisovanje zdravil – ime (58. člen)

Jasno se določa obvezno predpisovanje zdravil z lastniškim imenom, če je na recept predpisano zdravilo z označbo "ne zamenjaj!".

### 12.3. Predpisovanje zdravil – količina (58. člen)

Zaradi razlikovanja med industrijsko proizvedenimi, galensko izdelanimi in magistralnimi zdravili, se izraz "zdravilo" uporablja kot skupni izraz za vse tri navedene vrste zdravil.

Nespremenjena ostaja ureditev predpisovanja dopustne količine zdravila v primeru:

- **akutnega stanja** – za največ 10 dni;
- **uvedbe novega zdravila** – eno, najmanjše pakiranje zdravila, izjemoma v količini, ki zadostuje za 1-mesečno zdravljenje. Po novem to predpisovanje ni več vezano na dolgotrajno zdravljenje zavarovane osebe, temveč velja v vseh primerih uvedbe novega zdravila;
- **dolgotrajnega zdravljenja** – najmanjšo potrebno količino, vendar največ za 3-mesečno zdravljenje oziroma do 1 leta na obnovljivi recept.

Na novo je določeno predpisovanje dopustne količine zdravila v primeru:

- **predpisa zdravila v okviru zdraviliškega zdravljenja** – eno, najmanjše pakiranje zdravila;
- **če je predpisano več zdravil za dolgotrajno zdravljenje** – obdobje se lahko na en recept predpiše dodatna količina posameznega zdravila, tako da se količina vseh predpisanih zdravil za dolgotrajno zdravljenje na letni ravni izravna (gl. točko 12.7.1);
- **magistralnega zdravila** – za 3-mesečno zdravljenje, ko rok njegove uporabnosti omogoča takšen predpis (gl. točko 12.4.4.).

## 12.4. Magistralna zdravila

V Pravilih se na novo določa natančnejši obseg pravice do magistralnih zdravil, ki je bila do sedaj urejena v "Navodilu za predpisovanje in izdajanje magistralno pripravljenih zdravil v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja", številka 9001-22/2010-DI/4 z dne 20. julija 2010. Zato je **navodilo prenehalo veljati z dnem uveljavitve novele Pravil** (126. člen novele Pravil).

### 12.4.1. Seznam magistralnih zdravil (57. člen in Priloga Pravil)

Magistralna zdravila, ki se lahko predpisujejo in izdajajo na recept, so določena v "Seznamu magistralnih zdravil na recept", ki je **Priloga Pravil** (v nadaljnjem besedilu: Seznam magistralnih zdravil).

Seznam magistralnih zdravil je vsebinsko enak do sedaj veljavnemu navodilu, saj določa farmacevtske oblike magistralnih zdravil z določeno sestavo, ki se lahko predpisujejo in izdajajo na recept.

V Seznamu magistralnih zdravil se v odvisnosti od farmacevtske oblike pri posameznih magistralnih zdravilih natančneje določa:

- **populacijsko skupino zavarovanih oseb**, ki se jim lahko predpiše magistralno zdravilo;
- **indikacijsko področje**, za katero se lahko predpiše magistralno zdravilo;
- **pooblaščen zdravnike, ki smejo predlagati ali predpisati** posamezna magistralna zdravila (s ciljem razbremenitve zavarovanih oseb in napatnih zdravnikov).

V Seznamu magistralnih zdravil sta dodani novi zdravilni učinkovini kapsaicin za zdravljenje nevropatske bolečine in dimetil sulfoxid za zdravljenje kompleksnega regionalnega bolečinskega sindroma. Pri parenteralnih farmacevtskih oblikah se je smiselno preoblikovalo besedilo. Nekatere mazilne podlage, ki niso več dosegljive na trgu, so se nadomestile z novimi mazilnimi podlagami, ki so dostopne na trgu v

RS. ZZJS je 15.4.2014 izdal **navodilo za Excipial podlage s šiframi** iz 3.1.2.4. in 3.1.3.4. točke Seznama magistralnih zdravil, ki je objavljeno na spletni strani ZZJS in je začelo veljati 26.4.2014.

V Pravila ni vključena določba do sedaj veljavnega navodila glede obračuna oficinalnih in neoficinalnih mazilnih podlag, ki jih izdelujejo galenski laboratoriji, oziroma so na voljo v lekarnah na zalogo, obračuna storitev 72010 (tehtanje in merjenje ene sestavine). Določba bo vključena v splošni dogovor.

#### 12.4.2. Predpisovanje magistralnih zdravil – pogoj (57. člen)

Osnovni pogoj, da se lahko magistralno zdravilo predpisuje in izdaja na recept je, če **na trgu ni industrijsko proizvedenega ali galensko izdelanega zdravila z isto sestavo**. Morebitno izjemo od tega pravila za posamezno magistralno zdravilo oziroma njegovo farmacevtsko obliko lahko določi le Seznam magistralnih zdravil. Magistralno zdravilo, četudi določeno v Seznamu magistralnih zdravil, se tudi ne sme predpisati in izdati na recept, če je **na trgu galensko zdravilo v podobni količini ali jakosti**, ki je razvrščeno na pozitivno ali vmesno listo zdravil; v tem primeru se izda galensko zdravilo v najboljšem približku količine ali jakosti.

#### 12.4.3. Predpisovanje magistralnih zdravil – ime (58. člen)

Imena sestavin magistralnega zdravila se pišejo v skladu s:

- predpisi, ki urejajo predpisovanje in izdajanje zdravil za uporabo v humani medicini (nespremenjeno) in
- Seznamom magistralnih zdravil (novost).

#### 12.4.4. Predpisovanje magistralnih zdravil – količina (58. člen)

Magistralno zdravilo se lahko predpiše:

- do 1 meseca;
- do 3 mesecev, ko rok njegove uporabnosti to omogoča (novost);
- do 1 leta na obnovljivi recept.

#### 12.4.5. Magistralna zdravila, ki jih ni dopustno predpisati na recept (59. člen)

Določena so magistralna zdravila, ki jih v nobenem primeru ni dopustno predpisati na recept.

#### 12.4.6. Razvrstitev magistralnih zdravil (125. člen novele Pravil)

V **prehodnem obdobju**, do razvrstitve posameznega magistralnega zdravila na listo zdravil na podlagi Pravilnika o razvrščanju zdravil na listo (Uradni list RS, št. 35/13), se šteje, da so magistralna zdravila razvrščena na **pozitivno listo zdravil**.

### 12.5. Zdravila, ki jih ni dopustno predpisati na recept (59. člen)

Vsebinsko nespremenjeno so določena zdravila, ki jih ni dopustno predpisovati na recept. Sprememba določbe je le posledica usklajitve Pravil s Pravilnikom o razvrščanju zdravil na listo (Uradni list RS, št. 35/13) in z določbami Pravil, ki določajo standard zdravstvenih storitev, ki jih mora zagotoviti izvajalec. Na recept tako še vedno ni dovoljeno predpisati:

- **nadomestnih zdravil** v primeru izgubljenih ali pozabljenih zdravil ali uničenja stične ali zunanje ovojnine;

- zdravil za **potovanje**, ki niso del zdravljenja;
- zdravil, ki se **uporabljajo v času zdravljenja v bolnišnicah, klinikah in inštitutih**. Gre za zdravila, ki so vključena v standard zdravstvene storitve, ki ga mora zagotoviti izvajalec, in vključuje vsa zdravila, ki jih zavarovana oseba rabi ves čas zdravljenja, ne glede na zdravstveno stanje in zdravstveno storitev, zaradi katere je bila sprejeta na zdravljenje. V okviru tega standarda je izvajalec dolžan zavarovani osebi tudi v bodoče zagotoviti zdravila iz prej veljavne:

1. točke – zdravila, ki nimajo dovoljenja za promet v RS ali niso na seznamu nujnih zdravil, ki nimajo dovoljenja za promet, imajo pa posebno dovoljenje za uvoz,
- 1.a točke – nerazvrščena ampulirana zdravila,
3. točke – zdravila, ki se uporabljajo pri nujnem zdravljenju in nujni medicinski pomoči,
6. točke – kontrastna ali druga diagnostična kemična sredstva,
7. točke – cepiva, serume in infuzijske raztopine in
8. točke – intrauterina in mehanska kontracepcijska sredstva, z izjemo zdravil.

Na obveznost izvajalcev, da ta zdravila zagotovijo v okviru standarda zdravstvenih storitev (ne da bi jih predpisovali na recept), ne vpliva dejstvo, da se po novem ne navajajo 59. členu. Navedeno je posledica dejstva, da ta zdravila na podlagi Pravilnika o razvrščanju zdravil na listo ne morejo biti predmet razvrščanja na pozitivno in vmesno listo, ki sta podlagi za predpisovanje zdravil na recept.

Iz določbe so izločeni tudi materiali, ki se uporabljajo za obvezovanje ran ali za trdno obvezo (prejšnja 5. točka), saj gre za medicinske pripomočke, in ne zdravila.

### 12.6. Podlage za predpis zdravila in dokumentiranje (202. in 205. člen)

Tako za pooblaščenega **zdravnika, ki predlaga** predpis določenega zdravila na recept, kot tudi pooblaščenega **zdravnika, ki predpiše** zdravilo na recept, se natančneje določa:

- podlage, ki jih je dolžan upoštevati pri predlogu za predpis oziroma predpisu zdravila. Kot podlaga je na novo določen **stroškovni vidik predpisa** zdravila na recept;
- **obveznost dokumentiranja** podatkov o zdravilih na recept v zdravstveni dokumentaciji. Na novo se določa tudi obveznost dokumentiranja podatkov o obnovljivem receptu in okoliščin, ki lahko vplivajo na potek in uspešnost zdravljenja s predpisanim zdravilom.

### 12.7. Več zdravil za dolgotrajno zdravljenje

#### 12.7.1. Predpis dodatne količine zdravila na recept (58. člen)

Na novo se določa možnost, če je predpisano več zdravil za dolgotrajno zdravljenje na recepte, da lahko **zdravnik obdobjo na en recept predpiše dodatno količino** posameznega zdravila, tako da se količina vseh predpisanih zdravil za dolgotrajno zdravljenje na letni ravni izravna. Predlog optimizira predpisovanje teh zdravil zaradi različno velikih pakiranj in obenem olajša zavarovanim osebam dostop do ustrezne količine zdravil.

### 12.7.2. Prilagoditev količine izdanih zdravil (209. člen)

Na novo se določa možnost, če je predpisano več zdravil za dolgotrajno zdravljenje na recepte, ki niso usklajeni glede obdobja izdaj zdravil, da lahko **farmacevt prilagodi količino izdanih zdravil**, da se optimalno prilagodi obdobja njihovih izdaj v obdobjih, določenih z recepti.

## 12.8. Zdravila z omejitvijo predpisovanja (202. člen)

Na novo se določa pogoj, kdaj se sme zdravilo z omejitvijo predpisovanja, ki jo določi ZZS, **predlagati** za predpisovanje na recept ali se **predpisati** na recept **izven okvira določene omejitve**. Gre za smiselno enak pogoj kot velja v primeru predpisa zdravila z označbo "ne zamenjui!" – ko iz zdravstvenih razlogov enakovredno zdravljenje ni mogoče z drugim zdravilom, ki nima določene omejitve predpisovanja.

Na novo se pri tem določa obveznost pooblaščenega zdravnika, da tovrstno predpisovanje **utemelji z dokumentiranjem** v zdravstveni dokumentaciji. Dopolnitev povečuje odgovornost zdravnika za indiciranje in predpisovanje zdravil z njegovega področja.

## 12.9. Obnovljivi recept (202.a in 204. člen)

V Pravilih se na novo ureja predpisovanje in izdajanje zdravil na obnovljivi recept, kar je bilo do sedaj urejeno z Okrožnico ZAE 8/11, številka 0072-2/2011-DI/9 z dne 16. 5. 2011. V Pravilih se tako določa:

- **pogoj za predpis zdravila** – zdravilo je namenjeno za dolgotrajno zdravljenje;
- **pojasnilna obveznost zdravnika** – z obdobji izdaje zdravila in veljavnostjo recepta;
- **pojasnilna obveznost farmacevta** – o predvidenem datumu naslednje izdaje zdravila in potrebnosti predpisa novega recepta ob zadnji izdaji;
- **posledice, če zavarovana oseba izpusti posamezno izdajo zdravila** – obnovljivi recept ostane veljaven, vendar se zdravilo ne sme izdati za nazaj;
- primere, ko sme **farmacevt zaključiti obnovljivi recept** – če ga pooblaščen zdravnik obvesti, da je ukinil ali zamenjal zdravilo v obdobju veljavnosti obnovljivega recepta ali če je predpisano zdravilo izločeno z liste ali ni dostopno na trgu in ga ni možno ustrezno nadomestiti, o čemer obvesti pooblaščenega zdravnika, ki ga je predpisal;
- **dopustno količino zdravila**, ki se jo lahko predpiše na obnovljivi recept in izda v lekarni pri posamezni (enkratni) izdaji zdravila – ne presega 3-mesečnega obdobja. Hkrati se določa izjema, ko se lahko izda večja količina zdravila kot je določena za enkratno izdajo – v izjemnem primeru (študijska obveznost v tujini, daljše službeno ali zasebno potovanje v tujino in podobno), kar je farmacevt dolžan zabeležiti. V nobenem primeru se ne sme izdati večja količina zdravila, kot je določena za obdobje veljavnosti obnovljivega recepta;
- **obdobje, v katerem se lahko uveljavi ponovno izdajo zdravila** – v 30 dneh pred predvideno ponovno izdajo zdravila, pred tem rokom pa le v izjemnem primeru (študijska obveznost v tujini, daljše službeno ali zasebno potovanje v tujino in podobno), kar je farmacevt dolžan zabeležiti.

Na novo je določena **najvišja priznana vrednost, ki se upošteva**, če je zdravilo predpisano na obnovljivi recept – upošteva se najvišja priznana vrednost veljavna ob vsaki izdaji zdravila (četrti odstavek 60. člena). Določba velja tudi za živila, predpisana na obnovljivi recept.

## 12.10. Zdravila, predpisana v okviru nujnega zdravljenja (203. in 204. člen)

Na novo se določa obveznost pooblaščenega zdravnika, da recept, na katerega predpiše zdravilo v okviru nujnega zdravljenja (zdravila, predpisana na recept s pozitivne liste, potrebna za zdravljenje stanj iz drugega odstavka 103. člena), **označi z besedami "nujno zdravljenje!" in se poleg podpiše**. Označba je potrebna, ker so do zdravstvenih storitev nujnega zdravljenja upravičene tudi zavarovane osebe, ki imajo zadržane pravice do zdravstvenih storitev in denarnih dajatev na podlagi 78.a člena ZZVZZ. Pri tej označbi recepta torej ne gre za označbo iz 47. člena Pravilnika o razvrščanju, predpisovanju in izdajanju zdravil za uporabo v humani medicini (Uradni list RS, št. 86/08, 45/10 in 38/12). Na novo se pri tem določa tudi **obdobje za predložitev takšnega recepta lekarni** – zavarovana oseba ga mora predložiti lekarni v 24 urah od predpisa recepta.

### 12.11. Predložitev recepta (204. in 209. člen)

Jasno se določa obdobje, v katerem mora zavarovana oseba predložiti recept lekarni. Če je recept predložen lekarni po preteku tega določenega obdobja, farmacevt zdravila ne sme izdati oziroma ZZS ne bo povrnil stroškov njegove vrednosti, ki bi jih zavarovana oseba zahtevala za zdravila, kupljena v tujini v skladu s Pravili.

Na novo se pri tem določa obdobje za predložitev recepta:

- na katerega je predpisano zdravilo v okviru **nujnega zdravljenja** – 24 ur od predpisa recepta (gl. točko 12.10);
- če je vložena **zahteva za predhodno odobritev ZZS** zaradi uveljavljanja pravice pri čezmejnem zdravstvenem varstvu – v 30 dneh od dokončnosti odločitve ZZS o predhodni odobritvi (gl. točko 14.3.7.).

## 12.12. Pojasnilna obveznost (206. in 208. člen)

Jasno se določa **pojasnilna obveznost zdravnika in farmacevta** pri zdravilih s seznama medsebojno zamenljivih zdravil in iz terapevtske skupine zdravil glede doplačila predpisanega zdravila in načina njegove zamenjave, če ga zavarovana oseba ne bo pripravljena doplačati.

## 12.13. Stroškovni vidik predpisovanja in izdajanja zdravil (206., 207. in 209. člen)

Jasno se določa **pravilo**:

- predpisa zdravila z najboljšo stroškovno učinkovitostjo oziroma najcenejšega na trgu dostopnega zdravila in

- izdaje najcenejšega zdravila, če je na recept s splošnimi imenom predpisano zdravilo s seznama medsebojno zamenljivih zdravil ali zdravilo, ki ni medsebojno zamenljivo.

Jasno se hkrati določajo **izjeme od teh pravil**, ki veljajo v naslednjih primerih:

- če na trgu ni zdravila s seznama medsebojno zamenljivih zdravil v okviru najvišje priznane vrednosti – brez doplačila se lahko izda zdravilo z najnižjo veljavno ceno. Po novem to **ne velja, če je zdravilo s seznama medsebojno zamenljivih zdravil vključeno v terapevtsko skupino zdravil**;
- če je na recept z označbo “ne zamenjуй!” predpisano zdravilo s seznama medsebojno zamenljivih zdravil ali iz terapevtske skupine zdravil, ki presega najvišjo priznano vrednost – brez doplačila se izda predpisano zdravilo;
- če zavarovana oseba soglaša z doplačilom.

Na novo se določa **mesečna izdaja zdravila**, katerega nabavna cena pakiranja ob izdaji oziroma ob prvi izdaji na obnovljivi recept presega 200 eurov. V tem primeru se zdravilo izda za obdobje do 1-mesečne terapije, vsaka izdaja pa se obračuna in evidentira kot izdaja na obnovljivi recept. S tem se poskuša vplivati predvsem na zmanjšanje domačih zalog zdravil na najnujnejše.

## 12.14. Živila

### 12.14.1. Predpisovanje in izdajanje živila – pogoji (57.a in 209.a člen)

Nespremenjeni ostajajo pogoji za uveljavitev pravice do živil, ki se predpisujejo na recept (vrste živil, stanja in zavarovane osebe, ki so do njih upravičene), in smiselna uporaba določb Pravil, ki veljajo za zdravila glede predpisovanja in izdajanja (202. do 209. člen).

### 12.14.2. Predpisovanje živila – ime in količina (58. člen)

Na novo se določa obveznost predpisovanja živil na recept z **lastniškim imenom**.

Nespremenjena ostaja ureditev glede **količine živila**, ki se lahko predpiše na recept:

- živila s prilagojeno sestavo hranil – do 3 mesecev ali do 1 leta na obnovljivi recept;
- živila za prehransko podporo – do 1 meseca ali do 3 mesecev na obnovljivi recept;
- živila za otroke z alergijami – do 3 mesecev ali do 1 leta na obnovljivi recept.

### 12.14.3. Predpisovanje živila – pooblastilo (209.a člen)

Spremenjena so pooblastila za predpisovanje posamezne vrste živila na recept:

- **živila s prilagojeno sestavo hranil** (nespremenjeno):
  - splošni osebni in osebni otroški zdravnik po postavitvi indikacije na pediatrični kliniki;
- **živila za prehransko podporo** (novost, ne več le od ZZS pooblaščenih napotni specialisti):
  - zdravnik ustrezne specialnosti, določene v omejitvi predpisovanja posameznega živila, ki jih lahko predpiše v okviru specialistične ambulantne dejavnosti, in
  - splošni osebni in osebni otroški zdravnik na podlagi izvida zdravnika specialista iz prejšnje alineje ali na podlagi pisnega mnenja konzilija ustrezne klinike;
- **živila za otroke z alergijami** (nespremenjeno):
  - osebni otroški zdravnik na podlagi mnenja pediatrične klinike.

## 13. Pravica do medicinskih pripomočkov

V 2. členu je v zvezi z uveljavljanjem te pravice **spremenjen** izraz “medicinski pripomoček” in **dodani pomeni naslednjih izrazov**:

- dobavitelj;
- funkcionalno ustrezen medicinski pripomoček;
- naročilnica in naročilnica EU;
- pripomoček in pripomoček (artikel);
- seznam medicinskih pripomočkov in skupina medicinskih pripomočkov;
- šifrant vrst medicinskih pripomočkov in vrsta medicinskega pripomočka.

**Dobavitelj** je lekarna ali druga pravna ali fizična oseba v RS, ki opravlja promet z medicinskimi pripomočki na drobno v specializirani prodajalni in ki ima z ZZS sklenjeno pogodbo o izdaji, o izposoji ali o izdaji in izposoji medicinskih pripomočkov.

**Naročilnica** je listina ZZS za predpisovanje medicinskih pripomočkov, ki jih zavarovani osebi predpiše pooblaščen zdravnik.

**Naročilnica EU** (gl. pojasnilo v točki 14.3.6)

**Pripomoček** (kot najširši izraz) je medicinski pripomoček, ki se predpisuje na naročilnico oziroma drug medicinski pripomoček, ki ga zagotavlja izvajalec pri opravljanju zdravstvene dejavnosti (in se ne predpisuje na naročilnico). **Medicinski pripomoček** (kot ožji izraz) je medicinski pripomoček, ki se predpisuje na naročilnico.

**Pripomoček (artikel)** (kot najožji izraz) je serijsko izdelan medicinski pripomoček z imenom, kot ga določi proizvajalec, ki se zagotavlja v okviru določene vrste medicinskega pripomočka.

**Funkcionalno ustrezen medicinski pripomoček** je medicinski pripomoček, ki zavarovani osebi glede na njeno zdravstveno stanje zagotavlja zdravljenje oziroma medicinsko rehabilitacijo.

**Skupina** medicinskih pripomočkov in **vrsta** medicinskega pripomočka bo določena v **šifrantu vrst** medicinskih pripomočkov, ki ga določi Upravni odbor ZZS.

### 13.1. Novi medicinski pripomočki (89. in 95. člen)

Na novo so določeni naslednji medicinski pripomočki, ki se lahko predpisujejo na naročilnico:

1. vakuumski zbiralnik za plevralno drenažo,
2. aparat za podporo dihanju s pozitivnim tlakom pri vdihu in izdihu (BIPAP),
3. električni masator pljuč,
4. medicinski pripomočka za izkašljevanje (flutter),
5. medicinski pripomoček za vzdrževanje pozitivnega tlaka med izdihom (PEEP valvula) z masko,
6. dihalni balon in
7. pulzni oksimeter s pripadajočimi senzori za enkratno ali za večkratno uporabo.

Navedene medicinske pripomočke lahko **predpisujejo** s sklepom Upravnega odbora ZZS posebej imenovani napotni zdravniki. Izjema so senzori za pulzni oksimeter, ki jih lahko predpiše osebni zdravnik, in vakuumski zbiralnik za plevralno drenažo, ki ga lahko predpiše napotni zdravnik, ki zdravi zavarovano osebo, v času zdravljenja oziroma zdravstvene nege zavarovane osebe pa ga zagotovi izvajalec iz svojih materialnih stroškov.

BIPAP in pulzni oksimeter sta predmet **izposoje**, ostali novi medicinski pripomočki so **individualna pravica** zavarovane osebe in kot taki postanejo njena last.

Za nove medicinske pripomočke je v Pravilih določena tudi **trajnostna doba**, z izjemo za vakuumski zbiralnik za plevralno drenažo in PEEP valvulo z masko, ki se zagotavlja kot enkratna pravica zavarovane osebe, in zato zanj trajnostna doba ni določena.

Določbe novele Pravil glede teh novih medicinskih pripomočkov se začnejo uporabljati z dnem uveljavitve sklepa, ki opredeljuje zdravstvena stanja, pri katerih ima zavarovana oseba pravico do posameznega novega medicinskega pripomočka. Do uveljavitve novele Pravil so jih zavarovane osebe lahko prejele po postopku izjemne odobritve na podlagi tretjega odstavka 259. člena. Zato se s prehodno določbo 124. člena novele Pravil posebej določa, da se **postopki odločanja o izjemnih odobritvah** teh medicinskih pripomočkov končajo po dosednji ureditvi, če so se začeli pred uveljavitvijo navedenega sklepa, ki bo začel veljati istočasno z novelo Pravil.

## 13.2. Seznam medicinskih pripomočkov (64. člen Pravil in 120. člen novele Pravil)

Jasno se določa, da bo imela zavarovana oseba **pravico le do medicinskega pripomočka** (na podlagi naročilnice), ki bo **uvrščena na seznam medicinskih pripomočkov**. Ta seznam bo ZZS objavil na svoji spleti strani ter bo vseboval podatke o vrstah medicinskih pripomočkov z minimalnimi zahtevami in podatke o pripomočkih (artiklih), ki bodo izpolnjevali te zahteve. Ti se bodo uvrščali na seznam, ko bo posebna komisija ugotovila, da izpolnjujejo vnaprej določene posebne zahteve.

Seznam se bo vzpostavljala **postopoma**, najprej za medicinske pripomočke iz skupin za inkontinenco in za zdravljenje sladkorne bolezni (v 1 letu od uveljavitve spodaj navedenih pravilnikov), pozneje še za vrste medicinskih pripomočkov iz ostalih skupin. Celoten seznam medicinskih pripomočkov se bo vzpostavil do 30. junija 2017.

V ta namen je Skupščina ZZS na 3. seji, 25. marca 2014, sprejela tudi **pravilnika s področja medicinskih pripomočkov** (Uradni list RS, št. 25/14), ki sta prav tako podlagi za vzpostavitev seznama medicinskih pripomočkov:

- Pravilnik o določitvi izhodišč za cenovne standarde medicinskih pripomočkov in za cene pripomočkov (artiklov) iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in
- Pravilnik o uvrščanju in izločitvi medicinskih pripomočkov na seznam medicinskih pripomočkov.

Poleg tega je Upravni odbor ZZS na 10. redni seji, 18.6.2014, sprejel Pravilnik o komisijah za medicinske pripomočke, ki je začel veljati 27.6.2014 in je objavljen na spletni strani ZZS.

## 13.3. Redno vzdrževanje in popravila medicinskih pripomočkov (66. člen)

Na novo se opredeljujejo **medicinski pripomočki, za katere se zagotavlja redno vzdrževanje in popravila**:

- **izključeni** so medicinski pripomočki za izboljšanje vida (predvsem očala), saj pri njih dejansko ne nastajajo stroški vzdrževanja in popravil, in

- **dodan** je aparat za podporo dihanju s pozitivnim tlakom pri vdihu in izdihu (BIPAP).

Na novo se **opredeljuje redno vzdrževanje in popravila** medicinskih pripomočkov. Namen rednega vzdrževanja je, da se v skladu z navodili proizvajalca v določenem obdobju ali po opravljenem določenem številu ur opravi kontrolni pregled o brezhibnem delovanju medicinskega pripomočka in zamenjajo določeni deli potrošnega značaja (pri aparatih pri težavah z dihanjem preverijo nastavitve, zamenjajo filtri, sita in podobno). Pod vzdrževanje je treba uvrstiti tudi zamenjavo delov potrošnega značaja, ki niso posebej navedena v navodilih proizvajalca (pri vozičkih zračnice, plašči, zavore in podobno). Popravila pomenijo zamenjavo delov medicinskega pripomočka, ki ne zagotavljajo več njegovega funkcionalnega delovanja.

Na novo se **po višini določa stroške** rednega vzdrževanja in popravil medicinskih pripomočkov, ki se krijejo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Skupni stroški popravil medicinskega pripomočka oziroma pripomočka (artikla) znašajo največ 50 % cene, ki je bila zanj krita iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ob smiselno enakih pogojih tudi skupni stroški vzdrževanja znašajo največ 50 % cene. Pri protezah se zaradi njihove specifičnosti popravila lahko zagotavljajo do 70 % (ne več 50 %) vrednosti cene proteze, če se zato garancija podaljša najmanj za 1 leto.

## 13.4. Izposoja medicinskega pripomočka (97. in 100. člen)

Na novo se kot **predmet izposoje** določajo naslednji medicinski pripomočki:

- počivalnik – serijsko izdelan, ki je bil do sedaj individualna pravica zavarovane osebe;
- aparat za podporo dihanju s pozitivnim tlakom ob vdihu in izdihu (BIPAP), ki se je do sedaj dajal v izposojno na podlagi izjemne odobritve;
- pulzni oksimeter, ki se je do sedaj dajal v izposojno na podlagi izjemne odobritve.

Na novo se določa **obveznost vrnitve** izposojenega medicinskega pripomočka dobavitelju tudi v primeru, ko zavarovana oseba biva v zavodu.

## 13.5. Najvišja priznana cena (113. in 252. člen)

Ena najpomembnejših novosti, povezana s seznamom medicinskih pripomočkov, je uvedba sistema najvišje priznane cene, ki pomeni, da se **za posamezno vrsto medicinskega pripomočka**, lahko poleg in **v okviru cenovnega standarda** (ki je veljal že do sedaj), določi tudi določena cena (NPC), ki jo prizna ZZS. NPC je sicer natančneje opredeljena v "Pravilniku o določitvi izhodišč za cenovne standarde medicinskih pripomočkov in za cene pripomočkov (artiklov) iz obveznega zdravstvenega zavarovanja".

Na novo je določeno, da zavarovana oseba **doplača razliko** med cenovnim standardom in NPC, če se odloči za izdajo medicinskega pripomočka, katerega cena je sicer v okviru cenovnega standarda, vendar je višja od NPC. Najpomembnejša novost bo ta, da bo zavarovana oseba medicinski pripomoček v celoti plačala, če se bo odločila za izdajo pripomočka (artikla), katerega ni v seznamu medicinskih pripomočkov, in je torej njegova cena višja od cenovnega standarda.



Na novo je določeno tudi **obdobje uporabe pripomočka (artikla) po določitvi novih cen** (cenovnega standarda, NPC, pogodbene cene ali dnevne izposojnine). Po določitvi novih cen bo zavarovana oseba lahko uporabljala prejšnji (stari) pripomoček (artikel), tudi če ta po novem ne bo več standarden, in sicer ga bo lahko uporabljala do prve izdaje pripomočka (artikla) po določitvi novih cen, vendar najdlje 3 mesece. Zavarovana oseba, ki bo uporabljala pripomoček (artikel), katerega funkcija je dosežena z uporabo drugega pripomočka (artikla), bo imela po izteku tega roka pravico do obeh pripomočkov (artiklov).

### 13.6. Zagotavljanje medicinskih pripomočkov (216. člen Pravil in 121. člen novele Pravil)

Na novo je določena obveznost dobaviteljev:

- da pri vrstah medicinskih pripomočkov, ki predstavljajo t. i. potrošne materiale (pri umetno izpeljanem črevesju, pri težavah z odvajanjem seča, pri zdravljenju sladkorne bolezni in obvezilnih materialih) zavarovanim osebam **na vseh svojih izdajnih mestih** zagotavljajo najmanj 50 % vseh pripomočkov (artiklov), ki so določeni na seznamu medicinskih pripomočkov v posamezni vrsti, vendar ne manj kot 4 pripomočke (artikle), ki bodo določeni s seznamom medicinskih pripomočkov. Kadar bo po novem določena NPC, bodo dolžni dobavitelji zagotavljati vse pripomočke, ki se izdajajo po tej ceni. Tak pripomoček bodo obvezani najprej ponuditi zavarovani osebi;
- da **v kompletu zagotavljajo vse med seboj povezane medicinske pripomočke**, ko uporaba enega brez drugega ni mogoča (npr. glukometer in diagnostične trakove zanj);
- da zagotovijo izbrani medicinski pripomoček najpozneje v **24 urah od predložitve naročilnice**, razen medicinskih pripomočkov, ki se individualno izdelajo oziroma zahtevajo individualne prilagoditve za posamezno zavarovano osebo, ki jih morajo zagotoviti **v pogodbenem roku**.

Na novo je določena tudi obveznost dobaviteljev:

- da **v 2 mesecih** od vsakokratne uveljavitve cene (cenovnega standarda, NPC, pogodbene cene, dnevne izposojnine), za vrste medicinskih pripomočkov in pripomočke (artikle), za katere se je določila oziroma spremenila vrednost in jih zagotavlja po pogodbi z ZZS, **pisno sporočijo ZZS medicinske pripomočke, ki jih bodo zagotavljali tudi po spremembi cene**. Če dobavitelj te obveznosti ne izpolni, se šteje, da je odstopil od pogodbe v delu, ki se nanaša na te medicinske pripomočke oziroma pripomočke (artikle), za katere ni sporočil podatka.;
- da **v 3 mesecih** od vsakokratne uveljavitve cenovnih standardov in NPC **zagotovijo medicinske pripomočke v skladu s Pravili**, to je z obveznostmi, navedenimi v prejšnjem odstavku.

### 13.7. Dogovor o preskrbi z medicinskimi pripomočki (121. člen novele Pravil)

Z uveljavitvijo cenovnih standardov in NPC, prvič določenih na podlagi "Pravilnika o določitvi izhodišč za cenovne standarde medicinskih pripomočkov in za cene pripomočkov (artiklov) iz obveznega zdravstvenega zavarovanja" bosta **prenehala veljati prvi odstavek in prvi stavek drugega odstavka 10. člena Dogovora o preskrbi z medicin-**

**skimi in tehničnimi pripomočki za obdobje 2009 – 2011** zaradi spremembe 216. člena Pravil, ki določa tudi obveznost dobaviteljev, da imajo na vseh svojih izdajnih mestih pri t. i. potrošnih materialih vsaj 50 % oziroma najmanj 4 pripomočke (artikle) s seznama medicinskih pripomočkov.

## 14. Pravica do zdravljenja v tujini

Natančneje se določa obseg in postopek uveljavljanja pravice do zdravljenja v tujini.

### 14.1. Pravica do zdravljenja v tujini, če so v RS izčrpane možnosti zdravljenja (135.a in 228.a člen)

Nespremenjena je ureditev pravice do pregleda, preiskave ali zdravljenja v tujini oziroma do povračila stroškov teh storitev, če so v RS izčrpane možnosti zdravljenja, s pregledom, preiskavo ali z zdravljenjem v tujini pa je utemeljeno pričakovati ozdravitev ali izboljšanje ali preprečitev nadaljnega slabšanja zdravstvenega stanja. Kot do sedaj ima zavarovana oseba, ki še ni dopolnila 18 let, **pravico do spremstva** na potovanju in med pregledom, preiskavo ali zdravljenjem.

Postopek uveljavljanja pravice se začne na eno od zahtev iz 228.a člena. Stroški zdravstvenih storitev se **povrnejo v višini** dejanskih stroškov teh storitev v državi, v kateri so bile uveljavljene. ZZS zavarovani osebi povrne stroške v deležu, kot ga krije v RS. Zavarovana oseba lahko razliko do polne vrednosti zdravstvene storitve iz 23. člena ZZVZZ uveljavlja pri zavarovalnici, s katero ima sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje.

### 14.2. Pravica do zdravljenja v državi članici EU, EGP in CH zaradi predolgih čakalnih dob v RS (135.b in 228.b člen)

Vsebinsko nespremenjena je ureditev pravice do pregleda, preiskave ali zdravljenja v državi članici EU, Evropskega gospodarskega prostora (EGP) in Švicarski konfederaciji (CH) oziroma do povračila stroškov teh storitev, če je zavarovani osebi pri uvrstitvi v čakalni seznam izvajalca v RS določena čakalna doba, ki presega najdaljšo dopustno čakalno dobo ali razumen čas in zdravstvene storitve v okviru najdaljših dopustnih čakalnih dob oziroma v razumnem času **ni mogoče uveljaviti pri vsaj enem izvajalcu v RS**.

Na novo se v tem primeru zdravljenja določa natančnejši način uveljavljanja **izdelave zobno-protetičnih nadomestkov**. Zavarovana oseba lahko uveljavi to storitev ne da bi na ZZS predhodno zahtevala odobritev načrta protetične rehabilitacij, kar je sicer pogoj za uveljavitev storitve v RS (188. člen). Če predhodne odobritve tega načrta ne bo zahtevala, bo ZZS o utemeljenosti storitve odločal v morebitnem postopku za povračilo stroškov zdravstvene storitve.

Kot do sedaj ima zavarovana oseba, ki še ni dopolnila 18 let, pravico do spremstva na potovanju in med pregledom, preiskavo ali zdravljenjem.

Postopek uveljavljanja pravice se začne na eno od zahtev iz 228.b člena. Stroški zdravstvenih storitev se **povrnejo v višini** dejanskih stroškov,

vendar ne več kot znašajo stroški teh storitev v javni zdravstveni mreži v državi, v kateri so bile uveljavljene. ZZS zavarovani osebi povrne stroške v deležu, kot ga krije v RS. Zavarovana oseba lahko razliko do polne vrednosti zdravstvene storitve iz 23. člena ZZVZZ uveljavlja pri zavarovalnici, s katero ima sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje.

### 14.3. Pravica do povračila stroškov zdravstvenih storitev, uveljavljenih v drugi državi članici EU v skladu z Direktivo 2011/24/EU

Na novo (v skladu z ZZVZZ-M) se natančneje ureja pravica do povračila stroškov zdravstvenih storitev, uveljavljenih v drugi državi članici EU v skladu z **Direktivo 2011/24/EU** Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 **o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu** (UL L št. 88 z dne 4. 4. 2011, str. 45; Direktiva 2011/24/EU). Gre za primer, ko se zavarovana oseba na lastno željo odloči, da bo zdravstveno storitev uveljavila v drugi državi članici EU. V tem primeru opravljeno zdravstveno storitev sama plača izvajalcu zdravstvene dejavnosti v drugi državi članici EU, po vrnitvi v RS pa lahko zahteva povračilo njenih stroškov, če so izpolnjeni pogoji iz ZZVZZ in Pravil.

#### 14.3.1. Povračilo stroškov zdravstvenih storitev – pogoji (135.c člen)

Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov tistih zdravstvenih storitev, ki **so pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v RS**, pod pogojem, da jih **uveljavi v državi članici EU** na podlagi **predhodno izdane listine**, to je:

- napotnice (napotnica ni potrebna le v primerih, ko zavarovana oseba lahko uveljavi specialistično ambulantne zdravstvene storitve brez napotnice tudi pri izvajalcih v javni zdravstveni mreži v RS v skladu s 196. členom);
- odločbe ZZS o predhodni odobritvi (gl. točko 14.3.2., za medicinske pripomočke točko 14.3.6., za zdravila in živila točko 14.3.7.);
- odločbe ZZS o odobritvi zdraviliškega zdravljenja (gl. točko 14.3.4.);
- odločbe ZZS o upravičenosti do medicinskega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe ali o pravici do zahtevnejšega medicinskega pripomočka (v nadaljnjem besedilu: odločba ZZS o upravičenosti do MP) (gl. točko 14.3.6.);
- naročilnice ali naročilnice EU (gl. točko 14.3.6.);
- recepta ali receptnega obrazca (gl. točko 14.3.7.).

Zavarovana oseba **nima pravice do povračila stroškov zdravstvenih storitev in spremljajočih stroškov**, ki jih določa tretji odstavek 44.c člena ZZVZZ, to so:

- zdravstvene storitve v osnovni zdravstveni dejavnosti,
- zdravstvene storitve na področju dolgotrajne oskrbe, vključno z neakutno bolnišnično obravnavo ter zdravljenjem in nego v socialnovarstvenih zavodih,
- zdravstvene storitve na področju pridobivanja in presaditve delov človeškega telesa,
- zdravstvene storitve na področju presejalnih programov,
- sobivanje enega od staršev v zdravstvenem zavodu z bolnim otrokom do starosti otroka vključno pet let,
- medicinski pripomočki, ki so predmet izposoje zaradi potreb pri zdravljenju, negi in rehabilitaciji na domu,
- šolan pes vodič, do katerega je upravičena slepa zavarovana oseba, ter
- potni stroški in spremstvo.

#### 14.3.2. Predhodna odobritev ZZS (135.c in 228.c člen)

Predhodna odobritev ZZS je določena kot **pogoj za uveljavljanje pravice do povračila stroškov zdravstvenih storitev**, ki jih določa drugi odstavek 44.c člena ZZVZZ:

- bolnišnične zdravstvene storitve, ki vključujejo prenočitev zavarovane osebe;
- zdravstvene storitve, ki zahtevajo uporabo visoko specializirane in drage medicinske infrastrukture ali medicinske opreme, ki jih minister za zdravje določi v seznamu zdravstvenih storitev (Odredba o seznamu zdravstvenih storitev, za katere se zahteva predhodna odobritev; Uradni list RS, št. 6/14).

**Predhodna odobritev ZZS se zavrne** v primerih, ki jih določa četrti odstavek 44.c člena ZZVZZ:

- če bi lahko zavarovana oseba v RS uveljavila zdravstveno storitev znotraj ustrezne in njej v konkretnem primeru določene stopnje nujnosti (objektivni pogoj), hkrati pa glede na njeno zdravstveno stanje in na verjetni razvoj bolezni ni pričakovati da bo presežen razumen čas (subjektivni pogoj), če bo zdravstveno storitev prejela v RS;
- če bo z zadostno gotovostjo ugotovljeno, da bi bila zavarovana oseba pri uveljavljanju zdravstvenih storitev v drugi državi članici EU izpostavljena tveganju za varnost, ki presega sprejemljivo mero tveganja;
- če bi bila širša javnost zaradi zdravljenja zavarovane osebe v drugi državi članici EU z zadostno gotovostjo izpostavljena varnostnemu tveganju ali obstaja resen in konkreten pomislek glede izvajalca zdravstvene dejavnosti v drugi državi članici EU. Ministrstvo za zdravje bo o tovrstnih okoliščinah obvestilo splošno javnost z objavo informacije na svojih spletnih straneh.

Če so v primeru zdravstvenih storitev, za katere se zahteva predhodna odobritev ZZS, **hkrati izpolnjeni pogoji za uveljavljanje pravice do zdravljenja v državi članici EU, EGP in CH zaradi predolghih čakalnih dob v RS**, se uporabijo določbe za to zdravljenje, razen, če zavarovana oseba izrecno izjavi, da pravico uveljavlja v skladu z Direktivo 2011/24/EU.

**Postopek predhodne odobritve ZZS** se začne na zahtevo iz drugega odstavka 228.c člena (z izjemo za medicinske pripomočke ter zdravila in živila). **Postopek povračila stroškov** zdravstvene storitve, uveljavljene na podlagi predhodne odobritve ZZS, se začne na zahtevo iz tretjega odstavka 228.c člena (z izjemo za medicinske pripomočke ter zdravila in živila).

#### 14.3.3. Zobno-protetični nadomestki

Povračilo stroškov izdelave zobno-protetičnih nadomestkov se lahko zahteva, če je storitev uveljavljena **pri specialistu protetiku**. Zavarovana oseba lahko uveljavi to storitev ne da bi na ZZS predhodno zahtevala odobritev načrta protetične rehabilitacije, kar je sicer pogoj za uveljavitev storitve v RS (188. člen). Če predhodne odobritve tega načrta ne bo zahtevala, bo ZZS o utemeljenosti storitve odločal v morebitnem postopku za povračilo stroškov zdravstvene storitve, ki se **začne na zahtevo** iz prvega odstavka 228.c člena.

#### 14.3.4. Zdraviliško zdravljenje

Povračilo stroškov zdraviliškega zdravljenja se lahko zahteva, če je to zdravljenje uveljavljeno na podlagi in v skladu s predhodno izdano **odločbo ZZS o odobritvi zdraviliškega zdravljenja**, ki jo ZZS izda na predlog zdravnika v RS, ki je s Pravili pooblaščen predlagati zdraviliško zdravljenje. V tem primeru se odločba ZZS o odobritvi zdraviliškega zdravljenja ne upošteva le v delu, ki določa

naziv zdravilišča v RS. Postopek povračila stroškov zdraviliškega zdravljenja se **začne na zahtevo** iz četrtega odstavka 228.c člena.

#### 14.3.5. Višina povračila stroškov zdravstvenih storitev

Stroški zdravstvene storitve se povrnejo v višini **povprečne cene zdravstvene storitve v RS, vendar ne več, kot znašajo dejanski stroški**. ZZS zavarovani osebi povrne stroške v deležu, kot ga krije v RS. Zavarovana oseba lahko razliko do polne vrednosti zdravstvene storitve iz 23. člena ZZVZZ uveljavlja pri zavarovalnici, s katero ima sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Posebna ureditev velja glede višine povračila stroškov cene medicinskih pripomočkov ter vrednosti zdravil in živil na recept, saj zanje ne veljajo povprečne cene.

#### 14.3.6. Povračilo stroškov cene medicinskih pripomočkov (135.d in 228.d člen)

Postopek povračila stroškov cene medicinskega pripomočka (MP) se **začne na podlagi ene od zahtev** iz 228.d člena. Povračilo stroškov cene MP se lahko zahteva, če je **MP kupljen na podlagi ene izmed naslednjih listin**:

- 1. naročilnice**, ko je MP kupljen v drugi državi članici EU. Postopek povračila stroškov cene MP se začne na zahtevo zavarovane osebe iz prvega odstavka 228.d člena.
- 2. naročilnice EU**, ko je MP kupljen v RS ali drugi državi članici EU. Postopek povračila stroškov cene MP se začne na zahtevo zavarovane osebe iz drugega odstavka 228.d člena. Naročilnica EU je naročilnica, izdana v drugi državi članici EU, če hkrati izpolnjuje naslednje pogoje:
  - nanjo je predpisan MP, ki se v RS predpisuje na naročilnico,
  - izda jo zdravnik v drugi državi članici EU, ki izpolnjuje enake pogoje kot zdravnik, ki je v RS pooblaščen za predpis tega MP na naročilnico (npr. če je v RS pooblaščen za predpisovanje MP le specialist pulmolog, mora tudi v drugi državi članici EU predpis istovrstnega MP predpisati specialist pulmolog), in
  - predpisana je v okviru bolnišnične ali specialistično ambulantne zdravstvene storitve, ki jo je zavarovana oseba uveljavila pri čezmejnem zdravstvenem varstvu na podlagi napotnice (izdane v RS) ali predhodne odobritve ZZS (ko je zahtevana).
- 3. naročilnice ali naročilnice EU**, ob pogoju, da je predhodno izdana **odločba ZZS o upravičenosti do MP**, če je na naročilnico ali naročilnico EU predpisan MP pred iztekom trajnostne dobe ali zahtevnejši MP. ZZS izda to odločbo:
  - a. na predlog pooblaščenega zdravnika v RS, če je ta MP predpisan na naročilnico, ali
  - b. na zahtevo zavarovane osebe, če je ta MP predpisan na naročilnico EU.

Postopek izdaje odločbe ZZS o upravičenosti do MP se začne na predlog pooblaščenega zdravnika oziroma zahtevo zavarovane osebe iz tretjega odstavka 228.d člena. Postopek povračila stroškov cene MP, uveljavljenega na podlagi te odločbe, se začne na zahtevo zavarovane osebe iz četrtega odstavka 228.d člena.

- 4. naročilnice ali naročilnice EU**, ob pogoju, da je predhodno izdana **odločba o predhodni odobritvi ZZS**, če je na naročilnico ali naročilnico EU predpisan MP, ki ga je minister za zdravje uvrstil na seznam zdravstvenih storitev, za katere se zahteva predhodna odobritev.

Postopek izdaje odločbe o predhodni odobritvi ZZS se začne na zahtevo zavarovane osebe iz petega odstavka 228.d člena, ki

jo mora vložiti v 30 dneh od izdaje naročilnice ali naročilnice EU. Postopek povračila stroškov cene MP, uveljavljenega na podlagi te odločbe, se začne na zahtevo zavarovane osebe iz šestega odstavka 228.d člena.

- 5. naročilnice ali naročilnice EU**, ob pogoju, da sta predhodno izdani **odločba ZZS o upravičenosti do MP in odločba o predhodni odobritvi ZZS**. Gre za primer, ko bi bil na naročilnico ali naročilnico EU predpisan MP pred iztekom trajnostne dobe ali zahtevnejši MP, ki ga je minister za zdravje uvrstil na seznam zdravstvenih storitev, za katere se zahteva predhodna odobritev. V tem primeru se lahko zahteva izdajo odločbe o predhodni odobritvi ZZS:

- a. po izdaji odločbe ZZS o upravičenosti do MP, ko se postopek izdaje odločbe o predhodni odobritvi ZZS začne na zahtevo zavarovane osebe iz petega odstavka 228.d člena, ki jo mora vložiti v 30 dneh od izdaje odločbe ZZS o upravičenosti do MP, ali
- b. sočasno s predlogom pooblaščenega zdravnika oziroma z zahtevo zavarovane osebe za izdajo odločbe ZZS o upravičenosti do MP.

Postopek povračila stroškov cene MP se v obeh primerih (a. in b.) začne na zahtevo zavarovane osebe iz šestega odstavka 228.d člena.

Po izdaji odločbe ZZS o upravičenosti do MP ali/in odločba o predhodni odobritvi ZZS lahko zavarovana oseba:

- **MP kupi v drugi državi članici EU** in zahteva povračilo stroškov cene MP, ali
- **MP nabavi pri dobavitelju v RS** (pogodbenem partnerju ZZS), ko ceno MP krije ZZS neposredno dobavitelju. Če je bila odločba ZZS izdana na podlagi naročilnice EU, bo zavarovana oseba uveljavila pravico do MP pri dobavitelju v RS na podlagi potrtila, ki ga bo po novem ZZS izdal zavarovani osebi ob izdaji odločbe.

Zavarovana oseba, ki ima namen kupiti MP v drugi državi članici EU in hkrati meni, da je glede na njeno zdravstveno stanje edino **funkcionalno ustrezen MP, katerega vrednost presega vrednost cenovnega standarda v RS**, lahko zahteva (ne pa nujno, kot to sicer velja za uveljavitev pravice v RS) predhodno potrditev ZZS na podlagi šestega odstavka 113. člena. Če zavarovana oseba pred nakupom takega MP v drugi državi članici EU ne bo zahtevala navedene predhodne potrditve ZZS, bo ZZS o upravičenosti zavarovane osebe do takega funkcionalno ustreznega MP odločil v morebitnem postopku povračila stroškov cene MP.

Kot pogoj za povračilo stroškov cene MP je določen **rok, v katere mora biti MP kupljen v drugi državi članici EU oziroma nabavljen pri dobavitelju v RS**. Določen je 30-dnevni rok. Izjemoma je določen 120-dnevni rok, če gre za MP, ki je individualno izdelan za zavarovano osebo, ali za MP, pri katerem je potrebna timska obravnava zavarovane osebe, individualna izdelava in individualna aplikacija. Oba roka začneta teči od izdaje naročilnice oziroma naročilnice EU oziroma od dokončnosti odločitve ZZS o upravičenosti do MP oziroma dokončnosti odločitve o predhodni odobritvi ZZS. Oba roka veljata ne glede, ali bo MP kupljen v drugi državi članici EU ali nabavljen pri dobavitelju v RS.

Stroški cene MP se **povrnejo do višine**, ki jo ZZS krije v RS, vendar ne več, kot znašajo dejanski stroški. ZZS povrne stroške v deležu, kot ga krije v RS. Zavarovana oseba lahko razliko do polne vrednosti MP iz 23. člena ZZVZZ uveljavlja pri zavarovalnici, s katero ima sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje.

Po novem se tudi za MP, ki so kupljeni v drugi državi članici EU, zagotavlja **redno vzdrževanje**, če gre za MP iz 66. člena.

Zavarovana oseba v nobenem primeru **nima pravice do povračila stroškov cene naslednjih MP:**

- MP, ki so predmet izposoje;
- šolanega psa vodiča, do katerega je upravičena slepa zavarovana oseba;
- MP, kupljenega v državi, ki ni članica EU.

#### 14.3.7. Povračilo stroškov vrednosti zdravil in živil (135.e in 228.e člen)

Postopek povračila stroškov vrednosti zdravila in živila se **začne na podlagi ene od zahtev** iz 228.e člena. Povračilo stroškov vrednosti zdravila in živila se lahko zahteva, če je zdravilo ali živilo **kupljeno na podlagi ene izmed naslednjih listin:**

1. **recepta**, ko je kupljeno v drugi državi članici EU. Postopek povračila stroškov vrednosti zdravila in živila se začne na zahtevo zavarovane osebe iz prvega odstavka 228.e člena.
2. **receptnega obrazca**, ko je kupljeno v RS ali drugi državi članici EU. Postopek povračila stroškov vrednosti zdravila in živila se začne na zahtevo zavarovane osebe iz drugega odstavka 228.e člena. Receptni obrazec je recept, izdan v drugi državi članici EU, če hkrati izpolnjuje naslednje pogoje:
  - nanj je predpisano zdravilo ali živilo, ki se v RS predpisuje na recept,
  - izda ga zdravnik v drugi državi članici EU, ki izpolnjuje enake pogoje kot zdravnik, ki je v RS pooblaščen za predpis konkretnega zdravila oziroma živila na recept (npr. če je v RS pooblaščen za predpisovanje le zdravnik ustrezne specialnosti, določene v omejitvi predpisovanja posameznega zdravila oziroma živila, lahko to zdravilo oziroma živilo predpiše na receptni obrazec v drugi državi članici EU le zdravnik te specialnosti), in
  - predpisan je v okviru bolnišnične ali specialistično ambulantne zdravstvene storitve, ki jo je zavarovana oseba uveljavila pri čezmejnem zdravstvenem varstvu na podlagi napatnice (izdane v RS) ali predhodne odobritve ZZS (ko je zahtevana).
3. **recepta ali receptnega obrazca**, ob pogoju, da je predhodno izdana **odločba o predhodni odobritvi ZZS**, če je na recept oziroma receptni obrazec predpisano zdravilo ali živilo, ki ga je minister za zdravje uvrstil na seznam zdravstvenih storitev, za katere se zahteva predhodna odobritev. V tem primeru je predhodna odobritev ZZS pogoj za povračilo stroškov vrednosti zdravila in živila, ki ga bo želela zavarovana oseba kupiti na podlagi recepta v drugi državi članici EU ali na podlagi receptnega obrazca v RS ali drugi državi članici EU. Postopek izdaje odločbe o predhodni odobritvi ZZS **se začne na zahtevo** zavarovane osebe iz tretjega odstavka 228.e člena, ki jo mora vložiti **v 30 dneh od dneva predpisa recepta oziroma receptnega obrazca.**

Sam nakup zdravila oziroma živila bo zavarovana oseba opravila ob predložitvi recepta oziroma receptnega obrazca lekarni. Posebej je določen 30-dnevni **rok, v katerem mora zavarovana oseba predložiti lekarni recept oziroma receptni obrazec** (na podlagi katerega je bila zahtevana predhodna odobritev ZZS). Ta 30-dnevni rok začne teči od dokončnosti odločitve ZZS o predhodni odobritvi, ne glede, ali je zahtevi za predhodno odobritev ugodeno ali ne. Postopek povračila stroškov vrednosti zdravila oziroma živila se začne na zahtevo zavarovane osebe iz četrtega odstavka 228.e člena. V primeru, če se bo zavarovana oseba, kljub pozitivni odločbi ZZS o predhodni odobritvi, izdani na podlagi recepta (ne tudi na podlagi receptnega obrazca), odločila, da bo recept predložila le-

karni v RS, bo vrednost zdravila oziroma živila kril ZZS neposredno lekarni v RS, kot sicer velja v primerih, ko je zdravilo ali živilo predpisano in izdano na recept v RS.

Če je na recept ali receptni obrazec predpisano zdravilo ali živilo, ki ima določeno omejitev predpisovanja in je uvedeno potrjevanje receptov na ZZS (kar se označi ob razvrstitvi ali prerazvrstitvi zdravila oziroma živila na listo), velja **obveznost predhodne potrditve recepta oziroma receptnega obrazca na ZZS** tudi v primeru, če bo na njegovi podlagi zdravilo oziroma živilo kupljeno v RS ali drugi državi članici EU. Če je takšno zdravilo ali živilo predpisano na recept oziroma receptni obrazec, ki je podlaga za izdajo odločbe o predhodni odobritvi ZZS, pa se šteje, da je ZZS ta recept oziroma receptni obrazec potrdil, če bo izdal pozitivno odločbo o predhodni odobritvi.

Zaradi jasnosti ureditve se določa **splošni pogoj za povračilo stroškov** vrednosti zdravila in živila – predpisano in izdano mora biti v skladu s splošnimi akti ZZS. To pomeni, da veljajo glede predpisovanja in izdaje zdravila in živila, ko se zahteva povračilo stroškov njihove vrednosti, enake omejitve kot veljajo v primeru, če je predpisano in izdano na recept v RS.

Stroški vrednosti zdravila in živila se **povrnejo do višine**, ki jo ZZS krije v RS, vendar ne več, kot znašajo dejanski stroški. ZZS povrne stroške v deležu, kot ga krije v RS. Zavarovana oseba lahko razliko do polne vrednosti zdravila in živila iz 23. člena ZZVZZ uveljavlja pri zavarovalnici, s katero ima sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje.

## 14.4. Pravica do povračila stroškov vrednosti zdravil in živil, uveljavljenih v tujini zaradi motene preskrbe v RS (135.f in 228.f člen)

Vsebinsko nespremenjena je ureditev povračila stroškov vrednosti zdravila in živila, ki ga v RS predpiše na recept pooblaščen zdravnik, zavarovana oseba pa ga kupi v tujini (ne le v državah članicah EU), ker ji ga v RS ni bilo mogoče izdati zaradi motene preskrbe na slovenskem tržišču, kar na zadnji strani recepta potrdi farmacevt v lekarni v RS.

Na novo se zaradi jasnosti ureditve določa:

- **obveznost predhodne potrditve recepta na ZZS**, če je na recept predpisano zdravilo ali živilo, ki ima določeno omejitev predpisovanja in je uvedeno potrjevanje receptov na ZZS (kar se označi ob razvrstitvi ali prerazvrstitvi zdravila oziroma živila na listo);
- **splošni pogoj za povračilo stroškov** – zdravilo oziroma živilo, za katero se zahteva povračilo stroškov vrednosti, mora biti predpisano in izdano v skladu s splošnimi akti ZZS. To pomeni, da veljajo glede predpisovanja in izdaje zdravila oziroma živila, ko se zahteva povračilo stroškov njihove vrednosti, enake omejitve kot veljajo v primeru, če je izdano na recept v RS.

Stroški vrednosti zdravila in živila se **povrnejo do višine** dejanskih stroškov v državi, v kateri je bilo kupljeno. ZZS povrne stroške v deležu, kot ga krije v RS. Zavarovana oseba lahko razliko do polne vrednosti zdravila in živila iz 23. člena ZZVZZ uveljavlja pri zavarovalnici, s katero ima sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje.

Postopek povračila stroškov se začne na zahtevo iz 228.f člena.

## 14.5. Pravica do povračila stroškov oploditve z biomedicinsko pomočjo z darovanimi celicami, uveljavljene v tujini (136. in 228.g člen)

V Pravilih se na novo določa pravica zavarovane osebe do povračila stroškov zdravstvene storitve oploditve z biomedicinsko pomočjo z darovanimi celicami v tujini, ki je bila do sedaj urejena s Sklepom upravnega odbora ZZS, številka 0202-9/42002 z dne 24. aprila 2002.

Stroški zdravstvene storitve se zavarovani osebi **povrnejo v višini** povprečne cene te storitve v RS, vendar ne več, kot znašajo dejanski stroški. ZZS povrne stroške v deležu, kot ga krije v RS. Zavarovana oseba lahko razliko do njene polne vrednosti iz 23. člena ZZVZZ uveljavlja pri zavarovalnici, s katero ima sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje.

Postopek povračila stroškov se začne na zahtevo iz 228.g člena.

## 14.6. Postopek odločanja o pravici do zdravljenja v tujini

Na novo (v skladu z ZZVZZ-M) je določeno, da se vse zahteve za uveljavljanje pravice do zdravljenja v tujini oziroma do povračila stroškov tega zdravljenja vložijo pri **območni enoti ZZS**. O zahtevi odloča uradna oseba ZZS.

V vseh postopkih zdravljenja v tujini uradna oseba ZZS **lahko pridobi mnenje konzilija** ustreznega izvajalca na terciarni ravni o posameznih vidikih zdravljenja zavarovane osebe glede na zdravstveno storitev, ki je predmet zahteve za odobritev zdravljenja v tujini oziroma zahteve za povračilo stroškov tega zdravljenja. Ne glede na to, ali je bilo to mnenje pridobljeno v postopku odločanja o odobritvi same zdravstvene storitve, **mnenja konzilija ni treba pridobiti**, če izvajalec zdravstvene dejavnosti v tujini, pri katerem je bila uveljavljena zdravstvena storitev zaradi izčrpanih možnosti v RS, predlaga, da se pri njem opravi prvi kontrolni pregled zavarovane osebe po tej storitvi.

V vseh postopkih zdravljenja v tujini uradna oseba ZZS tudi **lahko pridobi mnenje zdravnika ZZS** (imenovanega zdravnika, člana zdravstvene komisije ali drugega zdravnika ZZS), če uradna oseba ZZS nima določenega strokovnega znanja.

Na novo se določa **obveznost izvajalca, pri katerem je zavarovana oseba vpisana v čakalni seznam**, da ugotovi, ali je pri vsaj enem izvajalcu v RS mogoče uveljaviti zdravstveno storitev v okviru najdaljših dopustnih čakalnih dob oziroma v okviru razumnega časa. Obveznost velja v postopkih, ko ZZS odloča:

- o pravici do zdravljenja v državi članici EU, EGP in CH zaradi predolgih čakalnih dob v RS; ali
- o predhodni odobritvi ZZS v skladu z Direktivo 2011/24/EU.

V obeh navedenih postopkih se namreč ugotavlja, primarno, ali je (bila) zavarovani osebi pri uvrstitvi v čakalni seznam izvajalca določena čakalna doba, ki presega najdaljšo dopustno čakalno dobo, in podrejeno, če najdaljša dopustna čakalna doba ni presežena, ali presega razumen čas. Mnenje, ali je pri zavarovani osebi prekoračen razumen čas za zdravstveno storitev, bo v postopku praviloma podal konzilij zdravnikov. Tako v primeru presežene najdaljše dopustne čakalne dobe kot v primeru preseženega razumnega časa je treba preveriti, ali je zdravstveno storitev mogoče uveljaviti v okviru najdaljše dopustne čakalne dobe oziroma v okviru razumnega časa pri vsaj enem izvajalcu v RS. Navedeni dejstvi bo ugotavljal izvajalec, pri katerem je zavarovana oseba vpisana v čakalni seznam v vrstnem redu, ki presega najdaljšo dopustno čakalno dobo oziroma razumen čas.

Na novo se jasno določa možnost, da uradna oseba ZZS pozove zavarovano osebo, da slednja **na lastne stroške predloži v slovenski jezik prevedeno zdravstveno ali drugo dokumentacijo**, ki jo je predložila v postopku v tujem jeziku, ki ga uradna oseba ZZS ne razume.

Postopki odločanja o pravici do zdravljenja v tujini, ki so se začeli **pred 6. novembrom 2013** (ko je začel veljati ZZVZZ-M in s tem prenos določb Direktive 2011/24/EU v nacionalni pravni red), se zaključijo v skladu z dosedanjimi predpisi.

Snežana Marković

Na podlagi 13. člena Statuta Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (Uradni list RS, št. 87/01 in 1/02 – popr.) je Skupščina Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije na 3. seji dne 25. 3. 2014 sprejela

# Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja

## 1. člen

V Pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 30/03 – prečiščeno besedilo, 35/03 – popr., 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 – popr., 64/07, 33/08, 7/09, 88/09, 30/11, 49/12 in 106/12 in 99/13 – ZSVarPre-C) se za 1. členom doda nov 1.a člen, ki se glasi:

“1.a člen

S temi pravili se v pravni red Republike Slovenije delno prenaša Direktiva 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu (UL L št. 88 z dne 4. 4. 2011, str. 45).“

## 2. člen

2. člen se spremeni tako, da se glasi:

“2. člen

Posamezni izrazi, uporabljeni v pravilih, imajo naslednji pomen:

1. čakalna doba je doba, kakor je opredeljena v zakonu, ki ureja pacientove pravice;
2. čakalni seznam je seznam, kakor je opredeljen v zakonu, ki ureja pacientove pravice;
3. delovni nalog je listina, s katero pooblaščen zdravnik naroča laboratorijske, rentgenske, ultrazvočne, zobotehnične, citološke in druge preiskave, nego na domu, fizioterapevtske storitve in storitve s področja psihologije, logopedije, defektologije in druge storitve, ki niso vezane na zdravniške preglede;
4. dobavitelj je lekarna ali druga pravna ali fizična oseba v Republiki Sloveniji, ki opravlja promet z medicinskimi pripomočki na drobno v specializirani prodajalni in ki ima z zavodom sklenjeno pogodbo o izdaji, o izposoji ali o izdaji in izposoji medicinskih pripomočkov;
5. dogovor je dogovor iz 63. 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 in 111/13 – ZMEPIZ-1);
6. edini poklic je poklic, ki ga zavarovanec opravlja kot samostojno dejavnost in ni v delovnem razmerju;
7. funkcionalno ustrezen medicinski pripomoček je medicinski pripomoček, ki zavarovani osebi glede na njeno zdravstveno stanje zagotavlja zdravljenje oziroma medicinsko rehabilitacijo;
8. glavni poklic je poklic, ki ga zavarovanec opravlja kot samostojno dejavnost in je v delovnem razmerju s krajšim delovnim časom od polnega;
9. izvajalec je javni zdravstveni zavod ali druga pravna ali fizična oseba v Republiki Sloveniji, ki ima z zavodom sklenjeno pogodbo za izvajanje določenih zdravstvenih storitev
10. kartica zdravstvenega zavarovanja je identifikacijski dokument zavarovane osebe;
11. magistralno zdravilo je zdravilo za uporabo v humani medicini, kakor je opredeljeno v zakonu, ki ureja zdravila;
12. meddržavna pogodba je dvostranski sporazum o socialni varnosti oziroma socialnem zavarovanju;
13. medicinski pripomoček je medicinski pripomoček, ki se predpisuje na naročilnico;
14. nadomestni zdravnik je zdravnik, ki izpolnjuje pogoje za osebnega zdravnika, in tega nadomešča v njegovi odsotnosti z vsemi njegovimi pooblastili;
15. najdaljša dopustna čakalna doba je doba, kakor je za posamezno zdravstveno storitev glede na stopnjo nujnosti določena v pravilniku, ki ureja najdaljše dopustne čakalne dobe za posamezne zdravstvene storitve;
16. napotni zdravnik je zdravnik specialist, pri katerem zavarovana oseba uveljavlja zdravstveno storitev na podlagi napotnice osebnega zdravnika ali po njegovem pooblastilu na podlagi napotnice drugega napotnega zdravnika, ki opravlja zdravstveno dejavnost na isti ali višji ravni kot zdravnik, ki je izdal napotnico;
17. napotnica je listina zavoda, s katero osebni zdravnik prenaša pooblastila na napotnega zdravnika oziroma s katero napotni zdravnik po pooblastilu osebnega zdravnika prenaša pooblastila na drugega napotnega zdravnika;
18. naročilnica je listina zavoda za predpisovanje medicinskih pripomočkov, ki jih zavarovani osebi predpiše pooblaščen zdravnik;
19. naročilnica EU je listina za predpisovanje medicinskega pripomočka, ki jo v okviru zdravstvene storitve iz prve ali druge alineje prvega odstavka 135.c člena pravil izda zdravnik v drugi državi članici Evropske unije, ki izpolnjuje enake pogoje kot pooblaščen zdravnik;
20. nosilec zavarovanja je zavarovanec, po katerem so zavarovani družinski člani;
21. nujna medicinska pomoč so zdravstvene storitve iz dvanajste alineje 1. točke prvega odstavka 23. člena zakona, določene v prvem odstavku 103. člena pravil;
22. nujno zdravljenje so zdravstvene storitve, določene v drugem odstavku 103. člena pravil, ki jih uveljavljajo zavarovane osebe na podlagi 25. in 78.a člena zakona;
23. obvezno zavarovanje je obvezno zdravstveno zavarovanje;
24. osebni ginekolog je izbrani osebni zdravnik ženske za zagotavljanje dispanzerske dejavnosti s področja ginekologije;
25. osebni otroški zdravnik je izbrani osebni zdravnik zavarovane osebe do dopolnjenega 19. leta starosti v otroškem ali šolskem dispanzerju;
26. osebni zdravnik je izbrani osebni zdravnik kot skupni pojem za splošnega osebnega zdravnika, osebnega zobozdravnika, osebnega ginekologa in osebnega otroškega zdravnika, ki si ga zavarovana oseba izbere v skladu s pravili;
27. osebni zobozdravnik je izbrani osebni zobozdravnik, ki si ga zavarovana oseba izbere v skladu s pravili;
28. pooblaščen zdravnik je osebni zdravnik, napotni zdravnik ali drug zdravnik pri izvajalcu, ki je z zakonom ali s splošnim aktom zavoda pooblaščen izvesti določeno zdravstveno storitev;

29. pravica je pravica, ki se zagotavlja zavarovani osebi iz obveznega zavarovanja;
30. pravni red EU je pravni predpisi Evropske unije na področju koordinacije sistemov socialne varnosti, ki se v Republiki Sloveniji neposredno uporabljajo;
31. pripomoček je medicinski pripomoček, ki se predpisuje na naročilnico oziroma drug medicinski pripomoček, ki ga zagotavlja izvajalec pri opravljanju zdravstvene dejavnosti;
32. pripomoček (artikel) je serijsko izdelan medicinski pripomoček z imenom, kot ga določi proizvajalec, ki se zagotavlja v okviru določene vrste medicinskega pripomočka;
33. prispevek je prispevek za obvezno zavarovanje;
34. razumen čas je čas, kakor je opredeljen v zakonu, ki ureja pacientove pravice;
35. recept je listina zavoda za predpisovanje zdravil in živil, ki jih zavod razvrsti na pozitivno ali vmesno listo na podlagi zakona in splošnega akta zavoda, in jih zavarovani osebi predpiše pooblaščen zdravnik;
36. receptni obrazec je listina za predpisovanje zdravil in živil, ki se predpisuje na recept, ki jo v okviru zdravstvene storitve iz prve ali druge alineje prvega odstavka 135.c člena pravil predpiše zdravnik v drugi državi članici Evropske unije, ki izpolnjuje enake pogoje kot pooblaščen zdravnik;
37. seznam medicinskih pripomočkov je seznam medicinskih pripomočkov iz drugega odstavka 64. člena pravil;
38. skupina medicinskih pripomočkov je skupina medicinskih pripomočkov, določena v šifrantu vrst medicinskih pripomočkov;
39. splošni akt zavoda so pravila in drugi splošni akti zavoda za izvajanje obveznega zavarovanja;
40. splošni osebni zdravnik je izbrani osebni zdravnik zavarovane osebe od 19. leta starosti;
41. standard so vrsta, količina, normativi in vrednost zdravstvenih storitev iz obveznega zavarovanja, ter pogoji in postopki uveljavljanja pravic;
42. status zavarovane osebe je lastnost zavarovane osebe po zakonu in pravilih;
43. šifrant vrst medicinskih pripomočkov je šifrant vrst medicinskih pripomočkov iz prvega odstavka 64. člena pravil;
44. vrsta medicinskega pripomočka je vrsta medicinskega pripomočka, določena v šifrantu vrst medicinskih pripomočkov;
45. zakon je Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju;
46. zavarovana oseba je zavarovanec iz 15. člena zakona in družinski člani iz 20. člena zakona;
47. zavezanec je pravna ali fizična oseba, ki je zavezanec za prijavo zavarovanca v obvezno zavarovanje. Zavezanec za družinskega člana je nosilec zavarovanja;
48. zavod je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije;
49. zobnoprótetični pripomočki so pripomočki, ki so sestavni del zobozdravstvenih storitev;
50. živilo je živilo za posebne zdravstvene namene, ki so pravica..

### 3. člen

V 3. členu se v prvem odstavku besedilo "iz obveznega zavarovanja" črta.

Tretji odstavek se spremeni tako, da se glasi:

"(3) Izvajalci in dobavitelji izpolnjujejo obveznosti, določene v zakonu, splošnih aktih zavoda, dogovoru oziroma dogovoru iz 63.a člena zakona in pogodbah, ki jih imajo sklenjene z zavodom.."

### 4. člen

4. člen se spremeni tako, da se glasi:

"4. člen

(1) Zavod ima pravico zavrniti plačilo zdravstvene storitve in plačilo druge pravice ter pravico od zavarovane osebe in zavezanca zahtevati povrnitev stroškov za zdravstveno storitev in za druge pravice, če zavarovana oseba oziroma zavezanec ne ravna v skladu z zakonom in s splošnimi akti zavoda.

(2) Zavod ima pravico zavrniti plačilo zdravstvene storitve in pravico od izvajalca in dobavitelja zahtevati povrnitev stroškov za zdravstveno storitev, če izvajalec oziroma dobavitelj ne ravna v skladu z zakonom, s splošnimi akti zavoda, dogovorom oziroma dogovorom iz 63.a člena zakona ali pogodbo, ki jo ima sklenjeno z zavodom.

(3) Zavod ima pravico razdreti pogodbo z izvajalcem in dobaviteljem, če izvajalec oziroma dobavitelj več kot dvakrat ne ravna v skladu s prejšnjim odstavkom, če ni drugače določeno v dogovoru oziroma dogovoru iz 63.a člena zakona ali v pogodbi, ki jo ima sklenjeno z zavodom.."

### 5. člen

V 5. členu se v drugem odstavku beseda "zdravstveno" črta.

### 6. člen

V 9. členu se:

- 4. točka spremeni tako, da se glasi:

"4. družbeniki osebnih družb, družbeniki družb z omejeno odgovornostjo in ustanovitelji zavodov, ki so hkrati poslovodne osebe, in opravljajo poslovodno funkcijo kot edini ali glavni poklic – z dnem vpisa družbenika družbe oziroma ustanovitelja zavoda kot poslovodne osebe v predpisan register;";

- v 14. točki pred besedilom "15. člena" doda besedilo "prvega odstavka";
- v 21. točki pred besedilom "15. člena" doda besedilo "prvega odstavka" in besedilo "za obvezno zavarovanje" črta;
- 22. točki za besedilom "če niso" doda beseda "obvezno";
- v 25. točki za besedo "niso" doda beseda "obvezno" in za besedilom "za prijavo v" doda beseda "obvezno".

### 7. člen

V 13. členu se:

- za besedo "prijavo" doda besedilo "v obvezno zavarovanje";
- za besedilom "prijavljena v" doda beseda "obvezno".

### 8. člen

V 16. členu se v prvem odstavku beseda "zdravstvenim" črta.

V drugem odstavku se:

- beseda "zdravstvenim" črta;
- besedilo "Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije" nadomesti z besedo "zavoda".

### 9. člen

V 18. členu se v prvem odstavku:

- besedilo "do zdravstvenih storitev" črta;
- besedilo "so dolžne same potrjevati veljavnost kartice, hkrati pa" črta;
- za besedo "med" doda beseda "obveznim";
- besedo "izvajalcem" doda besedilo ", dobaviteljem";
- besedilo "iz obveznega zavarovanja" črta.

V drugem odstavku se za besedo "Izvajalci" doda besedilo ", dobavitelji".

## 10. člen

V 23. členu se besedilo "iz 22. člena pravil iz obveznega zavarovanja" črta.

## 11. člen

24. člen se spremeni tako, da se glasi:

"24. člen

(1) Pravice so predmet obveznega zavarovanja, če pooblaščen zdravnik oziroma zavod ugotovi, da so utemeljene v skladu z zakonom, drugimi predpisi in s splošnimi akti zavoda.

(2) Zavarovana oseba uveljavlja zdravstvene storitve pri izvajalcih in dobaviteljih, če ni za posamezno zdravstveno storitev določeno drugače z zakonom ali s splošnim aktom zavoda.

(3) Zavarovana oseba uveljavlja pri izvajalcu in dobavitelju zdravstvene storitve, ki so po vrsti in obsegu predmet pogodbe med zavodom in izvajalcem oziroma med zavodom in dobaviteljem."

## 12. člen

V 25. členu se:

- v napovednem stavku besedilo "iz obveznega zavarovanja" črta;
- v 7. točki besedilo "osebne ali napotne" nadomesti z besedo "pooblaščenega".

## 13. člen

V 26. členu se v 7. točki za besedilom "hišne obiske" doda besedilo "splošnih osebnih zdravnikov in osebnih otroških".

## 14. člen

V 30. členu se:

- v tretji alineji 1. točke besedilo "po pravilih" črta;
- 5. točka spremeni tako, da se glasi:

"5. zobno-protetičnih nadomestkov, če se ob tem zagotovi celovita rehabilitacija v obeh čeljustih v okviru pravic iz tega člena."

## 15. člen

V 33. členu se v drugem odstavku besedilo "po pravilih" črta.

## 16. člen

V 34. členu se v drugem odstavku:

- besedilo "prvega odstavka tega člena" nadomesti z besedilom "prejšnjega odstavka";
- beseda "Zavod" nadomesti z besedilom "obvezno zavarovanje".

V tretjem odstavku se:

- beseda "Zakona" nadomesti z besedo "zakona";
- beseda "zdravstveno" črta.

## 17. člen

V 34.a členu se v prvem odstavku beseda "medicinski" nadomesti z besedo "zdravstveni".

V drugem odstavku se prvi stavek spremeni tako, da se glasi:

"Če zavarovana oseba med zdravljenjem ne ravna po navodilih ortodonta iz prejšnjega odstavka, lahko ortodont prekine z zdravljenjem."

V tretjem odstavku se besedilo "na račun Zavoda" črta.

## 18. člen

V 36. členu se v 1. točki prvega odstavka besedilo "Ministrstvo za zdravstvo" nadomesti z besedilom "ministrstvo, pristojno za zdravje". V drugem odstavku se besedilo "obvezilni material in medicinski pripomočki" nadomesti z besedilom "in pripomočki".

## 19. člen

V 38. členu se v prvem odstavku 5. in 6. točka spremenita tako, da se glasita:

- "5. zdravila, ki so potrebna v času zdravljenja;
- 6. pripomočke, ki so potrebni v času zdravljenja."

## 20. člen

V 39. členu se v tretjem odstavku besedilo "iz obveznega zavarovanja" črta.

## 21. člen

43. do 49. člen se spremenijo tako, da se glasijo:

"43. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do zdraviliškega zdravljenja, ki obsega zahtevnejšo medicinsko rehabilitacijo s souporabo naravnih zdravilnih sredstev v naravnih zdraviliščih.

(2) Zdraviliško zdravljenje se izvaja na enega od naslednjih načinov:

- na stacionarni način, če mora zavarovana oseba glede na zdravstveno stanje bivati v zdravilišču;
- na ambulantni način, če lahko zavarovana oseba glede na zdravstveno stanje dnevno prihaja v zdravilišče.

(3) Zdraviliško zdravljenje je glede na vrsto:

1. zdraviliško zdravljenje, ki je nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja in se izvaja na stacionarni način, če se začne neposredno po končanem bolnišničnem zdravljenju ali najpozneje pet dni od izdaje odločbe o odobritvi zdraviliškega zdravljenja;
2. zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja in se izvaja na stacionarni ali ambulantni način in se začne po roku iz prejšnje točke.

(4) V primeru zdravstvenih stanj iz prve in tretje alineje 4. točke prvega odstavka 45. člena pravil se zdraviliško zdravljenje lahko izvede le kot zdraviliško zdravljenje, ki je nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja.

44. člen

Zavarovana oseba ima pravico do zdraviliškega zdravljenja pri zdravstvenih stanjih iz 45. člena pravil, če je pričakovati povrnitev funkcionalnih sposobnosti.

45. člen

(1) Zdraviliško zdravljenje se lahko odobri pri naslednjih zdravstvenih stanjih:

1. Vnetne revmatične in sistemsko vezivno tkivne bolezni:
  - revmatoidni artritis v umirjeni fazi z zmanjšano gibljivostjo najmanj treh sklepov, in sicer enega velikega in vsaj treh malih, kadar težje funkcionalne prizadetosti ni mogoče obvladati z zdravili;
  - spondiloartritis z aksialno prizadetostjo;
  - spondiloartritis s periferno prizadetostjo;
  - psoriatični artritis v umirjeni fazi po evidentnem akutnem zagonu s prizadetostjo najmanj treh sklepov, in sicer najmanj enega velikega in vsaj treh malih, kadar funkcionalne prizadetosti ni mogoče obvladati z zdravili;
  - sistemske vezivno tkivne bolezni, kot sistemska skleroza s hitrim slabšanjem kožne simptomatike in nastajanjem kontraktur sklepov;
  - polimiozitis, dermatomiozitis z izrazitim slabšanjem mišične moči in atrofijo mišic udov.
2. Degenerativni revmatizem:
  - generalizirana spondiloza hrbtenice s težjo funkcionalno prizadetostjo in nevrološkimi izpadi, ki jih operativni poseg ne bi odpravil oziroma je operativni poseg kontraindiciran;



- težja funkcionalna prizadetost velikih sklepov z možnostjo hitrega nastanka mišičnih atrofij ali kontraktur sklepov.
3. Poškodbe in operacije na lokomotornem sistemu:
- politravma s težjo funkcionalno prizadetostjo motorike;
  - opekline s težjo funkcionalno prizadetostjo motorike;
  - zlomi velikih kosti, hrbtenice po prvem kontrolnem pregledu; izjemoma brez operativnega posega le ob težji, a popravljivi funkcionalni prizadetosti;
  - osteotomija velikih kosti zaradi korekcije položaja sklepov, s težjo funkcionalno prizadetostjo;
  - endoproteza velikih sklepov, najmanj štiri tedne po posegu, a le ob težji in še popravljivi funkcionalni prizadetosti;
  - totalna sinovektomija velikih sklepov ob težji funkcionalni prizadetosti;
  - rekonstrukcija križnih vezi kolena, operativna stabilizacija pogačice;
  - stabilizacijske operacije rame, šivanje rotatorne manšete;
  - operativni poseg na hrbtenici, s težjo funkcionalno prizadetostjo.
- V primeru zdravstvenih stanj iz te točke mora zavarovana oseba začeti zdraviliško zdravljenje v treh mesecih po končanem bolnišničnem zdravljenju.
4. Nevrološke in živčno-mišične bolezni:
- novo odkrite organske pareze in paralize s klinično jasnimi funkcionalnimi motnjami;
  - okvare centralnega ali perifernega živčevja s popravljivo težjo funkcionalno prizadetostjo motorike, kadar kirurško zdravljenje ni možno;
  - nevrokirurške operacije na centralnem ali perifernem živčevju s težjo funkcionalno prizadetostjo motorike.
5. Bolezni srca in ožilja:
- akutni srčni infarkt z zgodnjimi akutnimi zapleti;
  - operacije na srcu in ožilju z izvedeno torakotomijo, zajema tudi transplantacijo srca.
6. Ginekološke bolezni in bolezni sečil:
- radikalni kirurški posegi s pooperativno radioterapijo ali kemoterapijo;
  - laparotomijski radikalni operativni posegi s težjimi zapleti;
  - večji rekonstruktivni posegi istočasno na dveh od naslednjih organskih sistemov: sečila, rodila, prebavila, s težjimi zapleti;
  - rak dojke po radikalnem kirurškem posegu ali po končani radioterapiji ali kemoterapiji.
7. Kožne bolezni:
- generalizirana oblika psoriaze, ki je ni mogoče obvladati z zdravili;
  - sklerodermija s težjo funkcijsko prizadetostjo, po zaključenem bolnišničnem zdravljenju;
  - obsežne resekcije kože in podkožja, zaradi operacije malignega melanoma ali drugih malignomov kože, z odstranitvijo regionalnih bezgavk.
8. Bolezni prebavil:
- obsežni torakotomijski ali laparotomijski posegi na prebavilih s težjo funkcionalno prizadetostjo;
  - Crohnova bolezen ali ulcerozni kolitis zaradi težje epizode poslabšanja;
  - akutni nekrozantni pankreatitis, ponavljajoči se pankreatitisi s težjimi zapleti ali podhranjenostjo;
  - operativni posegi na jetrih, stanje po transplantaciji jeter.
9. Bolezni dihal:
- obsežni kirurški posegi na pljučih ali v mediastinumu, z izvedeno torakotomijo;
  - cistična fibroza pljuč z zmanjšano pljučno funkcijo (FEV1 pod 70 %).

#### 10. Onkološke bolezni:

- radikalne operacije malignomov po zaključeni radioterapiji ali kemoterapiji, če je pričakovati odpravo funkcionalnih motenj;
  - obsežne odstranitve aksilarnih, retroperitonealnih ali ingvinalnih bezgavk.
- (2) Zdraviliško zdravljenje zavarovane osebe do dopolnjenega 18. leta starosti se lahko odobri tudi pri naslednjih zdravstvenih stanjih:
1. bronhopulmonalna displazija s klinično evidentnimi funkcionalnimi motnjami pod 70 % normalne vrednosti;
  2. hujše dermatoze (ihtioza z več kot 30 % prizadete kože, epidermolysis bullosa, generalizirana oblika nevrodermitisa);
  3. juvenilna bronhialna astma, ki je ni mogoče urediti z zdravili.

#### 46. člen

Ne glede na 44. člen pravil, zavarovana oseba nima pravice do zdraviliškega zdravljenja v naslednjih primerih, ko zdraviliško zdravljenje ni strokovno utemeljeno:

1. hude duševne motnje ali motnje osebnosti, zaradi katere zavarovana oseba ni sposobna aktivno sodelovati v zdraviliškem zdravlilišču;
2. toksikomanije ali kroničnega etilizma;
3. slabo urejene epilepsije;
4. nalezljive bolezni v kužnem stanju;
5. kronične organske bolezni v fazi akutnega poslabšanja;
6. pogoste in močnejše krvavitve;
7. rakaste novotvorbe, ki ni bila operativno odstranjena ali drugače zaustavljena v rasti;
8. nosečnosti;
9. težje oblike generalizirane ateroskleroze;
10. nezaceljene rane;
11. kajenja pri boleznih dihal.

#### 47. člen

(1) Tip standarda zdraviliškega zdravljenja je opredeljen z vrsto in obsegom zdravstvenih storitev, ki se opravijo v okviru zdraviliškega zdravljenja.

(2) V primeru zdravstvenih stanj iz 10. točke prvega odstavka 45. člena pravil se tip standarda zdraviliškega zdravljenja določi glede na lokalizacijo bolezni.

(3) Med zdraviliškim zdravljenjem je zavarovani osebi zagotovljena nujna medicinska pomoč in nujno zdravljenje.

(4) Zdraviliško zdravljenje vključuje zdravila in pripomočke, potrebne za izvajanje zdraviliškega zdravljenja.

(5) Zdraviliško zdravljenje, ki se izvaja na stacionarni način, vključuje nastanitev in prehrano med bivanjem v zdravilišču. Standard nastanitve in prehrane pri zdraviliškem zdravljenju je nastanitev v dvoposteljni ali večposteljni sobi s prehrano, v višini cene za nemedicinski del oskrbnega dne.

#### 48. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do zdraviliškega zdravljenja, ki se izvaja:

- na stacionarni način – v trajanju do 14 dni;
- na ambulantni način – v trajanju do deset dni.

(2) V primerih zdravstvenih stanj iz prve alineje 3. točke ter prve in tretje alineje 4. točke prvega odstavka 45. člena pravil se lahko zdraviliško zdravljenje podaljša na skupno največ 21 dni, če je s tem pričakovati dodatno izboljšanje funkcionalne sposobnosti.

(3) Zdraviliško zdravljenje se izvede v odobrenem trajanju brez prekinitev.

(4) Če zavarovana oseba zaradi zdravstvenega stanja ali razlogov na strani izvajalca oziroma zavoda ne more začeti zdraviliškega

zdravljenja v roku, ki je določen z odločbo o odobritvi zdraviliškega zdravljenja, se začetek zdraviliškega zdravljenja lahko odloži na obdobje, ko prenehajo razlogi za odlog.

(5) Če zavarovana oseba med zdraviliškim zdravljenjem zboli ali se poškoduje in ga zato ni mogoče dokončati, se zdraviliško zdravljenje prekine in se lahko nadaljuje v poznejšem roku.

(6) V primeru iz četrtega in petega odstavka tega člena obdobje odloga začetka zdraviliškega zdravljenja oziroma nadaljevanja zdraviliškega zdravljenja ne sme biti daljše od treh mesecev od izdaje odločbe o odobritvi zdraviliškega zdravljenja.

#### 49. člen

(1) Zavarovana oseba, ki ji je bilo predhodno odobreno zdraviliško zdravljenje ali je predhodno opravila celostno medicinsko rehabilitacijo pri izvajalcu na terciarni ravni, lahko uveljavlja pravico do zdraviliškega zdravljenja zaradi iste bolezni ali poškodbe ob njenem klinično pomembnem (funkcionalnem) poslabšanju:

- po preteku enega leta od izdaje predhodne odločbe ali od zaključka celostne medicinske rehabilitacije pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti na terciarni ravni – če gre za zavarovano osebo do dopolnjenega 18. leta starosti;
- po preteku dveh let od izdaje predhodne odločbe ali od zaključka celostne medicinske rehabilitacije pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti na terciarni ravni – če gre za zavarovano osebo od dopolnjenega 18. leta starosti.

(2) Ne glede na prejšnji odstavek lahko zavarovana oseba zaradi iste bolezni ali poškodbe uveljavlja pravico do zdraviliškega zdravljenja, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, če v skladu s predhodno izdano odločbo zavoda ni začela zdraviliškega zdravljenja zaradi razloga iz četrtega odstavka prejšnjega člena.“

## 22. člen

V 52. členu se v drugem odstavku besedilo “osebnih zdravnikov otrok” nadomesti z besedilom “osebnih otroških zdravnikov”.

## 23. člen

V 54. členu se v prvem stavku besedilo “ali drugih” črta.

## 24. člen

Naslov poglavja “IV/8. Pravica do zdravil in živil za posebne zdravstvene namene, ki so predpisana na recept” in 57. do 60. člen se spremenijo tako, da se glasijo:

“IV/8. Pravica do zdravil in živil na recept

#### 57. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do zdravil na recept, ki jih zavod razvrsti na pozitivno ali vmesno listo na podlagi zakona in splošnega akta zavoda in ji jih na recept predpiše pooblaščen zdravnik.

(2) Zavarovana oseba ima pod pogoji iz prejšnjega odstavka pravico do magistralnih zdravil na recept, ki so navedena v Seznamu magistralnih zdravil na recept, ki je Priloga pravil (v nadaljnjem besedilu: Seznam magistralnih zdravil), če na trgu ni industrijsko proizvedenega ali galenske izdelanega zdravila z isto sestavo, razen če ni v Seznamu magistralnih zdravil za posamezno magistralno zdravilo oziroma njegovo farmacevtsko obliko določeno drugače. Magistralno zdravilo se ne sme predpisati in izdati na recept, če je na trgu galensko zdravilo v podobni količini ali jakosti, ki je razvrščeno na pozitivno ali vmesno listo zdravil; v tem primeru se izda galensko zdravilo v najboljšem približku količine ali jakosti.

#### 57.a člen

Zavarovana oseba ima pravico do naslednjih vrst živil na recept, ki jih zavod razvrsti na pozitivno ali vmesno listo na podlagi zakona

in splošnega akta zavoda in ji jih na recept predpiše pooblaščen zdravnik:

1. živila s prilagojeno sestavo hranil, ki so namenjena za trajno zdravljenje zavarovanih oseb z vrojenimi motnjami presnove;
2. živila za prehransko podporo, ki so namenjena bolnikom z akutnim poslabšanjem hude kronične bolezni s hudim telesnim izčrpanjem in bolnikom, pri katerih je do takšnega stanja prišlo zaradi neželenih učinkov terapevtskih postopkov, za katere je takšna dopolnilna prehrana potrebna za bistveno izboljšanje kakovosti življenja ali uspeh zdravljenja;
3. živila za otroke z alergijami, ki so namenjena otrokom s hudimi alergijami in drugimi težkimi oblikami intolerance na hrano.

#### 58. člen

(1) Industrijsko proizvedeno ali galensko izdelano zdravilo se predpiše na recept z njegovim splošnim ali z lastniškim imenom, razen v primeru iz drugega odstavka 206. člena pravil.

(2) Imena sestavin magistralnega zdravila se pišejo v skladu s predpisi, ki urejajo predpisovanje in izdajanje zdravil za uporabo v humani medicini, in Seznamom magistralnih zdravil.

(3) Živilo se predpiše na recept z lastniškim imenom.

(4) Na recept se lahko predpišejo naslednje količine zdravila:

1. zdravilo, predpisano pri akutnih stanjih – za največ deset dni;
2. zdravilo, predpisano ob uvedbi novega zdravila – eno, najmanjše pakiranje zdravila, izjemoma v količini, ki zadostuje za enomesečno zdravljenje;
3. zdravilo, predpisano v primeru iz tretje alineje prvega odstavka 202. člena pravil – eno, najmanjše pakiranje zdravila;
4. industrijsko proizvedeno in galensko izdelano zdravilo za dolgotrajno zdravljenje – najmanjšo potrebno količino, vendar največ za trimesečno zdravljenje oziroma do enega leta na obnovljivi recept; če je predpisano več zdravil za dolgotrajno zdravljenje, se lahko obdobje na en recept predpiše dodatna količina posameznega zdravila, tako da se količina vseh predpisanih zdravil za dolgotrajno zdravljenje na letni ravni izravna;
5. magistralno zdravilo – največ za enomesečno zdravljenje, razen, ko rok njegove uporabnosti omogoča predpis za daljše obdobje, vendar ne več kot za trimesečno zdravljenje oziroma do enega leta na obnovljivi recept.

(5) Na recept se lahko predpišejo naslednje količine živila:

1. živila s prilagojeno sestavo hranil – največ za trimesečno zdravljenje oziroma do enega leta na obnovljivi recept;
2. živila za prehransko podporo – največ za enomesečno zdravljenje oziroma do treh mesecev na obnovljivi recept;
3. živila za otroke z alergijami – največ za trimesečno zdravljenje oziroma do enega leta na obnovljivi recept.

#### 59. člen

(1) Na recept ni dovoljeno predpisati naslednjih zdravil:

1. zdravil, ki se uporabljajo med zdravljenjem v bolnišnicah, klinikah in inštitutih;
2. nadomestnih zdravil v primeru izgubljenih ali pozabljenih zdravil ali uničenja stične ali zunanje ovojnine;
3. zdravil za potovanje, ki niso del zdravljenja.

(2) Zdravila iz 1. točke prejšnjega odstavka so vključena v standard zdravstvene storitve, ki ga zagotoviti izvajalec.

(3) Na recept ni dovoljeno predpisati naslednjih magistralnih zdravil:

1. farmacevtskih oblik za peroralno, oralno, dermalno in vaginalno uporabo, ki v svoji sestavi vsebujejo borovo kislino in derivate;
2. mazil, raztopin in emulzij s protimikrobnimi zdravili za lokalno uporabo, če ni v Seznamu magistralnih zdravil določeno drugače;

3. razredčenih industrijsko proizvedenih protimikrobnih zdravil za lokalno uporabo;
4. razredčenih industrijsko proizvedenih zdravil za lokalno uporabo za zdravljenje aken;
5. razredčenih industrijsko proizvedenih glukokortikoidnih zdravil za lokalno uporabo v kombinaciji z eno ali več zdravilnimi učinkovinami;
6. razredčenih industrijsko proizvedenih glukokortikoidnih zdravil za lokalno uporabo z mazilno podlago, ki nima enakega emulzijskega sistema;
7. kombinacij industrijsko proizvedenih glukokortikoidnih zdravil za lokalno uporabo z industrijsko proizvedenimi mazili;
8. tonikov in roboransov;
9. farmacevtskih oblik za zdravljenje kože, če imajo vgrajeno eno ali več naslednjih učinkovin: urotropin, lokalni anestetik, več kot 10 % salicilna kislina, mentol;
10. farmacevtskih oblik, ki so namenjeni za nego kože.

#### 60. člen

- (1) Vrednost zdravila, predpisanega na recept, se določi na podlagi:
1. veljavne cene zdravila, določene v skladu s predpisi, ki urejajo zdravila,
  2. najvišje priznane vrednosti za zdravila iz posamezne skupine medsebojno zamenljivih zdravil in posamezne terapevtske skupine zdravil, določene v skladu s splošnim aktom zavoda, ali
  3. veljavne cene zdravila iz posamezne skupine medsebojno zamenljivih zdravil ali posamezne terapevtske skupine zdravil, če je veljavna cena zdravila nižja od najvišje priznane vrednosti.
- (2) Vrednost živila, predpisanega na recept, se določi na podlagi:
1. cene živila, ki jo dogovori zavod s ponudnikom živil, ali
  2. najvišje priznane vrednosti, ki jo določi zavod za živila iz 2. in 3. točke 57.a člena pravil, ki se razvrščajo na vmesno listo.
- (3) Najvišjo priznano vrednost iz prvega in drugega odstavka tega člena določi upravni odbor zavoda ali po njegovem pooblastilu generalni direktor zavoda na podlagi splošnega akta zavoda.
- (4) Za zdravilo iz 2. točke prvega odstavka tega člena, predpisano na obnovljivi recept, in živilo iz 2. točke drugega odstavka tega člena, predpisano na obnovljivi recept, se upošteva najvišja priznana vrednost, veljavna ob vsaki izdaji zdravila oziroma živila.
- (5) Ne glede na 2. točko prvega odstavka tega člena ima zavarovana oseba v primeru iz drugega in tretjega odstavka 207. člena pravil pravico do zdravila iz posamezne skupine medsebojno zamenljivih zdravil oziroma posamezne terapevtske skupine zdravil v njegovi celotni vrednosti ali v določenem odstotku njegove vrednosti v skladu z razvrstitvijo zdravila na pozitivno ali vmesno listo.
- (6) Če ne gre za primer iz prejšnjega odstavka, se doplača naslednja razlika vrednosti:
- za izdano zdravilo z določeno najvišjo priznano vrednostjo
    - razliko med ceno izdanega zdravila in najvišjo priznano vrednostjo;
  - za izdano zdravilo, predpisano s splošnim imenom, ki nima določene najvišje priznane vrednosti – razliko med ceno izdanega in najcenejšega zdravila.“

#### 25. člen

V 64. členu se prvi odstavek spremeni tako, da se glasi:

“(1) Zavarovana oseba ima pravico do medicinskih pripomočkov, potrebnih za zdravljenje in medicinsko rehabilitacijo. Medicinski pripomočki in natančnejša opredelitev zdravstvenih stanj, pri katerih ima zavarovana oseba pravico do posameznega medicinskega pripomočka, se določijo s splošnim aktom skupščine zavoda s

soglasjem ministra, pristojnega za zdravje. Šifrant vrst medicinskih pripomočkov določi s splošnim aktom upravni odbor zavoda.“

Za prvim odstavkom se dodata nov drugi in tretji odstavek, ki se glasita:

“(2) Zavarovana oseba ima na podlagi naročilnice pravico do medicinskega pripomočka, ki je uvrščen na seznam medicinskih pripomočkov. Seznam medicinskih pripomočkov vsebuje podatke o vrstah medicinskih pripomočkov z zahtevami iz prve in druge alineje drugega odstavka 111. člena pravil ter podatke o pripomočkih (artiklih), ki izpolnjujejo te zahteve. Zavod seznam medicinskih pripomočkov objavi na svoji spletni strani.

(3) Podrobnejšo vsebino seznama medicinskih pripomočkov, postopek in podrobnejša merila za uvrščanje pripomočkov (artiklov) na ta seznam in njihovo izločitev s tega seznama ter postopek ugotavljanja izpolnjevanja zahtev iz prejšnjega odstavka pri posameznem pripomočku (artiklu) se določi s splošnim aktom skupščine zavoda s soglasjem ministra, pristojnega za zdravje.“

Dosedanji drugi odstavek se črta.

Dosedanji tretji odstavek postane četrti odstavek.

#### 26. člen

65. člen se spremeni tako, da se glasi:

“65. člen

(1) Izvajalec iz svojih materialnih stroškov zagotovi zavarovani osebi:

- pripomočke, ki jih potrebuje za opravljanje svoje zdravstvene dejavnosti,
  - naslednje medicinske pripomočke, ki se v tem primeru ne predpisujejo na naročilnico:
    1. standardni voziček na ročni pogon ali standardni voziček za otroka;
    2. otroški tricikel;
    3. sobno dvigalo;
    4. trapez za obračanje;
    5. negovalno posteljo, varovalno posteljno ograjo, posteljno mizico;
    6. prenosni nastavljiv hrbtni naslon;
    7. blazine za preprečevanje preležanin;
    8. toaletni stol;
    9. dvigalo za kopalnico;
    10. nastavek za toaletno školjko;
    11. sedež za kopalno kad;
    12. raztopine in materiale iz sedmega, osmega in devetega odstavka 89. člena pravil;
    13. predloge, hlačne predloge (plenice) za enkratno uporabo ali vpojne in nepropustne hlačke za večkratno uporabo pri bolezenski inkontinenci;
    14. katetre iz prvega, četrtega in petega odstavka 89. člena pravil;
    15. terapevtski valj, žogo, gibalno desko in blazine;
    16. navadna stojka;
    17. bergle;
    18. hodulje;
    19. vakuumski zbiralnik za plevralno drenažo, in
      - pripomočke, ki jih mora zagotavljati v skladu s 105. in 107. členom pravil.
- (2) Ne glede na prejšnji odstavek se zavarovanim osebam v domovih za starejše, drugih splošnih in posebnih socialnih zavodih in zavodih za usposabljanje zagotovijo pripomočki iz 13. točke druge alineje prejšnjega odstavka pri dobaviteljih na podlagi izdane naročilnice.

(3) Ne glede na prvi odstavek tega člena izvajalec iz svojih materialnih stroškov ne zagotavlja medicinskih pripomočkov iz četrtega odstavka 212. člena pravil.

## 27. člen

V 66. členu se prvi odstavek spremeni tako, da se glasi:

“(1) Pravica do medicinskih pripomočkov vključuje redno vzdrževanje in popravila naslednjih medicinskih pripomočkov:

1. protez;
2. ortoz;
3. vozičkov na ročni pogon, vozičkov na elektromotorni pogon, dodatkov za vozičke, počivalnikov, prenosnih posebnih sedežev, električnega skuterja;
4. koncentratorja kisika, aparata za vzdrževanje stalnega pritiska v dihalnih poteh, aparata za mehanično ventilacijo, aparata za podporo dihanja s pozitivnim tlakom ob vdihu in izdihu;
5. Braillovega pisalnega stroja, predvajalnika zvočnih zapisov, Brajeve vrstice;
6. za- in v-ušesnih slušnih aparatov, aparatov za kostno prevodnost, žepnih aparatov, aparatov za omogočanje glasnega govora, aparatov za boljše sporazumevanje, zunanjih delov za polžev vsadek in kostno vsidranega slušnega aparata.”

Za prvim odstavkom se dodajo novi drugi do peti odstavek, ki se glasijo:

“(2) Redno vzdrževanje so zamenjave delov potrošnega značaja in storitve, ki jih je treba izvesti v določenem obdobju v skladu z navodili proizvajalca, ali če je to potrebno zaradi zagotavljanja uporabe medicinskega pripomočka v skladu z namenom, kot ga je določil proizvajalec. Popravilo so zamenjave delov, ki ne zagotavljajo več funkcionalne ustreznosti medicinskega pripomočka in storitve, povezane z zamenjavo teh delov.

(3) V času trajnostne dobe oziroma do prejema novega medicinskega pripomočka skupni stroški popravil medicinskega pripomočka oziroma pripomočka (artikla) v breme obveznega zavarovanja znašajo največ 50 % cene, ki je bila za medicinski pripomoček oziroma pripomoček (artikel) krita iz obveznega zavarovanja. Ob smiselno enakih pogojih iz prejšnjega stavka tudi skupni stroški vzdrževanja znašajo največ 50 % cene. Ne glede na prvi stavek lahko skupni stroški popravil pri protezah v času trajnostne dobe oziroma do prejema nove proteze znašajo največ 70 % cene proteze, ki je bila krita iz obveznega zavarovanja, če je za zagotavljanje nadaljnje funkcionalne ustreznosti proteze treba zamenjati dele, katerih garancijska doba je vsaj 12 mesecev.

(4) Zavod zagotavlja redno vzdrževanje in popravila po izteku garancijske dobe za tisti izdani medicinski pripomoček oziroma pripomoček (artikel) v okviru iste vrste medicinskega pripomočka, ki ga je zavarovana oseba nazadnje prejela v breme obveznega zavarovanja.

(5) Zavarovana oseba plača stroške popravil medicinskega pripomočka oziroma pripomočka (artikla), ki so potrebna, če ni ravnala v skladu z navodili za uporabo medicinskega pripomočka, kot je to določil proizvajalec.”

Dosedanji drugi odstavek se črta.

Dosedanji tretji odstavek postane šesti odstavek.

V dosedanjem četrtem odstavku, ki postane sedmi odstavek, se besedilo “Lekarna ali pravna ali fizična oseba, ki opravlja promet z medicinskimi pripomočki na drobno v specializirani prodajalni” nadomesti z besedilom “Dobavitelj”.

## 28. člen

V 70. členu se v četrtem odstavku za besedo “odbor” doda beseda “zavoda”.

## 29. člen

V 74. členu se beseda “ohranjene” nadomesti z besedo “ohranjeni”.

## 30. člen

V 75. členu se 5. in 6. točka črtata.

## 31. člen

Naslov poglavja “V/3 Pravica do pripomočkov za vid” se spremeni tako, da se glasi: “V/3 Pravica do medicinskih pripomočkov za izboljšanje vida in do medicinskih pripomočkov za slepoto in slabovidnost”.

## 32. člen

V 79. členu se:

- v 1. točki v drugi alineji beseda “pri” črta;
- v 2. točki besedi “zavarovana oseba” črtata.

## 33. člen

V 81. členu se za besedama “otroci do” doda beseda “vključno”.

## 34. člen

V 84. členu se v 4. točki prvega odstavka:

- beseda “odstotkov” nadomesti z znakom “ %”;
- pika nadomesti s podpičjem in dodata novi 5. in 6. točka, ki se glasita:

“5. bele palice za slepe;

6. ultrazvočne palice, če je hkrati slepa in gluha.”

## 35. člen

V naslovu poglavja “V/4. Pravica do pripomočkov za sluh in govor” se pred besedo “pripomočkov” doda beseda “medicinskih”.

## 36. člen

V 89. členu se v prvem odstavku v napovednem stavku besedilo “glede na svoje zdravstveno stanje” in beseda “tudi” črtata.

V tretjem odstavku se v 5. točki beseda “filter”, obakrat, nadomesti z besedo “filtra”.

V sedmem in osmem odstavku se besedilo “izvajajo njeni svojci ali sama” nadomesti z besedilom “izvaja sama ali oseba, ki skrbi za njo”.

V osmem odstavku se drugi stavek črta.

Za devetim odstavkom se doda nov deseti odstavek, ki se glasi:

“(10) Zavarovana oseba je v času zdravljenja na domu upravičena do vakuumskih zbiralnikov za plevralno drenažo, kadar je vodilni zdravstveni problem maligni plevralni izliv, če ni mogoče pozdraviti vzroka za plevralni izliv tudi s poskusom plevrodeze in če ima vstavljen kateter za trajno plevralno drenažo s priključkom za vakuumski zbiralnik.”

## 37. člen

V 91. členu se v drugem odstavku v 1. točki številka “15” nadomesti s številko “18”.

V četrtem odstavku se besedilo “v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja” črta.

## 38. člen

V 92. členu se drugi odstavek črta.

## 39. člen

V 95. členu se:

- v prvem stavku petega odstavka besedi “Zavarovane osebe” nadomestita z besedama “Zavarovana oseba” in beseda “uveljavijo” z besedo “uveljavi”;

- v drugem stavku petega odstavka beseda “enega” nadomesti z besedo “eno”.

Za petim odstavkom se dodajo novi šesti do dvanajsti odstavki, ki se glasijo:

“(6) Zavarovana oseba s kronično kompenzirano respiracijsko acidozo v budnosti, ko je pCO<sub>2</sub> večji ali enak 6kPa, pri kateri zdravljenje s pomočjo aparata za vzdrževanje stalnega pritiska v dihalnih poteh (CPAP) zaradi zahtev po tlakih, ki so višji od 18 cm H<sub>2</sub>O ali zaradi pridruženih boleznih in stanj, ni uspešno, je upravičena do aparata za podporo dihanju s pozitivnim tlakom pri vdihu in izdihu (BIPAP).

(7) Zavarovana oseba, ki se zdravi zaradi boleznih pljuč v okviru cistične fibroze, je upravičena do električnega masatorja pljuč.

(8) Do medicinskega pripomočka za izkašljevanje, ki ustvari oscilacijske in vibracijske pritiske ob izdihu – resonanco v dihalnih poteh (flutter), je upravičen otrok, ki se zdravi zaradi kronične gnojne pljučne bolezni in odrasla zavarovana oseba, ki je za kronično gnojno pljučno boleznijo zbolela pred dopolnjenim 18. letom starosti in se zdravljenje nadaljuje v odraslo dobo.

(9) Otrok do petega leta starosti, ki se zdravi zaradi gnojne pljučne bolezni v okviru cistične fibroze, je upravičen do medicinskega pripomočka za vzdrževanje pozitivnega tlaka med izdihom (PEEP valvula) z masko.

(10) Zavarovana oseba je upravičena do dihalnega balona (ambu), če se na domu zdravi zaradi kronične dihalne odpovedi, ima trajno traheostomo, je trajno odvisna od mehanične ventilacije pljuč in je oseba, ki zanjo skrbi, usposobljena za uporabo dihalnega balona (ambu), če:

- bi morebitna okvara aparata za mehanično predihavanje pljuč zahtevala takojšnje izvajanje temeljnih postopkov oživljanja ali
- je dihalni balon potreben za nego traheostome in toaleta spodnjih dihalnih poti.

(11) Otrok do petega leta starosti z boleznijo pljuč, ki ima traheostomo, je upravičen do dihalnega balona (ambu), če je oseba, ki zanjo skrbi na domu, usposobljena za uporabo dihalnega balona (ambu).

(12) Do pulznega oksimetra s pripadajočimi senzorji je:

- upravičen otrok, ki se zdravi zaradi kronične dihalne odpovedi in
- upravičena odrasla zavarovana oseba, če je v otroški dobi zbolela za kronično dihalno odpovedjo in se zdravljenje nadaljuje v odraslo dobo,

če se trajno zdravi s kisikom na domu ali je trajno odvisna od mehanične ventilacije na domu in če se je oseba, ki za tako zavarovano osebo skrbi, na podlagi rezultatov meritev sposobna odločiti glede nadaljnjih postopkov zdravljenja.”

#### 40. člen

V naslovu poglavja “V/6. Pripomočki, ki jih zavarovane osebe dobijo v izposoji” se beseda “Pripomočki” nadomesti z besedama “Medicinski pripomočki”.

#### 41. člen

V 97. členu se:

- v 11. točki beseda “hodulja” nadomesti z besedo “hoduljo”;
- v 13. točki besedi “negovalna postelja” nadomestita z besedama “negovalno posteljo”;
- v 14. točki besedi “posteljna mizica” nadomesti z besedama “posteljno mizico”;
- v 17. točki pika nadomesti s podpičjem in dodajo nove 18. do 20. točka, ki se glasijo:
  - “18. počivalnik – serijsko izdelan;
  - 19. aparat za podporo dihanju s pozitivnim tlakom ob vdihu in izdihu (BIPAP);

- 20. pulzni oksimeter.”

Drugi odstavek se črta.

#### 42. člen

98. člen se spremeni tako, da se glasi:

“98. člen

(1) Dobavitelji, ki izposojajo medicinske pripomočke iz prejšnjega člena:

- nabavljajo nove medicinske pripomočke;
- zbirajo od zavarovanih oseb rabljene medicinske pripomočke;
- medicinske pripomočke vzdržujejo, popravljajo, očistijo in usposablajo za nadaljnjo uporabo;
- zagotavljajo v pogodbeno določenem roku garancijo za medicinske pripomočke.

(2) Izposoji medicinskih pripomočkov lahko organizira tudi zavod, če za določeno območje ni mogoče skleniti pogodbe o njihovi izposoji z dobaviteljem ali če je to za zavod ekonomsko smotrnejše.

(3) Dobavitelj ob izposoji medicinskega pripomočka izroči zavarovani osebi navodilo za uporabo in vzdrževanje medicinskega pripomočka in navodilo o kraju servisiranja medicinskega pripomočka.

(4) Medicinski pripomočki iz prejšnjega člena so last dobavitelja, ki jih izposoja.”

#### 43. člen

100. člen se spremeni tako, da se glasi:

“100. člen

(1) Zavarovana oseba vrne izposojeni medicinski pripomoček dobavitelju:

- ko izteče čas, določen za izposoji;
- če zavarovana oseba biva v zavodu iz 2. točke prvega odstavka 36. člena pravil in mora pripomoček zagotoviti tak zavod;
- če ga ne potrebuje več;
- če je zaradi anatomskih oziroma funkcionalnih sprememb postal neuporaben.

(2) Če zavarovana oseba umre, izposojeni medicinski pripomoček dobavitelju vrne oseba, ki je skrbela za zavarovano osebo, ali izvajalec, pri katerem je ta bivala pred smrtjo.”

#### 44. člen

V 102. členu se v tretjem odstavku:

- v 5. točki besedilo “slušne pripomočke ter pripomočke” nadomesti z besedilom “medicinske pripomočke za sluh ter medicinske pripomočke”;
- v 7. točki besedilo “iz obveznega zavarovanja” črta.

#### 45. člen

V 103. členu se v osmi alineji drugega odstavka beseda “medicinske” črta.

#### 46. člen

V 105. členu se:

- v prvem odstavku drugi stavek črta;
- v drugem odstavku besedilo “z normativi kadrov” črta.

#### 47. člen

V 107. členu se 2. točka spremeni tako, da se glasi:

“2. pripomočki, ki jih izvajalci uporabljajo pri diagnostiki, zdravljenju, zdravstveni negi v zavodih in rehabilitaciji.”

#### 48. člen

V 110. členu se drugi odstavek črta.

#### 49. člen

V 111. členu se prvi odstavek spremeni tako, da se glasi:

“(1) Standardi pri medicinskih pripomočkih so tiste zahteve, ki zagotavljajo funkcionalno ustreznost medicinskega pripomočka glede na določena zdravstvena stanja iz prvega odstavka 64. člena pravil in glede na njegovo vrednost iz 113. člena pravil.”

Tretji in četrti odstavek se spremenita tako, da se glasita:

“(3) Zahteve iz prve in druge alinee prejšnjega odstavka za posamezne vrste medicinskih pripomočkov določi s splošnimi akti skupščina zavoda s soglasjem ministra, pristojnega za zdravje.

(4) Posebne strokovne komisije pripravijo predlog zahtev iz prejšnjega odstavka in ugotavljajo njihovo izpolnjevanje pri pripomočku (artiklu) v skladu s postopkom iz tretjega odstavka 64. člena pravil.”

Peti odstavek se črta.

#### 50. člen

V 112. členu se v 3. točki prvega odstavka beseda “zavoda” nadomesti z besedilom “upravni odbor zavoda ali po njegovem pooblastilu generalni direktor zavoda”.

#### 51. člen

113. člen se spremeni tako, da se glasi:

“113. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do medicinskega pripomočka v njegovi celotni vrednosti ali v določenem odstotku njegove vrednosti na podlagi:

- cenovnega standarda;
- najvišje priznane cene;
- pogodbene cene;
- dnevne izposojnine z enkratnim pavšalnim zneskom,

kar upravni odbor zavoda določi na podlagi izhodišč, določenih s splošnim aktom skupščine zavoda iz drugega odstavka 64. člena zakona, razen pogodbene cene in primera iz šestega odstavka tega člena.

(2) Cenovni standard se lahko določi za posamezne vrste medicinskih pripomočkov in vključuje v pravilih določeno obvezno kritje stroškov, ki jih plača zavarovana oseba.

(3) Najvišja priznana cena se lahko določi v okviru cenovnega standarda za en pripomoček (artikel) ali več pripomočkov (artiklov).

(4) Pogodbena cena se dogovori za posamezne vrste medicinskih pripomočkov oziroma za pripomočke (artikle), za katere ni določen cenovni standard.

(5) Dnevna izposojnina se določi za medicinske pripomočke iz 97. člena pravil, razen v tistih primerih, ko to za zavod ni ekonomsko upravičeno. V okviru dnevne izposojnine zagotavlja dobavitelj zavarovani osebi ustrezne medicinske pripomočke v skladu z zahtevami pooblaščenega zdravnika, vsa vzdrževanja in popravila ter druge naloge, potrebne za ponovno usposobitev medicinskega pripomočka za drugo zavarovano osebo.

(6) Če medicinski pripomoček iz drugega, tretjega, četrtega ali petega odstavka tega člena glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe ne zagotavlja funkcionalne ustreznosti, ima zavarovana oseba na podlagi predhodne potrditve zavoda pravico do medicinskega pripomočka z enakim namenom uporabe in enakimi lastnostmi, ki je funkcionalno ustrezen in najcenejši.

(7) Zavarovana oseba ima pravico do pripomočka (artikla), ki ga uporablja na dan uveljavitve prvega oziroma novega cenovnega standarda, prve oziroma nove najvišje priznane cene, pogodbene cene ali dnevne izposojnine, do prve izdaje pripomočka (artikla), vendar najdlje tri mesece od uveljavitve njegove prve oziroma nove vrednosti. Zavarovana oseba, ki uporablja pripomoček (artikel), katerega funkcija je dosežena z uporabo drugega pripomočka (artikla), ima po izteku roka iz prejšnjega stavka pravico do obeh pripomočkov (artiklov).“

#### 52. člen

V naslovu poglavja “VIII. TRAJNOSTNE DOBE PRIPOMOČKOV IN ZOBOZDRAVSTVENIH STORITEV” se pred besedo “PRIPOMOČKOV” doda beseda “MEDICINSKIH”.

#### 53. člen

V 114. členu se v prvem odstavku beseda “pripomoček” v vseh sklonih in številah nadomesti z besedilom “medicinski pripomoček” v ustreznem sklonu in številu.

V drugem odstavku se:

- beseda “pripomočkov” nadomesti z besedama “medicinskih pripomočkov”;
- za besedo “znašajo” doda beseda “najmanj”.

V tretjem odstavku se:

- beseda “pripomočkov” nadomesti z besedama “medicinskih pripomočkov”;
- pika črta in dodajo nove 58. do 64. točko, ki se glasijo:
  - “58. aparat za podporo dihanju s pozitivnim tlakom ob vdihu in izdihu (BIPAP) 2 leti
  - 59. električni masator pljuč 8 let
  - 60. medicinski pripomoček za izkašljevanje (flutter) 5 let
  - 61. dihalni balon (ambu) 7 let
  - 62. pulzni oksimeter 18 mesecev
  - 63. senzor za pulzni oksimeter za večkratno uporabo 12 mesecev
  - 64. pri otroku do dopolnjenega tretjega leta največ tri senzorje za pulzni oksimeter za lepljenje na kožo na mesec.”.

#### 54. člen

V 115. členu se:

- v napovednem stavku besedilo “zavarovane osebe, in zato zanje trajnostna doba ni določena” črta;
- pika nadomesti z vejico in doda nova 4. točka, ki se glasi: “4. medicinski pripomoček za vzdrževanje pozitivnega tlaka med izdihom (PEEP valvula).“.

#### 55. člen

V 116. členu se v prvem odstavku pred besedo “pripomočkov” doda beseda “medicinskih”.

V drugem odstavku se pred besedo “pripomočke” doda beseda “medicinske”.

V petem odstavku se pred besedo “pripomočke” doda beseda “medicinske”.

Za šestim odstavkom se doda nov sedmi odstavek, ki se glasi:

“(7) Zavarovana oseba je pri malignem plevralnem izlivu upravičena do največ dveh vakuumskih zbiralnikov za plevralno drenažo za obdobje enega tedna. Pooblaščen zdravnik jih lahko predpiše največ deset naenkrat.”.

V dosedanjem sedmem odstavku, ki postane osmi, se beseda "pripomočkov" v vseh sklonih nadomesti z besedilom "medicinskih pripomočkov" v ustreznem sklonu in pred besedo "stanjih" doda beseda "zdravstvenih".

### 56. člen

V 117. členu se v napovednem stavku besedilo "pripomočkov za vid" nadomesti z besedilom "medicinskih pripomočkov za izboljšanje vida in medicinskih pripomočkov za slepoto in slabovidnost".

### 57. člen

V 120. členu se v prvem odstavku pred besedo "pripomočka" doda beseda "medicinskega".

Drugi odstavek se črta.

### 58. člen

V 123. členu se v prvem in drugem odstavku beseda "pripomoček" v vseh sklonih nadomesti z besedama "medicinski pripomoček" v ustreznem sklonu.

### 59. člen

V 124. členu se pred besedo "pripomočka" doda beseda "medicinskega".

### 60. člen

V 125. členu se:

- v 1. točki besedilo "slušne pripomočke" nadomesti z besedilom "medicinske pripomočke za sluh";
- v 2. točki pred besedo "pripomočke" doda beseda "medicinske".

### 61. člen

Naslov poglavja "XI. PRAVICE ZAVAROVANIH OSEB DO ZDRAVLJENJA V TUJINI" in 135. člen se spremenita tako, da se glasita:

"XI. PRAVICA DO ZDRAVLJENJA V TUJINI

135. člen

Zavarovana oseba ima pravico do zdravljenja v tujini v skladu z zakonom in s splošnimi akti zavoda."

### 62. člen

Za 135. členom se dodajo novi 135.a, 135.b, 135.c, 135.d, 135.e in 135.f člen, ki se glasijo:

"135.a člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do pregleda, preiskave ali zdravljenja v tujini oziroma do povračila stroškov teh storitev, če so v Republiki Sloveniji izčrpane možnosti zdravljenja, s pregledom, preiskavo ali z zdravljenjem v tujini pa je utemeljeno pričakovati ozdravitev ali izboljšanje ali preprečitev nadaljnega slabšanja zdravstvenega stanja.

(2) Če pravico iz prejšnjega odstavka uveljavlja zavarovana oseba, ki še ni dopolnila 18 let, ima na potovanju in med pregledom, preiskavo ali zdravljenjem v tujini pravico do spremstva.

(3) Stroški zdravstvenih storitev iz prvega odstavka tega člena se zavarovani osebi povrnejo v višini dejanskih stroškov teh storitev v državi, v kateri so bile uveljavljene.

135.b člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do pregleda, preiskave ali zdravljenja v državi članici Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora in Švicarski konfederaciji, oziroma do povračila stroškov teh storitev:

- če ji je bila pri vpisu v čakalni seznam izvajalca določena čakalna doba, ki presega najdaljšo dopustno čakalno dobo in zdravstvene storitve ni mogoče uveljaviti v okviru najdaljših dopustnih čakalnih dob pri vsaj enem izvajalcu;
- če ji je bila pri vpisu v čakalni seznam izvajalca določena čakalna doba, ki ne presega najdaljše dopustne čakalne dobe, presega pa razumen čas in zdravstvene storitve ni mogoče uveljaviti v razumnem času pri vsaj enem izvajalcu.

(2) Če pravico iz prejšnjega odstavka uveljavlja zavarovana oseba, ki še ni dopolnila 18 let, ima na potovanju in med pregledom, preiskavo ali zdravljenjem v državi članici Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora in Švicarski konfederaciji, pravico do spremstva.

(3) Če je predmet odobritve zdravljenja iz prvega odstavka tega člena izdelava zobno-protetičnih nadomestkov, zavod v postopku odobritve zdravljenja odloči o pravici do zobno-protetičnih nadomestkov tudi ob upoštevanju 188. člena pravil.

(4) Če je predmet povračila stroškov zdravstvenih storitev iz prvega odstavka tega člena izdelava zobno-protetičnih nadomestkov, pred njihovo izdelavo ni treba zahtevati potrditev zavoda iz 188. člena pravil. Če predhodna potrditev zavoda iz prejšnjega stavka ni bila zahtevana, zavod v postopku odločanja o povračilu stroškov zdravstvenih storitev odloči o pravici do zobno-protetičnih nadomestkov tudi ob upoštevanju 188. člena pravil.

(5) Stroški zdravstvenih storitev iz prvega odstavka tega člena se zavarovani osebi povrnejo v višini dejanskih stroškov, vendar ne več kot znašajo stroški teh storitev v javni zdravstveni mreži v državi, v kateri so bile uveljavljene.

135.c člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov zdravstvenih storitev, ki so pravica in jih uveljavi v drugi državi članici Evropske unije:

- na podlagi napotnice osebnega zdravnika ali napotnega zdravnika v Republiki Sloveniji do bolnišničnih in specialistično ambulantnih zdravstvenih storitev, pri čemer napotnica ni potrebna za specialistično ambulantne zdravstvene storitve, ki jih zavarovana oseba lahko uveljavi pri izvajalcih brez napotnice;
- na podlagi odločbe zavoda o predhodni odobritvi;
- na podlagi odločbe zavoda o odobritvi zdraviliškega zdravljenja;
- na podlagi odločbe zavoda o upravičenosti do medicinskega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe ali o pravici do zahtevnejšega medicinskega pripomočka;
- na podlagi naročilnice ali naročilnice EU;
- na podlagi recepta ali receptnega obrazca.

(2) Zavarovana oseba ni upravičena do povračila stroškov iz tretjega odstavka 44.c člena zakona.

(3) Predhodna odobritev zavoda iz druge alineje prvega odstavka tega člena je pogoj za uveljavljanje pravice do povračila stroškov zdravstvenih storitev iz drugega odstavka 44.c člena zakona in se zavrne v primerih iz četrtega odstavka 44.c člena zakona.

(4) Če so v primeru zdravstvenih storitev, za katere se zahteva predhodna odobritev zavoda iz prejšnjega odstavka, hkrati izpolnjeni pogoji za uveljavljanje pravice na podlagi prejšnjega in tega člena, se uporabijo določbe prejšnjega člena, razen, če zavarovana oseba izrecno izjavi, da pravico uveljavlja na podlagi tega člena.

(5) Če je predmet povračila stroškov zdravstvenih storitev iz prve alineje prvega odstavka tega člena izdelava zobno-protetičnih nadomestkov pri specialistu protetiku, pred njihovo izdelavo ni treba zahtevati potrditev zavoda iz 188. člena pravil. Če predhodna potrditev zavoda iz prejšnjega stavka ni bila zahtevana, zavod v

postopku odločanja o povračilu stroškov zdravstvenih storitev odloči o pravici do zobno-protetičnih nadomestkov tudi ob upoštevanju 188. člena pravil.

(6) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov zdraviliškega zdravljenja, ki je bilo izvedeno v drugi državi članici Evropske unije na podlagi odločbe zavoda o odobritvi zdraviliškega zdravljenja, ki jo zavod izda na predlog pooblaščenega zdravnika, če je bilo zdraviliško zdravljenje izvedeno v skladu s to odločbo zavoda, razen v delu, ki določa naziv zdravilišča v Republiki Sloveniji.

(7) Stroški zdravstvene storitve iz prvega odstavka tega člena se zavarovani osebi povrnejo v višini povprečne cene teh storitev v Republiki Sloveniji oziroma do višine iz osmega odstavka 135.d člena ali petega odstavka 135.e člena pravil, vendar ne več, kot znašajo dejanski stroški.

#### 135.d člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov cene medicinskega pripomočka, če je kupljen v drugi državi članici Evropske unije na podlagi naročilnice.

(2) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov cene medicinskega pripomočka, če je kupljen v Republiki Sloveniji ali v drugi državi članici Evropske unije na podlagi naročilnice EU.

(3) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov cene medicinskega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe in zahtevnejšega medicinskega pripomočka, če je kupljen v drugi državi članici Evropske unije na podlagi odločbe zavoda o upravičenosti do medicinskega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe ali o pravici do zahtevnejšega medicinskega pripomočka, ki se izda na predlog pooblaščenega zdravnika ali na zahtevo, ki se jo vložijo na podlagi naročilnice EU.

(4) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov cene medicinskega pripomočka s seznama zdravstvenih storitev iz sedmega odstavka 44.c člena zakona, če je kupljen v drugi državi članici Evropske unije na podlagi naročilnice ali naročilnice EU in je bila pred nakupom izdana odločba zavoda o predhodni odobritvi povračila stroškov cene medicinskega pripomočka. Odločba zavoda o predhodni odobritvi povračila stroškov cene medicinskega pripomočka se izda:

- na zahtevo, ki jo je treba vložiti v 30 dneh od izdaje naročilnice ali naročilnice EU ali odločbe iz prejšnjega odstavka, na podlagi katere se zahteva predhodna odobritev zavoda;
- na zahtevo, ki se jo poda v predlogu pooblaščenega zdravnika ali v zahtevi iz prejšnjega odstavka, če se v tem predlogu oziroma zahtevi sočasno zahteva predhodna odobritev zavoda iz tega odstavka.

(5) V primeru iz tretjega in četrtega odstavka tega člena si lahko zavarovana oseba nabavi medicinski pripomoček pri dobavitelju na podlagi potrdila o upravičenosti do medicinskega pripomočka, ki ga zavod izda ob izdaji odločbe iz tretjega oziroma četrtega odstavka tega člena.

(6) V primeru iz prvega, drugega, tretjega in četrtega odstavka tega člena pred nakupom medicinskega pripomočka ni treba zahtevati predhodne potrditve zavoda iz šestega odstavka 113. člena pravil. Če predhodna potrditev zavoda iz prejšnjega stavka ni bila zahtevana, zavod odloči o pravici do medicinskega pripomočka iz šestega odstavka 113. člena pravil v postopku odločanja o povračilu stroškov cene medicinskega pripomočka.

(7) V primeru iz prvega, drugega, tretjega, četrtega in petega odstavka tega člena mora biti medicinski pripomoček kupljen v 30 dneh oziroma v 120 dneh, če gre za medicinski pripomoček, ki je individualno izdelan za zavarovano osebo ali za medicinski

pripomoček iz četrtega odstavka 212. člena pravil. Rok iz prejšnjega stavka začne teči:

- od izdaje naročilnice ali naročilnice EU;
- od dokončnosti odločitve zavoda iz tretjega oziroma četrtega odstavka tega člena.

(8) Stroški cene medicinskega pripomočka iz prvega, drugega, tretjega in četrtega odstavka tega člena se zavarovani osebi povrnejo do višine iz drugega, tretjega, četrtega oziroma šestega odstavka 113. člena pravil, vendar ne več, kot znašajo dejanski stroški.

#### 135.e člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov vrednosti zdravila in živila, če je kupljeno v drugi državi članici Evropske unije na podlagi recepta oziroma na podlagi recepta, ki ga je potrdil zavod, če je za zdravilo, predpisano na recept, uvedeno potrjevanje na podlagi šestega odstavka 202. člena pravil.

(2) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov vrednosti zdravila in živila, če je kupljeno v Republiki Sloveniji ali drugi državi članici Evropske unije na podlagi receptnega obrazca oziroma na podlagi receptnega obrazca, ki ga je potrdil zavod, če je za zdravilo, predpisano na receptni obrazec, uvedeno potrjevanje na podlagi šestega odstavka 202. člena pravil.

(3) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov vrednosti zdravila in živila s seznama zdravstvenih storitev iz sedmega odstavka 44.c člena zakona, če je kupljeno na podlagi recepta v drugi državi članici Evropske unije ali na podlagi receptnega obrazca v Republiki Sloveniji ali drugi državi članici Evropske unije in je bila pred nakupom na podlagi tega recepta oziroma receptnega obrazca izdana odločba zavoda o predhodni odobritvi povračila stroškov vrednosti zdravila in živila. Če je za zdravilo, predpisano na recept oziroma receptni obrazec, ki je podlaga za izdajo odločbe iz prejšnjega stavka, uvedeno potrjevanje na podlagi šestega odstavka 202. člena pravil, se šteje, da ga je zavod potrdil z izdajo te odločbe. Odločba zavoda o predhodni odobritvi povračila stroškov vrednosti zdravila in živila se izda na zahtevo, ki jo je treba vložiti v 30 dneh od predpisa recepta oziroma receptnega obrazca, na podlagi katerega se zahteva predhodna odobritev zavoda. V primeru vložene zahteve iz prejšnjega stavka mora biti recept oziroma receptni obrazec predložen lekarni v 30 dneh od dokončnosti odločitve zavoda o predhodni odobritvi.

(4) V primeru iz prvega, drugega in tretjega odstavka tega člena mora biti zdravilo oziroma živilo predpisano na recept oziroma receptni obrazec in izdano v skladu s splošnimi akti zavoda.

(5) Stroški vrednosti zdravila in živila iz prvega, drugega in tretjega odstavka tega člena se zavarovani osebi povrnejo do višine iz 60. člena pravil, vendar ne več, kot znašajo dejanski stroški.

#### 135.f člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov vrednosti zdravila in živila, če je kupljeno v tujini na podlagi recepta, na zadnji strani katerega je potrdilo farmacevta v lekarni iz Republike Slovenije, da ji v Republiki Sloveniji ni bilo mogoče izdati zdravila oziroma živila zaradi motnje v njegovi preskrbi na trgu Republike Slovenije, ki ga mora zavod potrditi pred nakupom zdravila, če je za zdravilo, predpisano na recept, uvedeno potrjevanje na podlagi šestega odstavka 202. člena pravil.

(2) V primeru iz prejšnjega odstavka mora biti zdravilo oziroma živilo predpisano na recept in izdano v skladu s splošnimi akti zavoda.

(3) Stroški vrednosti zdravila in živila iz prvega odstavka tega člena se zavarovani osebi povrnejo do višine dejanskih stroškov v državi, v kateri je kupljeno."



**63. člen**

136. člen se spremeni tako, da se glasi:

“136. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov zdravstvene storitve oploditve z biomedicinsko pomočjo z darovanimi celicami, ki jo uveljavi v tujini.

(2) Stroški zdravstvene storitve iz prejšnjega odstavka se zavarovani osebi povrnejo v višini povprečne cene te storitve v Republiki Sloveniji, vendar ne več, kot znašajo dejanski stroški.”

**64. člen**

V 137. členu se v 4. točki prvega odstavka beseda “zdravstvenega” črta.

**65. člen**

V 138. členu se v šestem odstavku besedilo “iz tretjega odstavka 135. člena pravil” nadomesti z besedilom “iz drugega odstavka 135.a ali drugega odstavka 135.b člena pravil”.

**66. člen**

139. člen se spremeni tako, da se glasi:

“139. člen

(1) Višina nadomestila plače je odvisna od osnove za nadomestilo, vzroka za začasno zadržanost od dela in načina valorizacije.

(2) Nadomestilo plače za prvih 90 dni zadržanosti od dela znaša:

1. 100 % osnove ob zadržanosti od dela zaradi poklicne bolezni, poškodbe pri delu in darovanja krvi;
2. 90 % osnove v primerih presaditve živega tkiva in organov v korist druge osebe, posledic dajanja krvi in izolacije;
3. 80 % osnove ob zadržanosti od dela zaradi bolezni, nege ožjega družinskega člana ter v primerih odsotnosti zaradi razlogov iz drugega in tretjega odstavka 40. člena pravil;
4. 70 % osnove ob zadržanosti od dela zaradi poškodb izven dela in spremstva;
5. 90 % osnove v vseh primerih zadržanosti od dela, če gre za vojaške invalide in civilne invalide vojne, razen v primeru zadržanosti od dela zaradi poklicne bolezni, poškodbe pri delu in nege ožjega družinskega člana, ko nadomestilo znaša 100 % osnove.

(3) Nadomestilo plače po preteku 90 dni zadržanosti od dela znaša:

1. 100 % osnove ob zadržanosti od dela zaradi poklicne bolezni, poškodbe pri delu, presaditve živega tkiva in organov v korist druge osebe, darovanja krvi, posledic dajanja krvi in izolacije;
2. 90 % osnove ob zadržanosti od dela zaradi bolezni;
3. 80 % osnove ob zadržanosti od dela zaradi poškodb izven dela, nege ožjega družinskega člana in spremstva ter v primerih odsotnosti zaradi razlogov iz drugega in tretjega odstavka 40. člena pravil;
4. 100 % osnove v vseh primerih zadržanosti od dela, če gre za vojaške invalide in civilne invalide vojne.”

**67. člen**

V 141. členu se v prvem odstavku pika nadomesti s podpičjem in doda nova 8. točka, ki se glasi:

“8. osnove za plačevanje prispevkov iz drugega in tretjega odstavka 55.a člena zakona.”

V drugem odstavku se beseda “zdravstvenega” črta.

**68. člen**

V 153. členu se v drugem odstavku besedilo “iz obveznega zavarovanja” črta.

**69. člen**

V 155. členu se besedilo “iz prvega ali drugega odstavka 135. člena pravil” nadomesti z besedilom “iz prvega odstavka 135.a ali prvega odstavka 135.b člena pravil”.

**70. člen**

V 156. členu se v prvem in drugem stavku tretjega odstavka in v četrtem odstavku besedilo “iz prvega odstavka 135. člena pravil” nadomesti z besedilom “iz prvega odstavka 135.a ali prvega odstavka 135.b člena pravil”.

**71. člen**

V 157. členu se besedilo “do zdravstvenih storitev” črta.

**72. člen**

V 158. členu se drugi odstavek spremeni tako, da se glasi:

“(2) Zavarovane osebe uveljavljajo pravico do zdravljenja v tujini v skladu z zakonom in s splošnimi akti zavoda.”

V tretjem odstavku se besedilo “na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja” črta.

V četrtem odstavku se besedilo “iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja” nadomesti z besedilom “, ki so pravica”.

**73. člen**

V 160. členu se v prvem stavku tretjega odstavka pika nadomesti z vejico in doda besedilo “razen fizioterapevtskih storitev.”

**74. člen**

V 161. členu se v drugem odstavku besedilo “Osebni zdravnik za zavarovane osebe do dopolnjenega 19. leta starosti” nadomesti z besedilom “Osebni otroški zdravnik”.

**75. člen**

V 166. členu se v drugem odstavku za besedo “Osebni” doda beseda “otroški”.

**76. člen**

V 169. členu se:

- v 1. točki beseda “zdravnika” nadomesti z besedama “osebnega zdravnika”;
- v 4. točki beseda “Ministrstvo” nadomesti z besedo “ministrstvo” in beseda “zdravnika” z besedama “osebnega zdravnika”.

**77. člen**

V 170. členu se v drugem odstavku:

- besedilo “169.” nadomesti z besedo “prejšnjega”;
- besedilo “, opredeljen v 1. točki tega člena” z besedilom “iz prejšnjega odstavka”.

V tretjem odstavku se:

- besedilo “169.” nadomesti z besedo “prejšnjega”;
- v prvem in drugem stavku beseda “zdravnik”, obkrajeno, nadomesti z besedama “osebni zdravnik”.

**78. člen**

V 172. členu se v drugem odstavku tretji stavek spremeni tako, da se glasi:

“Osebni otroški zdravnik – zdravnik specialist splošne (družinske) medicine praviloma pooblasti najbližjega zdravnika specialista pediatra ali specialista šolske medicine za izvajanje preventivnih zdravstvenih storitev.”

V tretjem odstavku se besedi “drugimi zdravniki” nadomestita z besedama “nadomestnim zdravnikom”.

V četrtem odstavku se beseda “pooblastila” nadomesti z besedo “napotnice”.

### 79. člen

V 174. členu se v prvem odstavku:

- v 5. točki besedilo “v skladu z določili pravil” črta;
- v 7. točki besedilo “v skladu s pravili” črta;
- v 10. točki pred besedo “pripomočkih” doda beseda “medicinskih”.

### 80. člen

V 176. členu se v prvem odstavku:

- besedilo “zdravnike specialiste” nadomesti z besedilom “napotnega zdravnika”;
- besedilo “zdravnika specialista” nadomesti z besedilom “napotnega zdravnika”.

V drugem odstavku se besedilo “specialistu (napotnemu zdravniku)” nadomesti z besedama “napotnemu zdravniku”.

V tretjem odstavku se besedi “zdravnika specialista” nadomestita z besedama “napotnega zdravnika”.

V četrtem odstavku se besedilo “Specialist (napotni zdravnik)” nadomesti z besedama “Napotni zdravnik”.

### 81. člen

V 178. členu se besedilo “zdravnika, ki mu prenaša del pooblastil” nadomesti z besedama “napotnega zdravnika”.

### 82. člen

179. člen se spremeni tako, da se glasi:

“179. člen

Zavarovana oseba lahko brez napotnice uveljavlja nujno zdravljenje, nujno medicinsko pomoč in druge zdravstvene storitve v skladu s splošnimi akti zavoda.”

### 83. člen

V 180. členu se v prvem odstavku besedi “Zavarovani osebi” nadomestita z besedilom “Splošni osebni zdravnik in osebni otroški zdravnik”.

V drugem odstavku se besedi “osebnega zdravnika” nadomestita z besedilom “splošnega osebnega zdravnika oziroma osebnega otroškega zdravnika”.

### 84. člen

V 188. členu se v prvem odstavku beseda “Zavodu” nadomesti z besedo “zavodu”.

V drugem odstavku se besedilo “iz obveznega zdravstvenega zavarovanja” črta.

V tretjem odstavku se beseda “medicinski” nadomesti z besedo “zdravstveni”.

V četrtem odstavku se besedilo “iz obveznega zavarovanja” črta.

### 85. člen

V 192. členu se v prvem odstavku beseda “medicinske” nadomesti z besedo “zdravstvene”.

V drugem odstavku se beseda “medicinska” nadomesti z besedo “zdravstvena”.

V tretjem odstavku besedilo “in v količini, navedeni v 58. členu teh pravil” črta.

V četrtem odstavku se beseda “medicinsko” nadomesti z besedo “zdravstveno”.

### 86. člen

V 196. členu se v 1. točki prvega odstavka besedilo “pripomočkov za vid” nadomesti z besedilom “medicinskih pripomočkov za izboljšanje vida”.

V tretjem odstavku se besedilo “posebnega pooblastila osebnega zdravnika” nadomesti z besedo “napotnice”.

### 87. člen

Naslov poglavja “XIII/7. Uveljavljanje pravic do zdraviliških zdravstvenih storitev” in 197. do 200. člen se spremenijo tako, da se glasijo:

“XIII/7. Uveljavljanje pravice do zdraviliškega zdravljenja  
197. člen

(1) O pravici do zdraviliškega zdravljenja odloča imenovani zdravnik na predlog:

1. zdravnika, ki zavarovano osebo zdravi v bolnišnici, če gre za zdraviliško zdravljenje, ki je nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, ki ga poda najpozneje pet dni pred odpustom iz bolnišničnega zdravljenja;

2. osebnega zdravnika, če gre za zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja.

(2) Zdravnik iz prejšnjega odstavka mora imenovanemu zdravniku predložiti podatke o zdravstvenem stanju zavarovane osebe, ki utemeljujejo zdraviliško zdravljenje, ter predlagati spremstvo, če gre za slepo zavarovano osebo iz drugega odstavka 63. člena pravil, če je to potrebno. Na predlogu je lahko navedena tudi izjava zavarovane osebe glede zdravilišča, v katero želi biti napotena.

(3) Imenovani zdravnik o predlogu za zdraviliško zdravljenje, ki je nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, odloči v petih dneh od prejema predloga iz prvega odstavka tega člena.

(4) Ne glede na predlog zdravnika iz prvega odstavka tega člena, se lahko v odločbi o odobritvi zdraviliškega zdravljenja določi drugo vrsto zdraviliškega zdravljenja, razen v primeru iz četrtega odstavka 43. člena pravil, ali drug način izvajanja zdraviliškega zdravljenja, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja.

(5) Z odločbo o odobritvi zdraviliškega zdravljenja se določijo vrsta, način izvajanja, tip standarda in trajanje zdraviliškega zdravljenja, razlog obravnave, rok, v katerem mora zavarovana oseba začeti zdraviliško zdravljenje, naziv zdravilišča, spremstvo, če gre za slepo zavarovano osebo iz drugega odstavka 63. člena pravil, in namestitvev na negovalni oddelek, če je to potrebno glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe.

198. člen

(1) Zavarovana oseba začne zdraviliško zdravljenje, ki je nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, v roku iz 1. točke tretjega odstavka 43. člena pravil, in sicer na dan, ki ji ga sporoči zdravilišče.

(2) Zavarovana oseba začne zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, v 30 dneh od izdaje odločbe o odobritvi

vi zdraviliškega zdravljenja, če ni v njej določen drug datum začetka zdraviliškega zdravljenja, in sicer na dan, ki ji ga sporoči zdravilišče.

(3) Zdravilišče lahko v primeru iz drugega odstavka 48. člena pravil predlaga imenovanemu zdravniku podaljšanje zdraviliškega zdravljenja najpozneje pet dni pred zaključkom trajanja zdraviliškega zdravljenja.

(4) Zavarovana oseba ali njen osebni zdravnik lahko v primeru iz četrtega odstavka 48. člena pravil predlaga imenovanemu zdravniku odlog začetka zdraviliškega zdravljenja, o čemer zavarovana oseba istočasno pisno obvesti zdravilišče.

(5) Zavarovana oseba ali njen osebni zdravnik lahko v primeru iz petega odstavka 48. člena pravil predlaga imenovanemu zdravniku nadaljevanje zdraviliškega zdravljenja.

#### 199. člen

Osebni zdravnik lahko v primeru iz drugega odstavka 49. člena pravil predlaga imenovanemu zdravniku zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, pri čemer v predlogu iz drugega odstavka 197. člena pravil utemelji tudi razlog, zaradi katerega zavarovana oseba ni mogla začeti zdraviliškega zdravljenja.

#### 200. člen

(1) Zdraviliško zdravljenje se odobri v zdravilišču, ki zagotavlja ustrezen tip standarda zdraviliškega zdravljenja.

(2) Zavarovana oseba lahko pred začetkom zdraviliškega zdravljenja predlaga imenovanemu zdravniku spremembo zdravilišča, ki zagotavlja ustrezen tip standarda zdraviliškega zdravljenja.

(3) Zdravilišče lahko predlaga imenovanemu zdravniku spremembo obsega zdravstvenih storitev v okviru odobrenega tipa standarda zdraviliškega zdravljenja.“

## 88. člen

201. člen se črta.

## 89. člen

Naslov in vsebina poglavja "XIII/8. Uveljavljanje pravic do zdravil in živil za posebne zdravstvene namene na recepte" se spremenita tako, da se glasita:

"XIII/8. Uveljavljanje pravice do zdravil in živil na recept

#### 202. člen

(1) Za predpisovanje zdravil na recept je pooblaščen:

- osebni zdravnik;
- napotni zdravnik – zdravila s svojega delovnega področja v skladu s pooblastili z napotnice;
- zdravnik zdravilišča – zdravilo za neprekinjeno zdravljenje osnovne bolezni zavarovane osebe, ki v zdravilišču uveljavlja zdraviliško zdravljenje iz prve alineje drugega odstavka 43. člena pravil, in zdravila, ki jih rabi za zdravljenje bolezni ali poškodbe, ki je nastala v času tega zdraviliškega zdravljenja in bi lahko brez predpisa zdravila povzročila prekinitev tega zdraviliškega zdravljenja;
- drug pooblaščen zdravnik – zdravila s svojega delovnega področja v skladu s splošnimi akti zavoda.

(2) Zdravila na recept se v izvidu predlaga za predpisovanje in predpisuje:

- v skladu s predpisi, ki urejajo predpisovanje in izdajanje zdravil za uporabo v humani medicini, in splošnimi akti zavoda,
- ob upoštevanju povzetka glavnih značilnosti zdravila, strokovnih smernic in vseh okoliščin, ki lahko vplivajo na potek zdravljenja in ob upoštevanju uspešnosti predhodnega zdravljenja,
- v smiselnih kombinacijah, najprimernejših odmerkih in primerem časovnem obdobju, in

– ob upoštevanju stroškovnega vidika predpisa zdravila na recept.

(3) Zdravila na recept se predpisujejo le ambulantno zdravljenim zavarovanim osebam.

(4) Do uvedbe elektronskega obnovljivega recepta zavarovana oseba nabavlja zdravila na obnovljivi recept v lekarni, v kateri je na posamezni obnovljivi recept prvič nabavila zdravilo.

(5) Zdravilo na recept z omejitvijo predpisovanja, ki jo določi zavod, lahko pooblaščen zdravnik v izvidu predlaga za predpisovanje na recept ali ga predpiše na recept le v okviru določene omejitve, izven okvira določene omejitve predpisovanja pa le, kadar iz zdravstvenih razlogov enakovredno zdravljenje ni mogoče z drugim zdravilom, ki nima določene omejitve predpisovanja, kar pooblaščen zdravnik utemelji z dokumentiranjem v zdravstveni dokumentaciji zavarovane osebe.

(6) Za zdravilo iz prejšnjega odstavka lahko zavod uvede potrjevanje receptov, kar označi ob razvrstitvi ali prerazvrstitvi zdravila na listo.

#### 202.a člen

(1) Na obnovljivi recept se predpisujejo zdravila, namenjena za dolgotrajno zdravljenje zavarovane osebe.

(2) Pooblaščen zdravnik ob predpisu zdravila na obnovljivi recept seznanjen zavarovano osebo z obdobji izdaje zdravila in veljavnostjo obnovljivega recepta, farmacevt pa jo ob izdaji zdravila na ta recept seznanjen o predvidenem datumu naslednje izdaje zdravila, ob zadnji izdaji pa jo opozori, da je za nadaljevanje zdravljenja potreben nov recept.

(3) Če zavarovana oseba izpusti posamezno izdajo zdravila na obnovljivi recept, ostane obnovljiv recept veljaven, zdravila pa se ne sme izdati za nazaj.

(4) Farmacevt zaključi obnovljivi recept:

- če ga pooblaščen zdravnik obvesti, da je ukinil ali zamenjal zdravilo v obdobju veljavnosti obnovljivega recepta;
- če je predpisano zdravilo izločeno z liste ali ni dostopno na trgu in ga ni možno ustrezno nadomestiti, o čemer obvesti pooblaščenega zdravnika, ki ga je predpisal.

(5) Na obnovljivi recept se lahko predpiše za enkratno izdajo količina zdravil, ki ne presega trimesečnega obdobja. V izjemnem primeru (študijska obveznost v tujini, daljše službeno ali zasebno potovanje v tujino in podobno) se lahko na obnovljivi recept izda večjo količino zdravila, kot je določena za enkratno izdajo, vendar največ za obdobje njegove veljavnosti. Razlog izdaje večje količine zdravila se kot opombo vpiše na zadnjo stran obnovljivega recepta ali označi v računalniškem programu ali naredi uradni zaznamek.

#### 203. člen

(1) Obliko in vsebino recepta določi zavod.

(2) Recept se predpiše in izpolni v skladu s predpisi, ki urejajo predpisovanje in izdajanje zdravil za uporabo v humani medicini, in splošnimi akti zavoda.

(3) Če na recept predpiše zdravilo iz sedme alineje drugega odstavka 103. člena pravil, pooblaščen zdravnik to označi z besedami: "nujno zdravljenje!" in se poleg podpiše.

#### 204. člen

(1) Na en recept se lahko predpiše eno zdravilo za eno zavarovano osebo enkrat v časovnem obdobju iz četrtega odstavka 58. člena pravil.

(2) Zavarovana oseba mora recept predložiti lekarni:

- v 24 urah od predpisa recepta za zdravilo iz sedme alineje drugega odstavka 103. člena pravil;
- v treh dneh od dneva predpisa recepta za protimikrobno zdravilo za akutno bolezen;

- v 30 dneh od dneva predpisa recepta;
- v 30 dneh od dokončnosti odločitve zavoda o predhodni odobritvi v primeru iz tretjega odstavka 135.e člena pravil.

(3) Zavarovana oseba lahko ponovno izdajo zdravila na obnovljivi recept uveljavi v 30 dneh pred predvideno ponovno izdajo zdravila, pred tem rokom pa le v izjemnem primeru (študijska obveznost v tujini, daljše službeno ali zasebno potovanje v tujino in podobno), pri čemer se razlog predčasne ponovne izdaje zdravila kot opombo vpiše na zadnjo stran obnovljivega recepta ali označi v računalniškem programu ali naredi uradni zaznamek.

#### 205. člen

Pooblaščen zdravnik, ki v izvidu predlaga predpisovanje zdravila na recept ali ki je predpisal zdravilo na recept, dokumentira v zdravstveni dokumentaciji zavarovane osebe podatke o zdravilu, predlagani oziroma predpisani jakosti in količini, predlaganemu oziroma predpisanemu odmerjanju, podatke o obnovljivem receptu, okoliščine, ki lahko vplivajo na potek zdravljenja in uspešnost zdravljenja s predpisanim zdravilom.

#### 206. člen

(1) Med zdravili v isti farmakološki skupini se predpiše na recept zdravilo z najboljšo stroškovno učinkovitostjo, med zdravili z enako učinkovino pa najcenejše na trgu dostopno zdravilo, razen v primerih iz 207. člena pravil ali če zavarovana oseba soglaša z doplačilom.

(2) Kadar iz zdravstvenih razlogov enakovredno zdravljenje ni mogoče z drugim zdravilom s seznama medsebojno zamenljivih zdravil oziroma iz terapevtske skupine zdravil, pooblaščen zdravnik lahko predpiše na recept zdravilo z lastniškim imenom, lastnoročno pripiše "ne zamenjуй!" in se poleg podpiše. Za zdravstveni razlog se šteje alergija na zdravilo ali drug neželeni učinek zdravila, ki ogroža zdravje zavarovane osebe, in se dokumentira v zdravstveni dokumentaciji zavarovane osebe.

(3) Preden predpiše zdravilo s seznama medsebojno zamenljivih zdravil, za katerega je treba doplačati, pooblaščen zdravnik seznanj zavarovano osebo z doplačilom in jo opozori, da je predpisano zdravilo v lekarni dopustno zamenjati z drugim zdravilom brez doplačila, če ne bo pripravljena doplačati predpisanega zdravila.

(4) Preden predpiše zdravilo iz terapevtske skupine zdravil, za katerega je treba doplačati, pooblaščen zdravnik seznanj zavarovano osebo z doplačilom in jo opozori, da predpisanega zdravila v lekarni ni dopustno zamenjati z drugim zdravilom, če ne bo pripravljena doplačati predpisanega zdravila, zaradi česar bo treba na recept predpisati drugo zdravilo, za katerega ni treba doplačati.

#### 207. člen

(1) Če je na recept predpisano s splošnim imenom zdravilo s seznama medsebojno zamenljivih zdravil ali zdravilo, ki ni na seznamu medsebojno zamenljivih zdravil, se izda najcenejše zdravilo.

(2) Če na trgu ni dostopnega zdravila s seznama medsebojno zamenljivih zdravil v okviru najvišje priznane vrednosti, se lahko brez doplačila izda zdravilo z najnižjo veljavno ceno. Prejšnji stavek ne velja, če je zdravilo s seznama medsebojno zamenljivih zdravil vključeno v terapevtsko skupino zdravil.

(3) Če je na recept predpisano zdravilo s seznama medsebojno zamenljivih zdravil ali iz terapevtske skupine zdravil na podlagi drugega odstavka prejšnjega člena, ki presega najvišjo priznano vrednost, se brez doplačila izda predpisano zdravilo.

#### 208. člen

(1) Pred izdajo zdravila iz tretjega odstavka 206. člena pravil farmacevt seznanj zavarovano osebo z doplačilom in da je predpisano zdravilo v lekarni dopustno zamenjati z drugim zdravilom s sezna-

ma medsebojno zamenljivih zdravil z najvišjo priznano vrednostjo, če ni pripravljena doplačati.

(2) Pred izdajo zdravila iz četrtega odstavka 206. člena pravil farmacevt seznanj zavarovano osebo z doplačilom in da predpisanega zdravila v lekarni ni dopustno zamenjati z drugim zdravilom, če ni pripravljena doplačati, zaradi česar bo treba na recept predpisati drugo zdravilo, ki ne presega najvišje priznane vrednosti.

#### 209. člen

(1) Zdravilo na recept se izda v skladu s predpisi, ki urejajo predpisovanje in izdajanje zdravil za uporabo v humani medicini, in splošnimi akti zavoda.

(2) Zdravilo na recept z omejitvijo izdajanja, ki jo določi zavod, se lahko izda le v okviru določene omejitve.

(3) Kadar je na receptu napaka o zavarovani osebi, pooblaščenem zdravniku, plačniku zdravila ali v načinu doplačila glede na razvrstitev ali indikacijsko področje predpisanega zdravila, ki jo je mogoče preveriti in takoj odpraviti, se recept pravilno obračuna in popravek označi na receptu.

(4) Zdravilo na recept se ne sme izdati:

- če recept ni predpisan in izpolnjen v skladu s predpisi, ki urejajo predpisovanje in izdajanje zdravil za uporabo v humani medicini, in splošnimi akti zavoda;

- če je recept predložen lekarni po obdobju iz drugega odstavka 204. člena pravil;

- če je obnovljivi recept predložen lekarni pred 30 dnevni rok predvidene ponovne izdaje zdravila, razen v primeru predčasne ponovne izdaje zdravila v izjemnem primeru iz tretjega odstavka 204. člena pravil.

(5) Naenkrat se ne sme izdati dveh ali več zdravil na recepte z enako učinkovino v enaki jakosti in enaki farmacevtski obliki, ne glede, ali je recepte predpisal en ali več pooblaščenih zdravnikov. V tem primeru se izda zdravilo na en recept ali v količini iz četrtega odstavka 58. člena pravil, drugi recept pa se na sprednji strani označi z opombo "podvojeni recept" in žigom lekarne ter se vrne zavarovani osebi z ustreznim pojasnilom. Na podvojeni recept se ne sme izdati zdravila.

(6) Izda se izvorno pakiranje, ki je najbližje predpisani količini zdravila. Če je zavarovani osebi predpisanih več zdravil za dolgotrajno zdravljenje na recepte, ki niso usklajeni glede obdobja izdaj zdravil, se lahko prilagodi količino izdanih zdravil, da se optimalno prilagodi obdobja njihovih izdaj v obdobjih, določenih z recepti.

(7) Zdravilo, katerega nabavna cena pakiranja ob izdaji oziroma ob prvi izdaji na obnovljivi recept presega 200 eurov, se izdaja za obdobje do enomesečne terapije, vsaka izdaja pa se obračuna in evidentira kot izdaja na obnovljivi recept.

(8) Zdravilo iz šestega odstavka 202. člena pravil se lahko izda, če je recept predhodno potrdil zavod.

#### 209.a člen

(1) Za predpisovanje živil na recept je pooblaščen:

1. za živila s prilagojeno sestavo hranil – splošni osebni zdravnik oziroma osebni otroški zdravnik, oba po postavitvi indikacije na pediatrični kliniki;
2. za živila za prehransko podporo – zdravnik ustrezne specialnosti, določene v omejitvi predpisovanja posameznega živila, v okviru specialistične ambulantne dejavnosti, in splošni osebni zdravnik oziroma osebni otroški zdravnik na podlagi izvida tega zdravnika specialista ali pisnega mnenja konzilija ustrezne klinike;
3. za živila za otroke z alergijami – osebni otroški zdravniki na podlagi mnenja pediatrične klinike.

(2) Za predpisovanje živil na recept in njihovo izdajanje v lekarni se smiselno uporabljajo 202. do 209. člen pravil.

#### 210. člen

Zdravila na recept lahko izjemoma predpisuje zase in za svoje družinske člane, ki imajo urejeno obvezno zavarovanje v Republiki Sloveniji, tudi zdravnik, ki ni osebni ali napotni zdravnik teh zavarovanih oseb, če je evidentiran v Bazi podatkov o izvajalcih zdravstvenih storitev Nacionalnega inštituta za javno zdravje in ima stalno prebivališče v Republiki Sloveniji oziroma, kadar ima začasno prebivališče v Republiki Sloveniji, če je vključen v javno zdravstveno mrežo v Republiki Sloveniji. Zavod dodeli zdravniku iz prejšnjega stavka na njegov predlog 30 receptov na leto, ki so označeni z žigom zavoda (recept za osebno rabo) in za katere veljajo enaki predpisi in splošni akti zavoda, ki veljajo za predpisovanje in izdajanje zdravil na recept. Če zdravnik iz prvega stavka ne ravna v skladu s prejšnjim stavkom, mu lahko zavod zavrne nadaljnjo dodelitev receptov za osebno rabo.

#### 90. člen

211. člen se spremeni tako, da se glasi:

##### “211. člen

Zavarovana oseba je upravičena do medicinskega pripomočka, če potrebo po njem ugotovi zdravnik, ki pri tem upošteva zdravstveno stanje zavarovane osebe, bolezni in zdravstvena stanja iz prvega odstavka 64. člena pravil in druge standarde, določene s splošnimi akti zavoda, ali o tem odloči imenovani zdravnik v primerih iz 214. in 215. člena pravil.”

#### 91. člen

V 212. členu se v prvem odstavku:

- v 1. točki v prvi alineji beseda “in” nadomesti z vejico in pred podpičjem doda besedilo “in senzorje za pulzni oksimeter”;
- v 1. in 2. točki beseda “pripomočke” nadomesti z besedama “medicinske pripomočke”;
- v 3. točki besedilo “pripomočke iz 5. točke prvega odstavka 75.,” nadomesti z besedilom “medicinske pripomočke iz”;
- v 4. točki beseda “pripomočke” nadomesti z besedama “medicinske pripomočke”;
- v 5. točki beseda “Zavoda” nadomesti z besedo “zavoda” in beseda “pripomočke” nadomesti z besedama “medicinske pripomočke”;
- v 6. točki besedilo “starejše od 18 let” nadomesti z besedilom “od 18. leta starosti”, beseda “Zavoda” z besedo “zavoda” in beseda “pripomočke” z besedama “medicinske pripomočke”;
- v 7. točki beseda “pripomočke” nadomesti z besedama “medicinske pripomočke”.

V drugem, tretjem in četrtem odstavku se beseda “pripomoček” v vseh sklonih in številih nadomesti z besedama “medicinski pripomoček” v ustreznem sklonu in številu.

V petem odstavku se:

- beseda “pripomoček” v vseh sklonih in številih nadomesti z besedama “medicinski pripomoček” v ustreznem sklonu in številu;
- beseda “Upravni” nadomesti z besedo “upravni”;
- besedilo “Inštituta Republike Slovenije za rehabilitacijo. Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo” nadomesti z besedilom “Univerzitetnega rehabilitacijskega inštituta Republike Slovenije – Soča”.

V šestem odstavku se:

- pred besedo “pripomočka” doda beseda “medicinskega”;
- besedilo “za napotnega zdravnika” črta.

Osmi odstavek se spremeni, tako da se glasi:

“(8) Zavarovana oseba mora naročilnico predložiti dobavitelju v 30 dneh od izdaje naročilnice oziroma od dokončnosti odločitve zavoda o pravici do medicinskega pripomočka ali o drugih zahtevah v zvezi z medicinskim pripomočkom oziroma od odobritve vzdrževanja in popravil medicinskih pripomočkov iz prvega odstavka 66. člena pravil. Zavod s pogodbo z dobaviteljem določi najdaljši rok dobave oziroma izdelave medicinskega pripomočka.”

#### 92. člen

V 213. členu se v prvem odstavku:

- v prvem stavku pred piko doda besedilo “v skladu s šifrantom vrst medicinskih pripomočkov”;
- drugi stavek črta.

V drugem odstavku se:

- pred besedo “pripomoček” doda beseda “medicinski”;
- besedilo “medicinsko-tehnične in medicinske elemente,” in beseda “drugačne” črtata.

V tretjem in četrtem odstavku se beseda “pripomočke” v vseh sklonih nadomesti z besedama “medicinske pripomočke” v ustreznem sklonu.

#### 93. člen

216. člen se spremeni tako, da se glasi:

##### “216. člen

(1) Zavarovana oseba si do uvedbe elektronske obnovljive naročilnice medicinski pripomoček, ki je predpisan na obnovljivo naročilnico, nabavlja pri dobavitelju, pri katerem je na posamezno obnovljivo naročilnico prvič nabavila medicinski pripomoček. Posamezna izdaja na podlagi obnovljive letne naročilnice je lahko največ v količini, predvideni za obdobje treh mesecev.

(2) Dobavitelj pri vrstah medicinskih pripomočkov iz skupin medicinskih pripomočkov pri umetno izpeljanem črevesju, pri težavah z odvajanjem seča, pri zdravljenju sladkorne bolezni in obvezilnih materialov, ki so predmet pogodbe med njim in zavodom, zagotavlja na vseh svojih izdajnih mestih najmanj 50 % vseh pripomočkov (artiklov), določenih s seznamom medicinskih pripomočkov v posamezni vrsti medicinskega pripomočka, vendar ne manj kot štiri pripomočke (artikle), določene s seznamom medicinskih pripomočkov v posamezni vrsti medicinskega pripomočka. Dobavitelj pri vrstah medicinskih pripomočkov, ki so predmet pogodbe med njim in zavodom, zagotavlja na vseh svojih izdajnih mestih vse pripomočke (artikle), določene s seznamom medicinskih pripomočkov v posamezni vrsti medicinskega pripomočka, ki imajo najvišjo priznano ceno, in ponudi zavarovani osebi najprej te.

(3) Dobavitelj zagotavlja tudi pripomoček (artikel), brez katerega ni mogoča uporaba drugega pripomočka (artikla).

(4) Dobavitelj zagotovi zavarovani osebi medicinski pripomoček takoj oziroma najpozneje v 24 urah od predložitve naročilnice, razen medicinskih pripomočkov, ki se individualno izdelajo oziroma zahtevajo individualne prilagoditve za posamezno zavarovano osebo, ki jih zagotovi v pogodbeno določenem roku.

(5) Zavarovana oseba, ki je upravičena do kontaktnih leč (enega para ali ene leče), lahko uveljavlja enkratno povračilo stroškov tudi za večje število kontaktnih leč, katerih življenjska doba, ki jo je

določil proizvajalec, je krajša od trajnostne dobe, določene s pravili, vendar le v okviru cenovnega standarda za en par ali eno lečo.

(6) Zavarovana oseba lahko v primeru, ko ima izbrana inzulinska črpalka funkcijo aparata za določanje glukoze v krvi, namesto diagnostičnih trakov za aparat za določanje glukoze v krvi uveljavlja pravico do ustreznega števila diagnostičnih trakov za določanje glukoze v krvi za inzulinsko črpalko.

(7) Zavarovana oseba je upravičena do vzdrževanja in popravil medicinskih pripomočkov iz prvega odstavka 66. člena pravil na podlagi naročilnice, ki jo izda osebni zdravnik, in predhodne odobritve zavoda. Osebni zdravnik na naročilnici označi, kdaj je zavarovana oseba prejela medicinski pripomoček.

(8) Naročilnica in predhodna odobritev zavoda iz prejšnjega odstavka nista potrebna, kadar gre za vzdrževanje ali popravila slušnega aparata, digitalnega slušnega aparata, aparata za boljše sporazumevanje, aparata za omogočanje glasnega govora in medicinskih pripomočkov, ki so predmet izposoje.“

#### 94. člen

217. člen se spremeni tako, da se glasi:

“217. člen

Dobavitelj zavarovani osebi ob izročitvi medicinskega pripomočka da vsa ustrezna navodila o uporabi in ravnanju z njim ter izstavi garancijski list oziroma garancijo za izdelek. V garancijski dobi dobavitelj nosi vse stroške popravil oziroma reklamacij zaradi neustrezne izdelave medicinskega pripomočka, okvar ali poškodb zaradi neprimernih materialov, napak v proizvodnji in podobno.“

#### 95. člen

V 223. členu se prvi stavek spremeni tako, da se glasi: “Zavod povrne zavarovani osebi stroške zdravljenja, zdravil, živil in medicinskih pripomočkov, ki jih je zavarovana oseba uveljavila oziroma kupila v tujini v skladu z zakonom in s splošnimi akti zavoda, razen če ni s pravnim redom EU ali meddržavno pogodbo drugače določeno.“

#### 96. člen

224. do 228. člen se spremenijo tako, da se glasijo:

“224. člen

(1) Zahteva za uveljavljanje pravice iz 135.a do 136. člena pravil se vloži pri območni enoti zavoda.

(2) O pravici iz prejšnjega odstavka odloča uradna oseba zavoda.

225. člen

(1) V postopku odločanja o pravici iz 135.a do 136. člena pravil lahko uradna oseba zavoda pridobi mnenje konzilija ustreznega izvajalca na terciarni ravni zlasti o naslednjih vidikih zdravljenja zavarovane osebe glede na zdravstveno storitev, ki je predmet zahteve za odobritev zdravljenja v tujini oziroma zahteve za povračilo stroškov tega zdravljenja:

- katero zdravstveno stanje je podano pri zavarovani osebi ter opis dosedanjega zdravljenja;
- kakšno zdravljenje potrebuje zavarovana oseba;
- ali so v Republiki Sloveniji izčrpane možnosti zdravljenja;
- ali je z zdravljenjem v tujini pričakovati ozdravitev ali izboljšanje ali preprečitev nadaljnjega slabšanja zdravstvenega stanja;
- kolikšen je razumen čas pri zavarovani osebi za zdravstveno storitev;
- ali bo zavarovana oseba z zadostno gotovostjo izpostavljena tveganju za varnost, ki se ne more razumeti kot sprejemljiva, pri čemer se upoštevajo tudi morebitne prednosti, ki bi jih

zdravstvena storitev, uveljavljena v tujini, imela za zavarovano osebo;

- koliko časa naj bi trajala zdravstvena storitev v tujini;
- ali zavarovana oseba potrebuje spremstvo na poti na zdravljenje in nazaj ter kakšno spremstvo;
- kakšno prevozno sredstvo je potrebno glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe in če je potreben reševalni prevoz, ali rabi prevoz z nujnim reševalnim vozilom, nenujnim reševalnim vozilom ali sanitetnim vozilom;
- naziv najbližjega izvajalca zdravstvene dejavnosti v tujini, pri katerem se predlaga uveljavitev zdravstvene storitve.

(2) Če izvajalec zdravstvene dejavnosti v tujini, pri katerem je bila uveljavljena zdravstvena storitev na podlagi 135.a člena pravil, predlaga, da se pri njem opravi prvi kontrolni pregled zavarovane osebe po tej storitvi, v postopku odločanja o odobritvi tega pregleda ni treba pridobiti mnenja konzilija iz prejšnjega odstavka, ne glede na to, ali je bilo to mnenje pridobljeno v postopku odločanja o odobritvi same zdravstvene storitve.

(3) V postopku odločanja o pravici iz 135.b in tretjega odstavka 135.c člena pravil, izvajalec, pri katerem je zavarovana oseba vpisana v čakalni seznam, ugotovi, ali je pri vsaj enem izvajalcu mogoče uveljaviti zdravstveno storitev v okviru najdaljših dopustnih čakalnih dob oziroma v okviru razumnega časa.

226. člen

(1) Če je odobrena pravica na podlagi 135.a ali 135.b člena pravil, se z odločbo določi tudi, pri katerem izvajalcu zdravstvene dejavnosti v tujini se uveljavi in v kolikšnem času.

(2) Če je odobrena zdravstvena storitev na podlagi 135.a člena pravil, zavod izda zavarovani osebi listino, na podlagi katere lahko uveljavi to storitev v tujini, ali nakaže akontacijo stroškov te storitve izvajalcu zdravstvene dejavnosti v tujini, pri katerem bo uveljavljena.

(3) Če je odobrena zdravstvena storitev na podlagi 135.b člena pravil, zavod izda zavarovani osebi listino, na podlagi katere lahko uveljavi to storitev v državi članici Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora ali Švicarski konfederaciji.

(4) Če je odobrena zdravstvena storitev na podlagi 135.a ali 135.b člena pravil, zavod nakaže zavarovani osebi na njeno zahtevo akontacijo za potne stroške.

227. člen

V postopku odločanja o pravici iz 135.a do 136. člena pravil lahko uradna oseba zavoda, če nima določenega strokovnega znanja, pridobi mnenje imenovanega zdravnika, člana zdravstvene komisije ali drugega zdravnika zavoda.

228. člen

Če je v primeru iz 228.a, 228.b, 228.c, 228.d, 228.e, 228.f ali 228.g člena pravil zavodu predložena zdravstvena ali druga dokumentacija v tujem jeziku, ki ga uradna oseba zavoda ne razume, zavarovana oseba na poziv zavoda na lastne stroške predloži tudi njen prevod v slovenski jezik.“

#### 97. člen

Za 228. členom se dodajo novi 228.a, 228.b, 228.c, 228.d, 228.e, 228.f in 228.g člen, ki se glasijo:

“228.a člen

(1) V primeru iz 135.a člena pravil mora zahteva za odobritev pregleda, preiskave ali zdravljenja v tujini, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- zdravstveno dokumentacijo o dosedanjem zdravljenju v Republiki Sloveniji;
- morebitno dokumentacijo o že opravljenem pregledu, preiskavi ali zdravljenju v tujini;
- na zahtevo zavoda drugo dokumentacijo, ki jo zavod potrebuje za odločanje o odobritvi pregleda, preiskave ali zdravljenja v tujini;
- podatek o zavarovalnici in številki police, pri kateri ima zavarovana oseba sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje.

(2) V primeru iz 135.a člena pravil mora zahteva za povračilo stroškov opravljenega pregleda, preiskave ali zdravljenja v tujini, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- zdravstveno dokumentacijo o dosedanjem zdravljenju v Republiki Sloveniji;
- zdravstveno dokumentacijo o opravljenem pregledu, preiskavi ali zdravljenju v tujini;
- na zahtevo zavoda drugo dokumentacijo, ki jo zavod potrebuje za odločanje o povračilu stroškov opravljenega pregleda, preiskave ali zdravljenja v tujini;
- izvirnik računa za opravljen pregled, preiskavo ali zdravljenje v tujini z dokazilom o njegovem plačilu in
- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

#### 228.b člen

(1) V primeru iz 135.b člena pravil mora zahteva za odobritev pregleda, preiskave ali zdravljenja v državi članici Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora ali Švicarski konfederaciji, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- nedvoumno navedbo, da zavarovana oseba uveljavlja pregled, preiskavo ali zdravljenje v državi članici Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora ali Švicarski konfederaciji;
- zdravstveno dokumentacijo o dosedanjem zdravljenju v Republiki Sloveniji;
- dokumentacijo, iz katere je razvidno, da je zavarovana oseba vpisana v čakalni seznam;
- dokumentacijo, iz katere je razviden določen datum zdravljenja v Republiki Sloveniji in pri katerem izvajalcu;
- na zahtevo zavoda drugo dokumentacijo, ki je potrebna v postopku odločanja;
- podatek o zavarovalnici in številki police, pri kateri ima zavarovana oseba sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje.

(2) V primeru iz 135.b člena pravil mora zahteva za povračilo stroškov opravljenega pregleda, preiskave ali zdravljenja v državi članici Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora ali Švicarski konfederaciji, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- zdravstveno dokumentacijo o dosedanjem zdravljenju v Republiki Sloveniji;
- zdravstveno dokumentacijo o opravljenem pregledu, preiskavi ali zdravljenju v državi članici Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora ali Švicarski konfederaciji;
- dokumentacijo, iz katere je razvidno, da je zavarovana oseba vpisana v čakalni seznam;
- dokumentacijo, iz katere je razviden določen datum zdravljenja v Republiki Sloveniji in pri katerem izvajalcu;
- na zahtevo zavoda drugo dokumentacijo, ki je potrebna v postopku odločanja;

- izvirnik računa za opravljen pregled, preiskavo ali zdravljenje v državi članici Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora ali Švicarski konfederaciji, z dokazilom o njegovem plačilu, in
- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

#### 228.c člen

(1) V primeru iz prve alineje prvega odstavka 135.c člena pravil mora zahteva za povračilo stroškov zdravstvenih storitev, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- izvirnik napotnice oziroma drugo dokumentacijo, če se lahko specialistično ambulantna zdravstvena storitev opravi brez napotnice v javni zdravstveni mreži v Republiki Sloveniji;
- ustrezno dokumentacijo o opravljeni zdravstveni storitvi;
- izvirnik računa za opravljeno zdravstveno storitev z dokazilom o njegovem plačilu in
- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

(2) V primeru iz druge alineje prvega odstavka 135.c člena pravil mora zahteva za predhodno odobritev zavoda, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- nedvoumno navedbo, da zavarovana oseba uveljavlja zdravljenje v drugi državi članici Evropske unije;
- navedbo zdravstvene storitve, ki jo želi zavarovana oseba uveljaviti v drugi državi članici Evropske unije;
- zdravstveno dokumentacijo o dosedanjem zdravljenju v Republiki Sloveniji;
- dokumentacijo, iz katere je razvidno, da je zavarovana oseba vpisana v čakalni seznam;
- dokumentacijo, iz katere je razviden določen datum zdravljenja v Republiki Sloveniji in pri katerem izvajalcu, in
- na zahtevo zavoda drugo dokumentacijo, ki je potrebna v postopku odločanja.

(3) V primeru iz druge alineje prvega odstavka 135.c pravil mora zahteva za povračilo stroškov zdravstvene storitve, uveljavljene na podlagi predhodne odobritve zavoda, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- podatek o številki in datumu odločbe zavoda o predhodni odobritvi povračila stroškov vrednosti zdravstvene storitve;
- ustrezno dokumentacijo o opravljeni zdravstveni storitvi;
- izvirnik računa za opravljeno zdravstveno storitev z dokazilom o njegovem plačilu in
- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

(4) V primeru iz tretje alineje prvega odstavka 135.c člena pravil mora zahteva za povračilo stroškov zdraviliškega zdravljenja, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- ustrezno dokumentacijo o opravljenem zdraviliškem zdravljenju;
- izvirnik računa za opravljeno zdraviliško zdravljenje z dokazilom o njegovem plačilu in
- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

(5) Določbe prvega do tretjega odstavka tega člena se ne uporabljajo v primeru povračila stroškov cene medicinskega pripomočka ter vrednosti zdravil in živil, ki se predpisujejo na recept.

#### 228.d člen

(1) V primeru iz prvega odstavka 135.d člena pravil mora zahteva za povračilo stroškov cene za medicinski pripomoček, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- naročilnico, na podlagi katere je kupljen medicinski pripomoček,

- izvornik računa za kupljeni medicinski pripomoček,
- na zahtevo zavoda drugo dokumentacijo, ki je potrebna v postopku odločanja, in
- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

(2) V primeru iz drugega odstavka 135.d člena pravil mora zahteva za povračilo stroškov cene za medicinski pripomoček, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- naročilnico EU, na podlagi katere je kupljen medicinski pripomoček,
- zdravstveno dokumentacijo, ki dokazuje, da je predložena naročilnica EU izdana v okviru zdravstvene storitve iz prve ali druge alinee prvega odstavka 135.c člena pravil,
- izvornik računa za kupljeni medicinski pripomoček,
- na zahtevo zavoda drugo dokumentacijo, ki je potrebna v postopku odločanja, in
- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

(3) V primeru iz tretjega odstavka 135.d člena pravil mora zahteva oziroma predlog pooblaščenega zdravnika za izdajo odločbe zavoda o upravičenosti do medicinskega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe ali o pravici do zahtevnejšega medicinskega pripomočka, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- naročilnico ali naročilnico EU, na podlagi katere se uveljavlja medicinski pripomoček pred iztekom trajnostne dobe ali zahtevnejši medicinski pripomoček,
- zdravstveno dokumentacijo, ki dokazuje, da je predložena naročilnica EU izdana v okviru zdravstvene storitve iz prve ali druge alinee prvega odstavka 135.c člena pravil, če je zahteva vložena na podlagi naročilnice EU, in
- na zahtevo zavoda drugo dokumentacijo, ki je potrebna v postopku odločanja.

Če se sočasno zahteva predhodna odobritev zavoda iz četrtega odstavka 135.d člena pravil, mora zahteva iz prejšnjega stavka vsebovati tudi navedbo, da se na podlagi odločbe zavoda o upravičenosti do medicinskega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe oziroma odločbe zavoda o pravici do zahtevnejšega medicinskega pripomočka zahteva predhodna odobritev zavoda iz četrtega odstavka 135.d člena pravil.

(4) V primeru iz tretjega odstavka 135.d člena pravil mora zahteva za povračilo stroškov cene medicinskega pripomočka, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- podatek o številki in datumu odločbe zavoda o upravičenosti do medicinskega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe ali o pravici do zahtevnejšega medicinskega pripomočka iz tretjega odstavka 135.d člena pravil,
- naročilnico oziroma naročilnico EU, na podlagi katere je kupljen medicinski pripomoček,
- izvornik računa za kupljeni medicinski pripomoček,
- na zahtevo zavoda drugo dokumentacijo, ki je potrebna v postopku odločanja, in
- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

(5) V primeru iz četrtega odstavka 135.d člena pravil mora zahteva za izdajo odločbe zavoda o predhodni odobritvi, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- naročilnico ali naročilnico EU ali podatek o številki in datumu odločbe o upravičenosti do medicinskega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe ali o pravici do zahtevnejšega

medicinskega pripomočka iz tretjega odstavka 135.d člena pravil,

- zdravstveno dokumentacijo, ki dokazuje, da je predložena naročilnica EU izdana v okviru zdravstvene storitve iz prve ali druge alinee prvega odstavka 135.c člena pravil, če je zahteva vložena na podlagi naročilnice EU, in
- na zahtevo zavoda drugo dokumentacijo, ki je potrebna v postopku odločanja.

(6) V primeru iz četrtega odstavka 135.d člena pravil mora zahteva za povračilo stroškov cene medicinskega pripomočka, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- podatek o številki in datumu odločbe zavoda o predhodni odobritvi povračila stroškov cene medicinskega pripomočka iz četrtega odstavka 135.d člena pravil,
- naročilnico oziroma naročilnico EU, na podlagi katere je kupljen medicinski pripomoček,
- izvornik računa za kupljeni medicinski pripomoček,
- na zahtevo zavoda drugo dokumentacijo, ki je potrebna v postopku odločanja, in
- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

#### 228.e člen

(1) V primeru iz prvega odstavka 135.e člena pravil mora zahteva za povračilo stroškov vrednosti zdravila ali živila, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- recept, na podlagi katerega je kupljeno zdravilo oziroma živilo,
- izvornik računa lekarne za kupljeno zdravilo oziroma živilo in
- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

(2) V primeru iz drugega odstavka 135.e člena pravil mora zahteva za povračilo stroškov vrednosti zdravila ali živila, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- receptni obrazec, na podlagi katerega je kupljeno zdravilo oziroma živilo,
- izvid z diagnozo in mnenjem zdravnika, ki je predpisal receptni obrazec, ki dokazuje, da je zdravilo oziroma živilo predpisano na predloženem receptnem obrazcu v okviru zdravstvene storitve iz prve ali druge alinee prvega odstavka 135.c člena pravil,
- izvornik računa lekarne za kupljeno zdravilo oziroma živilo,
- na zahtevo zavoda drugo dokumentacijo, ki je potrebna v postopku odločanja, in
- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

(3) V primeru iz tretjega odstavka 135.e člena pravil mora zahteva za izdajo odločbe zavoda o predhodni odobritvi povračila stroškov vrednosti zdravila in živila, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- kopijo recepta oziroma receptnega obrazca, na podlagi katerega se zahteva predhodna odobritev zavoda,
- izvid z diagnozo in mnenjem zdravnika, ki je predpisal receptni obrazec, ki dokazuje, da je zdravilo oziroma živilo predpisano na predloženem receptnem obrazcu v okviru zdravstvene storitve iz prve ali druge alinee prvega odstavka 135.c člena pravil, če je zahteva vložena na podlagi receptnega obrazca, in
- na zahtevo zavoda drugo dokumentacijo, ki je potrebna v postopku odločanja.

(4) V primeru iz tretjega odstavka 135.e člena pravil mora zahteva za povračilo stroškov vrednosti zdravila ali živila, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:



- podatek o številki in datumu odločbe zavoda o predhodni odobritvi povračila stroškov vrednosti zdravila in živila iz tretjega odstavka 135.e člena pravil,
- recept oziroma receptni obrazec, na podlagi katerega je kupljeno zdravilo oziroma živilo,
- izvornik računa lekarne za kupljeno zdravilo oziroma živilo,
- na zahtevo zavoda drugo dokumentacijo, ki je potrebna v postopku odločanja, in
- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

#### 228.f člen

V primeru iz 135.f člena pravil mora zahteva za povračilo stroškov vrednosti zdravila ali živila, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- recept, na podlagi katerega je kupljeno zdravilo oziroma živilo, na zadnji strani katerega je potrdilo farmacevta iz Republike Slovenije, da ji v Republiki Sloveniji ni bilo mogoče izdati zdravila oziroma živila zaradi motnje v njegovi preskrbi na trgu Republike Slovenije;
- izvornik računa lekarne za kupljeno zdravilo oziroma živilo in
- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

#### 228.g člen

V primeru iz 136. člena pravil mora zahteva za povračilo stroškov postopka oploditve z biomedicinsko pomočjo z darovano celico v tujini, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- podatek o številu že opravljenih postopkov oploditve z biomedicinsko pomočjo (štejejo vsi ti postopki v Republiki Sloveniji in v tujini, ne zgolj z darovano celico), kje in kdaj so bili opravljeni,
- zdravstveno dokumentacijo o opravljenem postopku oploditve z biomedicinsko pomočjo z darovano celico v tujini, za katerega se vlaga zahteva za povračilo stroškov, iz katere je razvidno, kakšna sredstva in metode je lečeči zdravnik specialist uporabil za vzpodbujanje rasti foliklov v jajčnikih (vrsta in količina) ter kolikšno število jajčnih celic je pridobil,
- sklep Državne komisije za oploditev z biomedicinsko pomočjo, s katerim so zavarovani osebi odobreni postopki oploditve z biomedicinsko pomočjo z uporabo darovane celice,
- izvornik računa za opravljeno zdravstveno storitev z dokazilom o njegovem plačilu in
- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

### 98. člen

V 229. členu se v drugem odstavku beseda "zdravstvenega" črta. V tretjem odstavku se beseda "Zavod" nadomesti z besedo "zavod". V četrtem odstavku se v tretji alineji beseda "zdravstvenega" črta.

Peti odstavek se spremeni tako, da se glasi:

"(5) Zavarovancem, ki so sami zavezanci za plačilo prispevka in so upravičeni do nadomestila, zavod izplača nadomestilo, zmanjšano za davke in prispevke, v 15 dneh po predložitvi listin, potrebnih za obračun nadomestila. Davke in prispevke od nadomestil zavod obračuna in plača ob izplačilu nadomestila."

### 99. člen

Za 229. členom se doda nov 229.a člen, ki se glasi:

"229.a člen

(1) Delodajalec, ki delavcem ne izplača plač in nadomestil plač, na zavod vloži zahtevo za izplačilo zapadlega neizplačanega nadomestila neposredno delavcu (v nadaljnjem besedilu: zahteva), in sicer do osmega dne v mesecu po preteku meseca, v katerem je nadomestilo, ki bremeni zavod, zapadlo v plačilo.

(2) Če delavec v roku iz prejšnjega odstavka ne prejme pisnega obvestila delodajalca o vloženi zahtevi, jo lahko pri zavodu vloži sam.

(3) Zahtevi je treba priložiti za vsak koledarski mesec zadržanosti od dela posebej:

- dokumentacijo iz drugega odstavka prejšnjega člena;
- podatke o transakcijskem računu delavca;
- morebitno drugo dokumentacijo, potrebno za obračun nadomestila.

Delodajalec zahtevi priloži tudi izjavo, da delavcem ni izplačal plač in nadomestila plač, navedeno izjavo pa lahko predloži tudi delavec.

(4) Zavod izplača delavcu nadomestilo:

- če je izkazano, da delodajalec vsem pri njem zaposlenim delavcem ni izplačal plač in nadomestil;
- če nadomestilo delavcu ni bilo izplačano ali mu ni bilo izplačano v celoti. V primeru delnega izplačila nadomestila, je delavec upravičen do izplačila razlike med nadomestilom, do katerega bi bil upravičen, in nadomestilom, ki mu je bilo že izplačano.

(5) Če delodajalec ne predloži obračuna nadomestila in ni mogoče pridobiti podatkov, potrebnih za obračun nadomestila, zavod izplača nadomestilo v znesku najnižjega nadomestila po sedmem odstavku 31. člena zakona. Če se pozneje izve za nova dejstva, ki vplivajo na spremembo višine obračunanega in priznanega nadomestila, se delavcu izplača razlika med prvotno priznanim in novo izračunanim nadomestilom.

(6) Zavod delavcu v 15 dneh od prejema popolne zahteve izplača nadomestilo, zmanjšano za davke in prispevke, ki jih zavod plača ob izplačilu nadomestila."

### 100. člen

V 230. členu se v prvem odstavku besedilo "169. člena Zakona o delovnih razmerjih" nadomesti z besedilom "drugega odstavka 167. člena Zakona o delovnih razmerjih (Uradni list RS, št. 21/13 in 78/13 – popr.)".

### 101. člen

V 234. členu se v drugem odstavku:

- v prvem in tretjem stavku beseda "zavoda" črta;
- v drugem in tretjem stavku beseda "medicinsko" nadomesti z besedo "zdravstveno".

### 102. člen

V 235. členu se v prvem odstavku beseda "zavoda" črta.

### 103. člen

V 236. členu se beseda "medicinsko" nadomesti z besedo "zdravstveno" in beseda "medicinske" z besedo "zdravstvene".

### 104. člen

V 240. členu se beseda "medicinske" nadomesti z besedo "zdravstvene".

### 105. člen

V 246.a členu se besedilo "pravico do zadržanosti" nadomesti z besedo "zadržanost".

### 106. člen

V naslovu poglavja "XIII/13. Druge določbe pri uveljavljanju pravic zavarovanih oseb" se besedi "zavarovanih oseb" črtata.

### 107. člen

V 252. členu se v prvem odstavku besedilo "Izvajalec ne sme" nadomesti z besedilom "Izvajalec in dobavitelj ne smeta".

V drugem odstavku se:

- v napovednem stavku besedilo "oziroma pripomoček" črta;
- 1. točka črta;
- v 9. točki v prvem stavku črta besedilo "medicinskega pripomočka in"; v drugem stavku beseda "pripomočke" nadomesti z besedama "zobnoproletične nadomestke" in beseda "pripomoček" nadomesti z besedama "zobnoproletični nadomestek".

Za drugim odstavkom se dodata nova tretji in četrti odstavek, ki se glasita:

"(3) Če zavarovana oseba predhodno soglaša, da medicinski pripomoček uveljavi v višjem ali drugačnem standardu, dobavitelji od zavarovane osebe lahko zahtevajo:

1. doplačilo kot razliko med cenovnim standardom medicinskega pripomočka ali pripomočka (artikla) in cenovnim standardom, v okviru katerega najvišja priznana cena ni določena, če zavarovana oseba izbere drug istovrstni medicinski pripomoček ali pripomoček (artikel), katerega cena je višja od cenovnega standarda;
  2. doplačilo kot razliko med cenovnim standardom in najvišjo priznano ceno, če zavarovana oseba izbere pripomoček (artikel) znotraj iste vrste medicinskega pripomočka, ki je na seznamu medicinskih pripomočkov in katerega cena je višja od najvišje priznane cene;
  3. celotno ceno pripomočka (artikla), če zavarovana oseba izbere istovrstni pripomoček (artikel), ki ni na seznamu medicinskih pripomočkov in v okviru vrste katerega je določena najvišja priznana cena;
  4. doplačilo kot razliko med cenovnim standardom in najvišjo priznano ceno, če zavarovana oseba izbere istovrstni medicinski pripomoček ali pripomoček (artikel), katerega cena je višja od pogodbene cene;
  5. doplačilo kot razliko med dnevno izposojnino izbranega medicinskega pripomočka in dnevno izposojnino iz petega odstavka 113. člena pravil, če zavarovana oseba izbere istovrstni medicinski pripomoček, katerega dnevna izposojnina je višja od tiste, ki jo določijo zavodi;
  6. doplačilo kot razliko med cenovnim standardom in najvišjo priznano ceno, če zavarovana oseba izbere istovrstni medicinski pripomoček, katerega cena je višja od cene funkcionalno ustreznega medicinskega pripomočka iz šestega odstavka 113. člena pravil, če zavarovana oseba izbere istovrstni medicinski pripomoček, katerega cena je višja od cene funkcionalno ustreznega medicinskega pripomočka;
  7. celotno vrednost stroškov popravila ali vzdrževanja izbranega medicinskega pripomočka ali pripomočka (artikla), če ti presega vrednost stroškov iz tretjega odstavka 66. člena pravil;
  8. razliko med stroški predelave katerekoli izbranega medicinskega pripomočka ali pripomočka (artikla), ki jo zahteva zavarovana oseba, če so ti višji od stroškov predelave medicinskega pripomočka ali pripomočka (artikla), ki jo je predlagal napotni zdravnik.
- (4) Za medicinske pripomočke lahko dobavitelj zahteva plačilo v celoti:
- če ga je zavarovana oseba izgubila, pokvarila ali ga je z neustreznim ravnanjem ali ravnanjem v nasprotju z navodili uničila;

- če ga zavarovana oseba zahteva pred iztekom trajnostne dobe, razen v primerih, določenih v drugem odstavku 123. člena pravil;
- če zavarovana oseba ne predloži kartice zdravstvenega zavarovanja ali drugega dokumenta, ki dokazuje obvezno zavarovanje. V tem primeru dobavitelj seznanjen zavarovano osebo, da ima pravico zahtevati povrnitev vrednosti medicinskega pripomočka od zavoda, če bo dokazala, da je imela v času njegovega uveljavljanja urejeno obvezno zavarovanje.

V dosedanjem tretjem odstavku, ki postane peti odstavek, se za besedo "Izvajalci" doda besedilo "in dobavitelji".

V dosedanjem četrtem odstavku, ki postane šesti odstavek, se za besedo "izvajalec" doda besedilo "ali dobavitelj".

### 108. člen

V 253. členu se v prvem odstavku besedilo "opredeljenega v prvem odstavku 103. člena" črta.

V drugem odstavku se:

- besedilo "iz prvega odstavka tega člena" nadomesti z besedilom "iz prejšnjega odstavka";
- besedi "zdravstveno" in "zdravstvenem" črtata;
- tretji stavek črta.

### 109. člen

V 255. členu se besedi "osebne ali" črtata.

### 110. člen

V 256. členu se prvi odstavek spremeni tako, da se glasi:

"(1) Za postopek, v katerem se odloča o pravicah, se uporablja zakon, ki ureja splošni upravni postopek, če z zakonom ni drugače določeno."

V drugem odstavku se besedilo "obveznega zdravstvenega zavarovanja opredeljenih v 81. členu" nadomesti z besedilom "81. člena".

V tretjem odstavku se:

- v 3. točki besedilo "iz obveznega zavarovanja" črta;
- v 7. točki besedilo "iz obveznega zdravstvenega zavarovanja" črta;
- za 7. točko dodata novi 7.a in 7.b točka, ki se glasita:

"7.a zdravljenju v tujini in zahtevi za povračilo stroškov iz 135.a do 136. člena pravil;

7.b zahtevi za povračilo stroškov zdravstvenih storitev, ki jih je zavarovana oseba uveljavljala med začasnim bivanjem v tujini;"

### 111. člen

V 258. členu se v prvem odstavku besedilo "iz obveznega zdravstvenega zavarovanja" črta.

V drugem odstavku se v drugem stavku besedi "zavarovane osebe" črtata.

### 112. člen

V 259. členu se v tretjem odstavku besedili "za posebne zdravstvene namene" in "po pravilih" črtata.

### 113. člen

V 260. členu se v drugem odstavku beseda "zdravstvenega" črta.

### 114. člen

V 261. členu se drugi odstavek črta.

### 115. člen

V 264. členu se v prvem odstavku:

- za besedo "izvajalci" dodata besedi "ali dobavitelji";
- za besedo "izvajalci" dodata besedi "ali dobavitelj".

### 116. člen

V 265. členu se v 2. točki prvega odstavka za besedo "izvajalci" doda besedilo "in dobavitelj".

V drugem odstavku se za besedo "izvajalci" dodata besedi "in dobavitelji".

### 117. člen

V 266. členu se v drugem odstavku beseda "medicinsko" nadomesti z besedo "zdravstveno".

### 118. člen

V 267. členu se v prvem odstavku za besedo "izvajalci" doda besedilo "in dobavitelji" in beseda "medicinsko" nadomesti z besedo "zdravstveno".

V drugem odstavku se besedilo "Nadzornim in drugim pooblaščenim zdravnikom, zobozdravnikom in farmacevtom zavoda so dolžni omogočiti" nadomesti z besedilom "Izvajalci in dobavitelji pooblaščenim osebam zavoda, ki opravljajo nadzor na podlagi zakona, drugih predpisov, splošnih aktov zavoda in pogodb, sklenjenih z izvajalci oziroma dobavitelji, omogočijo".

V tretjem odstavku se za besedo "izvajalca" dodata besedi "in dobavitelja".

## PREHODNE IN KONČNI DOLOČBI

### 119. člen

Določbe 229.a člena pravil se uporabljajo za čas odsotnosti z dela s pravico do nadomestila plače v breme obveznega zavarovanja po 12. juliju 2013.

### 120. člen

(1) Zahteve iz prve in druge alineje drugega odstavka 111. člena pravil, ugotavljanje izpolnjevanja teh zahtev za posamezne pripomočke (artikle) ter določitev medicinskih pripomočkov in zdravstvenih stanj iz prvega odstavka 64. člena pravil se določijo postopoma po posameznih skupinah medicinskih pripomočkov, in sicer za pripomočke pri težavah z odvajanjem seča in za pripomočke pri zdravljenju sladkorne bolezni v dvanajstih mesecih od dneva uveljavitve akta iz tretjega odstavka 64. člena pravil, za ostale skupine medicinskih pripomočkov pa se določijo take zahteve do 30. junija 2017. Celoten seznam medicinskih pripomočkov se vzpostavi do 30. junija 2017.

(2) Do vzpostavitve zahtev iz prve in druge alineje drugega odstavka 111. člena pravil pri posamezni skupini iz šifrantu vrst medicinskih pripomočkov se za to skupino uporabljajo standardi iz 111. člena pravil. Do določitve medicinskih pripomočkov in zdravstvenih stanj iz prvega odstavka 64. člena pravil se uporabljajo medicinski pripomočki in zdravstvena stanja, veljavna ob uveljavitvi teh sprememb in dopolnitev, razen kadar skupščina zavoda s soglasjem ministra, pristojnega za zdravje, določi drugačen obseg pravic.

### 121. člen

(1) Dobavitelj v dveh mesecih od vsakokratne uveljavitve cenovnih standardov, najvišjih priznanih cen, pogodbениh cen ali dnevnih

izposojnin iz 113. člena pravil, za vrste medicinskih pripomočkov in pripomočke (artikle), za katere se je določila oziroma spremenila ta vrednost in ki jih zagotavlja po pogodbi z zavodom, pisno sporoči zavodu, katere od njih bo še naprej zagotavljal iz obveznega zavarovanja in katere od njih se črta iz priloge k pogodbi z zavodom, ker jih ne bo več zagotavljal iz obveznega zavarovanja. Če dobavitelj ne ravna v skladu s prejšnjim stavkom, se šteje, da je odstopil od pogodbe z zavodom v delu, ki se nanaša na vrsto medicinskega pripomočka, za katero ni sporočil podatka oziroma v delu, ki se nanaša na pripomoček (artikel), za katerega ni sporočil podatka.

(2) Dobavitelj zagotovi medicinske pripomočke v skladu z drugim, tretjim in četrtem odstavkom 216. člena pravil v treh mesecih od vsakokratne uveljavitve cenovnih standardov in najvišjih priznanih cen iz 113. člena pravil.

(3) Do uveljavitve cenovnih standardov in najvišjih priznanih cen, prvič določenih na podlagi splošnega akta zavoda iz prvega odstavka 113. člena pravil, cenovne standarde določi upravni odbor zavoda na podlagi prvega odstavka 113. člena Pravil 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 in 99/13 – ZSVarPre-C), kadar skupščina zavoda s soglasjem ministra, pristojnega za zdravje, določi drugačen obseg pravic do medicinskih pripomočkov. Z uveljavitvijo cenovnih standardov in najvišjih priznanih cen, prvič določenih na podlagi splošnega akta zavoda iz prvega odstavka 113. člena pravil, prenehata veljati prvi odstavek in prvi stavek drugega odstavka 10. člena Dogovora o preskrbi z medicinskimi in tehničnimi pripomočki za obdobje 2009–2011.

### 122. člen

Postopki odločanja o pravici do zdraviliškega zdravljenja, v katerih še ni izdana odločba ali na podlagi izdane odločbe o odobritvi zdraviliškega zdravljenja, to zdravljenje še ni bilo v celoti uveljavljeno do dneva uveljavitve teh sprememb in dopolnitev, se zaključijo v skladu z dosedanjimi predpisi.

### 123. člen

Postopki odločanja o pravici do zdravljenja v tujini, ki so se začeli pred 6. novembrom 2013, se zaključijo v skladu z dosedanjimi predpisi.

### 124. člen

Postopki odločanja o izjemnih odobritvah medicinskih pripomočkov iz desetega odstavka 89. člena pravil, ki so se začeli pred dnevom uveljavitve teh sprememb in dopolnitev, in postopki odločanja o izjemnih odobritvah medicinskih pripomočkov iz šestega do dvanajstega odstavka 95. člena pravil, ki so se začeli pred dnevom uveljavitve splošnega akta skupščine zavoda iz prvega odstavka 64. člena pravil, se zaključijo na podlagi tretjega odstavka 259. člena pravil.

### 125. člen

(1) Generalni direktor zavoda izda navodilo za Excipial podlage s šiframi iz 3.1.2.4. in 3.1.3.4. točke Seznama magistralnih zdravil v 15 dneh od dneva uveljavitve teh sprememb in dopolnitev.

(2) Do razvrstitve posameznega magistralnega zdravila na listo zdravil na podlagi Pravilnika o razvrščanju zdravil na listo (Uradni list RS, št. 35/13), se šteje, da so magistralna zdravila razvrščena na pozitivno listo zdravil.

## 126. člen

Z dnem uveljavitve teh sprememb in dopolnitev preneha veljati Navodilo za predpisovanje in izdajanje magistralno pripravljene zdravila v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja, številka 9001-22/2010-DI/4 z dne 20. julija 2010.

## 127. člen

Te spremembe in dopolnitve se objavijo v Uradnem listu Republike Slovenije, ko da nanje soglasje minister, pristojen za zdravje, in začnejo veljati petnajsti dan po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije, razen določb šestega do dvanajstega odstavka 95. člena pravil, ki se začnejo uporabljati z dnem uveljavitve splošnega akta iz prvega odstavka 64. člena pravil, s katerim bodo opredeljena zdravstvena stanja, pri katerih ima zavarovana oseba pravico do posameznega medicinskega pripomočka iz šestega do dvanajstega odstavka 95. člena pravil.

Št. 9000-2/2014-DI/7  
Ljubljana, dne 25. marca 2014  
EVA 2013-2711-0039

Predsednik Skupščine  
Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije  
Jože Smole l.r.

Soglašam!

dr. Alenka Trop Skaza l.r.  
Ministrica  
za zdravje

## Priloga:

### Seznam magistralnih zdravil na recept

#### 1. Farmacevtske oblike za peroralno uporabo:

- 1.1. peroralna raztopina:
  - 1.1.1. za uravnavanje želodčne kisline
    - za otroke;
  - 1.1.2. s ZnSO<sub>4</sub> v primeru pomanjkanja cinka
    - za otroke;
  - 1.1.3. z opioidnimi in drugimi učinkovinami (npr. deksametazon) za zdravljenje bolečin
    - za onkološke paciente;
  - 1.2. peroralni prašek:
    - 1.2.1. s ZnSO<sub>4</sub> za zdravljenje Wilsonovega sindroma, če ga predpiše ali predlaga nevrolog;
    - 1.2.2. s ZnSO<sub>4</sub> v primeru pomanjkanja cinka
      - za otroke;
    - 1.2.3. s fruktozo do 50 g
      - za otroke;
    - 1.2.4. z laktozo do 50 g
      - za otroke;
    - 1.2.5. s koruznim škrobom
      - za otroke;

- 1.2.6. z opioidnimi učinkovinami za zdravljenje bolečin
  - za onkološke paciente;
- 1.3. peroralne raztopine, praški in druge peroralne oblike z odmerjanjem za otroke, če ni na trgu industrijskega ali galenskega zdravila v primernih jakostih ali farmacevtskih oblikah ne glede na status razvrstitve;

#### 2. Farmacevtske oblike za oralno uporabo:

- 2.1. oralni praški za zdravljenje aft in razjed ustne sluznice:
  - 2.1.1. z antibiotikom oziroma kemoterapevtikom v ustrezni podlagi;
- 2.2. oralne suspenzije za zdravljenje aft in razjed ustne sluznice:
  - 2.2.1. z antibiotikom oziroma kemoterapevtikom, lokalnim anestetikom ter hidrokortizonom v ustrezni podlagi;
  - 2.2.2. s hidrokortizonom ali triamcinolonom in lokalnim anestetikom v ustrezni podlagi;
- 2.3. oralne paste za zdravljenje aft in razjed ustne sluznice:
  - 2.3.1. z antibiotikom oziroma kemoterapevtikom, lokalnim anestetikom, hidrokortizonom v ustrezni podlagi;
- 2.4. oralne raztopine za zdravljenje aft in razjed ustne sluznice:
  - 2.4.1. s klorheksidinom od 0,1 % do 0,2 % v enotah po 50 g v skupni količini do 200 g
    - za onkološke paciente po obsevanju ali terapiji s citostatiki,
    - za imunokompromitirane paciente in
    - za paciente z avtoimuno pogojenimi razjedami ustne sluznice;
  - 2.5. oralni gel z vgrajenimi zdravilnimi učinkovinami ali brez:
    - 2.5.1. oralni gel brez vgrajenih zdravilnih učinkovin
      - za zaščito ran po kirurških posegih v ustni votlini kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja;
    - 2.5.2. oralni gel z vgrajeno eno, dvema ali tremi zdravilnimi učinkovinami (na primer oksitetraciklin, triamcinolon, benzokain ali ksilokain)
      - za nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja vnetnih in imunsko povzročenih razjed v ustni sluznici;

#### 3. Farmacevtske oblike za dermalno uporabo:

- 3.1. Poltrdne dermalne farmacevtske oblike:
  - 3.1.1. Oficinalne mazilne podlage po veljavnem Formularium Slovenicum, v katere se vgrajuje zdravilne učinkovine ali z njimi razredčuje gotova glukokortikoidna mazila ali kreme:
    - 3.1.1.1. Mazilo z lanolinskimi alkoholi;
    - 3.1.1.2. Mazilo z lanolinskimi alkoholi z vodo;
    - 3.1.1.3. Hidrofilno mazilo;
    - 3.1.1.4. Hidrofilno mazilo z vodo;
    - 3.1.1.5. Neionska hidrofilna krema;
    - 3.1.1.6. Hidroksietilcelulozni gel;
    - 3.1.1.7. Karboksietilcelulozni gel;
  - 3.1.2. Industrijsko izdelane mazilne podlage za vgradnjo zdravilnih učinkovin:
    - 3.1.2.1. Belobaza;
    - 3.1.2.2. Lexobaza AMF, Lexobaza HB, Lexobaza HBG, Lexobaza HBaq;
    - 3.1.2.3. Linola-Fett N in Linola oziroma Linola podlage;
      - za zdravljenje obolele kože pri psoriasi, ihtiozi in diskeratozi in
      - za onkološke paciente;
    - 3.1.2.4. Excipial podlage s šiframi, ki jih določi generalni direktor zavoda za navodilom, ki se objavi na spletni strani zavoda:
      - za zdravljenje obolele kože pri psoriasi, ihtiozi in diskeratozi in
      - za onkološke paciente;
    - 3.1.2.5. Basis creme;
  - 3.1.3. Industrijsko izdelane mazilne podlage za razredčevanje gotovih glukokortikoidnih mazil:
    - 3.1.3.1. Belobaza;

3.1.3.2. Lexobaza AMF, Lexobaza HB, Lexobaza HBG, Lexobaza HBaq;

3.1.3.3. Basis creme;

3.1.3.4. Excipial podlage s šiframi, ki jih določi generalni direktor zavoda z navodilom, ki se objavi na spletni strani zavoda;

3.1.4. Neoficinalne mazilne podlage za vgradnjo zdravilnih učinkovin ali razredčenje gotovih glukokortikoidnih mazil in krem, pri katerih mora biti receptura izpisana v celoti, razen v primeru naslednjih mazilnih podlag, ki so opredeljene v Kodeksu galenskih izdelkov:

3.1.4.1. Mazilna podlaga s holesterolom (Eucerol oziroma Excipiens cum cholesterolo oziroma Ung. cholesteroli);

3.1.4.2. Hladilno mazilo z olivnim oljem;

3.1.4.3. Hladilno mazilo s tekočim parafinom;

3.1.4.4. Mazilna podlaga – emoliens (Unguentum emolliens);

3.1.5. Oficinalne, neoficinalne ali industrijske mazilne podlage brez zdravilne učinkovine:

– za zdravljenje obolele kože pri psorizii, atopijskem dermatitisu, kroničnih vnetnih dermatozah, ihtiozi, diskeratozi, če ga predpiše ali predlaga dermatolog,

– za zdravljenje poškodovane kože pri opeklinah in

– za onkološke paciente;

3.1.6. gel

3.1.6.1. z aluminijevim kloridom heksahidratom

– za hiperhidrozo stopal ali dlani otrok, če ga predpiše ali predlaga dermatolog;

3.1.7. paste

3.1.7.1. z zdravilno učinkovino, razen lokalnih anestetikov;

3.2. Tekoče dermalne farmacevtske oblike

3.2.1. Raztopine:

3.2.1.1. olivno olje za vgradnjo v mazilno podlago z zdravilnimi učinkovinami ali brez in za vgradnjo v mazilno podlago, skupaj z gotovim glukokortikoidnim mazilom, z zdravilno učinkovino ali brez:

– za zdravljenje obolele kože pri psorizii, atopijskem dermatitisu,

– za zdravljenje poškodovane kože pri opeklinah in

– za onkološke paciente;

3.2.1.2. ribje olje za vgradnjo v mazilno podlago z zdravilnimi učinkovinami ali brez:

– za zdravljenje obolele kože pri psorizii, atopijskem dermatitisu,

– za zdravljenje poškodovane kože pri opeklinah in

– za onkološke paciente;

3.2.1.3. raztopine s klorheksidinom 0,05 % po 50 g do 200 g;

3.2.1.4. raztopine s salicilno kislino v jakosti od 2 % do 5 % v olju

– za otroke, če ga predpiše ali predlaga dermatolog;

3.2.1.5. raztopina s salicilno kislino od 2 % do 10 % v olju

– za odrasle za zdravljenje močno luščečih se dermatoz lasišča pri psorizii ali seboroičnem dermatitisu;

3.2.1.6. raztopina z etakridinijevim laktatom do 200 g;

3.2.2. Suspenzije:

3.2.2.1. s salicilno kislino od 2 % do 10 % v olju

– za odrasle za zdravljenje močno luščečih se dermatoz lasišča pri psorizii ali seboroičnem dermatitisu;

3.2.2.2. suspenzija do 200 g, v katero se vgradijo zdravilne učinkovine;

3.3. Antibiotiki in kemoterapevtiki, ki jih je dovoljeno vgrajevati kot zdravilne učinkovine v farmacevtske oblike za dermalno uporabo:

3.3.1. klindamicin;

3.3.2. eritromicin;

3.3.3. metronidazol;

3.4. V farmacevtske oblike za dermalno uporabo se sme vgrajevati v ustrezne podlage, naslednje zdravilne učinkovine brez kombinacij z drugimi zdravilnimi učinkovinami:

3.4.1. resorcinol;

3.4.2. ihtamol;

3.4.3. salicilna kislina (v koncentraciji 2 % do 10 %);

3.4.4. žveplo;

3.4.5. kapsaicin

– za zdravljenje nevropatske bolečine;

3.4.6. dimetil sulfoksid

– za zdravljenje kompleksnega regionalnega bolečinskega sindroma;

#### 4. Farmacevtske oblike za oko:

4.1. pripravki za oči, vključno z ampuliranimi ali liofiliziranimi oblikami zdravilnih učinkovin, ne glede na status razvrstitve, in z borovo kislino;

4.2. vitaminsko mazilo za oči ali kapljice za oči z vitamini in fiziološka raztopina za izpiranje

– za zdravljenje po operativnih posegih na zunanjih očesnih delih ali pri zdravljenju poškodb očesa za dobo največ do enega meseca po operaciji ali poškodbi;

#### 5. Vaginalne farmacevtske oblike:

5.1. v ustrezno podlago se sme vgrajevati protimikrobne učinkovine;

#### 6. Rektalne farmacevtske oblike:

6.1. svečke

6.1.1. z zdravilnimi učinkovinami

– za otroke;

– za onkološke paciente in za paciente, pri katerih peroralna aplikacija zdravil ni možna;

6.2. poltrdne rektalne farmacevtske oblike:

6.2.1. rektalni gel s hidrokortizonom v jakosti 100 in 500 mg v obliki klizme

– za zdravljenje kronične vnetne črevesne bolezni, če ga predpiše ali predlaga gastroenterolog;

#### 7. Farmacevtske oblike za inhaliranje:

7.1. Raztopine

7.1.1. z amiloridom

– za paciente s cistično fibrozo;

7.1.2. hipertonična inhalacijska raztopina z NaCl

– za paciente s cistično fibrozo;

#### 8. Parenteralne farmacevtske oblike:

8.1. Analgetična in druga raztopina za podkožno ali epiduralno aplikacijo z elastomerno črpalko:

– za zdravljenje hude onkološke bolečine in za lajšanje drugih simptomov (na primer bruhanja in delirantnih stanj) pri onkoloških pacientih z napredovalim rakom.

Za pripravo raztopin iz te točke 8.1. se lahko uporabljajo

vsa zdravila, ne glede na status razvrstitve zdravila na listo.

# Izvajanje določb Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja v zvezi s pravico do zdraviliškega zdravljenja

V Uradnem listu Republike Slovenije, št. 25/14, z dne 11. 4. 2014, so bile objavljene Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju: Pravila), ki so začele veljati petnajsti dan po objavi, torej s 26.4.2014.

Že takoj po uveljavitvi Pravil so se tako s strani izvajalcev, imenovanih zdravnikov ZZS kot tudi zavarovanih oseb pojavila določena vprašanja v zvezi z izvajanjem določb, ki se nanašajo na pravico do zdraviliškega zdravljenja. Predvsem so se vprašanja nanašala na 45. člen Pravil, ki določa posamezna zdravstvena stanja (indikacije), pri katerih je lahko zavarovana oseba, ob izpolnjevanju drugih predpisanih pogojev, upravičena do tovrstnega zdravljenja. Po sestankih s predstavniki strokovnih združenj pri Slovenskem zdravniškem društvu (SZD) in pristojnih RSK je bila podrobnejša vsebina posameznih indikacij 45. člena Pravil vsebinsko usklajena, kar v nadaljevanju navajamo.

## 1. Poškodbe in operacije na lokomotornem sistemu

### 1.1 Zlomi velikih kosti, hrbtenice po prvem kontrolnem pregledu; izjemoma brez operativnega posega le ob težji, a popravljivi funkcionalni prizadetosti

Pravna podlaga: tretja alineja 3. točke prvega odstavka 45. člena Pravil. V skladu z navedeno določbo se zdraviliško zdravljenje pri zlomih velikih kosti in hrbtenice odobri šele po prvem kontrolnem pregledu. V primeru izvedbe prvega kontrolnega pregleda po odpustu iz bolnišnice, bi nekatere zavarovane osebe z zlomom kolka zdraviliško zdravljenje lahko nastopile prepozno, ker je pri njih za ustrezno in uspešno rehabilitacijo izjemnega pomena, da z zdraviliškim zdravljenjem začnejo takoj po odpustu iz bolnišnice sicer je lahko njihovo okrevanje upočasnjeno ali celo neuspešno. Uspeh zdraviliškega zdravljenja, ki je odložen za nekaj tednov (po določenem časovnem obdobju po odpustu iz bolnišnice in po kasneje opravljenem kontrolnem pregledu), je lahko slabši, kot bi bil v primeru, če bi bilo le-to izvedeno takoj po odpustu (Priporočila za zdravljenje zloma kolka v Sloveniji, Zdravniški vestnik, marec 2012/letnik 81).

Zato je potrebno pojem prvega kontrolnega pregleda razlagati širše, in sicer je to tudi kontrolni pregled po operacijah zlomov kolkov starejših zavarovanih oseb, ki se lahko opravi v času pred napovedanim odpustom iz bolnišnice oziroma po zaključeni začetni rehabilitaciji v akutni (in eventualnem nadaljevanju v neakutni) bolnišnični obravnavi. V tem primeru mora biti Predlogu imenovanemu zdravniku (v nadaljevanju: Predlog) priloženo poročilo z oceno psihofizične zmožnosti za sodelovanje v zahtevni zdraviliški rehabilitaciji ter s korektnim kliničnim statusom in opisom eventualnih spremljajočih bolezni. Iz omenjenega poročila in izvida takšnega pregleda pred napovedanim odpustom

mora biti razviden potek zdravljenja, podatek o zaceljenosti rane, vključno z datumom odstranitve šivov oziroma sponk, potek bolnišnične rehabilitacije ter opis funkcionalnega statusa prizadetega kolka.

V skladu z zgoraj navedenim se v primeru tovrstnih zdravstvenih stanj (zlomi kolka) kot kontrolni pregled v smislu zahtev Pravil upošteva:

- kontrolni pregled, ki se opravi pred napovedanim zaključkom hospitalizacije, pri čemer navedeni pregled opravi in omenjeno poročilo poda fiziater ali konzilij najmanj dveh zdravnikov (pristojni oddelčni oziroma sobni zdravnik in še drug zdravnik), ali
- kontrolni pregled, ki je opravljen po zaključenem bolnišničnem zdravljenju oziroma po odpustu iz bolnišnice.

Tako bo imenovani zdravnik glede na zgoraj navedeni pojem kontrolnega pregleda v primeru, ko ugotovi, da so v konkretnem primeru izpolnjeni pogoji za napotitev na zdraviliško zdravljenje, odločil, da gre za:

- zdraviliško zdravljenje, ki je nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, če so izpolnjeni pogoji iz 1. točke tretjega odstavka 43. člena Pravil (praviloma bo to v primeru, če je kontrolni pregled opravljen pred napovedanim odpustom iz bolnišnice);
- zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, če so izpolnjeni pogoji iz 2. točke tretjega odstavka 43. člena Pravil (praviloma bo to v primeru, če je kontrolni pregled opravljen kasneje, po odpustu iz bolnišnice).

Zavarovano osebo pred zacelitvijo rane ni dopustno napotiti na zdraviliško zdravljenje. Pri napotitvi je potrebno upoštevati, da je od operacije minilo najmanj 8 do 10 dni (za zacelitev rane), ter morebitne druge kontraindikacije iz 46. člena Pravil.

Predlog imenovanemu zdravniku za zdraviliško zdravljenje mora biti strokovno utemeljen, iz njega mora jasno izhajati, da je zavarovana oseba ustrezen kandidat za zdraviliško zdravljenje (glede na indikacije in kontraindikacije), pri čemer mora biti upoštevan pogoj, da gre za težjo, a popravljivo funkcionalno prizadetost.

Pri ugotavljanju funkcionalne prizadetosti po poškodbi je potrebno med drugim upoštevati starost zavarovane osebe in že dosedanje funkcionalno stanje glede dnevnih aktivnosti.

### 1.2 Endoproteza velikih sklepov, najmanj štiri tedne po posegu, a le ob težji in še popravljivi funkcionalni prizadetosti

Pravna podlaga: peta alineja 3. točke prvega odstavka 45. člena Pravil. Ta alineja obravnava stanja po načrtovanih (elektivnih) kirurških posegih, pri katerih endoproteza velikih sklepov ni bila vstavljena zaradi zloma (temveč zaradi drugih zdravstvenih stanj kot je npr. artroza).

Tudi v primeru tovrstnih stanj (endoproteza velikih sklepov) mora biti Predlog strokovno utemeljen, iz njega mora jasno izhajati, da gre za težjo, a popravljivo funkcionalno prizadetost. Slednje lahko zdravnik, ki bo podal Predlog za zdraviliško zdravljenje, izkaže z ustrezno medicinsko dokumentacijo, ali na podlagi svojih ugotovitev, ki jih natančno opiše.

Iz Predloga in priložene medicinske dokumentacije mora biti razviden potek zdravljenja, podatek o zaceljenosti rane, potek bolnišnične rehabilitacije ter opis funkcionalnega statusa prizadetega kolka.

## 2. Nevrolološke in živčno-mišične bolezni

Pravna podlaga: tretja alineja 4. točka prvega odstavka 45. člena Pravil. V skladu s četrtem odstavkom 43. člena Pravil se zdraviliško zdravljenje v primeru zdravstvenih stanj iz prve in tretje alineje 4. točke prvega odstavka 45. člena Pravil (novo odkrite organske pareze in paralize s klinično jasnimi funkcionalnimi motnjami in nevrokirurške operacije na centralnem ali perifernem živčevju s težjo funkcionalno prizadetostjo motorike) lahko izvaja le kot zdraviliško zdravljenje, ki je nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja.

V nekaterih primerih, ko gre za nevrokirurške operacije na centralnem ali perifernem živčevju s težjo funkcionalno prizadetostjo motorike, ni mogoče takoj po bolnišničnem zdravljenju nadaljevati z zdraviliškim zdravljenjem in morajo pacienti toliko okrevati doma, da lahko učinkovito pričnejo z rehabilitacijo v zdravilišču.

V skladu s četrtem in šestim odstavkom 48. člena Pravil se zdraviliško zdravljenje zaradi zdravstvenega stanja zavarovane osebe lahko odloži, in sicer z odlogom do največ 3 mesecev. Če pristojni zdravnik oceni, da bi bilo zdraviliško zdravljenje v skladu z določbo tretje alineje 4. točke prvega odstavka 45. člena Pravil, sicer utemeljeno, vendar zavarovana oseba tega zdravljenja zaradi zdravstvenega stanja ne bo mogla nastopiti neposredno po odpustu iz bolnišnice, bo to predlagal in ustrezno utemeljil.

To pomeni, da bo pristojni zdravnik v Predlogu navedel in utemeljil, da je zaradi zdravstvenega stanja zavarovane osebe indicirano kasnejše zdraviliško zdravljenje, in bo predlagal, da ZZS odobri odlog zdraviliškega zdravljenja ter za koliko časa (ne dlje kot za 3 mesece od izdaje odločbe).

Če bo imenovani zdravnik Predlogu sledil, bo zavarovani osebi izdal odločbo, s katero bo odločil, da je zavarovana oseba upravičena do zdraviliškega zdravljenja, ki se izvaja kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, ki pa ga bo lahko zavarovana oseba nastopila v roku, ki ga bo navedel v odločbi. Istočasno bo v odločbi tudi opredelil, da je veljavnost te odločbe 3 mesece od njene izdaje.

## 3. Bolezni srca in ožilja

Pravna podlaga: 5. točka prvega odstavka 45. člena Pravil.

V skladu z novelo Pravil do zdraviliškega zdravljenja niso več upravičene zavarovane osebe po akutnem srčnem infarktu brez zapletov.

## 4. Zdraviliško zdravljenje otrok

Pravna podlaga: 1. do 10. točka prvega odstavka 45. člena Pravil, drugi odstavek 45. člena Pravil.

Pri zavarovanih osebah do dopolnjenega 18. leta starosti (v nadaljevanju: otroci) je pravica do zdraviliškega zdravljenja podana pri zdravstvenih stanjih, ki so indikacija za vse zavarovane osebe, ne glede na njihovo starost, dodatna zdravstvena stanja, pri katerih se le otrokom lahko odobri zdraviliško zdravljenje, pa so ločeno navedena v drugem odstavku 45. člena.

Spremembe Pravil omogočajo zdraviliško zdravljenje večini in najtežje bolnim otrokom. Za najtežje bolnike je ustrezno poskrbljeno, pri čemer so se strokovnjaki pulmolške in dermatološke stroke iz celotne države poenotili v okviru Združenja za pediatrijo pri Slovenskem zdravniškem društvu.

V nadaljevanju navajamo podrobnejše razlage posameznih indikacij, ki se nanašajo na otroke.

### 4.1 Juvenilna bronhialna astma, ki je ni mogoče obvladovati z zdravili

Pravna podlaga: 3. točka drugega odstavka 45. člena Pravil.

Astma, ki je indikacija za zdraviliško zdravljenje, lahko kompetentno prepozna specialist pediater tako na primarnem kot tudi na sekundarnem in terciarnem nivoju. Za razliko od internističnih strok, pediatrija v Sloveniji, razen otroške nevrologije formalno nima subspecialističnih delitev. Tako se otroci, zlasti kar zadeva obolenja drobnih dihalnih poti, zdravijo pri pediatrih, ki redno obravnavajo otroke in mladostnike z astmo (ambulantno in bolnišnično). To pomeni, da otroke s tovrstnimi težavami (astma) zdravi pediater s posebnim znanjem s področja pulmologije.

Astma in ponavljajoče piskanje pri otroku do dopolnjenega 5. leta se izkazuje z:

- dvema ali več hospitalizacijami letno ALI
- delno ali neurejeno boleznijo OB DOKUMENTIRANEM zdravljenju s srednjim odmerkom protivnetnega zdravila (npr. Flixotide 125 mcg 1x dnevno ali več oz. ekvivalent).

Pri otroku v starosti nad 5 let se izkazuje z:

- eno ali več hospitalizacijami letno ALI
- delno ali neurejeno boleznijo OB DOKUMENTIRANEM zdravljenju s srednjim odmerkom protivnetnega zdravila (npr. Flixotide 125 mcg 1x dnevno ali več oz. ekvivalent).

### 4.2 Bronhopulmonalna displazija s klinično evidentnimi funkcionalnimi motnjami pod 70 % normalne vrednosti

Pravna podlaga: 1. točka drugega odstavka 45. člena Pravil.

Bronhopulmonalna displazija je sama po sebi dovolj obvladljiva oziroma ni tako zahtevna bolezen, da bi bilo potrebno zdraviliško zdravljenje, če ni poslabšanj. Pri tem se omenjena diktija 1. točke drugega odstavka 45. člena Pravil razume in izkazuje podobno kot astma, in sicer:

Pri otroku v starosti do dopolnjenega 5. leta se izkazuje z:

- dvema ali več hospitalizacijami letno ALI
- delno ali neurejeno boleznijo OB DOKUMENTIRANEM zdravljenju s srednjim odmerkom protivnetnega zdravila (npr. Flixotide 1 x 125 mcg dnevno ali več oz. ekvivalent).

Pri otroku v starosti nad 5 let se izkazuje z:

- eno ali več hospitalizacijami letno ALI
- delno ali neurejeno boleznijo OB DOKUMENTIRANEM zdravljenju s srednjim odmerkom protivnetnega zdravila (npr. Flixotide 1 x 125 mcg dnevno ali več oz. ekvivalent).

### 4.3 Cistična fibroza pljuč z zmanjšano pljučno funkcijo (FEV1 pod 70%)

Pravna podlaga: 9. točka prvega odstavka 45. člena Pravil.

V skladu z veljavnimi Pravili je zdraviliško zdravljenje mogoče odobriti v primeru cistične fibroze pljuč. Sama cistična fibroza pljuč je že sama po sebi zelo težka oziroma zahtevna bolezen, zato zmanjšanje pljučne funkcije (FEV1 pod 70%) pri otrocih ni edino merilo. Ob napotitvi na zdraviliško zdravljenje bolnika s cistično fibrozo je potrebno upoštevati strokovne zahteve preprečevanja prenosa bolezenskih povzročiteljev med bolniki in druga načela sodobnega zdravljenja – preprečevanje možnosti okužb z visoko-odpornimi povzročitelji iz naravnega okolja.

Pri napotovanju na zdraviliško zdravljenje otrok s cistično fibrozo se upošteva kriterij FEV1 pod 70% iz druge alineje 9. točke prvega odstavka 45. člena Pravil, kar se pri otrocih dokazuje tako, da se upošteva predvsem potreba po vsakodnevni respiratorni fizioterapiji. Pri otrocih s cistično fibrozo pljuč z zmanjšano pljučno funkcijo se namreč le-ta ne more oceniti zgolj z FEV1.

## 4.4 Dermatologija

Pravna podlaga: 7. točka prvega odstavka 45. člena Pravil, druga točka 45. člena Pravil.

Stanja, ki se nanašajo na kožne bolezni, so navedena v 7. točki prvega odstavka 45. člena Pravil, in veljajo tako za odrasle osebe kot tudi za otroke, pri čemer se v okviru posameznih indikacij razume:

- generalizirana oblika psoriaze, ki je ni mogoče obvladovati z zdravili (pri otrocih ni registriranega biološkega zdravila), z več kot 30% prizadete kože ob poslabšanju v zadnjem letu OB DOKUMENTIRANEM zdravljenju;
- sklerodemija s težjo funkcijsko prizadetostjo, po zaključenem bolnišničnem zdravljenju, pri čemer se kot težja funkcijska prizadetost upošteva prizadetost kože nad sklepi in na prsnem košu;
- generalizirana oblika nevrodermitisa: atopijski dermatitis - alergijski in nealergijski z več kot 30% prizadete kože ob poslabšanju v zadnjem letu OB DOKUMENTIRANEM zdravljenju.

Uršula Jerše Jan,  
Ticijana Prijon,  
dr. Tomaž Čakš,  
Radmila Krunic,  
Špela Cerar



Na podlagi drugega odstavka 64. 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 in 111/13 – ZMEPIZ-1) ter 18. točke 13. člena Statuta Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (Uradni list RS, št. 87/01 in 1/02 – popr.) je Skupščina Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije na 3. redni seji dne 25. 3. 2014 sprejela

# Pravilnik o določitvi izhodišč za cenovne standarde medicinskih pripomočkov (artiklov) iz obveznega zdravstvenega zavarovanja

## I. Splošne določbe

### 1. člen (vsebina pravilnika)

(1) S tem pravilnikom se določajo izhodišča za cenovne standarde posameznih vrst medicinskih pripomočkov iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu: OZZ) in izhodišča za cene medicinskih pripomočkov iz OZZ.

(2) Izhodišča v skladu s tem pravilnikom se upoštevajo pri:

- določitvi cenovnih standardov za posamezne vrste medicinskih pripomočkov iz OZZ v primerih izdaje in izposoje,
- določitvi pogodbenih cen za pripomočke (artikle) iz OZZ,
- določitvi cen v primerih izjemnih odobritev medicinskih pripomočkov iz OZZ oziroma celotnega ali delnega povračila stroškov na podlagi tretjega odstavka 259. člena Pravil 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 in 25/14; v nadaljnjem besedilu: Pravila).

(3) Kot izhodišča za določitev cenovnih standardov vrst medicinskih pripomočkov in cen pripomočkov (artiklov) iz 3., 5. in 6. člena tega pravilnika se upoštevajo cene tistih pripomočkov (artiklov), za katere je v skladu s pravilnikom, ki ureja seznam medicinskih pripomočkov, ugotovljeno, da izpolnjujejo zahteve iz prve in druge alinee drugega odstavka 111. člena Pravil.

### 2. člen (izrazi)

Izrazi, uporabljeni v tem pravilniku, imajo naslednji pomen:

- cena na ravni proizvajalca MP je cena proizvajalca medicinskih pripomočkov, zmanjšana za popuste, in brez davka na dodano vrednost (v nadaljnjem besedilu: DDV);
- dobavitelj je lekarna ali pravna ali fizična oseba, ki opravlja promet z MP na drobno v specializirani prodajalni in ki ima z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije sklenjeno pogodbo o izdaji, izposoji ali izdaji in izposoji MP;
- medicinski pripomočki (v nadaljnjem besedilu: MP) so tisti MP, do katerih so zavarovane osebe upravičene v skladu z določbami Pravil in jih na naročilnice predpisujejo pooblaščen zdravniki;
- pripomočki (artikli) so serijsko izdelani MP z imeni, kot jih je določil proizvajalec MP, ki se zagotavljajo v okviru določene vrste MP;
- proizvajalci MP so proizvajalci MP, ki imajo sedež v Republiki Sloveniji (v nadaljnjem besedilu: RS) in so vpisani v register proizvajalcev MP s sedežem v RS, ki ga upravlja Javna agencija

Republike Slovenije za zdravila in medicinske pripomočke (v nadaljnjem besedilu: JAZMP) ter proizvajalci MP, ki imajo sedež v drugi državi članici Evropske unije (v nadaljnjem besedilu: EU), in so vpisani v register proizvajalcev MP v državi, kjer imajo sedež, in zagotavljajo izdajo svojih MP pri najmanj enem pogodbenem dobavitelju;

- veletrgovec je poslovni subjekt, ki v skladu z zakonom, ki ureja medicinske pripomočke, opravlja dejavnost prometa z medicinskimi pripomočki na debelo;
- vrste MP so vrste MP, določene v Šifrantu vrst medicinskih pripomočkov;
- zastopniki proizvajalca MP so poslovni subjekti s sedežem v RS, ki imajo s tujim proizvajalcem MP sklenjeno pogodbo o zastopanju in so vpisani v register poslovnih subjektov, ki opravljajo promet z MP na debelo, ki ga vodi JAZMP;
- Zavod je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

## II. Izhodišča za cenovne standarde MP in cene pripomočkov (artiklov)

### 3. člen (izhodišča za določitev cenovnih standardov za vrste MP, ki se zagotavljajo z izdajo)

(1) Izhodišča za določitev cenovnih standardov za vrste MP se upoštevajo pri tistih vrstah MP, pri katerih se pravica zavarovanih oseb do MP zagotavlja z izdajo pripomočkov (artiklov).

(2) Zavod na podlagi pogajanj z najmanj petimi različnimi proizvajalci MP ali zastopniki proizvajalca MP za posamezno vrsto MP, z vsakim proizvajalcem MP ali zastopnikom proizvajalca MP za najmanj en pripomoček (artikel) dogovori ceno na ravni proizvajalca MP. Kadar na slovenskem trgu ni petih proizvajalcev MP ali zastopnikov proizvajalca MP posamezne vrste MP, se Zavod pogaja z vsemi zainteresiranimi proizvajalci MP ali zastopniki proizvajalca MP.

(3) Na podlagi dogovorjenih cen na ravni proizvajalcev MP se določi izhodiščna cena, ki predstavlja povprečje treh najnižje dogovorjenih cen. V primerih manj kot petih proizvajalcev MP ali zastopnikov proizvajalcev MP se upošteva povprečje dveh najnižje dogovorjenih cen.

(4) Cenovni standard za posamezne vrste MP se določi na podlagi izhodiščne cene, 5 % priznanih stroškov prometa na debelo, 9 % priznanih stroškov prometa na drobno in DDV. Če veletrgovca v verigi ni, se cenovni standard za posamezne vrste MP določi na podlagi izhodiščne cene, 9 % priznanih stroškov prometa na drobno in DDV.

(5) Kadar Zavod za določen pripomoček (artikel) znotraj posamezne vrste MP dogovori ceno na ravni proizvajalca MP, ki je vsaj za 10 % nižja od izhodiščne cene iz tretjega odstavka tega člena, Zavod to dogovorjeno ceno, povečano za priznane stroške iz prejšnjega odstavka in DDV, določi kot najvišjo priznano ceno MP znotraj te vrste MP. Ne glede na prejšnji stavek se za vrste MP znotraj skupin MP pri težavah z odvajanjem seča, MP pri umetno izpeljanem črevesju, MP pri zdravljenju sladkorne bolezni in obvezilnih materialov, za katere je veljavni cenovni standard ob določitvi novega cenovnega standarda manj kot 1,00 euro, kot najvišja priznana cena MP določi najnižja cena pripomočka (artikla).

(6) V primeru pripomočka (artikla), katerega uporaba brez drugih pripomočkov (artiklov) ni mogoča, se cenovni standard in najvišja priznana cena vseh pripomočkov (artiklov) določita hkrati, pri čemer se upoštevata povezanost in predvidena količina.

(7) Če je za Zavod ugodnejše, lahko določi cenovni standard na podlagi cen istovrstnih pripomočkov (artiklov), ki so bili izbrani v postopkih javnih naročil pri izvajalcih zdravstvenih storitev. V teh primerih se cenovni standard določi na podlagi te cene, 9 % priznanih stroškov prometa na drobno in DDV.

(8) Zavod z vsakim od proizvajalcev MP oziroma zastopnikom proizvajalca MP, s katerim se dogovori za zagotavljanje pripomočkov (artiklov) v skladu s tem členom ter 5. in 6. členom tega pravilnika, sklene dogovor, s katerim se ti zavežejo, da bodo pripomočke (artikle) vsaj eno leto zagotavljali po dogovorjeni ceni na ravni proizvajalca MP. Če se finančno stanje Zavoda v vmesnem obdobju tako spremeni, da obveznosti ne more več poravnati, Zavod proizvajalcem MP ali zastopnikom proizvajalca MP predlaga nova pogajanja o določitvi cene na ravni proizvajalca MP.

#### 4. člen

##### (izhodišča za določitev cenovnih standardov za vrste MP, ki so izdelani za posamezno zavarovano osebo)

(1) Cenovni standard za vrste MP, ki so izdelani za posamezno zavarovano osebo, se določi na podlagi ugotovljenih povprečnih stroškov materialov, potrebnih za izdelavo, in povprečnih stroškov dela pri najmanj treh proizvajalcih MP, 12 % priznanih stroškov prometa na drobno in DDV.

(2) Kadar v primerih iz prejšnjega odstavka v RS ni vsaj treh proizvajalcev MP, ki zagotavljajo te MP, se cenovni standard določi na podlagi povprečnih stroškov materialov, potrebnih za izdelavo MP, povprečnega stroška dela, 12 % priznanih stroškov prometa na drobno in DDV.

#### 5. člen

##### (izhodišča za določitev cenovnih standardov za vrste MP, ki se zagotavljajo v izposoji)

(1) Cenovni standard za vrste MP, za katere Zavod omogoči, da jih zavarovane osebe dobijo v izposoji, je dnevna izposojnina.

(2) Zavod pri določitvi dnevne izposojnine za posamezno vrsto MP upošteva:

- izhodiščno ceno MP, določeno na podlagi pogajanj z dobavitelji, kot je določeno v 3. členu tega pravilnika, 9 % priznanih stroškov prometa na drobno in DDV,
- povprečne stroške vzdrževanja v času trajnostne dobe MP na podlagi priporočil proizvajalcev MP, največ v deležu izhodiščne cene, kot to določajo Pravila, za tiste vrste MP, za katere se lahko stroški vzdrževanja zagotavljajo v breme sredstev iz OZZ,

- povprečne stroške popravil v času trajnostne dobe MP, največ v deležu izhodiščne cene, kot to določajo Pravila, za tiste vrste MP, za katere se lahko stroški popravil zagotavljajo v breme sredstev iz OZZ,
- da je v povprečju MP v izposoji 330 dni na leto.

(3) Pri določitvi dnevne izposojnine za MP, ki se uporabljajo pri težavah z dihanjem, se poleg izhodišč iz prejšnjega odstavka upoštevajo še povprečni stroški dostave MP in povprečni stroški prevozov za izvedena vzdrževanja ter popravila tega MP na domu zavarovane osebe.

(4) Ne glede na prvi odstavek tega člena v primerih majhne količine MP ali redkih primerov popravil in vzdrževanj MP, Zavod pogodbenemu dobavitelju ob prvi izposoji prizna ceno na ravni proizvajalca MP, 9 % priznanih stroškov prometa na drobno in DDV. Ob naslednji izposoji istega MP drugi zavarovani osebi Zavod prizna stroške priprave MP za drugo zavarovano osebo, ki pa lahko znašajo skupaj največ 20 % cene pripomočka (artikla) na ravni proizvajalca MP. Stroški popravil in vzdrževanja se priznavajo v skladu s Pravili.

#### 6. člen

##### (izhodišča za določitev pogodbene cene za pripomočke (artikle))

(1) Izhodišča za določitev pogodbene cene za pripomočke (artikle) se upoštevajo pri tistih vrstah MP, pri katerih se pravica zavarovanih oseb do MP zagotavlja z izdajo pripomočkov (artiklov), ki se prilagodijo za posamezno zavarovano osebo.

(2) Pogodbena cena v teh primerih se določi na podlagi cene pripomočka (artikla) na ravni proizvajalca MP, cene na ravni proizvajalca sestavnih delov pripomočka (artikla), ki se prilagajajo z nastavitvami, 10 % priznanih stroškov prometa in DDV. Stroški prilagoditve se priznajo za posamezno zavarovano osebo na podlagi celotne vrednosti pripomočka (artikla), ki jo predhodno potrdi Zavod.

#### 7. člen

##### (obveznost dajanja podatkov in predložitve dokazil)

Proizvajalci MP, zastopniki proizvajalcev MP in izvajalci zdravstvenih storitev na podlagi predhodne zahteve Zavoda najpozneje v osmih delovnih dneh od prejema zahteve Zavodu posredujejo podatke in predložijo ustrezna dokazila, ki Zavodu omogočajo ugotavljanje izhodišč iz tega pravilnika.

#### 8. člen

##### (izhodišča za določitev cen MP, ki so predmet izjemnih odobritev in MP, ki so predmet odločanja o funkcionalni ustreznosti)

(1) Izhodišča za določitev cen za MP, ki so predmet izjemnih odobritev, se upoštevajo pri tistih MP, pri katerih gre za izjemno pravico zavarovanih oseb do MP v skladu s tretjim odstavkom 259. člena Pravil in se odobritev MP lahko uveljavlja kot izposoja, izdaja ali povračilo stroškov nabave MP.

(2) Kadar se izjemna odobritev nanaša na MP, ki so v Pravilih izrecno določeni kot pravica, se smiselno upoštevajo določbe 3., 4., 5. ali 6. člena tega pravilnika.

(3) Kadar se izjemna odobritev nanaša na MP, ki v Pravilih niso izrecno določeni kot pravica, se cena določi kot najnižja cena, ki jo Zavod določi na podlagi pogajanj o ceni pripomočka (artikla) na ravni proizvajalca MP z najmanj tremi proizvajalci MP oziroma zastopniki proizvajalcev MP, ob upoštevanju 9 % priznanih stroškov

prometa na drobno in DDV. Če posamezni MP zagotavljajo manj kot trije proizvajalci MP oziroma zastopniki proizvajalca MP, se Zavod pogaja z vsemi.

(4) Določba prejšnjega odstavka se smiselno uporablja tudi kot izhodišče za določitev cen MP, kadar gre za odločanje Zavoda o funkcionalni ustreznosti MP.

### III. Prehodna in končna določba

#### 9. člen

##### (prva določitev cenovnih standardov)

Določitev cenovnih standardov, najvišjih priznanih cen in cen za posamezne vrste MP oziroma pripomočke (artikle) se izvede za tiste vrste MP, za katere je v skladu s Pravili minister, pristojen za zdravje, dal soglasje na sprejete zahteve iz prve in druge alineje drugega odstavka 111. člena Pravil, in sicer v treh mesecih od dneva danega soglasja.

#### 10. člen (začetek veljavnosti)

Ta pravilnik se objavi v Uradnem listu Republike Slovenije, ko da nanj soglasje minister, pristojen za zdravje, in začne veljati petnajsti dan po objavi.

Št. 9000-2/214-DI/19  
Ljubljana, dne 25. 3. 2014  
EVA 2013-2711-0034

Predsednik skupščine  
Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije  
Jože Šmole

Soglašam!

Alenka Trop Skaza  
Ministrica 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 in 111/13 – ZMEPIZ-1), tretjega odstavka 64. člena in za izvajanje četrtega odstavka 111. člena Pravil 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 in 25/14) in 3. točke 13. člena v zvezi z 2. točko prvega odstavka 70. člena in prvim odstavkom 71. člena Statuta Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (Uradni list RS, št. 87/01 in 1/02 – popr.) je Skupščina Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije na 3. redni seji dne 25. 3. 2014 sprejela

# Pravilnik o uvrščanju in izločitvi medicinskih pripomočkov na seznam medicinskih pripomočkov

## I. Splošne določbe

### 1. člen (vsebina Pravilnika)

Ta pravilnik ureja:

- podrobnejšo vsebino seznama medicinskih pripomočkov (v nadaljnjem besedilu: Seznam) s podatki o vrstah medicinskih pripomočkov z zahtevami iz prve in druge alineje drugega odstavka 111. člena Pravil 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 in 25/14; v nadaljnjem besedilu: Pravila) in s podatki o pripomočkih (artiklih), za katere je posebna strokovna komisija iz četrtega odstavka 111. člena Pravil (v nadaljnjem besedilu: komisija) ugotovila, da izpolnjujejo te zahteve;
- postopek in podrobnejša merila za uvrščanje pripomočkov (artiklov) na Seznam in za njihovo izločitev s Seznama;
- postopek ugotavljanja izpolnjevanja zahtev iz prve in druge alineje drugega odstavka 111. člena Pravil pri posameznem pripomočku (artiklu).

### 2. člen (izrazi)

Izrazi, uporabljeni v tem pravilniku, imajo naslednji pomen:

- cena na ravni proizvajalca MP je cena pripomočka (artikla) posameznega proizvajalca medicinskih pripomočkov, zmanjšana za popuste, in brez davka na dodano vrednost (v nadaljnjem besedilu: DDV);
- dobavitelj je lekarna ali pravna ali fizična oseba, ki opravlja promet z medicinskimi pripomočki na drobno v specializirani prodajalni in ki ima z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: Zavod) sklenjeno pogodbo o izdaji, izposoji ali izdaji in izposoji medicinskih pripomočkov;
- izvajalci zdravstvene dejavnosti so javni zdravstveni zavod ali druga pravna ali fizična oseba v Republiki Sloveniji, ki ima z zavodom sklenjeno pogodbo za izvajanje določenih zdravstvenih storitev;
- medicinski pripomočki (v nadaljnjem besedilu: MP) so MP, do katerih so zavarovane osebe upravičene v skladu z določbami Pravil in jih na naročilnice predpisujejo pooblaščen zdravniki;
- minimalne zahteve so zahteve iz prve in druge alineje drugega odstavka 111. člena Pravil;
- najzahtevnejše vrste MP so vrste MP, ki jih je v skladu z določbami četrtega odstavka 212. člena Pravil določil minister, pristojen za zdravje;

- NENSI šifra je enotna šifra vsakega pripomočka (artikla), ki nastopa v prometu v lekarniški in širši zdravstveni dejavnosti, s katero je zagotovljena enolična identifikacija v RS;
- pripomočki (artikli) so serijsko izdelani MP z imeni, kot jih je določil proizvajalec MP, ki se zagotavljajo v okviru določene vrste MP;
- skupine MP so skupine MP, določene v Šifrantu vrst medicinskih pripomočkov, v katere so uvrščene vrste MP;
- vrste MP so vrste MP, določene v Šifrantu vrst medicinskih pripomočkov, v katere so uvrščeni pripomočki (artikli);
- zdravstvena stanja so natančneje opredeljena zdravstvena stanja, pri katerih ima zavarovana oseba pravico do posameznega MP v skladu z aktom iz prvega odstavka 64. člena Pravil;
- združenja dobaviteljev so združenja dobaviteljev MP, ki so partnerji Zavoda pri sklepanju dogovora o MP;
- združenje zavarovanih oseb je reprezentativna invalidska organizacija, ki ji je priznan status v skladu z zakonom, ki ureja invalidske organizacije, in je hkrati interesno združenje za zdravstvena stanja, pri zdravljenju oziroma medicinski rehabilitaciji katerih se uporablja določena vrsta MP ali humanitarna organizacija za kronične bolnike, ki ji je priznan ta status v skladu z zakonom, ki ureja humanitarne organizacije, in je hkrati interesno združenje za zdravstvena stanja, pri zdravljenju oziroma medicinski rehabilitaciji katerih se uporablja določena vrsta MP;
- življenjska doba pripomočka je rok trajanja pripomočka, kot ga določi proizvajalec MP.

## II. Seznam

### 3. člen (opredelitev Seznama)

- (1) Seznam vsebuje podatke, ki se nanašajo na vrste MP in podatke, ki se nanašajo na pripomočke (artikle). Seznam se določi v skladu s Pravili.
- (2) Na Seznam so uvrščeni pripomočki (artikli) v skladu s tem pravilnikom.

### 4. člen (vsebina Seznama)

- (1) Seznam vsebuje naslednje podatke:
  - šifro in naziv skupine MP;

- šifro in naziv vrste MP;
  - cenovni standard, določen za vrsto MP, razen za MP, ki se individualno izdelajo za zavarovano osebo, kjer je določena pogodbeni cena, če za tako vrsto MP ni določen cenovni standard;
  - zdravstveno stanje, pri katerem ima zavarovana oseba pravico do posamezne vrste MP;
  - trajnostno dobo, določeno s Pravili;
  - kateri zdravnik lahko predpiše vrsto MP;
  - ali je potrebna pred izdajo MP predhodna odobritev imenovanega zdravnika Zavoda;
  - osnovno enoto mere, za katero je naveden cenovni standard ali pogodbeni cena posamezne vrste MP;
  - minimalne zahteve za vrsto MP.
- (2) Seznam v delu, ki vsebuje podatke o pripomočkih (artiklih), poleg podatkov iz prejšnjega odstavka vsebuje tudi naslednje podatke:
- NENSI šifro, če jo pripomoček (artikel) ima;
  - šifro pripomočka (artikla), ki jo je določil Zavod;
  - ime pripomočka (artikla);
  - najvišjo priznano ceno, če je ta določena;
  - šifro pripomočka (artikla), kot jo je določil proizvajalec MP;
  - ime ali firmo, naslov ali sedež proizvajalca MP;
  - naziv pripomočka (artikla), kot se bo uporabljal v blagovnem prometu v RS;
  - ceno pripomočka (artikla) z DDV, če ni določen cenovni standard;
  - stopnjo DDV;
  - osnovno pakiranje;
  - število kosov v osnovnem pakiranju;
  - lastnosti pripomočka (artikla) (opis in namen uporabe, kot ga je določil proizvajalec MP in osnovne značilnosti pripomočka (artikla) s podatki, ki dokazujejo izpolnjevanje minimalnih zahtev za vrsto MP);
  - garancijsko dobo pripomočka (artikla);
  - življenjsko dobo pripomočka (artikla);
  - ime ali firmo, naslov ali sedež pobudnika iz 10. člena tega pravilnika.

### 5. člen (objavljanje)

(1) Zavod na svoji spletni strani objavlja čistopis Seznama. Kadar je pripomoček (artikel) na novo uvrščen na Seznam oziroma izločen s Seznama, Zavod čistopis Seznama objavi v treh delovnih dneh od ugotovitve komisije, če gre za pripomoček (artikel), ki se zagotavlja v okviru veljavnega cenovnega standarda ali najvišje priznane cene, kadar je ta določena ali dnevne izposojnine za pripomočke (artikle), ki so predmet izposoje. Pripomočki (artikli), za katere se dogovori pogodbeni cena, se vključijo v čistopis Seznama v treh delovnih dneh od uveljavitve pogodbe z Zavodom.

(2) V primerih izločitve pripomočka (artikla) s Seznama brez predhodne obravnave pobude Zavod objavi čistopis Seznama v treh delovnih dneh od datuma, ko je Zavod seznanjen z razlogi za izločitev iz drugega odstavka 7. člena tega pravilnika.

(3) Zavod lahko za potrebe vzdrževanja Seznama od pobudnika iz 10. člena tega pravilnika zahteva tudi druge podatke o pripomočkih (artiklih), ki niso sestavni del njegove pobude, niti jih ni zahtevala komisija.

## III. Uvrstitev ali izločitev pripomočka (artikla) v oziroma iz seznama

### 6. člen (uvrstitev na Seznam)

(1) Upravni odbor Zavoda oziroma po njegovem pooblastilu generalni direktor Zavoda s sklepom na Seznam uvrsti pripomoček (artikel), ki izpolnjuje naslednje pogoje:

- gre za MP v smislu zakona, ki ureja medicinske pripomočke,
  - ga pobudnik iz prvega odstavka 10. člena tega pravilnika zagotavlja na trgu RS,
  - izpolnjuje določene minimalne zahteve za vrsto MP, v okviru katere pobudnik predlaga, da se naj zagotavlja v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu: OZZ),
  - če je pobudnik posredoval vse zahtevane podatke v skladu z drugim odstavkom 11. člena tega pravilnika in
  - se zagotavlja največ do višine veljavnega cenovnega standarda ali dogovorjene pogodbene cene pripomočka (artikla) z enakimi lastnostmi ali veljavne dnevne izposojnine.
- (2) Izpolnjevanje pogojev iz prve do četrte alineje prejšnjega odstavka ugotavlja komisija, izpolnjevanje pogoja iz zadnje alineje prejšnjega odstavka pa strokovna služba Zavoda.

### 7. člen (izločitev s Seznama)

(1) Upravni odbor Zavoda oziroma po njegovem pooblastilu generalni direktor Zavoda s sklepom s Seznama izloči pripomoček (artikel), za katerega je komisija ugotovila, da ne izpolnjuje več minimalnih zahtev.

(2) S Seznama se lahko izloči pripomoček (artikel), glede katerega komisija predhodno ni obravnavala pobude:

- za katerega je v skladu z zakonom, ki ureja medicinske pripomočke, odrejen umik ali odpoklic pripomočkov (artiklov), prenehanje njihove uporabe ali prometa z MP,
- če ni zagotovljeno njihovo vzdrževanje in popravila v RS,
- če se pripomoček (artikel) več ne zagotavlja v okviru veljavnega cenovnega standarda,
- če se pripomoček (artikel) več ne zagotavlja v okviru veljavne dnevne izposojnine,
- če se pripomoček (artikel) več ne zagotavlja v okviru dogovorjene pogodbene cene,
- če pripomoček (artikel) ni več dobavljiv na trgu, ali
- če noben od dobaviteljev, ki ima v pogodbi z Zavodom opredeljeno izdajo take vrste MP v breme sredstev OZZ, takega pripomočka (artikla) več ne zagotavlja.

## IV. Postopek ugotavljanja izpolnjevanja minimalnih zahtev

### 8. člen (splošna določba)

(1) Ugotavljanje izpolnjevanja minimalnih zahtev za pripomočke (artikle) in druge naloge, ki se nanašajo na Seznam, in so opredeljene s splošnimi predpisi Zavoda, izvajajo komisije.

(2) Posebna komisija odloča o ugovoru zoper odločitev komisije (v nadaljnjem besedilu: komisija za ugovore).

(3) Sestavo posebnih strokovnih komisij iz četrtega odstavka 111. člena Pravil (v nadaljevanju: komisije), postopek njihovega imeno-

vanja, organizacijo in način dela ter postopek priprave predlogov minimalnih zahtev določi s splošnim aktom Upravni odbor Zavoda.

## 9. člen (odločanje)

V postopkih po tem pravilniku komisija odloča o izpolnjevanju minimalnih zahtev pripomočka (artikla), ki naj se uvrsti na Seznam, oziroma odloča o pobudi, ali pripomoček (artikel), ki je že uvrščen na Seznam, še izpolnjuje te zahteve.

## 10. člen (pobudniki)

(1) Pobudo za ugotavljanje izpolnjevanja minimalnih zahtev pripomočka (artikla) in uvrstitev pripomočka (artikla) na Seznam lahko podajo:

- proizvajalci MP, ki imajo sedež v RS in so vpisani v register proizvajalcev MP s sedežem v RS, ki ga upravlja JAZMP in so pripravljene zagotavljati nemoteno preskrbo dobaviteljev s svojimi MP;
- poslovni subjekti s sedežem v RS, ki imajo s tujim izdelovalcem pripomočkov sklenjeno pogodbo o zastopanju in so vpisani v register poslovnih subjektov, ki opravljajo promet z MP na debelo, ki ga upravlja JAZMP in so pripravljene zagotavljati nemoteno preskrbo dobaviteljev s svojimi MP;
- proizvajalci MP, ki imajo sedež v drugi državi članici Evropske unije, in so vpisani v register proizvajalcev MP v državi, kjer imajo sedež, in so pripravljene zagotavljati nemoteno preskrbo dobaviteljev s svojimi MP.

(2) Pobudo za ugotovitev, ali pripomoček (artikel), ki je že uvrščen na Seznam, izpolnjuje minimalne zahteve, lahko poleg pobudnikov iz prejšnjega odstavka, podajo tudi:

- združenja zavarovanih oseb;
- izvajalci zdravstvenih storitev;
- ministrstvo, pristojno za zdravje;
- JAZMP;
- Zavod;
- združenja dobaviteljev MP;
- združenja proizvajalcev MP, če ta obstajajo.

## 11. člen (pobuda)

(1) Komisija obravnava pobudo iz prvega odstavka prejšnjega člena na podlagi podatkov o pripomočku (artiklu), kot so navedeni v pobudi.

(2) Pobuda iz prvega odstavka prejšnjega člena vsebuje naslednje podatke:

1. splošni del, ki vsebuje najmanj naslednje podatke o pobudniku:
  - ime ali firmo, naslov ali sedež,
  - matično številko,
  - odgovorno osebo,
  - davčno številko,
  - elektronski naslov,
  - telefon in elektronski naslov kontaktne osebe za morebitna dodatna pojasnila;
2. posebni del, ki se nanaša na pripomoček (artikel) in vsebuje najmanj naslednje podatke:
  - šifro in naziv skupine MP,
  - šifro in naziv vrste MP,
  - NENSI šifro, če jo pripomoček (artikel) ima,
  - ime pripomočka (artikla),
  - šifro pripomočka (artikla), kot jo je določil proizvajalec MP,

- ime ali firmo, naslov ali sedež proizvajalca MP,
- predlog cene pripomočka (artikla) v skladu z 12. členom tega pravilnika,
- naziv pripomočka (artikla), kot se bo uporabljal v blagovnem prometu v RS,
- osnovno enoto mere, za katero je navedena predlagana cena na ravni proizvajalca MP,
- stopnjo DDV,
- osnovno pakiranje,
- število kosov v osnovnem pakiranju,
- lastnosti pripomočka (artikla) (opis in namen uporabe, kot ga je določil proizvajalec MP in osnovne značilnosti pripomočka (artikla) s podatki, ki dokazujejo izpolnjevanje minimalnih zahtev),
- garancijsko dobo pripomočka (artikla), ki jo je določil proizvajalec MP,
- življenjsko dobo pripomočka (artikla), ki jo je določil proizvajalec MP,
- izjavo ES o skladnosti,
- certifikat ES,
- navodila za uporabo,
- druge podatke, ki jih opredeli komisija in so glede na namen pobude potrebni za presojo, ali pripomoček (artikel) izpolnjuje minimalne zahteve.

(3) V primerih pripomočkov (artiklov) istega proizvajalca MP, ki se razlikujejo po velikosti, dimenzijah in barvi, imajo pa pripomočki (artikli) povsem enake lastnosti in enako ceno, se podatki o lastnostih pripomočka posredujejo samo za en pripomoček (artikel).

(4) Pobuda iz drugega odstavka prejšnjega člena vsebuje naslednje podatke:

- ime ali firmo, naslov ali sedež pobudnika,
- telefon in elektronski naslov kontaktne osebe za morebitna dodatna pojasnila,
- šifro pripomočka (artikla), ki jo je določil Zavod;
- ime pripomočka (artikla) ali naziv pripomočka (artikla), kot se uporablja v blagovnem prometu v RS;
- obrazložitev pobude.

## 12. člen (cena pripomočka (artikla))

Pobudnik v pobudi za ugotavljanje izpolnjevanja minimalnih zahtev in za uvrstitev pripomočka (artikla) na Seznam posreduje tudi predlog cene na ravni proizvajalca MP.

## 13. člen (način posredovanja pobude)

(1) Pobuda se Zavodu posreduje v slovenskem jeziku v pisni obliki oziroma na elektronskem nosilcu podatkov s pripisom »Komisija za ugotavljanje izpolnjevanja minimalnih zahtev«.

(2) Zavod posreduje prejeto pobudo predsedniku komisije najpozneje v petih delovnih dneh od datuma prejema pobude. Predsednik komisije ali poročevalec, ki ga nemudoma po prejemu gradiva določi predsednik komisije v 14 dneh po prejemu gradiva, pripravi stališče o pobudi. Predsednik komisije najpozneje v 30 dneh po prejemu pobude skliče sejo komisije.

## 14. člen (najzahtevnejši pripomočki (artikli))

Za obravnavo pobude za najzahtevnejše pripomočke (artikle), ki so serijsko izdelani in jih je s seznamom iz četrtega odstavka 212. člena Pravil določil minister, pristojen za zdravje, je treba o ustreznosti

pripomočka (artikla) predhodno pridobiti mnenje Univerzitetnega rehabilitacijskega inštituta Republike Slovenije – Soča, če ta v komisiji za te MP nima člana.

### 15. člen (nepopolni podatki v pobudi)

- (1) Če pobudnik ne posreduje vseh podatkov v pobudi v skladu z 11. členom tega pravilnika, predsednik komisije od pobudnika najpozneje v 15 dneh od datuma prejema pobude zahteva dopolnitev.
- (2) Pobudnik posreduje manjkajoče podatke najpozneje v 15 dneh od datuma prejema zahteve za dopolnitev pobude. Kadar jih posreduje v roku iz prejšnjega stavka, se šteje datum prejema dopolnjene pobude kot datum, ko je pobuda prvič vložena.
- (3) Kadar pobudnik ne posreduje manjkajočih podatkov v roku iz prejšnjega odstavka, komisija pobude ne obravnava, o čemer se pobudnika seznani že v pozivu za dopolnitev pobude.

### 16. člen (obravnavna pobud)

- (1) Komisija pobude obravnava po vrstnem redu, kot so bile predložene Zavodu.
- (2) Komisija lahko v postopku ugotavljanja izpolnjevanja minimalnih zahtev za predlagani pripomoček (artikel) zahteva predložitev vzorca, če ta ni sestavni del posebnega dela pobude, in dodatna pojasnila ter pobudnikovo predstavitev pripomočka (artikla).
- (3) Komisija zaprosi združenja zavarovanih oseb, kadar ta obstajajo in če niso pobudniki, za mnenje o pobudi. Združenja zavarovanih oseb mnenje dajo v 15 dneh od prejema zaprosila. Če v tem roku mnenja ne dajo, komisija odloča brez tega mnenja.

### 17. člen (odločitev komisije o izpolnjevanju minimalnih zahtev)

- (1) Komisija najpozneje v 90 dneh po prejeti popolni pobudi s sklepom odloči, ali pripomoček (artikel) izpolnjuje minimalne zahteve oziroma ali še izpolnjuje minimalne zahteve, in sklep vroči pobudniku.
- (2) Zahteve za dopolnitev pobude, vabila, sklepi in drugi dopisi po tem pravilniku se vročajo priporočeno s povratnico.

### 18. člen (ugovor zoper odločitev komisije)

- (1) Če se pobudnik ne strinja z odločitvijo komisije v postopku ugotavljanja izpolnjevanja minimalnih zahtev pripomočka (artikla), lahko v osmih delovnih dneh zoper sklep vloži ugovor na Zavodu.
- (2) Pri obravnavi ugovora kot poročevalec sodeluje predsednik komisije, ki je sprejela odločitev, zoper katero je vložen ugovor.
- (3) Komisija za ugovore sprejme in vroči pobudniku odločitev najpozneje v 30 delovnih dneh od prejema ugovora na Zavod.
- (4) Odločitev komisije za ugovore je dokončna.

## V. Prehodne in končne odločitve

### 19. člen (postopna vzpostavitev Seznama)

- (1) Seznam se v delu, ki se nanaša na vrste MP pri težavah z odvajanjem seča in pri zdravljenju sladkorne bolezni, objavi v 12 mesecih od dneva uveljavitve tega pravilnika.
- (2) Pri prvem uvrščanju pripomočkov (artiklov) v Seznam se, ne glede na določbo pete alineje prvega odstavka 6. člena tega pravilnika, v Seznam uvrstijo tisti pripomočki (artikli), katerih cene bodo v skladu s prvo določitvijo cenovnih standardov in cen, določenih na podlagi splošnega akta iz drugega odstavka 64. 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 in 111/13 – ZMEPIZ-1).

### 20. člen (postopek za pripomočke (artikle) v veljavnih pogodbah)

Za vse pripomočke (artikle), ki so navedeni v prilogah veljavnih pogodb, sklenjenih med Zavodom in posameznim dobaviteljem, ki urejajo izdajo, izposojajo, servisiranje in vzdrževanje MP, se ugotavlja izpolnjevanje minimalnih zahtev in uvrščanje na Seznam v skladu s tem pravilnikom. Pripomočki (artikli), za katere se ugotovi, da ne izpolnjujejo teh zahtev, se lahko izdajajo v breme OZZ še največ 30 dni od datuma prejema obvestila Zavoda o neizpolnjevanju teh zahtev.

### 21. člen (začetek veljavnosti)

Ta pravilnik se objavi v Uradnem listu RS, ko da nanj soglasje minister, pristojen za zdravje, in začne veljati petnajsti dan po objavi.

Št. 90000-2/2014-DI/11  
Ljubljana, dne 25.3.2014  
EVA 2013-2711-0033

Predsednik skupščine  
Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije  
Jože Smole

Soglašam!

Alenka Trop Skaza  
Ministrica za zdravje

Na podlagi tretjega odstavka 8. člena Pravilnika o uvrščanju in izločitvi medicinskih pripomočkov na seznam medicinskih pripomočkov (Uradni list RS, št. 25/14) je Upravni odbor Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije na 10. redni seji dne 18. 6. 2014 sprejel

# Pravilnik o komisijah za medicinske pripomočke

## I. Splošni določbi

### 1. člen (predmet urejanja)

Ta pravilnik ureja:

- sestavo, postopek imenovanja, organizacijo in način dela posebnih strokovnih komisij iz četrtega odstavka 111. člena Pravil 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 in 25/14; v nadaljnjem besedilu: Pravila);
- postopek priprave predlogov zahtev iz prve in druge alinee drugega odstavka 111. člena Pravil, ki se za posamezne vrste medicinskih pripomočkov določijo v skladu s tretjim odstavkom 111. člena Pravil (v nadaljnjem besedilu: minimalne zahteve).

### 2. člen (izrazi)

(1) Izrazi, uporabljeni v tem pravilniku, imajo enak pomen kot izrazi, uporabljeni v Pravilniku o uvrščanju in izločitvi medicinskih pripomočkov na seznam medicinskih pripomočkov (Uradni list RS, št. 25/14; v nadaljnjem besedilu: Pravilnik o uvrščanju in izločitvi MP na Seznam), če ni v tem pravilniku za posamezen primer določeno drugače.

(2) Izraz komisija v določbah 6. do 12. člena tega pravilnika se uporablja kot skupni pojem za komisijo iz prvega odstavka, komisijo iz drugega odstavka in komisijo za ugovore iz tretjega odstavka 3. člena tega pravilnika, izraz komisija v določbah V. poglavja tega pravilnika pa se uporablja za komisijo iz prvega odstavka 3. člena tega pravilnika.

(3) V tem pravilniku uporabljeni izrazi v moški slovnični obliki so uporabljeni kot nevtralni izrazi za moške in ženske.

## II. Naloge komisij

### 3. člen (naloge komisij)

(1) Naloga komisije iz 4. člena tega pravilnika v postopku priprave predlogov minimalnih zahtev je priprava predlogov minimalnih zahtev.

(2) Naloga komisije iz prvega odstavka 5. člena tega pravilnika v postopku ugotavljanja izpolnjevanja minimalnih zahtev je odločanje o pobudi, ali pripomoček (artikel), ki naj se uvrsti na Seznam, izpolnjuje minimalne zahteve in druge pogoje v skladu s Pravilnikom o uvrščanju in izločitvi MP na Seznam ter odločanje o pobudi, ali pripomoček (artikel), ki je že uvrščen na Seznam, še izpolnjuje minimalne zahteve.

(3) Naloga komisije za ugovore iz prvega odstavka 5. člena tega pravilnika je odločanje o ugovoru zoper odločitev komisije iz prejšnjega odstavka.

## III. Sestava in postopek imenovanja komisij

### 4. člen (sestava komisije v postopku priprave predlogov minimalnih zahtev)

(1) V postopku priprave predlogov minimalnih zahtev je komisija iz prvega odstavka prejšnjega člena sestavljena iz:

- dveh predstavnikov Zavoda;
- predstavnika, ki ga predlaga ministrstvo, pristojno za zdravje;
- predstavnika, ki ga predlaga Javna agencija Republike Slovenije za zdravila in medicinske pripomočke (v nadaljnjem besedilu: JAZMP);
- strokovnjaka s področja določenih zdravstvenih stanj;
- strokovnjaka s področja določenih vrst MP;
- predstavnika zavarovanih oseb.

(2) Člana komisije iz četrte alinee prejšnjega odstavka predlaga Zdravniška zbornica Slovenije izmed zdravnikov izvajalca zdravstvenih storitev na terciarni ravni, ki izvaja zdravstvene storitve za zdravstvena stanja, pri zdravljenju in medicinski rehabilitaciji katerih se uporablja vrsta MP, za katero se imenuje komisija. V primeru imenovanja komisije za vrste MP, pri katerih se pravice zavarovanih oseb do MP zagotavlja s pripomočki (artikli) potrošnega značaja, se lahko predlaga člana komisije izmed zdravnikov izvajalca zdravstvenih storitev, ki se ne izvajajo na terciarni ravni.

(3) Člana komisije iz pete alinee prvega odstavka tega člena skupaj predlagajo združenja proizvajalcev MP. Če združenje proizvajalcev MP iz prejšnjega stavka ne obstaja, člana komisije skupaj predlagajo združenja dobaviteljev.

(4) Člana komisije iz šeste alinee prvega odstavka tega člena predlaga Nacionalnisvetinvalidskih organizacij Slovenije (v nadaljnjem besedilu: NSIOS) izmed reprezentativnih in drugih invalidskih organizacij, ki jim je priznan ta status v skladu z zakonom, ki ureja invalidske organizacije, če delujejo na državni ravni in so hkrati interesno združenje za zdravstvena stanja, pri zdravljenju in medicinski rehabilitaciji katerih se uporablja vrsta MP, za katero se imenuje komisija, ter ne glede, ali so članice NSIOS. Če invalidska organizacija iz prejšnjega stavka ne obstaja, NSIOS o tem obvesti Zavod v roku iz drugega odstavka 7. člena tega pravilnika; v tem primeru člana komisije skupaj predlagajo humanitarne organizacije za kronične bolnike, ki jim je priznan ta status v skladu z zakonom, ki ureja humanitarne organizacije, in so hkrati interesno združenje za zdravstvena stanja, pri zdravljenju in



medicinski rehabilitaciji katerih se uporablja vrsta MP, za katero se imenuje komisija. Če humanitarna organizacija iz prejšnjega stavka ne obstaja, se komisija imenuje v sestavi brez tega člana komisije.

### 5. člen

#### (sestava komisije in komisije za ugovore v postopku ugotavljanja izpolnjevanja minimalnih zahtev)

(1) V postopku ugotavljanja izpolnjevanja minimalnih zahtev sta komisija iz drugega odstavka in komisija za ugovore iz tretjega odstavka 3. člena tega pravilnika sestavljeni iz predstavnikov iz prve do tretje in iz strokovnjaka iz četrte alinee prvega odstavka prejšnjega člena.

(2) Člani komisije za ugovore ne smejo biti osebe, ki so člani komisije, zoper odločitev katere je vložen ugovor.

### 6. člen

#### (namestnik člana komisije)

(1) Vsak član komisije ima namestnika, za katerega veljajo določbe tega pravilnika, ki veljajo za člana komisije. Ne glede na prejšnji stavek imata člana komisije predstavnika Zavoda lahko skupnega namestnika.

(2) Če članu komisije predčasno preneha mandat, je do imenovanja njegovega naslednika član komisije njegov namestnik.

### 7. člen

#### (imenovanje komisije)

(1) Generalni direktor Zavoda s sklepom imenuje člane komisije za obdobje štirih let.

(2) Rok za predlaganje članov komisije iz druge do šeste alinee prvega odstavka 4. člena in iz prvega odstavka 5. člena tega pravilnika določi generalni direktor Zavoda in ne more biti krajši kot 15 dni od prejema poziva Zavoda za predlaganje člana komisije. Poziv za predlaganje člana komisije se vroča z navadno pošto in se šteje za vročen tretji dan od dneva odpreme, ki je označen na ovojnici.

(3) Če predlagatelj v roku iz prejšnjega odstavka ne predlaga člana komisije, se komisija imenuje v sestavi brez člana komisije, ki ni bil predlagan.

(4) Komisija je lahko imenovana za eno ali več vrst MP.

### 8. člen

#### (predsednik in namestnik predsednika komisije)

(1) Člani komisije na prvi seji izvolijo predsednika komisije in njegovega namestnika.

(2) Predsednik komisije:

- predstavlja komisijo,
- določa predlog dnevnega reda,
- podpisuje dokumente komisije,
- pripravlja, sklicuje in vodi seje,
- skrbi za izvajanje tega pravilnika in
- opravlja druge naloge v skladu s tem pravilnikom in z drugimi splošnimi akti Zavoda.

(3) Namestnik predsednika komisije pomaga predsedniku komisije pri njegovem delu in opravlja v dogovoru z njim posamezne zadeve z njegovega delovnega področja ter nadomešča predsednika komisije, če je odsoten ali če mu predčasno preneha mandat.

## IV. Organizacija in način dela komisij

### 9. člen

#### (pravice in dolžnosti članov komisije)

(1) Člani komisije svoje delo opravljajo strokovno, skladno z etičnimi pravili, s predpisi in splošnimi akti Zavoda ter so pri svojem delu samostojni.

(2) Člani komisije pred začetkom dela podpišejo izjavo o zavezi k etičnosti ter o varovanju poslovne skrivnosti in zaupnosti gradiv, za katere izvedo pri svojem delu.

(3) Člani komisije so se dolžni seznaniti s tem pravilnikom, z drugimi splošnimi akti Zavoda in s predpisi, ki urejajo področje MP.

(4) Člani komisije imajo pravico in dolžnost, da se udeležujejo sej komisije, pravico, da postavljajo vprašanja in razpravljajo ter pravico in dolžnost odločati o zadevah, ki so na dnevnem redu seje.

(5) Člani komisije, razen predstavnikov Zavoda, ministrstva, pristojnega za zdravje, in JAZMP, so upravičeni do sejnine in povračila stroškov v skladu s splošnim aktom Zavoda, ki ureja sejnine in povračilo stroškov.

### 10. člen

#### (sklepčnost in odločanje komisij)

(1) Komisija je sklepčna in lahko veljavno odloča, če je na seji prisotnih več kot polovica članov komisije oziroma njihovih namestnikov.

(2) Komisija sprejme odločitev z večino glasov navzočih članov komisije.

(3) Komisija odloča z javnim glasovanjem.

(4) Komisija odloča s sklepom.

### 11. člen

#### (organizacija in način dela komisije)

(1) Komisija opravlja svoje delo na sejah, ki so lahko redne ali izredne in se lahko izvedejo na dopisni način (v nadaljnjem besedilu: dopisna seja).

(2) Prvo sejo komisije skliče član komisije predstavnik Zavoda.

(3) Vabilo za sklic redne seje komisije s predlogom dnevnega reda in gradivom se pošlje članom komisije in drugim vabljenim osebam najmanj osem dni pred sejo.

(4) Izredna seja se skliče, če tako odloči komisija ali njen predsednik. V vabilu za sklic izredne seje mora biti naveden razlog za njen sklic. Vabilo za sklic izredne seje s predlogom dnevnega reda se pošlje članom komisije in drugim vabljenim osebam najmanj dva dni pred sejo, pri čemer se lahko gradivo predloži na sami izredni seji.

(5) Dopisna seja se izvede, če tako odloči komisija ali njen predsednik.

(6) Če se član komisije in njegov namestnik seje ne moreta udeležiti, o tem obvestita Oddelek za medicinske pripomočke Zavoda najpozneje dan pred začetkom seje.

(7) Predsednik komisije odpre, vodi in zaključi sejo.

(8) Predsednik komisije najprej ugotovi, ali je komisija sklepčna in kdo od članov komisije je opravičil svojo odsotnost.

(9) Komisija na začetku seje določi dnevni red.

(10) Po določitvi dnevnega reda seje komisija odloča o potrditvi zapisnika predhodne seje in pregleda uresničevanje sklepov te seje.

(11) Obravnava posamezne točke dnevnega reda se začne z obrazložitvijo gradiva s strani predsednika komisije ali poročevalca, nato dobijo besedo člani komisije po vrstnem redu, kakor so se prijavili k razpravi, in nato drugi povabljeni udeleženci na seji, ki so se prijavili k razpravi.

(12) Glasovanje se opravi po končani razpravi zadeve, o kateri se odloča. Predsednik komisije po vsakem glasovanju ugotovi in objavi izid glasovanja na seji, razen na dopisni seji, ko se izid glasovanja objavi na seji, na kateri se potrди zapisnik dopisne seje.

(13) O delu komisije na seji se piše zapisnik, v katerem se navede:

- zaporedno številko seje, kraj, datum, uro začetka in trajanje seje;
- prisotne člane komisije, odsotne člane komisije in ostale prisotne na seji;
- dnevni red;
- povzetek razprave;
- sklepe;
- druge podatke, pomembne za delo komisije.

(14) Član komisije, ki je na seji podal posebno mnenje, lahko zahteva, da se bistveni del njegovega mnenja vpiše v zapisnik seje.

(15) Zapisnik seje se pošlje članom komisije praviloma s sklicem prve naslednje redne seje.

(16) Način dela komisije, ki ga ne ureja ta pravilnik, se določi s sklepom komisije.

## 12. člen

### (Oddelek za medicinske pripomočke Zavoda)

(1) Oddelek za medicinske pripomočke Zavoda zagotavlja pogoje za delo komisije, organizira seje, pomaga predsedniku komisije pri pripravi, sklicu in vodenju sej, zagotavlja evidenco o udeležbi članov komisije na seji, zagotavlja zapisnike sej komisije, obvešča komisijo o gradivu, ki ga na komisijo naslovi nepooblaščen pobudnik, vsake tri mesece predloži komisiji seznam nerealiziranih sklepov prejšnjih sej komisije ter opravlja druge naloge, določene s tem pravilnikom.

(2) Korespondenco v zvezi z delom komisije člani komisije opravijo preko Oddelka za medicinske pripomočke Zavoda.

(3) Gradiva, ki jih obravnava komisija, zapisnike sej in druge dokumente, ki nastanejo pri delu komisije, hrani Zavod.

## V. Postopek priprave predloga minimalnih zahtev

### 13. člen (pobudniki)

Komisija pripravi predlog minimalnih zahtev na podlagi pobude za določitev minimalnih zahtev, ki jo lahko podajo:

- združenja zavarovanih oseb;
- izvajalci zdravstvenih storitev;
- ministrstvo, pristojno za zdravje;
- JAZMP;
- Zavod;
- združenja dobaviteljev, ne glede na to, ali so partnerji Zavoda pri sklepanju dogovora o MP;
- združenja proizvajalcev MP.

### 14. člen (pobuda za določitev minimalnih zahtev)

(1) Pobuda za določitev minimalnih zahtev mora biti razumljiva in mora obsegati naslednje podatke:

- natančno opredelitev vrste MP, za katero se posreduje pobuda, in določno opredelitev predloga minimalnih zahtev za to vrsto MP, vključno z navedbo podatkov o lastnostih in osnovnih

značilnostih, ki jih morajo izpolnjevati pripomočki (artikli) za to, da zagotavljajo funkcionalno ustreznost glede na določeno zdravstveno stanje za to vrsto MP.

(2) Pobuda za določitev minimalnih zahtev se posreduje Zavodu v slovenskem jeziku v pisni obliki s pripisom "Komisija za pripravo predloga minimalnih zahtev".

### 15. člen (nepopolna pobuda za določitev minimalnih zahtev)

(1) Oddelek za medicinske pripomočke Zavoda preveri popolnost pobude za določitev minimalnih zahtev skladno s prvim odstavkom prejšnjega člena v 15 dneh od njenega prejema in v primeru njene nepopolnosti od pobudnika zahteva dopolnitev pobude z odpravo pomanjkljivosti v roku, ki ga določi in ne more biti krajši od sedmih dni.

(2) Če pobudnik posreduje dopolnitev pobude v skladu s prejšnjim odstavkom, se šteje, da je pobuda prejeta takrat, ko je bila vložena dopolnitev pobude.

(3) Če pobudnik ne posreduje dopolnitve pobude v skladu s prvim odstavkom tega člena, komisija pobude ne obravnava, o čemer se pobudnika seznaní v zahtevi za dopolnitev pobude in s sklepom komisije, da se pobuda ne obravnava; v tem primeru lahko pobudnik kadarkoli vloži novo pobudo za določitev minimalnih zahtev za isto vrsto MP.

### 16. člen (stališče o pobudi za določitev minimalnih zahtev)

(1) Oddelek za medicinske pripomočke Zavoda posreduje pobudo za določitev minimalnih zahtev predsedniku komisije v petih delovnih dneh od njenega prejema.

(2) Predsednik komisije ali poročevalec, ki ga izmed članov komisije lahko nemudoma določi predsednik komisije, pripravi stališče o pobudi za določitev minimalnih zahtev v 14 dneh od njenega prejema in je sestavni del gradiva za sejo komisije.

### 17. člen (mnenje)

(1) Predsednik komisije v 15 dneh od prejema pobude za določitev minimalnih zahtev za najzahtevnejše vrste MP iz četrtega odstavka 212. člena Pravil zaprosi za podajo mnenja o pobudi Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, če njegov zdravnik ni član komisije iz četrte alineje prvega odstavka 4. člena tega pravilnika za to vrsto MP.

(2) Mnenje iz prejšnjega odstavka se poda v 15 dneh od prejema zaprosila; če v tem roku mnenje ni podano, komisija lahko odloča brez tega mnenja.

(3) Določbe tega člena se ne uporabljajo v primeru iz tretjega odstavka 15. člena tega pravilnika.

### 18. člen (odločitve komisije)

(1) Komisija obravnava pobudo za določitev minimalnih zahtev v 60 dneh od njenega prejema.

(2) Komisija glede pobude za določitev minimalnih zahtev sprejme sklep, da je ne obravnava v primeru iz tretjega odstavka 15. člena tega pravilnika ali jo sprejme v celoti ali deloma ali jo zavrne.

(3) Sklep, s katerim se odloči o pobudi za določitev minimalnih zahtev, mora biti obrazložen in se vroči pobudniku.

(4) Če komisija pobudo za določitev minimalnih zahtev sprejme v celoti ali deloma, oblikuje predlog minimalnih zahtev, ki ga posreduje v sprejem skupščini Zavoda.

### **19. člen (vročanje)**

Zahteva za dopolnitev pobude za določitev minimalnih zahtev, zaprosila za podajo mnenja o pobudi za določitev minimalnih zahtev, vabila, sklepi in drugi dokumenti v postopku priprave predlogov minimalnih zahtev se vročajo z navadno pošto. Vročitev se šteje za opravljeno tretji dan od dneva odpreme, ki je označen na ovojnici.

## **VI. Postopek ugotavljanja izpolnjevanja minimalnih zahtev**

### **20. člen**

(1) V postopku ugotavljanja izpolnjevanja minimalnih zahtev komisija iz drugega odstavka in komisija za ugovore iz tretjega odstavka 3. člena tega pravilnika izvajata naloge v skladu s Pravilnikom o uvrščanju in izločitvi MP na Seznam ter s tem pravilnikom.

(2) Mnenje iz 14. člena Pravilnika o uvrščanju in izločitvi MP na Seznam se poda v roku iz drugega odstavka 17. člena tega pravilnika.

(3) Sklep iz prvega odstavka 17. člena in tretjega odstavka 18. člena Pravilnika o uvrščanju in izločitvi MP na Seznam mora biti obrazložen in se vroči pobudniku.

## **VII. Končna določba**

### **21. člen (uveljavitev pravilnika)**

Ta pravilnik začne veljati osmi dan po objavi na spletni strani Zavoda.

Št.: 9001-12/2014-DI/8  
Ljubljana, dne 18. junija 2014

Predsednica Upravnega odbora  
Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije  
Lučka Böhm

Na podlagi prvega odstavka 125. člena Sprememb in dopolnitev Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 25/14) generalni direktor Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije izdaja

# Navodilo za Excipial podlage

## 1. člen

To navodilo določa Excipial podlage s šiframi iz 3.1.2.4. in 3.1.3.4. točke Seznama magistralnih zdravil na recept, ki je Priloga Pravil 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 in 106/12, 99/13 – ZSVarPre-C in 25/14).

## 2. člen

Pri izdelavi magistralnih zdravil iz prejšnjega člena se smejo kot industrijsko izdelane mazilne podlage uporabljati Excipial podlage z naslednjimi šiframi:

Zap. št.	NENSI šifra	Naziv Excipial podlage
1	1030901	EXCIPIAL U 10 LIPOLOSJON 200 ML
2	1016057	EXCIPIAL U HYDROLOSJON 2%UREA 200 ML
3	1016056	EXCIPIAL U LIPOLOSJON 4%UREA 200 ML
4	1016053	EXCIPIAL LIPO KREMA 100 ML
5	1016052	EXCIPIAL KREMA 100 ML
6	1039643	EXCIPIAL U LIPOLOSJON 4%UREA 500 ML

## 3. člen

To navodilo se objavi na spletni strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije in začne veljati 26. aprila 2014.

Št. 0071-1/2011-DI/23  
Ljubljana, dne 15. aprila 2014

Generalni direktor  
Samo Fakin, dr. med.

# Navodilo za uveljavljanje pravic do zdravstvenih storitev fizioterapije z delovnim nalogom v obveznem zdravstvenem zavarovanju

## I. Uvod

S tem navodilom se določa:

1. izvajanje določb Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/2006-UPB3, 114/2006-ZUTPG, 91/2007, 76/2008, 62/10-ZUPJS, 87/11, 40/12-ZUJF, 21/13 - ZUTD-A, 63/13 - ZUIPTDSV in 91/13) in Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 30/2003, (35/2003 popr.), 78/2003, 84/2004, 44/2005, 86/2006, (90/06 popr.), 64/2007, 33/2008, 71/2008, 7/2009, 88/09, 30/11, 49/12 in 106/12), ki se nanašajo na uveljavljanje pravic zavarovanih oseb do zdravstvenih storitev v dejavnosti fizioterapije v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja,
2. uporaba in način izpolnjevanja listine Delovni nalog za fizioterapijo, ki je predpisana s Pravilnikom o obrazcih in listinah za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 104/2013).

V navodilu so smiselno povzete tudi določbe Zakona o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08) in Pravilnika o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov (Uradni list RS, št. 63/10) v delu, ki se nanašajo na napotovanje zavarovane osebe in njeno uvrščanje v čakalni seznam. Pri tem navodilo podrobneje ureja in določa postopek napotovanja zavarovane osebe na fizioterapevtsko obravnavo z delovnim nalogom, njeno uvrščanje v čakalni seznam glede na stopnjo nujnosti in prednostne kriterije v skladu s strokovnimi smernicami fizioterapije in fizioterapevtske.

## II. Pomen izrazov, uporabljenih v tem navodilu

BPI - baza podatkov o izvajalcih zdravstvene dejavnosti, ki jo vodi Inštitut za varovanje zdravja.

EU-KZZ - evropska kartica zdravstvenega zavarovanja.

Izbrani osebni zdravnik - zdravnik, ki si ga zavarovana oseba v skladu s Pravili OZZ izbere za osebnega zdravnika med zdravniki splošne oziroma družinske medicine, zdravniki medicine dela, prometa in športa ali pediatri oziroma zdravniki šolske medicine in izbrani osebni ginekolog.

Izvajalec - javni zdravstveni zavod ter druge pravne in fizične osebe, ki imajo z ZZS-jem sklenjeno pogodbo za izvajanje zdravstvene dejavnosti v breme obveznega zavarovanja.

KZZ - kartica zdravstvenega zavarovanja.

Nadomestni zdravnik - zdravnik, ki nadomešča odsotnega izbranega osebnega zdravnika, oziroma zdravnik, ki zagotavlja zdravstveno oskrbo za obsojence in pripornike.

Nalog FT - listina Delovni nalog za fizioterapijo (Obr. DN FT)

Napotnica - listina Napotnica (obr. NAP)

Napotni zdravnik - zdravnik, pri katerem zavarovana oseba uveljavlja pravice do storitev na podlagi napotnice izbranega osebnega zdravnika ali napotnega zdravnika.

Obvezno zavarovanje - obvezno zdravstveno zavarovanje.

Pravila OZZ - Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Pravilnik - Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov (Uradni list RS, št. 63/10).

Šifranti - Šifranti za obračun Zavodu, ki je priloga 1a k Navodilu o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov. Šifranti so objavljeni na Zavodovi spletni strani.

ZZZS - Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

ZZVZZ - Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju.

## III. Uveljavljanje pravic do zdravstvenih storitev v zdravstveni dejavnosti fizioterapije na primarni ravni

### 1. Splošno

Potrebo po fizioterapevtski obravnavi ugotovi izbrani osebni zdravnik zavarovane osebe, oziroma nadomestni zdravnik, lahko pa tudi napotni zdravnik, če ga je izbrani osebni zdravnik pooblastil za pregled, podajo mnenja in za zdravljenje zavarovane osebe.

Zavarovana oseba pravico do fizioterapevtske obravnave uveljavlja na podlagi Naloga FT. Te zdravstvene storitve lahko zavarovana oseba v breme obveznega zavarovanja uveljavlja samo pri izvajalcih.

Zavarovana oseba si prosto izbere izvajalca fizioterapije. Zdravnik, ki fizioterapijo predpiše, lahko zavarovani osebi svetuje pri izbiri izvajalca, oziroma ji pomaga z informacijami. Opozori jo tudi glede kritja potnih stroškov, kadar mora zaradi fizioterapevtske obravnave potovati k izvajalcu v drugi kraj. V primeru uveljavljanja pravic do povračila potnih stroškov, obvezno zdravstveno zavarovanje krije le potne stroške do izvajalca, usposobljenega za storitve, zaradi katerih je napotena, ki je najbližji njenemu prebivališču.

Nalog FT se ne uporablja za napotovanje na fizioterapijo, ki jo opravljajo izvajalci zdravstvenih storitev v okviru specialistične bolnišnične in izvenbolnišnične dejavnosti, nege v socialnovarstvenih zavodih, oziroma pri napotitvi na zdraviliško zdravljenje.

## 2. Naročanje pri izvajalcu fizioterapije

Zavarovana oseba se pri izvajalcu fizioterapije naroči osebno ali prek telefona, elektronske pošte ali drugih telekomunikacijskih sredstev in si s tem rezervira termin v čakalnem seznamu. Načine naročanja posamezni izvajalec objavi na vidnem mestu v čakalnici oziroma na običajnem oglasnem mestu in na svojih spletnih straneh. Pri tem mora poleg osebnega in telefonskega naročanja zagotoviti še eno od oblik elektronskega naročanja.

Za uradno potrditev rezerviranega termina mora zavarovana oseba izvirnik Naloga FT predložiti izvajalcu, pri katerem se je naročila, in sicer v petih delovnih dneh po rezervaciji termina. Izvirnik Naloga FT zadrži izvajalec.

Izvajalec šele po predložitvi izvirnika Naloga FT zavarovano osebo uradno uvrsti v čakalni seznam.

O tem, da bo zavarovana oseba uradno uvrščena v čakalni seznam šele, ko bo predložila izvirnik Naloga FT, mora izvajalec zavarovano osebo obvestiti oziroma seznaniti ob sami rezervaciji termina.

Pri uvrščanju zavarovane osebe v čakalni seznam izvajalec upošteva stopnjo nujnosti in prednostne kriterije, določene na Nalogu FT.

Če je izvajalec začasno ali trajno nezmožen izvesti že načrtovano zdravstveno storitev, zagotovi nadomestnega izvajalca in o tem obvesti zavarovano osebo, in sicer najmanj teden dni pred izvedbo zdravstvenih storitev.

### 2.1. Stopnja nujnosti

Stopnja nujnosti se v posameznem primeru določi na podlagi uveljavljenih sodobnih medicinskih smernic in priporočil, strokovnih standardov in dobre prakse ter v skladu z Zakonom o pacientovih pravicah, po katerem se stopnja nujnosti presoja v skladu z največjo zdravstveno koristjo zavarovane osebe in tako, da se prepreči resna zdravstvena škoda zanjo.

Pri razvrščanju v stopnjo nujnosti zdravnik upošteva strokovne kriterije za razvrščanje, ki jih skladno s Pravilnikom pripravijo razširjeni strokovni kolegiji in sta jih za fizioterapijo na primarni ravni pripravila Razširjeni strokovni kolegij za fizikalno in rehabilitacijsko medicino in Razširjeni strokovni kolegij za fizioterapijo.

Stopnji nujnosti v dejavnosti fizioterapije sta dve:

#### 1. HITRO

Stopnja nujnosti "HITRO" pomeni, da gre za napotitev na fizioterapevtsko obravnavo, ki jo je potrebno izvesti najpozneje v 45 dneh.

Zdravnik določi stopnjo nujnosti »HITRO«, kadar gre za akutno zdravstveno stanje zavarovane osebe (poškodbe, pooperativna stanja, akutna stanja in akutna poslabšanja kroničnih bolečinskih stanj).

#### 3. REDNO

Stopnja nujnosti "REDNO" pomeni, da gre za napotitev na fizioterapevtsko obravnavo, ki jo je potrebno izvesti najpozneje v 90 dneh.

Stopnjo nujnosti »REDNO« zdravnik na Nalogu FT opredeli v primeru neakutnega kroničnega zdravstvenega stanja zavarovane osebe.

### 2.2. Prednostni kriteriji

Za uvrščanje zavarovanih oseb v čakalni seznam se pri enaki stopnji nujnosti poleg časa prijave na zdravstveno storitev upoštevajo prednostni kriteriji v skladu s Pravilnikom:

1. nosečnost;
2. dojenje;
3. preprečitev nastanka potreb po dodatnih zdravstvenih storitvah zaradi nastanka novega zdravstvenega problema, izhajajočega

iz prvotnega zdravstvenega stanja, zaradi katerega se zavarovano osebo uvršča v čakalni seznam;

4. začasna zadržanost od dela zaradi bolezni ali poškodbe, kadar je razlog za začasno zadržanost od dela zaradi bolezni ali poškodbe povezan s potrebo po zdravstveni storitvi. Namen tega prednostnega kriterija je skrajšanje začasne zadržanosti od dela zaradi bolezni ali poškodbe;
5. ponovni vpis na podlagi opravičene odsotnosti od zdravstvene storitve.

Kriterije iz prve, druge, tretje in četrte točke zdravnik, ki izdaja Nalog FT, upošteva zgolj v okviru napotitve, povezane s tem stanjem, in te kriterije na Nalogu FT tudi posebej navede.

## 3. Obveščanje zavarovane osebe in izvajalca pred načrtovano izvedbo fizioterapevtske obravnave

Izvajalec mora, zavarovano osebo, ki je na podlagi predložitve izvirnika Naloga FT pri njem uvrščena v čakalni seznam, obvestiti o datumu in uri začetka fizioterapevtske obravnave. To lahko stori z vročitvijo odrezka Naloga FT, ki je za ta namen v spodnjem delu listine, ali jo o tem seznaniti po pošti, elektronsko ali preko drugih komunikacijskih sredstev. Pri tem mora izvajalec zavarovano osebo opozoriti na posledice, če na načrtovano zdravstveno storitev neopravičeno ne bo prišla.

Če se zavarovana oseba odloči, da na načrtovano izvedbo fizioterapevtske obravnave ne bo prišla, o tem obvesti izvajalca še pred terminom načrtovane izvedbe zdravstvene storitve. Izvajalec v tem primeru zavarovano osebo nemudoma izbriše iz čakalnega seznama.

V primeru spremembe termina začetka obravnave mora izvajalec zavarovano osebo vzpostaviti stik najmanj teden dni pred načrtovano fizioterapevtsko obravnavo.

## 4. (Ne)opravičenost izostanka od načrtovane fizioterapevtske obravnave

Če zavarovana oseba ne pride na izvedbo zdravstvene storitve, svojo odsotnost pisno ali ustno opraviči v 14 dneh od dneva načrtovane izvedbe zdravstvene storitve.

Odsotnost je opravičena, če gre za nepredvidljiv in neodločljiv dogodek, ki je zavarovani osebi fizično onemogočil prihod na izvedbo zdravstvene storitve. Če zavarovana oseba opravičilo poda le ustno, mora pisno opravičilo podati v treh dneh od preteka roka iz prejšnjega odstavka.

Če izvajalec ugotovi, da je bil izostanek opravičen, uvrsti zavarovano osebo v čakalnem seznamu na najbližji prosti termin tako, da zavarovana oseba na zdravstveno storitev v seštevku ne čaka dlje, kot znaša najdaljša dopustna čakalna doba za fizioterapevtsko obravnavo.

Če zavarovana oseba ni prišla na izvedbo fizioterapevtske obravnave in svoje odsotnosti ni opravičila v skladu z drugim odstavkom te točke, jo izvajalec izbriše iz čakalnega seznama 15. dan od dneva načrtovane zdravstvene storitve in o tem napravi zaznemek v zdravstveni dokumentaciji.

## 5. Obveznosti in pravice izbranega osebnega in napotnega zdravnika

Izbrani osebni zdravnik ali od njega pooblaščen napotni zdravnik, na Nalogu FT določi vrsto, ali vrsto in vsebino fizioterapevtske

obravnavo, glede na indikacije in funkcionalno stanje zavarovanje osebe ter v skladu s Prilogo 1 tega Navodila. Obenem navede tudi morebitne spremljajoče bolezni in omejitve povezane s fizioterapevtsko obravnavo.

Znotraj predpisane fizioterapevtske obravnave zdravnik lahko opredeli tudi podrobnejšo vsebino z določitvijo posameznih postopkov fizioterapevtske obravnave. Te sme fizioterapevt spremeniti le v dogovoru z njim, če ugotovi, da ti niso prinesli rezultatov v skladu s pričakovanimi učinki zdravljenja, oziroma je te mogoče doseči z drugimi fizioterapevtskimi postopki. Dogovorjeno spremembo zdravnik ustrezno zabeleži v zdravstveni dokumentaciji.

Če zdravnik določi vsebino fizioterapevtske obravnave, postopke navede skladno s »kratkim opisom« ali »dolгим opisom« (navede postopek pred oklepajem ali v oklepaju), objavljenih v ZZS šifrantu fizioterapevtskih postopkov. Pri tem lahko uporablja standardizirane kratice.

Ko zdravnik predpiše specialno fizioterapevtsko obravnavo, na Nalogu FT določi tudi vrsto specialne obravnave.

Na Nalogu FT zdravnik opredeli stopnjo nujnosti v skladu s točko 2.1. tega navodila in določi prednostne kriterije v skladu s točko 2.2. tega navodila.

Zdravnik na Nalogu FT določi tudi cilj fizioterapevtske obravnave, ki ga opredeli glede na pričakovano izboljšanje zdravstvenega stanja po zaključeni fizioterapevtski obravnavi.

## 6. Obveznosti in pravice izvajalca fizioterapije na podlagi Naloga FT

Fizioterapevt opravi fizioterapevtsko obravnavo, ki je predpisana z Nalogom FT. Če je na nalogu predpisana tudi vsebina fizioterapevtske obravnave, jo je fizioterapevt dolžan upoštevati. Če med potekom obravnave fizioterapevt ugotovi, da s predpisanimi postopki ni mogoče doseči pričakovanega učinka zdravljenja, mogoče pa ga bi bilo doseči z drugimi postopki, se je dolžan povezati z zdravnikom, ki je fizioterapevtsko obravnavo predpisal in predlagati spremembe. Predpisane fizioterapevtske postopke v okviru fizioterapevtske obravnave sme fizioterapevt spremeniti le v dogovoru z zdravnikom, ki jih je predpisal.

Če je na Nalogu FT opredeljena le vrsta fizioterapevtske obravnave, ne pa tudi vsebina, le-to samostojno določi fizioterapevt in jo lahko ustrezno z rezultati zdravljenja tudi spreminja.

Fizioterapevt v vsakem primeru, tudi če je vsebino fizioterapevtske obravnave oziroma postopke izbral samostojno, beleži njihovo izvedbo v fizioterapevtskem poročilu kar se da natančno. Pri tem lahko uporablja standardizirane kratice. Če je fizioterapevtski postopek podrobneje opredeljen v oklepaju, navede tudi konkreten izvedeni postopek iz ZZS šifranta fizioterapevtskih postopkov.

Sestavni del vsake fizioterapevtske obravnave je tudi fizioterapevtski pregled z začetno in končno oceno stanja, ki vključuje pregled medicinske dokumentacije, anamnezo, inspekcijo, palpacijo, meritve in testiranja glede na potrebe pacienta (meritve gibljivosti sklepov, testiranje zmogljivosti mišic, meritve obsegov in dolžin udov, ocena bolečine, funkcijski testi, meritve dihalnih funkcij, drugo) za ugotavljanje spremembe zdravstvenega stanja v zaključni fizioterapevtski oceni. Kjer je možno, se uporabljajo standardizirani ocenjevalni postopki. Fizioterapevt oceno stanja s priporočili zabeleži v Fizioterapevtskem poročilu. Vsebinsko Fizioterapevtskega

poročila je Priloga 2 tega Navodila. Po končani obravnavi izvajalec Fizioterapevtsko poročilo pošlje zdravniku, ki je zavarovano osebo napotil na fizioterapijo, in sicer elektronsko, oziroma po pošti.

Če fizioterapevt oceni, da bo učinek zdravljenja mogoče doseči le s specialno fizioterapevtsko obravnavo, takoj prekine začetno predpisano fizioterapevtsko obravnavo in v Fizioterapevtskem poročilu o tem seznani zdravnika, ki je Nalog FT izdal.

Med izvajanjem predpisane obravnave prehodi med malo, srednjo in veliko obravnavo niso dopustni.

Če Nalog FT ni izpolnjen v skladu s tem Navodilom, je fizioterapevt dolžan od zdravnika, ki je Nalog FT, izdal, zahtevati njegovo dopolnitev.

Fizioterapijo lahko opravljajo le fizioterapevti z diplomo in opravljenim strokovnim izpitom.

Specialne fizioterapevtske obravnave lahko opravljajo le fizioterapevti, ki imajo opravljena izobraževanja za določeno vrsto specialne fizioterapevtske obravnave, določena v Kriterijih za izvajanje specialne fizioterapevtske obravnave (določa Razširjeni strokovni kolegij za fizioterapijo), kar izkažejo z ustreznimi certifikati in imajo za obračunavanje specialnih fizioterapevtskih obravnav posebej dogovorjeno v pogodbi.

## IV. Nalog FT

### 1. Časovna veljavnost Naloga FT

Veljavnost Naloga FT se nanaša na obdobje izvajanja ene fizioterapevtske obravnave, ki praviloma vključuje več obiskov s terapijami ter začetno in končno fizioterapevtsko oceno stanja bolnika. Če je potrebno, za novo fizioterapevtsko obravnavo zdravnik izda nov Nalog FT.

Za eno fizioterapevtsko obravnavo je časovna veljavnost Naloga FT omejena na največ eno leto.

Veljavnost Naloga FT prične teči od dneva, ko izvajalec prične zavarovani osebi nuditi storitve.

## V. Izpolnjevanje naloga FT

### 1. Splošno

Nalog FT se izpolnjuje v enem izvodu.

Kjer so na Nalogu FT v določenih rubrikah prazna okenca, podatki pa so označeni s številkami, je možno podatke vpisati na dva načina:

1. da se označi številko pred navedbo podatka ali
2. da se v predvideno okence vpiše ustrezna številka, ki podatek označuje.

Na obeh straneh Naloga FT morajo biti obvezno izpolnjene vse rubrike, če ni pri posamezni rubriki določeno drugače.

Izvajalec pridobiva podatke o zavarovani osebi (osebne podatke in podatke o obveznem zavarovanju) neposredno iz sistema on-line zdravstveno zavarovanje. Če sistem on-line zdravstveno zavarovanje v času obravnave zavarovane osebe ne deluje, lahko zdravnik Nalog FT vseeno izda. V tem primeru podatek o številki zavarovane osebe in datumu rojstva prepíše s KZZ, Potrdila, ki začasno nadomešča KZZ ali medicinske dokumentacije.

## 2.1. Podatki, ki jih vpisuje zdravnik, ki izdaja Nalog FT

### Sprednja stran Naloga FT

#### Rubrika 1 – IZVAJALEC

##### ŠTEVILKA IZVAJALCA

Vpiše se 5-mestna številka izvajalca iz BPI, pri katerem dela zdravnik, ki izdaja Napotnico.

##### ŠIFRA ZDR. DEJAVNOSTI

Vpiše se 6-mestna šifra vrste in podvrste zdravstvene dejavnosti iz šifrantu 2 – Vrste zdravstvene dejavnosti, ki je objavljen v ZZZS šifrantih na spletni strani ZZZS.

##### NAZIV IZVAJALCA

Vpiše se naziv izvajalca, pri katerem dela zdravnik, ki izdaja Nalog FT.

#### Rubrika 2 – ZDRAVNIK

##### OSEBNI, NADOMESTNI ali NAPOTNI

V ustreznem okencu se označi, kateri zdravnik izdaja Nalog FT.

Če je označen napotni zdravnik, mora biti z zahtevanimi podatki obvezno izpolnjena tudi rubrika 4 – NAPOTNICA. Pogoji je, da ga je osebni ali napotni zdravnik z napotnico pooblastil tudi za zdravljenje zavarovane osebe.

##### ŠTEVILKA ZDRAVNIKA

Vpiše se 5-mestna številka zdravnika iz BPI, ki izdaja Nalog FT.

##### IMENSKI ŽIG

Odtisne se imenski žig zdravnika, ki izdaja Nalog FT. Če zdravnik nima imenskega žiga, se z velikimi pisanimi in čitljivimi črkami vpiše njegovo ime in priimek.

#### Rubrika 3 – ZAVAROVANA OSEBA

##### ŠTEVILKA ZAVAROVANE OSEBE

Vpiše se 9-mestna ZZZS številka zavarovane osebe. Velja tudi za tuje zavarovane osebe, ki uveljavljajo pravico do zdravstvenih storitev na podlagi KZZ, Potrdila KZZ ali Potrdila MedZZ. Za tuje zavarovane osebe, ki uveljavljajo pravico do zdravstvenih storitev na podlagi EUKZZ, certifikata ali kartice Medicare, pa se vpiše 9-mestna ZZZS-TZO številka zavarovane osebe, ki jo izvajalec prejme iz on-line sistema.

##### DATUM ROJSTVA

Vpiše se datum rojstva zavarovane osebe v obliki DDMMLLLL. Dnevi in meseci do številke 10 se izpolnjujejo z vodilnimi ničlami.

##### PRIIMEK

Čitljivo se z velikimi tiskanimi črkami vpiše priimek zavarovane osebe.

##### IME

Čitljivo se z velikimi tiskanimi črkami vpiše ime zavarovane osebe.

##### ULICA, HIŠNA ŠTEVILKA, POŠTNA ŠTEVILKA, KRAJ

Vpiše se ulica, hišna številka, dodatek k hišni številki, če ga ima, številka pošte in kraj stalnega oziroma začasnega prebivališča zavarovane osebe v Sloveniji, na katerega zavarovana oseba želi, da jo izvajalec fizioterapije kontaktira v zvezi z naročeno fizioterapevtsko obravnavo (obvešča o datumu fizioterapevtske obravnave, ipd.).

##### TELEFONSKA ŠTEVILKA

Vpiše se telefonska številka zavarovane osebe, na katero želi, da jo izvajalec fizioterapije kontaktira v zvezi z naročeno fizioterapevtsko obravnavo (obvešča o datumu fizioterapevtske obravnave, ipd.). Podatek je neobvezen.

#### E-POŠTA

Vpiše se naslov elektronske pošte zavarovane osebe na katerega želi, da jo izvajalec fizioterapije kontaktira v zvezi z naročeno fizioterapevtsko obravnavo (obvešča o datumih fizioterapevtske obravnave, ipd.). Podatek je neobvezen.

#### Rubrika 4 – NAPOTNICA

Rubrika se izpolni, če Nalog FT izdaja napotni zdravnik. Pogoji je, da ga je osebni oziroma napotni zdravnik z napotnico pooblastil tudi za zdravljenje oziroma napotitve k drugim izvajalcem.

##### ŠTEVILKA NAPOTNICE

Prepiše se številka iz Napotnice, s katero je bilo na napotnega zdravnika preneseno pooblastilo za zdravljenje osnovne bolezni oz. poškodbe in njenih posledic.

##### ŠTEVILKA ZDRAVNIKA

Prepiše se 5-mestna številka zdravnika iz rubrike 2 – ZDRAVNIK na Napotnici s katero je bilo na napotnega zdravnika, ki napotuje zavarovano osebo naprej, preneseno pooblastilo za zdravljenje osnovne bolezni oz. poškodbe in njenih posledic.

#### Rubrika 5 – VRSTA FIZIOTERAPEVTSKE OBRAVNAVE

Označi oziroma vpiše se ustrezna vrsta fizioterapevtske obravnave, ki jo zdravnik, ki izdaja Nalog FT, določi glede na indikacije in funkcionalno stanje zavarovane osebe (Priloga 1 tega navodila).

Dodatna pojasnila o vsebini in obsegu posameznih pooblastil so v 5. točki poglavja III tega navodila.

#### Rubrika 6 – RAZLOG OBRAVNAVE

Označi oziroma vpiše se ustrezno številko razloga, v povezavi s katerim se zavarovano osebo napotuje na nadaljnjo obravnavo.

Razlog obravnave 04 – poškodba pri delu, se označi oziroma vpiše tudi, če je bila poškodba pri delu povzročena po tretji osebi.

#### Rubrika 7 – STOPNJA NUJNOSTI

Glede na to, v kakšnem času je potrebno izvesti fizioterapevtsko obravnavo, na katero je zavarovana oseba napotena, se označi oziroma vpiše ustrezno stopnjo nujnosti.

Pojasnila, na podlagi česa se določa stopnja nujnosti, oziroma kaj je pri njenem določanju potrebno upoštevati, so v točki 2.1 poglavja III tega navodila.

#### Rubrika 8 – PREDNOSTNI KRITERIJI

Če pri zavarovani osebi podan kateri od prednostnih kriterijev, se le ti označijo oziroma vpišejo.

Dodatna pojasnila o prednostnih kriterijih so v točki 2.2 poglavja III tega navodila.

#### Rubrika 9 – KONTAKTNI PODATKI ZDRAVNIKA

Vpiše se naslov elektronske pošte, telefonsko številko in naslov pošte zdravnika, ki je Nalog FT izdal.

#### Rubrika 10 – TUJI ZAVAROVANEC

##### ŠIFRA DRŽAVE

Rubrika se izpolnjuje samo, če gre za tujo zavarovano osebo, ki je napotena k izvajalcu v Sloveniji in uveljavlja pravice do zdravstvenih storitev po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah.

Vpiše se 3-mestna šifra iz šifrantu 6 – Države nosilcev zdravstvenega zavarovanja, ki je objavljen v ZZZS šifrantih na spletni strani ZZZS.



**Rubrika 11 – VZROK ZA NAPOTITEV**

Vpiše se šifra diagnoze po MKB, lahko tudi kratek opis bolezni in navede vzrok (poškodba, pooperativna stanja, akutna stanja ali akutna poslabšanja kroničnih stanj), zaradi katerega se zavarovano osebo napotuje na predlagano fizioterapevtsko obravnavo ter morebitne spremljajoče bolezni in omejitve. Če je med razlogi za napotitev več diagnoz po MKB, se kot prva zapiše šifra glavne diagnoze.

**Rubrika 12 – CILJ FIZIOTERAPEVTSKE OBRAVNAVE**

Zdravnik na Nalogu FT opredeli cilj, ki ga želi doseči z napotitvijo na fizioterapevtsko obravnavo.

**Zadnja stran Naloga FT**

Zdravnik lahko na Nalogu FT opredeli tudi vsebino fizioterapevtske obravnave. V tem primeru v rubriko »Vsebina FT obravnave« na hrbtni strani Naloga FT vpiše postopke, ki naj jih opravi fizioterapevt v okviru naročene fizioterapevtske obravnave, skladno s »kratkim« ali »dolгим opisom« postopka iz ZZZS šifranta fizioterapevtskih postopkov.

KRAJ, DNE, ŽIG, PODPIS ZDRAVNIKA

Vpiše se kraj in datum izdaje Naloga FT, odtisne se žig izvajalca, zdravnik, ki izdaja Nalog FT pa se lastnoročno podpiše.

## 2.2. Podatki, ki jih izpolni fizioterapevt oziroma odgovorna oseba za uvrščanje zavarovanih oseb v čakalni seznam

**Sprednja stran Naloga FT**

Fizioterapevt oziroma odgovorna oseba za uvrščanje zavarovanih oseb v čakalni seznam v spodnjem delu Naloga FT vpiše naslednje podatke:

- priimek in ime zavarovane osebe,
- izvajalca fizioterapije, pri katerem je zavarovana oseba naročena,
- fizioterapevta, pri katerem je zavarovana oseba naročena,
- dan in uro, ko je zavarovana oseba naročena na začetek fizioterapevtske obravnave.

Ta del Naloga FT izvajalec izroči oziroma pošlje zavarovani osebi.

**VI. Obračun storitev**

Storitve, ki jih na podlagi Naloga FT ter v skladu z ZZVZZ, Pravili OZZ in tem navodilom, izvajalec zaračuna Zavodu na način, ki je določen z Navodilom o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov ter Splošnim dogovorom za posamezno pogodbeno leto.

Nalog FT mora izvajalec fizioterapije hraniti v medicinski dokumentaciji zavarovane osebe vsaj še eno leto po opravljeni fizioterapevtski obravnavi.

**VII. Naročanje naloga FT**

Izvajalci naročajo Nalog FT neposredno pri tiskarju, s katerim ima ZZZS sklenjeno pogodbo o tiskanju in distribuciji obrazcev in listin za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja.

**VIII. Pričetek veljave**

Z dnem pričetka veljave tega navodila preneha veljati Navodilo za uveljavljanje pravic do zdravstvenih storitev z Delovnim nalogom št. 0901-5/4-99 z dne 06.05.1999 in Sprememba in dopolnitev Navodila za uveljavljanje pravic do zdravstvenih storitev z delovnim nalogom št. 0901-5/10-99 z dne 13.12.1999, v delu, ki se nanaša na fizioterapijo.

To navodilo prične veljati s 1. januarjem 2014.

Številka: 0072-29/2013-DI/1  
Ljubljana, dne 13.12.2013

Generalni direktor  
Samo Fakin, dr. med.

## Priloga 1: Fizioterapija (FT) - Vrste obravnav glede na bolezenska stanja, zahtevnost in usposobljenost za izvajanje

Vrsta fizioterapevtske obravnave	Vsebine fizioterapevtskih obravnav	Fizioterapevtsko ocenjevanje	Časovni normativ v minutah	Povprečno število obiskov v obravnavi	Število uteži	Zahtevana strokovna usposobljenost	
mala fizioterapevtska obravnav (MFO)	Lažje okvare funkcije in zgradbe gibalnega sistema in/ali omejitve gibalnih dejavnosti.	Osnovni fizioterapevtski postopki: objavljeni v šifrantih Zavoda za obračun	pregled in ocena stanja (meritve gibljivosti, mišične zmogljivosti, bolečine, funkcijski testi, drugo) v začetni obravnavi in za zaključno poročilo	30	6	1	fizioterapevt z diplomom in opravljenim strokovnim izpitom
srednja fizioterapevtska obravnav (SFO)	Okvare funkcije in zgradbe gibalnega sistema in/ali omejitve gibalnih dejavnosti srednje stopnje.			45	8	2	fizioterapevt z diplomom in opravljenim strokovnim izpitom
velika fizioterapevtska obravnav (VFO)	Težke okvare funkcije in zgradbe gibalnega sistema in/ali omejitve gibalnih dejavnosti ter motnje koordinacije gibanja in ravnotežja zaradi okvar živčno-mišičnega sistema ali lažjih okvar osrednjega živčevja.			60	8	2,67	fizioterapevt z diplomom in opravljenim strokovnim izpitom
specialna fizioterapevtska obravnav (SpecFO)	Stanja po poškodbah ali obolenjih, ki zahtevajo znanje specialnih postopkov: - manualna terapija zahtevnih okvar mišično-skeletnega sistema; - ročna limfna drenaža: obravnav primarnih in sekundarnih limfedemov; - mišično-skeletna fizioterapija zahtevnih okvar mišično-skeletnega sistema; - nevrofizioterapija otrok in odraslih z okvarami osrednjega živčevja.	Poleg osnovnih fizioterapevtskih postopkov, še specialni postopki manualne terapije (manualne terapije mehkih tkiv ter mobilizacije perifernih sklepov in hrbtenice), ročna limfna drenaža, specialni postopki mišično-skeletne fizioterapije (Proprioceptivna nevro-muskularna facilitacija - PNF in manualne terapije mehkih tkiv ter mobilizacije perifernih sklepov) in nevrofizioterapije (Bobath, PNF, manualne terapije mehkih tkiv ter mobilizacije perifernih sklepov, Razvojno nevrološka obravnav - RNO).		60	10	3,67	fizioterapevt z diplomom, opravljenim strokovnim izpitom ter z zaključnim izpitom iz specialnih znanj (certifikat), vpisanih v ustreznem seznamu, objavljenem na spletnih straneh Zavoda



# Navodilo za uveljavljanje pravice zavarovanih oseb do prevoza z reševalnimi in drugimi vozili v obveznem zdravstvenem zavarovanju

## I. Uvod

S tem navodilom se ureja izvajanje določb 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 – ZUIPTDSV in 91/13) in Pravil 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 in 106/12), ki se nanašajo na pravico zavarovanih oseb do prevoza z reševalnimi in drugimi vozili v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja ter postopek uveljavljanja in zagotavljanja te pravice.

S tem navodilom se določa tudi uporaba in način izpolnjevanja listine Nalog za prevoz, ki je predpisana s Pravilnikom o obrazcih in listinah za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 104/2013) in s katero zavarovana oseba uveljavlja pravico do reševalnega prevoza.

## II. Pomen izrazov, uporabljenih v tem navodilu

BPI - baza podatkov o izvajalcih zdravstvene dejavnosti, ki jo vodi Inštitut za varovanje zdravja.

Dopolnilno zavarovanje - prostovoljno zdravstveno zavarovanje, ki zagotavlja kritje razlik do polne vrednosti zdravstvenih storitev.

Enota NMP je enota nujne medicinske pomoči po Pravilniku o službi nujne medicinske pomoči (Uradni list RS, št. 106/08, (118/08-popr.), 31/10 in 94/10)

EU-KZZ - evropska kartica zdravstvenega zavarovanja.

Izvajalec - javni zdravstveni zavod ter druge pravne in fizične osebe, ki imajo z Zavodom sklenjeno pogodbo za izvajanje zdravstvene dejavnosti v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Izvajalec prevoza – izvajalec reševalnega prevoza, ki ima z Zavodom sklenjeno pogodbo za izvajanje reševalnih prevozov v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja.

KZZ - kartica zdravstvenega zavarovanja.

Nadomestni zdravnik – zdravnik, ki nadomešča odsotnega izbranega osebnega zdravnika.

Nalog – listina Nalog za prevoz.

Napotni zdravnik – zdravnik, pri katerem zavarovana oseba uveljavlja pravice do storitev na podlagi napotnice izbranega osebnega zdravnika ali napotnega zdravnika.

Nujna medicinska pomoč in nujno zdravljenje - storitve, ki so določene v 103. členu Pravil OZZ.

Obvezno zavarovanje ali OZZ - obvezno zdravstveno zavarovanje.

Pravila OZZ – Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Prebivališče – stalno ali začasno prebivališče zavarovane osebe, kakor je opredeljeno z Zakonom o prijavi prebivališča (Uradni list RS, št. 59/06-UPB1 in 111/07).

Reševalni prevoz – prevoz z reševalnim ali drugim vozilom.

Šifranti - Šifranti za obračun Zavodu, ki je priloga 1a k Navodilu o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov. Šifranti so objavljeni na Zavodovi spletni strani.

Zavod – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

ZZVZZ – Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju.

## III. Uveljavljanje pravice do reševalnega prevoza

### 1. Splošno

Zavarovanim osebam je v obveznem zavarovanju zagotovljena pravica do reševalnega prevoza, kadar iz zdravstvenih razlogov ni mogoče opraviti prevoza z javnim prevoznim sredstvom ali osebnim avtomobilom.

### 2. Pristojnost za ugotavljanje potrebnosti in utemeljenosti reševalnega prevoza

Potrebnost in utemeljenost reševalnega prevoza ugotavljajo:

- osebni zdravnik zavarovane osebe ali nadomestni zdravnik;
- napotni zdravnik ob napotitvi zavarovane osebe v bolnišnico, premestitvi v drugo bolnišnico, iz bolnišnice v zdravilišče, iz bolnišnice, zdravilišča ali od specialista do prebivališča zavarovane osebe;
- napotni zdravnik ali zdravnik, ki je v primeru nujne medicinske pomoči ali nujnega zdravljenja zavarovano osebo prevzel v zdravljenje brez napotnice, pri premestitvi zavarovane osebe iz ene bolnišnice v drugo bolnišnico s helikopterjem. Soglasje za helikopterski prevoz pri premestitvi zavarovane osebe iz ene bolnišnice v drugo bolnišnico mora dati predstojnik oddelka bolnišnice, iz katere se zavarovana oseba premešča;
- zdravnik, ki je v primeru nujne medicinske pomoči ali nujnega zdravljenja zavarovano osebo prevzel v zdravljenje brez napotnice, oziroma zdravnik, ki zavarovano osebo, ki je bila sprejeta zaradi nujne medicinske pomoči ali nujnega zdravljenja brez napotnice, odpušča z zdravljenja;
- Zavod v postopku napotitve zavarovane osebe na pregled, preiskavo ali zdravljenje v tujino.

Potrebnost in utemeljenost nujnega reševalnega prevoza lahko ugotavlja tudi vsak drug zdravnik, ki zavarovano osebo obravnava.

Poleg tega lahko nujnost prevoza potrdi tudi zdravnik, ki je zavarovano osebo po opravljenem prevozu prevzel v zdravljenje.

### 3. Reševalni prevozi, ki niso pravica iz obveznega zavarovanja

Reševalni prevoz ni pravica iz obveznega zavarovanja, če gre za reševalni prevoz:

- ki ga naroči zavarovana oseba sama, njeni svojci oziroma kdo drug v njenem imenu, zdravnik, ki je zavarovano osebo po opravljenem reševalnem prevozu prevzel v zdravljenje, pa ni ugotovil, da je bil reševalni prevoz nujen. Če pa je zdravnik ugotovil nujnost reševalnega prevoza, izda zavarovani osebi o tem potrdilo, na podlagi katerega lahko zavarovana oseba nato zahteva povračilo stroškov tega prevoza pri Zavodu;
- v zdravstveni zavod oziroma k zdravniku zaradi storitev ugotavljanja zdravstvenega stanja, ki jih zavarovana oseba uveljavlja zaradi zahtev ali predpisov na drugih področjih ali pri drugih organih (pri zavarovalnicah, sodiščih, v kazenskem postopku itd.);
- na pregled k invalidski komisiji Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije;
- od prebivališča zavarovane osebe v socialnovarstveni zavod ali obratno ali iz enega socialnovarstvenega zavoda v drug socialnovarstveni zavod;
- na zdraviliško zdravljenje ali z njega, ko ne gre za zdraviliško zdravljenje, na katero bi zavarovano osebo z odločbo napotil imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija Zavoda;
- na obnovitveno rehabilitacijo;
- po zdravila ali medicinski pripomoček.

Iz obveznega zavarovanja tudi ni pravica reševalni prevoz iz Slovenije v tujino ali obratno. Pravica je le v primeru, če Zavod ob napotitvi zavarovane osebe na pregled, preiskavo ali zdravljenje v tujino z odločbo odobri reševalni prevoz.

## 4. Vrste reševalnih prevozov

Glede na vrsto ločimo reševalne prevoze na nujne in nenujne. Vrsto prevoza pa določi zdravnik glede na trenutno zdravstveno stanje zavarovane osebe.

### 4.1. Nujni reševalni prevozi

Za nujni reševalni prevoz gre, ko je potrebno zagotoviti čimprejšnjo zdravniško pomoč in preprečiti najhujšo možno posledico za življenje ali zdravje zavarovane osebe, za zdravje drugih, in v vseh primerih, ko zavarovana oseba potrebuje takojšnjo nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč.

Nujni reševalni prevoz vključuje tudi reševanje poškodovanih zavarovanih oseb z gora, morja, voda in jam ter njihov prevoz do najbližjega zdravstvenega zavoda, ki lahko zagotovi ustrezno medicinsko pomoč. Nujnost reševanja in prevoza mora potrditi zdravnik, ki je sodeloval pri reševanju poškodovane zavarovane osebe, ali zdravnik, ki jo je sprejel na zdravljenje.

Nujne reševalne prevoze izvaja izvajalec prevozov z vozili, ki se v skladu s Pravilnikom o službi nujne medicinske pomoči uporabljajo za izvajanje nujnih prevozov. Če zaradi težko dostopnega terena, prometnih ovir ali drugih razlogov nujni reševalni prevoz z reševalnim avtomobilom ni možen, se lahko opravi tudi s helikopterjem ali drugim prevoznim sredstvom.

Nujni reševalni prevoz opravlja ekipa v sestavi, ki jo določa Pravilnik o prevozih pacientov. To ekipo sestavljajo zdravstveni reševalec-voznik, diplomirani zdravstvenik in po potrebi zdravnik.

Glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe se lahko nujni reševalni prevoz izvaja brez zdravnika iz enote NMP le v naslednjih primerih:

- prevoz zavarovane osebe od njenega prebivališča do bolnišnice v eni uri po odredbi zdravnika, ki je pri zavarovani osebi opravil hišni obisk in ugotovil, da potrebuje nujno zdravljenje v bolnišnici;
- prevoz zavarovane osebe od mesta oskrbe do bolnišnice po nudenju nujne medicinske pomoči in stabilizaciji njenega stanja;
- prevoz zavarovane osebe iz ene bolnišnice v drugo, kjer bo nadaljevala nujno zdravljenje;
- prevoz zavarovane osebe do enote NMP zaradi ugotovitve zdravstvenega stanja;
- prevoz iz ambulante izbranega osebnega zdravnika ali enote NMP v bolnišnico;
- prevoz poškodovane zavarovane osebe, ki je ne obravnava enota NMP, potrebuje pa takojšnjo obravnavo v bolnišnici.

### 4.2. Nenujni reševalni prevozi

Nenujni reševalni prevoz pacienta je:

- nenujni prevoz,
- sanitetni prevoz.

Nenujni prevoz se izvaja z nenujnim reševalnim vozilom, sanitetni prevoz pa se izvaja s sanitetnim vozilom.

Pri nenujnim reševalnem prevozu do zdravstvenega zavoda oziroma zdravnika je zavarovana oseba upravičena do prevoza do najbližjega ustreznega zdravstvenega zavoda oziroma zdravnika ali do zdravstvenega zavoda, ki opravlja izključno dejavnost na področju psihiatrije, rehabilitacije, onkologije ali ortopedije.

Pri nenujnim reševalnem prevozu od zdravstvenega zavoda oziroma zdravnika pa je zavarovana oseba upravičena do prevoza do njenega prebivališča.

#### 4.2.1. Nenujni reševalni prevozi, ki se izvajajo z nenujnimi reševalnimi vozili

Z nenujnim reševalnim vozilom se izvaja prevoz nepokretne zavarovane osebe, vendar ne zaradi reševanja življenja ali nujnega zdravljenja, ter prevoz zavarovane osebe, ki zaradi svojega zdravstvenega stanja potrebuje spremstvo ali zdravstveno oskrbo zdravstvenega delavca.

Prevoze z nenujnim reševalnim vozilom opravlja ekipa v sestavi, ki jo določa Pravilnik o prevozih pacientov. To ekipo sestavljajo zdravstveni reševalec-voznik in zdravstveni reševalec-spremljevalec.

Ti nenujni reševalni prevozi se praviloma naročajo pri izvajalcih teh prevozov, ki imajo sedež v istem kraju kot naročnik oziroma so najbližji naročniku prevoza. To pa ne velja za primere, ko se izvajalec prevoza vrača na svoj sedež in lahko sočasno zagotovi prevoz nove zavarovane osebe, ali izjemoma, če je to bolj racionalno, prevoz izvede izvajalec prevoza, ki ima sedež bližje prebivališču zavarovane osebe.

Naročniki in izvajalci prevozov morajo zagotavljati racionalno izvajanje prevozov tako, da se bodo opravljale vožnje brez bolnikov v najmanjši možni meri ter v primerih, ko je to možno, na Nalogu opredeliti, da prevoz opravi isti izvajalec prevoza v obe smeri.

#### 4.2.2. Nenujni reševalni prevozi, ki se izvajajo s sanitetnimi vozili

S sanitetnim vozilom se izvajajo naslednji nenujni reševalni prevozi:

- prevozi na in z dialize;
- prevozi, ko ni potrebno spremstvo zdravstvenega delavca, prevoz z javnim prevoznim sredstvom ali z osebnim vozilom pa bi lahko bil za zdravlje zavarovane osebe škodljiv.

Sanitetni prevozi se praviloma naročajo pri izvajalcih prevozov, ki imajo sedež v istem kraju kot je prebivališče zavarovane osebe oziroma so najbližje kraju prebivališča.

Izvajalci teh prevozov smejo hkrati prepeljati največ toliko zavarovanih oseb, kolikor je registriranih sedežev v vozilu, zmanjšano za dva (primer: število registriranih sedežev v vozilu je 5, izvajalec prevoza lahko hkrati prepelje 3 zavarovane osebe).

Prevoze s sanitetnim vozilom opravlja voznik z opravljenim izpitom iz vsebin nujne medicinske pomoči, kot je to določeno v Pravilniku o prevozih pacientov.

## 5. Plačevanje reševalnih prevozov

Nujni reševalni prevozi so iz obveznega zavarovanja kriti v njihovi celotni vrednosti.

Nenujni reševalni prevozi so iz obveznega zavarovanja kriti v odstotku vrednosti, kakor je s Sklepom o določitvi odstotkov vrednosti zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 1/13 ) določen za prevoze z reševalnim vozilom, ki niso nujni.

Razliko do polne vrednosti nenujnega reševalnega prevoza je izvajalcu dolžna poravnati zavarovana oseba sama, razen če ima za razliko do polne vrednosti storitev sklenjeno dopolnilno zavarovanje. Izjema so zavarovane osebe, ki imajo vse zdravstvene storitve in s tem tudi nenujne reševalne prevoze v celoti zagotovljene iz obveznega zavarovanja (šifre tipov zavarovanih oseb: "11 – otrok, učenec, dijak, študent", "12 – duševno ali telesno prizadeta oseba", 70 - tuja zavarovana oseba mlajša od 18 let, ki ima EUKZZ, certifikat ali kartico Medicare, 80 – tuja zavarovana oseba, ki ima potrdilo MedZZ - otrok, učenec, dijak, študent in 81 - tuja zavarovana oseba, ki ima potrdilo MedZZ - duševno ali telesno prizadeta oseba iz šifranta 4 - Tip zavarovane osebe) ali pa jim je razlika do polne vrednosti krita iz državnega proračuna (šifri tipa zavarovane osebe "18 – socialno ogroženi" in "19 – priporniki in obsojenci" iz šifranta 4 - Tip zavarovane osebe). Zavarovane osebe, ki imajo zapisano šifro iz šifranta 4 - Tip zavarovane osebe 11, 12, 18 ali 19, imajo zapisano šifro P iz šifranta 21 - Obseg kritja zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zavarovane osebe, ki imajo zapisano šifro iz šifranta 4 - Tip zavarovane osebe 70, 80 ali 81, pa imajo zapisano šifro T iz šifranta 21 - Obseg kritja zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zavarovana oseba ima šifro iz šifranta 4 in 21 zapisano v podatkih o obveznem zavarovanju.

Izvajalec prevoza lahko od osebe zahteva plačilo stroškov nenujnega reševalnega prevoza v celoti, če ta ob uveljavljanju pravice do prevoza nima urejenega zdravstvenega zavarovanja. Oseba lahko nato zahteva povračilo pri Zavodu, če izkaže, da je imela v času, ko je bil reševalni prevoz opravljen, lastnost zavarovane osebe. Povračilo Zavod opravi v višini ustreznega odstotnega deleža pogodbene cene.

Stroške nenujnega reševalnega prevoza zaračuna izvajalec prevoza tudi zavarovani osebi, ki ima v podatkih o obveznem zavarovanju zapisan podatek "neredno plačevanje prispevkov za obvezno zavarovanje". Račun ji mora izstaviti v skladu z Navodilom o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov, zavarovana oseba pa lahko nato uveljavi povračilo stroškov pri Zavodu, če prej poravnana prispevke.

Izvajalec prevoza lahko od zavarovane osebe zahteva plačilo nenujnega reševalnega prevoza v naprej, sicer lahko prevoz zavrne.

Razliko v ceni, ki nastane zaradi zahteve zavarovane osebe za reševalni prevoz do zdravstvenega zavoda oziroma zdravnika, ki ni najbližji ustrezeni, to je usposobljeni zdravstveni zavod oziroma zdravnik, ali do zdravstvenega zavoda, ki ne opravlja izključne dejavnosti na področju psihiatrije, rehabilitacije, onkologije ali ortopedije, krije zavarovana oseba sama. Zavarovana oseba krije tudi razliko v ceni, ki nastane zaradi njene zahteve za nenujni reševalni prevoz do drugega kraja, kot je kraj njenega prebivališča, če je odrejen prevoz od zdravstvenega zavoda oziroma zdravnika do njenega prebivališča.

Prevoz hospitalizirane zavarovane osebe iz ene bolnišnice v drugo in nazaj, razen, kadar gre za preместitev, je strošek bolnišnice.

## IV. Nalog za prevoz

### 1. Uporaba in pristojnost za izpolnjevanje Naloga

Za uveljavljanje pravice zavarovanih oseb do prevoza z reševalnimi ali drugimi vozili v breme obveznega zavarovanja se uporablja Nalog. Nalog se ne uporablja za reševalne prevoze, ko je zavarovana oseba z odločbo Zavoda napotena na zdravstveno storitev v tujino. V teh primerih se prevoz opravi na podlagi izdane odločbe, s katero je reševalni prevoz odobren oziroma na podlagi te odločbe izdanega potrdila pristojne območne enote.

Nalog se tudi ne uporablja pri prevozih v okviru intervencij ekip enot NMP.

Nalog lahko uporabljajo samo zdravniki v javnih zdravstvenih zavodih, zasebni zdravniki koncesionarji in pri njih zaposleni zdravniki, če imajo z Zavodom sklenjeno pogodbo za izvajanje storitev zdravstvene dejavnosti v breme obveznega zavarovanja.

Izvajalci lahko Nalog uporabljajo samo v okviru opravljanja zdravstvenih storitev v breme obveznega zavarovanja. To pomeni, da Naloga ne smejo uporabljati, če nudijo zavarovani osebi zdravstvene storitve v okviru samoplačniške ambulante.

Naloga tudi ne smejo uporabljati zdravniki, ki niso v javni zdravstveni mreži, ki torej z Zavodom nimajo sklenjene pogodbe za izvajanje zdravstvenih storitev v breme obveznega zavarovanja.

Nalog je javna listina, s katero zdravnik izvajalec odredi oziroma potrdi reševalni prevoz zavarovane osebe, izvajalec prevoza pa uveljavi plačilo opravljene storitve.

## V. Izpolnjevanje naloga

### 1. Splošno

Nalog se izpolnjuje v enem izvodu.

Kjer so na Nalogu v določenih rubrikah prazna okenca, podatki pa so označeni s številkami, je možno podatke vpisati na dva načina:

- da se označi številko pred navedbo podatka ali
- da se v predvideno okence vpiše ustrezna številka, ki podatek označuje.

Pomanjkljivo ali napačno izpolnjen Nalog je neveljaven.

Pomanjkljivo izpolnjen Nalog je veljaven le:

- če posamezni podatki zaradi nezmožnosti sodelovanja zavarovane osebe (nezavest, šok), zdravniku, ki odreja nujni prevoz, niso v celoti znani. V tem primeru mora slednji obvezno izpolniti z ustreznimi podatki vsaj rubrike 1, 2, in 10, vpisati relacijo nujnega prevoza, kraj in datum izdaje Naloga in se lastnoročno podpisati. Ostale potrebne podatke mora naknadno izpolniti lečeči zdravnik, to je zdravnik, ki je zavarovano osebo prevzel v zdravljenje;
- če ne deluje sistem on-line zdravstveno zavarovanje, preko katerega izvajalec pridobiva podatke o zavarovani osebi, izvajalec pa izdaja Nalog za nenujni reševalni prevoz. V tem primeru lahko Nalog izda le, če pridobi oziroma ima o zavarovani osebi podatke o njeni ZZS številki, priimku in imenu, naslovu in datumu rojstva in te podatke vpiše v rubriko 3 - ZAVAROVANA OSEBA. Poleg tega izvajalec izpolni tudi vse ostale rubrike, ki se izpolnjujejo za nenujni reševalni prevoz.

Neveljaven je tudi popravljen Nalog, če ga ni popravila upravičena oseba. Nalog lahko v delu, za katerega izpolnjevanje je pristojen zdravnik, popravlja le zdravnik, ki ga je izdal, v delu, za katerega izpolnjevanje je pristojen izvajalec prevoza, pa le izvajalec, ki je prevoz opravil.

Popravek mora biti potrjen z lastnoročnim podpisom in imenskim žigom oziroma čitljivo napisanim imenom in priimkom tistega, ki je Nalog upravičen popravljal.

Izvajalec nujnega prevoza je dolžan pred prevozom preveriti, ali je Nalog ustrezno izpolnjen. Pomanjkljivo ali napačno izpolnjen Nalog ali Nalog, ki ni pravilno popravljen, lahko zavrne, ali pa zahteva od zdravnika, ki je Nalog izdal, ustrezno dopolnitev ali popravek.

Izvajalec prevoza sme spremeniti edino način doplačila označen v rubriki 6 - NAČIN DOPLAČILA, in sicer v primerih, ko je zdravnik, ki je Nalog izdal, v navedeni rubriki obkrožil:

- "1 - brez doplačila", zavarovana oseba, kateri je bil reševalni prevoz opravljen, pa v času prevoza v podatkih o obveznem zavarovanju ni imela: A) zapisane šifre "11 - otrok, učenec, dijak, študent" ali "12 - duševno ali telesno prizadeta oseba" iz šifrantov 4 - Tip zavarovane osebe in šifre P iz šifrantov 21 - Obseg kritja zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja ali B) zapisane šifre 70 - tuja zavarovana oseba mlajša od 18 let, ki ima EUKZZ, certifikat ali kartico Medicare ali 80 - tuja zavarovana oseba, ki ima potrdilo MedZZ - otrok, učenec, dijak, študent ali 81 - tuja zavarovana oseba, ki ima potrdilo MedZZ - duševno ali telesno prizadeta oseba iz šifrantov 4 - Tip zavarovane osebe in šifre T iz šifrantov 21 - Obseg kritja zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. V primeru A) izvajalec prevoza popravi način doplačila v "2 - zavarovana oseba" ali "3 - zavarovalnica", v primeru B) pa izvajalec prevoza popravi način doplačila v "2 - zavarovana oseba", v obeh primerih glede na podatke iz šifrantov 4 - Tip zavarovane osebe in 21 - Obseg kritja zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Način doplačila pa lahko popravi le pod pogojem, da na Nalogu v rubriki 10 - VRSTA PREVOZA, ni označena številka 1- NUJNI PREVOZ. Če je namreč označena ta vrsta prevoza, ima zavarovana oseba krit reševalni prevoz v celotni vrednosti iz obveznega zavarovanja, ne glede na to, katero šifro ima zapisano iz navedenih dveh šifrantov;
- "1 - brez doplačila" ali "2 - zavarovana oseba", zavarovana oseba, kateri je bil reševalni prevoz opravljen, pa je v času prevoza v podatkih o obveznem zavarovanju imela zapisano šifro "18 - socialno ogroženi" ali "19 - priporniki in obsojenci" iz šifrantov 4 - Tip

zavarovane osebe in šifro P iz šifrantov 21 - Obseg kritja zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. V primeru zapisa navedenih dveh šifer iz šifrantov 4 mora biti namreč označeno "3 - zavarovalnica". Slednje pa velja le pod pogojem, da na Nalogu v rubriki 10 - VRSTA PREVOZA, ni označena številka 1- NUJNI PREVOZ. Če je namreč označena ta rubrika, ima zavarovana oseba krit reševalni prevoz v celotni vrednosti iz obveznega zavarovanja, ne glede na to, katero šifro ima zapisano iz navedenih dveh šifrantov;

- "2 - zavarovana oseba" ali "3 - zavarovalnica", zavarovana oseba, kateri je bil reševalni prevoz opravljen, pa je v času prevoza v podatkih o obveznem zavarovanju imela zapisano šifro "11 - otrok, učenec, dijak, študent" ali "12 - duševno ali telesno prizadeta oseba" iz šifrantov 4 - Tip zavarovane osebe in šifro P iz šifrantov 21 - Obseg kritja zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja ali pa je imela zavarovana oseba zapisano šifro 70 - tuja zavarovana oseba mlajša od 18 let, ki ima EUKZZ, certifikat ali kartico Medicare ali 80 - tuja zavarovana oseba, ki ima potrdilo MedZZ - otrok, učenec, dijak, študent ali 81 - tuja zavarovana oseba, ki ima potrdilo MedZZ - duševno ali telesno prizadeta oseba iz šifrantov 4 - Tip zavarovane osebe in šifro T iz šifrantov 21 - Obseg kritja zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ker ima zavarovana oseba z zapisom teh šifer iz navedenih dveh šifrantov vse reševalne prevoze krite v celoti iz obveznega zavarovanja, mora biti v tem primeru označeno "1 - brez doplačila".

## 2. Podatki, ki jih izpolnjuje zdravnik

### Rubrika 1 - IZVAJALEC

#### –ŠTEVILKA IZVAJALCA

Vpiše se 5 mestna številka izvajalca iz BPI, pri katerem dela zdravnik, ki izdaja Nalog.

#### –ŠIFRA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

Vpiše se 6-mestna šifra vrste in podvrste zdravstvene dejavnosti iz šifrantov 2 - Vrste zdravstvene dejavnosti.

#### –NAZIV IZVAJALCA

Vpiše se naziv izvajalca, pri katerem dela zdravnik, ki izdaja Nalog.

### Rubrika 2 - ZDRAVNIK

#### –OSEBNI, NADOMESTNI, NMP, NAPOTNI

V ustreznem okencu se označi, kateri zdravnik izdaja Nalog.

Če je označen napotni zdravnik, mora biti z zahtevanimi podatki obvezno izpolnjena tudi rubrika 4 - NAPOTNICA. Pogoj pa je, da ga je osební ali napotni zdravnik z napotnico pooblastil tudi za zdravljenje zavarovane osebe oziroma njeno napotitev k drugim izvajalcem.

Če je potreben nujni reševalni prevoz (več o nujnem reševalnem prevozu je v poglavju 4.1. tega navodila), pa tega prevoza ne odreja osební, nadomestni ali napotni zdravnik, se označi NMP.

Če se Nalog izpolnjuje za prevoz zavarovane osebe iz bolnišnice v bolnišnico s helikopterjem, rubriko izpolni napotni zdravnik ali zdravnik, ki je zavarovano osebo v primeru nujnega zdravljenja ali nujne medicinske pomoči sprejel na zdravljenje oziroma jo zdravi (v tem primeru označi NMP). Soglasje predstojnika oddelka bolnišnice, iz katere se zavarovano osebo premešča, se vpiše na prostor, ki je na Nalogu namenjen opombam. Predstojnik oddelka bolnišnice, ki daje soglasje, odtisne na mestu, namenjenem opombam, svoj imenski žig, se lastnoročno podpiše ter pripíše, predstojnik katerega oddelka je, v kolikor to ni zapisano že na imenskem žigu.

Če je bila zavarovana oseba sprejeta oziroma obravnavana zaradi nujnega zdravljenja ali nujne medicinske pomoči brez napotnice,

ob odpustu pa potrebuje nenujni reševalni prevoz, potem rubriko izpolni zdravnik, ki je zavarovani osebi nudil nujno zdravljenje ali nujno medicinsko pomoč oziroma jo je odpustil z zdravljenja, pri tem pa označi NMP. V ostalem izpolni tiste rubrike, ki se izpolnjujejo za nenujni reševalni prevoz.

#### –ŠTEVILKA ZDRAVNIKA

Iz BPI se vpiše 5-mestno šifro zdravnika, ki izdaja Nalog.

#### –IMENSKI ŽIG

Odtisne se imenski žig zdravnika, ki izdaja Nalog. Če zdravnik nima imenskega žiga, se z velikimi in čitljivimi črkami vpiše njegovo ime in priimek.

### Rubrika 3 – ZAVAROVANA OSEBA

#### –ŠTEVILKA ZAVAROVANE OSEBE

Vpiše se 9-mestna ZZZS številka zavarovane osebe. Velja tudi za tuje zavarovane osebe, ki uveljavljajo pravico do zdravstvenih storitev na podlagi KZZ, Potrdila KZZ ali Potrdila MedZZ. Za tuje zavarovane osebe, ki uveljavljajo pravico do zdravstvenih storitev na podlagi EUKZZ, certifikata ali kartice Medicare, pa se vpiše 9-mestna ZZZS-TZO številka zavarovane osebe, ki jo izvajalec prejme iz on-line sistema.

#### –DATUM ROJSTVA

Vpiše se datum rojstva zavarovane osebe. Podatek se vpiše v obliki DDMMLLLL. Dnevi in meseci do številke 10 se izpolnjujejo z vodilnimi ničlami. Primer: če je datum rojstva 4. avgust 1973, se zapiše v obliki 04081973.

#### –PRIIMEK

Čitljivo se z velikimi tiskanimi črkami se vpiše priimek zavarovane osebe.

#### –IME

Čitljivo se z velikimi tiskanimi črkami se vpiše ime zavarovane osebe.

#### –ULICA, HIŠNA ŠTEVILKA, POŠTNA ŠTEVILKA, KRAJ

Vpiše se ulica, hišna številka, dodatek k hišni številki, če ga ima, številka pošte in kraj stalnega oziroma začasnega prebivališča zavarovane osebe v Sloveniji, od katerega je potreben prevoz zavarovane osebe k izvajalcu in/ali od izvajalca.

#### –TELEFONSKA ŠTEVILKA

Vpiše se telefonska številka zavarovane osebe, na katero želi, da jo zdravnik kontaktira. Podatek je neobvezen.

#### –E-POŠTA

Vpiše se naslov elektronske pošte zavarovane osebe na katerega želi, da jo zdravnik kontaktira. Podatek je neobvezen.

### Rubrika 4 – NAPOTNICA

Rubrika se izpolnjuje, če Nalog izpolnjuje napotni zdravnik. Pogoji je, da ga je osebni oziroma napotni zdravnik z napotnico pooblastil tudi za zdravljenje oziroma napotitve k drugim izvajalcem.

#### –ŠTEVILKA NAPOTNICE

Prepiše se številka z napotnice, na podlagi katere je bilo na napotnega zdravnika preneseno pooblastilo za zdravljenje zavarovane osebe ali njeno napotitev k drugim izvajalcem.

#### –ŠTEVILKA ZDRAVNIKA

Iz rubrike 2 - ZDRAVNIK na napotnici se prepiše 5-mestna šifra zdravnika iz BPI, ki je na napotnega zdravnika prenesel pooblastilo za zdravljenje oziroma napotitve k drugim izvajalcem.

### Rubrika 5 – RAZLOG OBRAVNAVE

Označi se številka pred navedbo razloga, zaradi katerega je potreben prevoz zavarovane osebe ali pa se ta številka vpiše v predvideno okence.

Razlog obravnave 04 - poškodba pri delu se vpiše tudi, če je bila poškodba pri delu povzročena po tretji osebi.

Razlog obravnave 05 - poškodba po tretji osebi izven dela se označi oziroma vpiše vedno, ko je prišlo do poškodbe izven dela, poškodbo pa je povzročila tretja oseba.

Razlog obravnave 07 - transplantacija se označi le, če se Nalog izpolnjuje za dajalca živega tkiva oziroma organa. Za prejemnika se vedno označi dejanski razlog, zaradi katerega uveljavlja prevoz (npr. bolezen, poškodba izven dela ipd.)

### Rubrika 6 – NAČIN DOPLAČILA

Glede na to, ali gre za reševalni prevoz, ki je zavarovani osebi zagotovljen v celotni vrednosti iz obveznega zavarovanja, ali za prevoz, ki je iz obveznega zavarovanja zagotovljen v odstotnem deležu, pri čemer je potrebno upoštevati, ali ima zavarovana oseba za kritje razlike do polne vrednosti storitev sklenjeno dopolnilno zavarovanje ali pa ji je ta razlika krita iz državnega proračuna, se označi ali v predvideno okence vpiše ustrezna številka.

1 - BREZ DOPLAČILA se izbere vedno, kadar gre za nujni reševalni prevoz, izbere pa se tudi, kadar gre za nenujni reševalni prevoz, zavarovana oseba pa ima zapisano šifro "11 - otrok, učenec, dijak, študent" ali "12 - duševno ali telesno prizadeta oseba" iz šifrant 4 - Tip zavarovane osebe in skladno s tem tudi šifro P iz šifrant 21 - Obseg kritja zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja ali pa šifro 70 - tuja zavarovana oseba mlajša od 18 let, ki ima EUKZZ, certifikat ali kartico Medicare ali 80 - tuja zavarovana oseba, ki ima potrdilo MedZZ - otrok, učenec, dijak, študent ali 81 - tuja zavarovana oseba, ki ima potrdilo MedZZ - duševno ali telesno prizadeta oseba iz šifrant 4 - Tip zavarovane osebe in šifro T iz šifrant 21 - Obseg kritja zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

2 - ZAVAROVANA OSEBA se izbere, kadar gre za nenujni reševalni prevoz, ki zavarovani osebi ni krit v celoti iz obveznega zavarovanja oziroma ji razlika do polne vrednosti ni krita iz državnega proračuna, za kritje razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev pa ni dopolnilno zavarovana.

3 - ZAVAROVALNICA se izbere, kadar gre za nenujni reševalni prevoz, ki zavarovani osebi ni krit v celoti iz obveznega zavarovanja, je pa za razliko do polne vrednosti dopolnilno zavarovana ali pa ji je razlika do polne vrednosti krita iz državnega proračuna. V slednjem primeru ima zavarovana oseba zapisano šifro "18 - socialno ogroženi" ali "19 - priporniki in obsojenci" iz šifrant 4 - Tip zavarovane osebe. Če ima zavarovana oseba zapisano eno od teh dveh šifer, se v polje, ki je na Nalogu namenjeno zapisu šifre dopolnilnega zavarovanja, zapiše šifra "06 - ZZZS-proračun RS" iz šifrant 8 - Nosilci kritja razlike do polne vrednosti storitev.

Več o načinu doplačila je v poglavju III/5 tega navodila.

### Rubrika 7 – TUJI ZAVAROVANEC

#### –ŠIFRA DRŽAVE

Rubrika se izpolnjuje samo, če gre za tujo zavarovano osebo, ki pravico do reševalnega prevoza uveljavlja po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah.

Vpiše se 3-mestna šifra iz šifrant 6 - Države nosilcev zdravstvenega zavarovanja.

### Rubrika 8 – VELJAVNOST

Označi se obdobje veljavnosti naloga.

1 - ENKRATNA - se označi oziroma vpiše, če zavarovana oseba potrebuje nujni reševalni prevoz ali reševalni prevoz s helikopterjem. Za vsak tak prevoz se mora izdati nov Nalog. Označi oziroma vpiše se tudi za vsak posamezen primer nujenega reševalnega prevoza, če ne gre za primer, ko je možno izdati Nalog za obdobje.

2 - DO - se označi oziroma vpiše, kadar se izda Nalog za obdobje. Vpiše se datum, do katerega Nalog velja. Nalog za obdobje je možno izdati v naslednjih primerih:

– REŠEVALNI PREVOZI NA IN Z DIALIZE

V primeru nujnih reševalnih prevozov na in z dialize se lahko zavarovani osebi izda Nalog za veljavnostjo največ do konca tekočega koledarskega leta.

Če zavarovana oseba dialize ne bo vse obdobje uveljavljala pri istem izvajalcu te zdravstvene storitve ali če prevozov vse obdobje ne bo izvajal isti izvajalec prevoza, mora zavarovana oseba zaradi takšne spremembe pridobiti nov Nalog, ki pa se ji ravno tako lahko izda z veljavnostjo največ do konca tekočega koledarskega leta.

– REŠEVALNI PREVOZI NA KEMOTERAPIJO ALI OBSEVANJE

V primeru nujnih reševalnih prevozov na kemoterapijo ali obsevanje, se lahko zavarovani osebi izda Nalog za obdobje trajanja terapije, če je po oceni osebnega, nadomestnega oziroma napotnega zdravnika zavarovana oseba upravičena do reševalnega prevoza, prevoze pa bo vse obdobje izvajal isti izvajalec prevoza. V nasprotnem primeru mora zavarovana oseba pridobiti nov Nalog.

– DRUGI REŠEVALNI PREVOZI, ZA KATERE SE LAHKO IZDA NALOG ZA OBDOBJE

V vseh drugih primerih, ko zavarovana oseba v posameznem koledarskem mesecu uveljavlja več zdravstvenih storitev pri istem izvajalcu zdravstvenih storitev in je po oceni osebnega, nadomestnega oziroma napotnega zdravnika upravičena do nujenega reševalnega prevoza, tega pa vse obdobje izvaja isti izvajalec prevoza, se lahko zavarovani osebi izda Nalog za obdobje koledarskega meseca.

Če v primerih, ko je Nalog izdan za obdobje (za več prevozov), število vrstic na hrbtini strani Naloga pa ne zadostuje za zapis vseh opravljenih prevozov v obdobju njegove veljavnosti, izvajalec prevoza za zapis prevozov uporabi fotokopijo obstoječega Naloga.

Rubrika 9 – PZZ

–PZZ ZAVAROVALNICA/ŠTEVILKA POLICE, ŠIFRA ZAVAROVANJA, /VELJA DO

Če se v rubriki 6 – NAČIN DOPLAČILA označi ali vpiše številka 3 - zavarovalnica, se na ustrezna mesta vpiše tudi:

- zavarovalnico, pri kateri je zavarovana oseba dopolnilno zavarovana,
- številko police dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja in
- šifro zavarovanja iz šifrant 8 - Nosilci kritja razlike do polne vrednosti storitev.
- do kdaj velja zavarovanje.

Če ima zavarovana oseba zapisano šifro "18 - socialno ogroženi" ali "19 - priporniki in obsojenci" iz šifrant 4 - Tip zavarovane osebe in je zaradi tega podatka kot način doplačila v rubriki 6 – NAČIN DOPLAČILA označena ali vpisana številka 3, se na mesto, ki je namenjeno vpisu šifre zavarovanja, vpiše šifro "06 - ZZS-proračun RS" iz šifrant 8 - Nosilci kritja razlike do polne vrednosti storitev.

Rubrika 10 – VRSTA PREVOZA

Označi se številka, ki označuje vrsto prevoza, ali pa se ta številka vpiše v predvideno okence.

Glede pogojev in možnosti uporabe posamezne vrste prevoza je več v poglavju III/4 tega navodila.

Rubrika 11 – RAZLOG ZA NENUJNI ALI SANITETNI PREVOZ

Rubrika se izpolnjuje, če gre za nenujni ali sanitetni prevoz. V tem primeru se številka, ki označuje razlog za nenujni ali sanitetni prevoz vpiše v predvideno okence oziroma označi številko pred navedbo razloga. Glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe je možno vpisati oziroma označiti več razlogov za prevoz.

Več o nujenem reševalnem prevozu je v poglavju III/4.2 tega navodila.

Rubrika 12 – RELACIJA PREVOZA

Na predvideno mesto se vpiše relacija prevoza.

Pri prevozu do zdravstvenega zavoda oziroma zdravnika ter pri prevozu od enega zdravstvenega zavoda oziroma zdravnika do drugega, se poleg kraja vpiše tudi naziv zdravstvenega zavoda oziroma zdravnika.

Če je Nalog izdan za prevoz do izvajalca in se že vnaprej ve, da bo potreben tudi prevoz nazaj na isti kraj, je potrebno to zapisati (npr. na naslednji način: Kranj - Ljubljana – Kranj).

Rubrika 13 – OPOMBE

Mesto je namenjeno za morebitna navodila zdravnika izvajalcu prevoza. Na primer: načrtovani datum in ura prevoza, položaj zavarovane osebe med prevozom (npr. polseže, leže, s kisikom), laično spremstvo pri nujenem reševalnem prevozu in podobno.

Kraj, dne, žig, podpis zdravnika

Zdravnik, ki izdaja Nalog vpiše kraj in datum izdaje Naloga, odtisne žig izvajalca ter se lastnoročno podpiše.

### 3. Podatki, ki jih izpolnjuje izvajalec prevoza

Spodnji del listine pod rubriko »PREVOZI«, je namenjen vpisu podatkov, ki jih izpolnjuje izvajalec prevoza.

Datum

Vpiše se datum, ko je bil reševalni prevoz opravljen.

Čas (od – do)

Vpiše se čas pričetka in zaključka reševalnega prevoza.

Reg. št. vozila

Vpiše se registrsko številko vozila oziroma oznako helikopterja, s katerim je bil reševalni prevoz opravljen.

km/min

Vpiše se seštevek števila prevoženih kilometrov pri cestnem reševalnem prevozu oziroma število opravljenih minut pri helikopterskem reševalnem prevozu.

Štartnina

Vpiše se startnina pri cestnem reševalnem prevozu.

Spremljevalec

Vpiše se ime in priimek strokovnega spremljevalca. Če ta podatek ni izpolnjen, se reševalni prevoz šteje za prevoz s sanitetnim vozilom.



**Podpis voznika**

Voznik oziroma pilot se lastnoročno podpiše.

**Podpis zavarovane osebe**

Po opravljenem reševalnem prevozu se zavarovana oseba lastnoročno podpiše na predvideno mesto. Če se ni zmožna podpisati, naredi voznik oziroma pilot kratek zaznamek, zakaj se ni zmožna podpisati.

**Kraj, dne, žig, podpis voznika**

Izvajalec prevoza vpiše kraj in datum izpolnitve Naloga, odtisne žig izvajalca prevoza in se lastnoročno podpiše.

## VI. Obračun reševalnega prevoza

Prevoze, ki jih je izvajalec prevoza opravil na podlagi Naloga ter v skladu z ZZVZZ, Pravili OZZ in tem navodilom, izvajalec prevoza zaračuna Zavodu na način, kot ga določa Navodilo o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov ter Splošni dogovor za posamezno pogodbeno leto.

Nalog je obvezna priloga k računu le pri helikopterskih prevozih. Pri ostalih vrstah prevoza mora izvajalec prevoza hraniti Nalog najmanj dve leti po obračunu zadnjega prevoza in ga na zahtevo Zavoda predložiti.

Če je bil zavarovani osebi z odločbo Zavoda odobren reševalni prevoz v okviru napatitve na zdravljenje v tujino, Zavod poravnava stroške prevoza na podlagi računa, ki se glasi na zavarovano osebo in ga izstavi izvajalec prevoza. Prevoženi kilometri se obračunajo po ceni in na način, kot to velja za redni program nenujnih reševalnih prevozov, priznajo pa se tudi nujni stroški za cestnine in dnevnice, ki pri reševalnem prevozu nastanejo, vendar le ob predložitvi ustreznih dokumentov oziroma dokazil.

## VII. Naročanje naloga

Izvajalci naročajo Nalog neposredno pri tiskarju, s katerim ima Zavod sklenjeno pogodbo o tiskanju in distribuciji obrazcev in listin za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja.

## VIII. Pričetek veljave

S pričetkom veljave tega navodila prenehata veljati Navodilo za uveljavljanje pravice zavarovanih oseb do prevoza z reševalnimi in drugimi vozili, št. 0072-7/2007-DI/8 z dne 3.5.2010.

To navodilo prične veljati s 1. 1. 2014.

Številka: 0072-28/2013-DI/1  
Ljubljana, dne 13.12.2013

Generalni direktor  
Samo Fakin, dr. med.

# Farmakoterapijski pregledi za bolj varno rabo zdravil odslej tudi v Zdravstvenem domu Ljubljana

Od aprila 2014 dalje se je v razvojno nalogo »Kakovostno predpisovanje zdravil« vključil tudi Zdravstveni dom Ljubljana (v nadaljevanju: ZDL). Tako v ZDL kot tudi v območni enoti Murska Sobota zdravniki splošne/družinske medicine sodelujejo s farmacevti svetovalci in napotujejo bolnike s polifarmakoterapijo (zlasti če istočasno uporabljajo več kot 10 zdravilnih učinkovin) ali bolnike s težavami, za katere menijo, da so povezane z zdravili tudi na farmakoterapijski pregled, da podrobneje preverijo medsebojno delovanje, neželene učinke in režim jemanja predpisanih zdravil. Bolnikom priporočamo, da se za informacije in morebitni farmakoterapijski pregled obrnejo na svojega izbranega osebnega zdravnika.

Zdravljenje starejših bolnikov z zdravili je zelo odgovorno. Praviloma so to bolniki, ki imajo več bolezni, zaradi česar prejemajo več zdravil, hkrati pa je pri njih pogosto zmanjšano delovanje ledvic in jeter. Zdravila se pogosto menjajo, odmerki prilagajajo. Zato vsem bolnikom svetujemo, da vodijo natančen seznam zdravil. S takšnim pristopom se verjetnost neustreznega jemanja predpisanih zdravil zmanjša. Zapletenost zdravljenja z zdravili in stroški za zdravila nenehno naraščajo, zato se tega problema razvite države lotevajo na različne načine. Do sedaj so bili v Sloveniji doseženi precejšnji premiki na področju cen zdravil, ki so omilili stroškovni pritisk na sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja. V Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZZS) smo na

osnovi ugotovitev iz podatkov o količinah predpisanih zdravil, nadzorov ter tujih izkušenj prišli do spoznanja, da bi tudi v Sloveniji potrebovali drugačne pristope reševanja problema, ki so v nekaterih drugih državah že preizkušeni. Izziv predstavljata predvsem količina predpisanih zdravil in njihove medsebojne interakcije.

Za boljše obvladovanje neželenih učinkov, medsebojnega delovanja zdravil in zlasti polifarmakoterapije je ZZZS na podlagi nizozemskih izkušenj jeseni 2012 skupaj s partnerji, izvajalci zdravstvenih storitev pripravil razvojno nalogo »Skupine kakovostnega predpisovanja zdravil in Farmacevt – svetovalac« v območni enoti Murska Sobota, ki jo je v preteklem mesecu razširil še na največji zdravstveni dom v državi. Organizacija v razvojni nalogi je takšna, da omogoča aktivno sodelovanje dveh komplementarnih strok, medicine in farmacije, na področju kakovosti zdravljenja z zdravili. Take Skupine kakovostnega predpisovanja (v nadaljevanju: Skupine) s farmacevtom – svetovalcem so organizirane krajevno, torej čim bližje bolnikom in zdravnikom. V Skupini je do 15 zdravnikov, ki se skupaj s farmacevtom – svetovalcem sestajajo na dva meseca. Strokovni program dela Skupin je bil pripravljen v sodelovanju s Katedro za družinsko medicino Medicinske fakultete v Mariboru in ga je potrdila Zdravniška zbornica Slovenije ter mu dodelila kreditne točke za izobraževanje. Zajema klinična področja, kjer je predpisovanje zdravil najbolj intenzivno in kjer lahko s pravilnim, tudi nefarmakološkim pristopom, po razpravi v taki skupini izboljšamo



Slika 1: farmacevti svetovalci, ki v okviru razvojne naloge izvajajo farmakoterapijske preglede v Zdravstvenem domu Ljubljana in v Območni enoti Murska Sobota (z leve proti desni: Maja Tršinar, Maša Gulin, Tanja Tomšič, Petra Jančar, Ana Banović, Demetrij Petrica, Lea Knez - koordinatorka za Zdravstveni dom Ljubljana, Alenka Premuš Marušič - koordinatorka na nacionalni ravni, Maja Petre, Barbara Tašker, Maja Jošt, Valerija Vukan, Matej Štuhec, Samo Rožman in Janez Toni).

predpisovanje tudi tako, da v proces vključimo bolnike. Program dela je osredotočen na sistematičen pregled zdravljenja z zdravili in manj primerna zdravila za starejše bolnike, kjer je osnova lista PRISCUS s prilagoditvami za slovenski prostor. V delu Skupine je ob tem bistvenega pomena razprava z izmenjavo znanja in izkušenj ter predstavitev primerov urejanja farmakoterapije.

Vsaka Skupina ima svojega farmacevta – svetovalca, ki tedensko opravlja svetovalno ambulanto bodisi v zdravstvenem domu ali v katerem od pripadajočih domov za starejše občane. Farmacevt – svetovalec pregleda farmakoterapijo bolnikov, ki mu ju jih napotijo zdravniki, in izda pisni predlog optimiziranja zdravljenja z zdravili – farmakoterapijski pregled. Ta obsega:

- pregled predpisanih zdravil, glede na bolnikov odziv (ali je zdravilo učinkovito) in ob upoštevanju bolnikovih bolezni (npr. okvara ledvic, sladkorna bolezen),
- pregled predpisanih zdravil pri starostnikih glede na listo morebitnih neprimernih zdravil (PRISCUS lista),
- pregled odmerkov predpisanih zdravil, njihovega števila in časa dajanja, tudi glede na obroke hrane in ostala zdravila,
- pregled predpisanih zdravil glede na morebitno medsebojno nezdržljivost ali slabo združljivost, ter glede na alergije,
- pregled klinično pomembnih interakcij med zdravili,
- pregled optimalnega kombiniranja zdravil,
- pregled stroškovne učinkovitosti predpisanega zdravljenja.

Farmakoterapijski pregled prejme zdravnik, ki ima vedno možnost pogovora oziroma razprave s farmacevtom - svetovalcem preden prilagodi bolnikovo zdravljenje in z njim seznaniti bolnika ter se z njim pogovori o predlaganih prilagoditvah.

Razvojna naloga se je začela izvajati novembra 2012 v območni enoti Murska Sobota, ko so potekali prvi sestanki Skupin. Farmaceuti – svetovalci so od tedaj dalje imeli v območni enoti Murska Sobota preko 200 svetovalnih ambulant v katerih so pripravili preko 800 farmakoterapijskih pregledov. Zdravniki so nato v dogovoru z bolniki prilagodili njihovo zdravljenje z zdravili (farmakoterapijo). Obravnavani so bili predvsem bolniki z 10 in več različnimi zdravilnimi učinkovinami, torej tisti z izrazito polifarmakoterapijo

Cilj razvojne naloge je večja kakovost predpisovanja zdravil, kjer so upoštevani različni vidiki, kot je učinkovitost zdravila, njegova varnost (neželeni učinki, interakcije, druge pomembne posebnosti), stroškovna učinkovitost in bolnikove posebnosti oziroma odločitve ter sistematičen pregled zdravil pri bolnikih s polifarmakoterapijo poleg tistih, za katere zdravnik meni, da so njihove težave povezane z zdravili. Tako razvojna naloga prispeva k povečanju kakovosti v zdravstvenem sistemu, obvladovanju neposrednih stroškov za zdravila in zmanjšanju stroškov zaradi zapletov zdravljenja z zdravili (ambulantne obravnave, hospitalizacije).



Slika 2: asist. Alenka Premuš Marušič, mag. farm., spec.klin.farm., koordinatorka razvojne naloge na nacionalni ravni.

Med najpomembnejšimi težavami, povezanimi z zdravili so interakcije med zdravili (istočasno uživanje dveh ali več zdravil hkrati, ki privede do kombinacije njihovih učinkov v telesu bolnika, največkrat do spremenjenega učinka zdravil). Interakcije so najpogostejše pri zdravilih za zdravljenje bolezni srca in ožilja, pri zdravilih z delovanjem na živčevje, sledijo zdravila za zdravljenje bolezni prebavil in presnove ter zdravila za zdravljenje bolezni krvi in krvotvornih organov. Pri bolnikih, ki prejemajo 8 ali več zdravil hkrati, je verjetnost za nastanek potencialnih interakcij med zdravili velika. Število interakcij med zdravili v odvisnosti od števila predpisanih zdravil narašča. Analiza predpisovanja zdravil po starostnih skupinah je pokazala, da je v 3-mesečnem obdobju leta 2009 prejelo 23.693 prebivalcev Slovenije, starih 65 let in več, 10 ali več različnih skupin zdravil na 4. ATC ravni (kemijsko-farmakološko-terapevtska podskupina). To je 81% prebivalcev več kot v letu 2004, kar dokazuje, da pojav polifarmakoterapije med starostniki v Sloveniji izjemno narašča. Pri teh bolnikih se zato pogosteje pojavi zmedenost, večja je verjetnost padcev, več je hospitalizacij. Sodelovanje se zmanjšuje zaradi slabše ročne spretnosti, težav pri požiranju, slabšega razumevanja navodil, manjše motiviranosti, depresije, zaradi težav, ki se kljub zdravilom ne zmanjšajo, in zaradi drugih razlogov. Padci so zaradi možnosti zlomov še posebej nevarni.

Na podlagi raziskave iz leta 2009 je imelo 3,7% slovenskih bolnikov, ki so bili napoteni na pregled v internistične ambulante UKC Ljubljana, težave zaradi neželenih učinkov zdravil. Ti bolniki so imeli najpogostejše neželene učinke v obliki sinusne bradikardije (upočasnen srčni utrip)(19%), hipotenzije (zmanjšan krvni tlak) (13%), sinkope (nezavest)(11%) in krvavitve v prebavno cev (8%). Zdravila oziroma skupine zdravil, ki so najpogosteje povzročile neželene učinke zdravil in napotitve v urgentne internistične ambulante, so bili zaviralci beta adrenergičnih receptorjev, zaviralci kalcijevih kanalčkov, digoksin, amiodaron, sartani, zaviralci angiotenzinske konvertaze, diuretiki, acetilsalicilna kislina, klopidrogel, varfarin, nesteroidni antirevmatiki, benzodiazepini, lokalni anestetiki, antibiotiki in peroralni antidiabetiki. Zdravniki v urgentnih internističnih ambulantah so 80% bolnikov, pri katerih so ugotovili, da so bili vzrok za napotitev neželeni učinki zdravil, odpustili domov, pri čemer so dežurni zdravniki bolnikom večinoma ukiniteli ta zdravila (35%) ali nadomestili ta zdravila z drugimi ustreznimi zdravili (27%). Zdravniki so redkeje le znižali odmerek nevarnega zdravila (13%) ali dodali drugo zdravilo, ki je ublažilo nevarni učinek prvega zdravila (5%). Kot ugotavljajo raziskovalci, je bilo le 20% bolnikov z neželenimi učinki zdravil sprejetih na interne oddelke, kar kaže, da bi lahko veliko bolnikov, napotenih zaradi neželenih učinkov zdravil, obravnavali kar izbrani osebni zdravniki.

Tabela: Pogostejše in pomembne skupine zdravila, ki lahko medsebojno delujejo in povzročijo neželene učinke zdravil.

Zdravilo	Zdravilo	Neželen učinek
nesteroidni antirevmatik	acetilsalicilna kislina	krvavitve v prebavno cev
varfarin	nesteroidni antirevmatik, paracetamol, acetilsalicilna kislina, antimikotik ali antibiotik	krvavitve
zaviralec adrenergičnih receptorjev beta	zaviralec kalcijevih kanalčkov	počasen srčni utrip
digoksin	zaviralec adrenergičnih receptorjev beta, zaviralec kalcijevih kanalčkov ali amiodaron	počasen srčni utrip
zaviralec angiotenzinske konvertaze ali sartan	spironolakton ali kalij	povišan nivo kalija in motnje srčnega utripa
peroralni antidiabetiki	peroralni antidiabetiki ali insulin	znižan krvni sladkor

Zdravilo	Zdravilo	Neželen učinek
statin	zaviralec kalcijevih kanalčkov	bolečine v mišicah, oslabelost
benzodiazepin	opioidni analgetik	zaspanost, nezavest
SSRI antidepressiv	tramadol	krči in povišana telesna temperatura, krvni tlak in pulz

Opozorilo: V tabeli so naštetle le nekatere skupine zdravil, ki lahko zaradi medsebojnega delovanja zdravil povzročijo neželene učinke zdravil.

Zdravniki in farmacevti v lekarnah lahko neželene medsebojno delovanje zdravil v precejšnji meri predvidijo in preprečijo. Seveda pa morajo uporabniki zdravil za to znati navesti, katera zdravila jemljejo, zato si naj pomagajo tudi z lastnim seznamom zdravil. Uporabnik zdravil lahko veliko stori tudi sam za zmanjšanje verjetnosti neželenega medsebojnega delovanja zdravil, in sicer tako da:

- pozna imena svojih zdravil in ima seznam z imeni in odmerki zdravil vedno s seboj, občasno pa se o zdravilih na seznamu pogovori z zdravnikom;
- zdravniku vedno pove za vsa zdravila, ki jih jemlje, tudi za tista, ki so jih predpisali drugi zdravniki;
- pred pričetkom jemanja novih zdravil se posvetuje z zdravnikom in prebere navodila za uporabo;
- pouči se o namenu jemanja novih zdravil in njihovem delovanju;
- pouči se o možnih neželenih učinkih zdravil;
- zdravila mora znati pravilno jemati, predvsem kdaj jih mora vzeti in če jih lahko vzame hkrati z drugimi zdravili;
- o zdravilih, ki jih je kupil brez recepta v lekarni, se pogovori s farmacevtom v lekarni in ob obisku izbranega zdravnika tudi z njim predvsem glede vpliva na svojo bolezen in druga zdravila;
- zdravniku ali farmacevtu pove za svoje težave, ki bi lahko bile povezane z zdravilom.

Jana Mrak, Damjan Kos

## OBČASNIK akti & navodila

### Založnik in izdajatelj:

Zavod za zdravstveno zavarovanje  
Slovenije, Miklošičeva cesta 24, Ljubljana

### Za izdajatelja:

Samo Fakin, generalni direktor

### Uredništvo:

Klemen Ganziti, Uršula Jerše Jan, Damjan  
Kos (urednik), Sladjana Jelisivčič, Janko  
Štok

### Tajništvo uredništva:

tel.: (01) 30 77 541,  
faks: (01) 23 12 182  
e-pošta: [natasa.grosar@zzzs.si](mailto:natasa.grosar@zzzs.si)

### Prelom:

Aritmija d.o.o.

### Tisk:

Tiskarna Skušek d. o. o.

## OBČASNIK

izhaja po potrebi  
in občasno v dveh  
različnih izdajah:

### akti & navodila,

ki je namenjena predvsem izvajalcem  
– javnim zdravstvenim zavodom in  
zasebnikom

### novice & obvestila,

ki je namenjena obveščanju delavcev  
ZZZS

Vzorčni izvod OBČASNIKA  
dobivajo vse službe ZZZS  
in vsi izvajalci zdravstvenih storitev in  
dobavitelji medicinskih pripomočkov  
brezplačno.

Ostale izvode lahko pisno  
naročite na naslov:  
ZZZS – za uredništvo,  
Miklošičeva cesta 24, 1507 Ljubljana

Naklada: 3.300 izvodov,  
ISSN 1318-8895, Ljubljana 2014

