

Občasnik

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

LETNIK XXV, CENA 1,47 EUR z DDV

ZZZS št. 2 // 30. 10. 2018

Uveljavitev Sprememb in dopolnitev Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja dne 13. 10. 2018

Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 30/03 – prečiščeno besedilo, 35/03 – popr., 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 – popr., 64/07, 33/08, 7/09, 88/09, 30/11, 49/12, 106/12, 99/13 – ZSVarPre-C, 25/14, 85/14, 10/17 – ZČmIS in 64/18; v nadaljnjem besedilu: Pravila OZZ) podrobneje urejajo vrste in obseg pravic, obveznosti zavezancev in zavarovanih oseb, pogoje in postopke za uresničevanje pravic, standarde zdravstvenih storitev in pripomočkov, varstvo pravic zavarovanih oseb in nadzor uresničevanja pravic in obveznosti.

Skupščina Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: ZZZS) je na 4. redni seji 17. 9. 2018 sprejela Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja, h katerim je dal soglasje minister, pristojen za zdravje (v nadaljnjem besedilu: novela Pravil OZZ). Novela Pravil OZZ je objavljena v Uradnem listu RS, št. 64/18 in je začela veljati 13. oktobra 2018.

Kazalo

Akti

- Uveljavitev Sprememb in dopolnitev Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja dne 13.10. 2018 1
- Okrožnica ZZZS št. 0072-20/2018-DI/1 z dne 11.10.2018: Obvestilo o spremembah in dopolnitvah Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja 5
- Okrožnica ZZZS št. 0072-26/2018-DI/7 z dne 15.10.2018 : Obvestilo o Spremembah in dopolnitvah Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja glede podrobnejše ureditve pravice do zdravil in živil za posebne zdravstvene namene 11
- Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja 19
- Sklep o določitvi zdravstvenih stanj in drugih pogojev za upravičenost do posameznih medicinskih pripomočkov 45
- Okrožnica MP št. 2/2018 z dne 11.10.2018: Spremembe in dopolnitve aktov, ki se nanašajo na zagotavljanje pravic do medicinskih pripomočkov 51
- Okrožnica MP št. 3/2018 z dne 11.10.2018: Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki se nanašajo na servisiranje medicinskih pripomočkov 54
- Navodilo o zagotavljanju servisiranja medicinskih pripomočkov v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja 55
- Novi predpisi in obvestila s področja obveznega zdravstvenega zavarovanja v obdobju od marca 2018 do 13. oktobra 2018 59
- Javna objava Splošnega dogovora samo v elektronski obliki 63

Osnovni cilji novele Pravil OZZ

Z novelo Pravil OZZ se spreminja ureditev posameznih področij zaradi napredka medicinske stroke, zagotavljanja enakopravnejše obravnave zavarovanih oseb, bolj primerne, kakovostne in varne zdravstvene obravnave ter lažje in hitrejše dostopnosti do zdravstvenih storitev. Poenostavljajo se postopki uveljavljanja pravic z odpravo administrativnih ovir, racionalizira se izvajanje zdravstvenih storitev ter njihovo izvajanje usklajuje z organizacijo dela izvajalcev zdravstvene dejavnosti. Hkrati se odpravljajo pravne praznine, nejasne ureditve in neskladja besedila Pravil OZZ ter Pravila OZZ usklajujejo z zakonodajo.

Novosti, ki jih prinaša novela Pravila OZZ

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

1. pravico do zdravstvenih storitev,
2. pravico do storitev zobozdravstvene dejavnosti,
3. pravico do zdraviliškega zdravljenja ter pravica do obnovitvene rehabilitacije invalidov in pravica do udeležbe v organiziranih skupinah za usposabljanje,
4. pravico do zdravljenja v tujini,
5. pravico do zdravil in živil na recept,
6. pravico do medicinskih pripomočkov,
7. pravico do denarnih nadomestil in
8. druge določbe glede pravic in njihovega uveljavljanja.

Vsebinski sklopi vključujejo naslednje bistvene spremembe in dopolnitve določb Pravil OZZ:

1. Pravica do zdravstvenih storitev

- a) jasnejša opredelitev zdravstvenih storitev, ki ne sodijo med pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu: OZZ);
- b) uskladitev opredelitve pravice do preventivnih zdravstvenih storitev v osnovni zdravstveni dejavnosti z zakonodajo;
- c) sprememba opredelitve pravice do oploditve z biomedicinsko pomočjo;
- d) sprememba uveljavljanja patronažne zdravstvene nege in zdravstvene nege na domu;
- e) sprememba standarda zdravstvenih storitev po času izvedbe in vrsti zdravstvenih storitev, ki sodijo v ta standard;
- f) jasnejša ureditev standarda zdravstvenih storitev izbranega osebnega ginekologa na sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti po času izvedbe;
- g) sprememba ureditve o napotitvi, ki vključuje tudi:
 - spremembo vrst zdravstvenih storitev, za katere se uporablja delovni nalog in napotnica;
 - spremembo opredelitve najdaljše dopustne čakalne dobe;
 - spremembo veljavnosti napotnice;

- določitev roka za predložitev napotnice in roka za izdajo izvida;
- spremembo standarda zdravstvenih storitev po času uveljavljanja;
- spremembo ureditve pravic in obveznosti v zvezi s čakalnimi dobami;
- določitev pooblastil kliničnega psihologa.

2. Pravica do storitev zobozdravstvene dejavnosti

- a) uskladitev opredelitve pravice do preventivnih zobozdravstvenih pregledov z zakonodajo;
- b) sprememba ureditve pravice do zobno-protetičnih pripomočkov;
- c) nova ureditev pravice do zobno-protetične rehabilitacije s pomočjo zobnih vsadkov in zobno-protetičnih pripomočkov na vsadkih z določitvijo podrobnejšega obsega pravice, njihovih standardov in postopka uveljavljanja pravice;
- d) podrobnejša ureditev pravice do ortodontskega zdravljenja, vključno z določitvijo nove vrste ortodontskega zdravljenja, ki je potrebno kot priprava na ortognati poseg;
- e) sprememba standardnih materialov in dobe trajanja zobozdravstvenih storitev in zobno-protetičnih pripomočkov;
- f) natančnejša ureditev pravice do popravila, prilagoditve in novega zobno-protetičnega pripomočka;
- g) sprememba postopka uveljavljanja pravic do zobozdravstvenih storitev v zvezi s pooblaščenimi zdravniki, z napotitvami in s predlogom načrta zobno-protetične rehabilitacije.

3. Pravica do zdraviliškega zdravljenja ter pravica do obnovitvene rehabilitacije invalidov in pravica do udeležbe v organiziranih skupinah za usposabljanje

- a) nova indikacija za zdraviliško zdravljenje pri boleznih dihal (idiopatska (družinska) in kronična tromboembolična pljučna arterijska hipertenzija);
- b) nov razlog za odlog začetka in prekinitvev zdraviliškega zdravljenja;
- c) podrobnejša ureditev standarda prehrane zavarovane osebe ter nastanitve in prehrane spremljevalca slepe zavarovane osebe med zdraviliškim zdravljenjem, ki se izvaja na stacionarni način;
- d) opustitev omejitve uveljavljanja zdraviliškega zdravljenja, če je bila predhodno izvedena obnovitvena rehabilitacija invalidov ali udeležba v organiziranih skupinah za usposabljanje.

4. Pravica do zdravljenja v tujini

- a) sprememba opredelitve prevoznih stroškov, ki ne sodijo med pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja;
- b) določitev preračuna stroškov zdravstvenih storitev in potnih stroškov iz tuje v domačo valuto;

- c) širitev pravice do spremstva zavarovane osebe, starejše od 18. let;
- d) dopolnitev vprašanj, ki so predmet mnenja konzilija izvajalca na terciarni ravni;
- e) sprememba ureditve akontacije za potne stroške;
- f) sprememba vrste dokazil, ki se predložijo zahtevam za povračilo stroškov.

5. Pravica do zdravil in živil na recept

- a) sprememba opredelitve magistralnih zdravil;
- b) jasnejša opredelitev pravice do magistralnih zdravil na recept glede na njihovo določitev in posledično predpisovanje njihovih imen;
- c) določitev starosti otrok, katerim se lahko predpišejo magistralna zdravila na recept;
- d) sprememba Seznama magistralnih zdravil;
- e) dopolnitev posameznih določb Pravil OZZ, ki urejajo zdravila na recept, z ureditvijo živil na recept;
- f) ukinitvev doplačila za izdano zdravilo na recept, ki je predpisano s splošnim imenom, če nima določene najvišje priznane vrednosti;
- g) sprememba podrobnejše ureditve pravice do povračila stroškov vrednosti zdravila in živila v skladu z Direktivo 2011/24/EU ter zdravila in živila kupljenega v tujini zaradi motnje v preskrbi na slovenskem trgu zaradi uvedbe elektronskega recepta v Republiki Sloveniji;
- h) ukinitvev možnosti uvedbe potrjevanja receptov za zdravila in živila z omejitvijo predpisovanja;
- i) sprememba predpisa zdravila in živila na recept ob odpustu iz bolnišnice;
- j) sprememba količine izdanega zdravila, predpisanega na enoletni obnovljivi recept;
- k) sprememba načina predpisovanja receptov za t. i. draga zdravila (cena pakiranja presega 200 eurov) zaradi uvedbe e-recepta in izvajanja pravila mesečne izdaje dragega zdravila;
- l) določitev roka za naslednjo (ponovno) izdajo dragega zdravila zaradi izvedbe pravila mesečne izdaje dragega zdravila;
- m) sprememba dodelitve in predpisovanja receptov za osebno rabo;
- n) sprememba postopka uveljavljanja pravice do zdravil in živil zaradi uvedbe e-recepta, ki vključuje tudi določitev pogojev za predpis recepta na prednatisnjeni (papirnati) listini ter spremembo roka za prevzem zdravila in živila v lekarni v Republiki Sloveniji na podlagi recepta na papirnati listini.

6. Pravica do medicinskih pripomočkov

- a) sprememba opredelitve izraza "medicinski pripomoček" (v nadaljnjem besedilu: MP), ki označuje le tisti MP, ki se izda na naročilnico;
- b) prenos vseh pogojev za uveljavitev pravice do dihalnih aparatov in MP pri zdravljenju sladkorne bolezni v splošni akt Skupščine ZZS, to je Sklep o določitvi zdravstvenih stanj in drugih pogojev za upravičenost do posameznih medicinskih pripomočkov;
- c) uvedba novih MP z namenom systemske ureditve zagotavljanja MP (vakuumska opornica z izravnalnim podplatom, sprejemnik za kontinuirano merjenje glukoze) oziroma boljšim nadzorom zavarovanih oseb nad sladkorno boleznijo (testni trakovi tudi za optično določanje ketonov v urinu);

- d) izključitev pravice do gonilnika za voziček, potisne paličice z navojem in navadne lancete, saj se več ne predpisujejo in izdajajo;
- e) sprememba postopkov zagotavljanja elastičnih črpalk in aparatov za nadomestno komunikacijo;
- f) natančnejša ureditev pravice do vzdrževanja, popravil in prilagoditev MP;
- g) sprememba obdobja izposoje MP;
- h) nova opredelitev cenovnega standarda MP in cene;
- i) nova opredelitev dobe trajanja;
- j) skrajšanje dobe trajanja (npr. inzulinska črpalka, nekatere kanile);
- k) ureditev veljavnosti naročilnice in sprememba ureditve obnovljive naročilnice;
- l) sprememba dolžnosti dobaviteljev glede zagotavljanja:
 - minimalnega nabora MP na izdajnih mestih predlog, hlačnih predlog (plenic), posteljnih podlog za enkratno uporabo in fiksirnih hlačk, zaradi optimalnega zagotavljanja zalog različnih proizvajalcev;
 - pripomočkov iz skupin MP pri umetno izpeljanem črevesju, pri težavah z odvajanjem seča, pri zdravljenju sladkorne bolezni in obvezilnih materialov zavarovani osebi z namenom, da zavarovane osebe te MP dobijo takoj, ne pa šele po 24 urah;
- m) sprememba podrobnejše ureditve pravice do povračila stroškov vrednosti MP v skladu z Direktivo 2011/24/EU;
- n) delna sprememba prihodnje ureditve celotnih plačil in doplačil MP dobaviteljem.

7. Denarna nadomestila

- a) širitev pravice do nadomestila plače za spremljevalca zavarovane osebe nad 18 letom v primeru zdravljenja v tujini;
- b) določitev delovnega koledarja za zavarovance, ki so samostojni zavezanci za plačilo prispevkov;
- c) določitev roka, v katerem mora izbrani osebni zdravnik posredovati predlog imenovanemu zdravniku v primeru predhodno nezaključenečasne zadržanosti od dela, o kateri je odločil imenovani zdravnik oziroma zdravstvena komisija;
- d) sprememba pravice do povračila prevoznih stroškov ter stroškov prehrane in nastanitve v Republiki Sloveniji in tujini;
- e) sprememba vrste dokazil, ki se predložijo zahtevam za povračilo potnih stroškov;
- f) izključitev nezdravstvenega ("drugega") razloga za uveljavljanje pravice do spremstva;
- g) jasnejša opredelitev zavarovanih oseb, ki imajo pravico do spremstva zaradi duševne ali telesne prizadetosti.

8. Druge določbe glede pravic in njihovega uveljavljanja

- a) sprememba uveljavljanja zdravstvenih storitev brez kartice zdravstvenega zavarovanja;
- b) sprememba dopustnih plačil in doplačil zdravstvenih storitev, vključno z MP;
- c) sprememba ureditve glede odločanja imenovanega zdravnika in območne enote ZZS.

Uveljavitev oziroma uporaba določb novele Pravil OZZ

Novela Pravil OZZ je začela veljati petnajsti dan po objavi v Uradnem listu RS, to je 13. oktobra 2018.

V skladu s prehodnimi in končnimi določbami novele Pravil OZZ se nekatere določbe Pravil OZZ začnejo uporabljati v določenem časovnem obdobju po njeni uveljavitvi, in sicer:

1. v enem letu od uveljavitve: določbe glede pravice do zobno-protetične rehabilitacije s pomočjo zobnih vsadkov in določbe glede zagotavljanja izposoje aparata za nadomestno komunikacijo s strani Kliničnega inštituta za rehabilitacijo;
2. od vzpostavitve tehničnih možnosti: določbe glede razveljavitve elektronskih receptov s strani uradne osebe ZZS in določbe glede označevanja elektronske napotnice s strani uradnih oseb ZZS za izkoriščeno;
3. z uveljavitvijo Seznama medicinskih pripomočkov, na katerega bodo uvrščene vrste medicinskih pripomočkov iz skupine pri

4. z uveljavitvijo seznama medicinskih pripomočkov, na katerega bo uvrščena posamezna vrsta pripomočkov: določbe glede doplačila (spremenjen tretji odstavek in spremenjena 1. točka četrtega odstavka 252. člena Pravil OZZ).

Snežana Marković
Peter Rutar

Okrožnica ZZZS št. 0072-20/2018-DI/1 z dne 11.10.2018: Obvestilo o spremembah in dopolnitvah Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja

Obveščamo vas, da so bile v Uradnem listu Republike Slovenije, št. 64/18 z dne 28. 9. 2018 objavljene spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu: Pravila), ki bodo začele veljati s **13.10.2018**.

V skladu s prehodnimi in končnimi določbami se bodo določbe, ki se nanašajo na:

- pravico do zobno-protetične rehabilitacije z zobnimi vsadki – začele uporabljati v enem letu po uveljavitvi sprememb in dopolnitev Pravil (do njihove uveljavitve bo Zavod o zahtevah zavarovanih oseb za tovrstno rehabilitacijo odločal na podlagi tretjega odstavka 259. člena Pravil);
- pravico do povračila potnih stroškov – začele uporabljati v postopkih odločanja za potovanja, ki so bila opravljena od 1. 11. 2018 dalje;

V Pravilih je sicer spremenjeno večje število določb, pri čemer so nekatere pravice le bolj določno zapisane, in sicer v cilju večje ra-

zumljivosti in jasnosti ter manjše možnosti različnega tolmačenja v praksi. Nekatere določbe Pravil pa pri posameznih pravic prinašajo vsebinske spremembe in dopolnitve, ki jih v nadaljevanju bolj podrobno pojasnjujemo. Gre za naslednje vsebinsko zaokrožene sklope, ki se nanašajo na:

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

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

Kazalo vsebine okrožnice

1. PRAVICA DO PREVOZA Z REŠEVALNIMI IN DRUGIMI VOZILI (54. člen Pravil)
2. OPREDELITEV STANDARDOV ZDRAVSTVENIH STORITEV (108. člen Pravil)
3. UVELJAVLJANJE PRAVICE DO PATRONAŽNE ZDRAVSTVENE NEGE IN NEGE NA DOMU (160. člen)
4. PRAVICA DO POVRAČILA STROŠKOV OPLODITVE Z BIOMEDICINSKO POMOČJO (37. člen Pravil)
5. ESTETSKI POSEGI (25. člena Pravil)
6. SPREMEMBE UREDITVE O NAPOTITVI - NAPOTNICA, DELOVNI NALOG (175 do 178. člen Pravil)
 - 6.1. Izdaja napotnice
 - 6.2. Naloge osebnega in napotnega zdravnika
 - 6.3. Veljavnost napotnice, rok za predložitev napotnice
 - 6.4. Določitev pooblastil kliničnega psihologa (peti odstavek 178. člena Pravil)
7. PRAVICA DO STORITEV ZOBOZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI (28 do 33. člen, 112. člen, 122-123. člen Pravil)
 - 7.1. Uskladitev obsega pravice do preventivnih zobozdravstvenih pregledov z zakonodajo (28. člen Pravil)
 - 7.2. Sprememba ureditve pravice do zobno-protetičnih pripomočkov (29. in 33. člen Pravil)
 - 7.3. Sprememba standardnih materialov zobozdravstvenih storitev in ZPP (112. člen Pravil)6
 - 7.4. Določitev dobe trajanja zobozdravstvenih storitev in ZPP in tudi njihov garancijski rok, natančnejša ureditev pravice do popravila, prilagoditve in novega ZPP (122. do 123. člen Pravil)
8. PRAVICA DO ZOBNO-PROTETIČNE REHABILITACIJE S POMOČJO ZOBNIH VSADKOV (30. do 32. člen Pravil)
 - 8.1. Pričetek veljavnosti
 - 8.2. Pogoji (30. do 31. člen Pravil)
 - 8.3. Število zobnih vsadkov (tretji in četrti odstavek 30. člena)
 - 8.4. Standardni material zobnih vsadkov in zobno-protetičnih pripomočkov na zobnih (112./II.čl.)
 - 8.5. Garancijski rok, trajnostna doba vsaditve zobnih vsadkov (tretji odstavek 122. člena)
 - 8.6. Pooblaščen specialisti, izvajalci (187/II)
9. PRAVICA DO ORTODONTSKEGA ZDRAVLJENJA (34. do 35. člen Pravil)
10. PRAVICA DO ZDRAVILIŠKEGA ZDRAVLJENJA (45. do 48. člen Pravil)
 - 10.1. Dodana nova indikacija za zdraviliško zdravljenje
 - 10.2. Določen nov razlog za odlog začetka in prekinitvev zdraviliškega zdravljenja - "opravičljiv osebni razlog"
 - 10.3. Podrobnejše urejen standard prehrane zavarovane osebe ter nastanitve in prehrane spremljevalca slepe zavarovane osebe med zdraviliškim zdravljenjem, ki se izvaja na stacionarni način
11. PRAVICA DO OBNOVITVENE REHABILITACIJE (tretji odstavek 53. člena Pravil)
12. SPREMSTVO (61. člen Pravil)
13. NADOMESTILO PLAČE
14. ODLOČANJE IMENOVANIH ZDRAVNIKOV IN ZDRAVSTVENE KOMISIJE

Rok za podajo predloga imenovanemu zdravniku (235. člen Pravil)
15. POTNI STROŠKI ZA POTOVANJE K IZVAJALCU V REPUBLIKI SLOVENIJI (153., 156. in 247. člen Pravil)
16. DOPLAČILA (252. člen Pravil)

1. Pravica do prevoza z reševalnimi in drugimi vozili (54. člen Pravil)

Na novo je določeno, da je prevoz z reševalnimi in drugimi vozili lahko odrejen in sodi v standard storitev ne le v primeru, če je izveden v okviru delavnika (od 7. do 20 ure), temveč tudi, če je opravljen izven tega časa (ponoči, za vikend, ob praznikih).

Zavarovane osebe nimajo več pravice do reševalnega prevoza za potovanje k izvajalcu, ki opravlja izključno dejavnost na področju psihiatrije, rehabilitacije, onkologije in ortopedije (npr. za potovanje do Ortopedske bolnišnice Valdoltra,...), v kolikor ta ni najbližji izvajalec. Zavarovane osebe so torej upravičene do reševalnega prevoza le do najbližjega izvajalca.

2. Opredelitev standardov zdravstvenih storitev (108. člen Pravil)

Spremenjena je opredelitev standardov zdravstvenih storitev po času uveljavljanja. Dosedanji 108. člen je spremenjen tako, da se spreminja ura začetka opravljanja zdravstvenih storitev ob delavnikih, in sicer iz 6. ure na 7. uro. To pomeni, da se za standard štejejo zdravstvene storitve, ki so opravljene ob delavnikih med 7. in 20. uro.

Izjema so še vedno zdravstvene storitve nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči, ki sodijo v standard tudi, če so opravljene izven navedenega časa (ponoči, za vikend, ob praznikih). Glede reševalnih prevozov velja standard, ki je naveden v prejšnji točki.

3. Uveljavljanje pravice do patronažne zdravstvene nege in nege na domu (160. člen)

Na novo je določeno, da zavarovani osebi po nalogu izbranega osebnega zdravnika ali napotnega zdravnika (izbrani izvajalec) zdravstvene storitve patronažne zdravstvene nege in nege na domu izvede drug izvajalec (patronažna služba) v kraju njenega stalnega aličasnega prebivališča, če je ta bližji od kraja, v katerem je izbrani izvajalec (npr. zavarovana oseba ima osebnega zdravnika v Ljubljani, hkrati ima prijavljeno začasno prebivališče v Kopru - zato ji bo v času, ko dejansko prebiva v Kopru, navedene storitve po nalogu njenega izbranega osebnega zdravnika zagotovil izvajalec v Kopru).

4. Pravica do povračila stroškov oploditve z biomedicinsko pomočjo (37. člen Pravil)

S spremembo drugega odstavka 37. člena Pravil se jasno določa, da se omejitev števila postopkov oploditve z biomedicinsko pomočjo določa le za postopke zunajtelesne oploditve (postopki znotrajtelesne oploditve številčno niso omejeni). Namesto izraza "ciklus", ki

v veljavnih predpisih ni posebej opredeljen, se zaradi večje jasnosti uporablja izraz "postopek".

5. Estetski posegi (25. člena Pravil)

Spremenjena je 1. točka 25. člena Pravil tako, da se je izraz estetske "operacije" nadomestil z izrazom estetski "posegi", ki zajema širši terapevtski spekter (npr. laserska terapija).

6. Premembe ureditve o napotitvi - napotnica, delovni nalog (175 do 178. člen Pravil)

Pravila prinašajo nekatere spremembe ureditve o napotitvi zaradi uskladitve z zakonodajo, večje jasnosti in notranje skladnosti besedila.

6.1. Izdaja napotnice

Po novem se napotnica uporablja tudi za napotovanje h kliničnemu psihologu in tudi za rentgentska slikanja, razen za rentgenska slikanja zob, pri katerih ni potreben specialistični izvid (2. člen Pravil).

Osebni zdravnik lahko izda napotnico le za zdravstvena stanja, ki jih obravnava na svojem področju, kar je v skladu s sprejeto medicinsko doktrino in z vsebino specializacije zdravnika na posameznem strokovnem področju.

Še vedno velja, da se v istem obdobju za isto zdravstveno stanje lahko izda le ena napotnica za napotnega zdravnika iste vrste specialnosti. V napotnici je po novem potrebno opredeliti tudi vrsto zdravstvene storitve, na katero se zavarovano osebo napotuje. Novo napotnico po novem lahko osebni zdravnik izda največ 15 dni pred potekom prejšnje (zaradi pravočasne izstavitve napotnice).

Jasno je določeno, da napotni zdravnik, ki je prejel pooblastilo 3 (za nadaljnje napotovanje) lahko izda napotnico le v času veljavnosti napotnice, ki jo je izdal osebni zdravnik. V primeru, če napotni zdravnik izda novo napotnico za drugega napotnega zdravnika, na slednjega ne more prenesti pooblastila za nadaljnje napotovanje zavarovane osebe – torej mu ne more opredeliti pooblastila št. 3 (prepoved t. i. veriženja napotnic).

6.2. Naloge osebnega in napotnega zdravnika

Natančno so opredeljene naloge osebnega in napotnega zdravnika v primeru napotitve, pri čemer je jasno določeno, da lahko napotni zdravnik v okviru pooblastila 2 (zdravljenje) zavarovani osebi predpisuje medicinske pripomočke, pa tudi novo uvedena zdravila in živila in tudi tista, ki jih zavarovana oseba potrebuje v okviru redne terapije (če je glede na svoje delovno področje pooblaščen za njihov predpis). Rok za izdajo izvida je določen v skladu z Zakonom o pacientovih pravicah (v nadaljnjem besedilu: ZPacP).

6.3. Veljavnost napotnice, rok za predložitev napotnice

V skladu z določbami ZPacP je določen rok, v katerem mora zavarovana oseba izvajalcu predložiti napotnico, rok pa je odvisen od stopnje nujnosti. Rok za predložitev napotnice veže zavarovano osebo, pri tem je ta rok potrebno razlikovati od roka pričetka veljavnosti napotnice. Slednji je vezan na prvo storitev, ki jo na podlagi napotnice opravi napotni zdravnik. Od tega datuma prične teči

rok veljavnosti napotnice, kar torej ostaja nespremenjeno glede na dosedanjo ureditev.

Na novo je določeno, da napotnica preneha veljati, ko napotni zdravnik opravi zdravstvene storitve, za katere je prejel pooblastilo (torej lahko preneha veljati še preden poteče obdobje veljavnosti, ki je navedeno na napotnici).

Napotnico lahko zaključi tudi uradna oseba Zavoda, če je bila izdana elektronska napotnica za določeno zdravstveno storitev, zavarovana oseba pa je to storitev že opravila (npr. v tujini) in tudi pridobila pravico do povračila stroškov (sedmi odstavek 177. člena). Določba se bo pričela izvajati po vzpostavitvi ustreznih informacijskih rešitev.

6.4. Določitev pooblastil kliničnega psihologa (peti odstavek 178. člena Pravil)

Za napotitev h kliničnemu psihologu se smiselno uporabljajo določbe, ki se nanašajo na napotitev k napotnemu zdravniku. V zvezi s tem veljajo nekatere posebnosti, in sicer klinični psiholog nima pooblastila za predpisovanje medicinskih pripomočkov, zdravil in živil. V okviru prejetega pooblastila 3 (za nadaljnje napotovanje) lahko zaradi izvedbe kliničnopsihološkega dela naroča le zdravstvene storitve, na katere se zavarovana oseba napotuje z delovnim nalogom (npr. logopedске storitve).

7. Pravica do storitev zobozdravstvene dejavnosti (28 do 33. člen, 112. člen, 122-123. člen Pravil)

7.1. Uskladitev obsega pravice do preventivnih zobozdravstvenih pregledov z zakonodajo (28. člen Pravil)

Preventivne zobozdravstvene storitve se ne naštevajo več v Pravilih, temveč se določba drugega odstavka 28. člena Pravil sklicuje na akt ministrstva (Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, ki je v pristojnosti Ministrstva za zdravje).

7.2. Sprememba ureditve pravice do zobno-protetičnih pripomočkov (29. in 33. člen Pravil)

V 29. členu Pravil so natančneje določeni zobno-protetični pripomočki (v nadaljnjem besedilu: ZPP), ki so pravica.

Na novo je določena pravica do mostička ali delne proteze zaradi zagotovitve vsaj ene funkcionalne okluzijske enote na vsaki strani čeljusti. Natančneje je določena tudi pravica do delne proteze, ki nadomesti vse vrzeli v eni čeljusti. Tako kot do sedaj, imajo nekatere kategorije zavarovanih oseb pravico do ZPP tudi, če jim manjkata najmanj dva zaporedna zoba v eni čeljusti, pri čemer je določeno, do katerega leta ima zavarovana oseba iz prve točke tretjega odstavka 29. člena Pravil to pravico, in sicer je to do dopolnjenegega 18. leta starosti, po tej starosti pa, če se šola, in sicer do konca šolanja, vendar največ do konca šolskega oziroma študijskega leta, v katerem dopolni 26 let.

Novost je, da se v primeru, če si zavarovana oseba na lastno željo samoplačniško vsadi zobni vsadek, za katerega niso izpolnjena zdravstvena stanja po pravilih (ta stanja so navedena v 30. členu Pravil), se **ta samoplačniško vsajen zobni vsadek šteje kot lastni zob. Izjema je v primeru, če zavarovana oseba zaradi tega ne**

bi bila upravičena do ZPP v skladu s Pravili (šesti odstavek 29. člena). V navedenih primerih ima zavarovana oseba pravico do ZPP v standardu, ki je določen za ZPP iz 29. člena Pravil, in ne v standardu, ki je določen za ZPP na zobnih vsadkih, ki so pravica.

Pri pravici do obturatorja in opornice (33. člen Pravil) je črtano besedilo, da gre za opornice "pri parodontopatijah", saj so opornice pravica tudi pri drugih vrstah zdravstvenih stanj.

7.3. Sprememba standardnih materialov zobozdravstvenih storitev in ZPP (112. člen Pravil)

Določba je dopolnjena, pri čemer so posebej opredeljeni materiali, ki se že sedaj dejansko uporabljajo pri izdelavi ZPP (npr. pri nazidku z zatičkom in koreninski kapici). Na novo je določen material pri dvojnih prevlekah (uporaba posebnih plemenitih zlitin z dodatkom platine), pri zobnih fasetah prevlek in mostičkov ter protezah ter material za zobe v protezah.

V skladu z Uredbo (EU) 2017/852 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 17. maja 2017 o živem srebru in razveljavitvi Uredbe (ES) št. 1102/2008, je na novo določen standardni material za zalivke na mlečnih zobeh ter na zobeh otrok do 15 leta starosti, nosečnic in doječih mater, in sicer je to kompozit, amalgam pa le, če je to nujno potrebno zaradi zdravstvenih razlogov zavarovane osebe, kar oceni pooblaščen zobozdravnik.

Za obturator je naveden standardni material, ki je enak kot doslej, za opornico pa je dodan silikon (poleg kovine za vlivno tehniko in akrilata).

Na novo je določen **material v primeru alergij** na standardni zobno-protetični material ali če gre za drug neželen učinek standardnega materiala, ki ogroža zdravje zavarovane osebe, in sicer je to drug material, ki zagotavlja funkcionalno ustreznost zobozdravstvenih storitev in zobno-protetičnega pripomočka. Zdravstveni razlog mora biti dokumentiran v zdravstveni dokumentaciji, pri čemer mora biti alergija izkazana (z alergološkimi testi).

7.4. Določitev dobe trajanja zobozdravstvenih storitev in ZPP in tudi njihov garancijski rok, natančnejša ureditev pravice do popravila, prilagoditve in novega ZPP (122. do 123. člen Pravil)

Natančno je določeno, kdo krije stroške popravila, prilagoditve ali novega ZPP glede na to ali je do potrebe po teh storitvah prišlo v okviru garancijskega roka, ali po njegovem poteku.

Enako kot do sedaj, je izvajalec dolžan kriti stroške popravil, prilagoditve in novega ZPP v okviru garancijskega roka. Izjema je le v primeru, če je ZPP postal funkcionalno neustrezen zaradi anatomskih in funkcionalnih sprememb, ki jih ni bilo mogoče vnaprej predvideti (npr. anatomska sprememba čeljusti zaradi prometne nesreče). V tem primeru krije stroške Zavod. Vrsta pravice (popravila in prilagoditve ZPP ali nov ZPP) je odvisna od višine skupnih stroškov, ki nastanejo s popravili in prilagoditvami v garancijskem roku zaradi navedenega razloga. Dokler so ti skupni stroški (vsota popravil in prilagoditev), ki nastanejo zaradi nepredvidljivih sprememb zdravstvenega stanja zavarovane osebe, manjši ali enaki 50 % vrednosti prejetega ZPP, ki se popravlja oziroma prilagaja, ima

zavarovana oseba pravico do popravil in prilagoditev. Če, in ko ti skupni stroški v garancijskem roku presežejo 50 % vrednosti prejetega ZPP, ima zavarovana oseba pravico do novega ZPP.

Po izteku garancijskega roka pa do poteka trajnostne dobe popravila, prilagoditve in nov ZPP krije Zavod (vrsta pravice odvisna od višine skupnih stroškov popravila in prilagoditve ZPP), pri čemer je vrsta pravice (popravilo, prilagoditev, nov ZPP) odvisna od višine skupnih stroškov. Če so skupni stroški popravil in prilagoditve manjši ali enaki 50 % vrednosti prejetega ZPP, ima zavarovana oseba pravico do popravil in prilagoditev, nad to vrednostjo pa je upravičena do novega ZPP. Izjema so le stroški novega ZPP, ki jih Zavod krije le če funkcionalnih in anatomskih sprememb ni bilo mogoče vnaprej predvideti.

Nov ZPP po preteku trajnostne dobe ni avtomatično pravica zavarovane osebe, temveč le v primeru ugotovljene funkcionalne neustreznosti. Nova ureditev se v primerjavi z dosedanjo ureditvijo (dosedanji prvi odstavek 122. člena Pravil) vsebinsko spreminja le v tem, da ni več zahtevano, da ZPP tudi po izteku trajnostne dobe ni mogoče popraviti ali prilagoditi, saj ni strokovno utemeljeno, da se neuporaben pripomoček prilagaja ali popravlja.

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

8. Pravica do zobno-protetične rehabilitacije s pomočjo zobnih vsadkov (30. do 32. člen Pravil)

Zobno-protetična rehabilitacija s pomočjo zobnih vsadkov (V nadaljnjem besedilu: ZPR na ZV) obsega kirurško in protetično obravnavo. Določbe so usklajene s predstavniki UKC Ljubljana, Stomatološke klinike in Kirurške klinike, Kliničnega oddelka za maksilofacialno in oralno kirurgijo.

8.1. Pričetek veljavnosti

Določbe, ki se nanašajo na ZPR na ZV **bodo stopile v veljavo po enem letu od uveljavitve Pravil (13.10.2019)**, do takrat lahko zavarovane osebe **na podlagi vloge, ki jo podajo na Zavod**, uveljavljajo povračilo stroškov ZPR na ZV, kot izjemno pravico po 259. členu Pravil.

8.2. Pogoji (30. do 31. člen Pravil)

Pogoji za uveljavljanje ZPR na ZV so:

1. da ni mogoča funkcionalno ustrezna rehabilitacija z ZPP iz 29. člena;
2. da so pri zavarovani osebi prisotna:
 - 2.1. določena zdravstvena stanja (30/I člen):
 - resekcija čeljusti kot posledica tumorjev ali stanja, ki je posledica zdravljenja tumorjev v področju glave ali vratu;
 - oligodontija, če manjka šest ali več zob, pri čemer modrostniki niso vštet;
 - razvojne anomalije kosti (shize);
 - obsežna resorpcija kosti čeljusti ali atrofija alveolnega grebena (izkazan tip kostne resorpcije D ali E po Lekholm-Zarbovi klasifikaciji ali IV. razred PDI zahtevnosti zobno-protetične rehabilitacije ali

2.2. izjemna zdravstvena stanja (30/II člen), pri čemer mnenje glede izjemnosti poda pristojni konzilij izvajalca na terciarni ravni

3. da pri zavarovani osebi niso podane kontraindikacije (31. člen - kontraindikacije so npr. hujše sistemske kronične bolezni, bolezni in zdravila, ki vplivajo na uspešnost vrstni vsadka, neustrezna ustna higiena, nesaniрани zobje....).

8.3. Število zobnih vsadkov (tretji in četrti odstavek 30. člena)

Število zobnih vsadkov je omejeno, in sicer na štiri zobne vsadke v zgornji in dva zobna vsadka v spodnji čeljusti. Izjema je v primeru resekcij zaradi tumorjev, oligodontije in pri izjemnih zdravstvenih stanjih (v tem primeru mnenje glede potrebnega števila zobnih vsadkov da konzilij na terciarni ravni).

Določeno je tudi, da ima zavarovana oseba, ki je **samoplačniško vsadila zobne vsadke**, ki sicer izpolnjuje pogoje do ZPR na ZV v skladu s Pravili, pravico do ZPP na teh vsadkih, če:

- so izpolnjeni pogoji iz 30. člena (prisotna določena in izjemna zdravstvena stanja),
- niso prisotne kontraindikacije,
- je uporabljen standardni material in zobne vsadke vsadil zdravnik, ki izpolnjuje pogoje po pravilih.

Navedene pogoje ugotovi specialist za stomatološko protetiko, in to zapiše v kartoteki zavarovane osebe.

8.4. Standardni material zobnih vsadkov in zobno-protetičnih pripomočkov na zobnih (112/II.čl.)

Standardni material zobnih vsadkov in zobno-protetičnih pripomočkov na zobnih vsadkih je določen za:

- zobni vsadek - titan in titanova zlitina, ki vsebuje vsaj 85% titana,
- prevleke in mostiček na zobnih vsadkih pri oligodontijah in shizah - porcelan in kobalt-kromova zlitina,
- protezo - akrilat in ulita kovinska baza iz kobalt-kromove ali podobne zlitine.

8.5. Garancijski rok, trajnostna doba vsaditve zobnih vsadkov (tretji odstavek 122. člena)

Garancijski rok vsaditve zobnih vsadkov (122/III člen) je 2 leti, razen če garancijski rok na zobno-protetičnem pripomočki na zobnem vsadku izteče kasneje, takrat pa s potekom slednjega roka.

Trajnostna doba ZV je enkratna pravica ob nespremenjenem zdravstvenem stanju (1. točka prvega odst. 121. člena).

8.6. Pooblaščenisti, izvajalci (187/II)

Pooblaščenisti (187/II) za izvedbo ZPR na ZV so:

- za vsaditev zobnih vsadkov - specialisti maksilofacialne ali oralne kirurgije, specialisti parodontologije,
- za izdelavo zobno-protetičnih pripomočkov na zobnih vsadkih - specialisti za stomatološko protetiko.

ZPP na ZV lahko izvajajo:

- pri zdravstvenem stanju atrofije spodnje čeljusti - izvajalci **na sekundarni ravni**,
- v vseh drugih primerih (resekcija, oligodontija, shiza, obsežna resorpcija kosti oz. atrofija alveolnega grebena zgornje

čeljusti, izjemni primeri) - pristojni izvajalci **na terciarni ravni**.

Za ZPR s pomočjo ZV ni potrebno potrjevanje predloga s strani Zavoda.

9. Pravica do ortodontskega zdravljenja (34. do 35. člen Pravil)

Jasno je določeno, da ima zavarovana oseba pravico do ortodontskega zdravljenja z ortodontskim aparatom, če je bila potreba po zdravljenju ugotovljena pred 16 leti. Potreba po zdravljenju je ugotovljena, ko ortodont ugotovi ustrezen EF indeks (nad 15 točk).

Na novo je urejena pravica do ortodontskega zdravljenja oseb s **težko skeletno nepravilnostjo**, ko je ortodontsko zdravljenje potrebno kot **priprava na ortognati poseg**.

V Pravilih pomotoma ni črtan 34a člen, tako, da se vsebina tega člena ponavlja v na novo oblikovanem 35. členu. Do ustrezne spremembe Pravil (črtanje 34a člena) je potrebno uporabljati 34 a člen, ki je za zavarovane osebe bolj ugoden (zahteva se »večkratno« opozorilo glede nošenja ortodontskega aparata, v novem 35. členu pa zadostuje le (eno) opozorilo). Hkrati se tudi uporablja šesti odstavek 35. člena, ki na novo jasno določa pristojnost območne enote, da izda odločbo glede prekinitve zdravljenja, če zavarovana oseba brez upravičenega razloga več kot šest mesecev ne pride na kontrolni pregled, na katerega je bila naročena.

10. Pravica do zdraviliškega zdravljenja (45. do 48. člen Pravil)

V okviru pravice do zdraviliškega zdravljenja je na novo:

10.1. Dodana nova indikacija za zdraviliško zdravljenje

Na novo je dodano, da je indikacija za zdraviliško zdravljenje pri boleznih dihal idiopatska (družinska) in kronična tromboembolična pljučna arterijska hipertenzija (nova tretja alineja 9. točke prvega odstavka 45. člena).

10.2. Določen nov razlog za odlog začetka in prekinitve zdraviliškega zdravljenja - "opravičljiv osebni razlog"

Zavarovane osebe včasih ne morejo nastopiti odobrenega zdraviliškega zdravljenja v določenem roku tudi v primerih, ko nastopijo opravičljivi osebni razlogi, npr. smrt ali težka bolezen ožjega družinskega člana. Enako se lahko dogodi v primeru, ko zavarovana oseba že nastopi (začne) odobreno zdraviliško zdravljenje in ga je zaradi navedenih okoliščin (opravičljivi osebni razlogi) prisiljena prekiniti in ga želi nadaljevati v poznejšem roku. Zato je bilo treba poleg že določenih razlogov, ki omogočajo odlog ali nadaljevanje prekinjenega zdraviliškega zdravljenja, kot razlog dodati tudi "opravičljive osebne razloge", sicer bi bila zavarovani osebi onemogočena odobrena rehabilitacija v zdravilišču in povrnitev funkcionalnih sposobnosti.

10.3. Podrobnejše urejen standard prehrane zavarovane osebe ter nastanitve in prehrane spremljevalca slepe zavarovane osebe med zdraviliškim zdravljenjem, ki se izvaja na stacionarni način

Zaradi večje jasnosti pravne ureditve je določen enak standard, kot velja v bolnišnicah v skladu s 110. členom pravil.

11. Pravica do obnovitvene rehabilitacije (tretji odstavek 53. člena Pravil)

Črtan je tretji odstavek 53. člena Pravil, ki je določal, da lahko zavarovana oseba, ki je uveljavila pravico iz 50. in 51. člena Pravil, zaradi iste bolezni ali stanja uveljavi pravico do zdraviliškega zdravljenja šele po preteku dveh let. Zdravstvena stanja, ki so indikacija za zdraviliško zdravljenje in zdravstvena stanja, zaradi katerih lahko oseba uveljavlja obnovitveno rehabilitacijo, so različna, prav tako je tudi namen pravice različen (pri zdraviliškem zdravljenju je pričakovani učinek – povrnitev funkcionalnih sposobnosti), zato je določba kot nepotrebna črtana.

12. Spremembo (61. člen Pravil)

Pri pravici do spremstva je v 61. členu črtano, da je lahko razlog za spremstvo »drug« razlog, saj so lahko razlogi za spremstvo bodisi določena leta zavarovane osebe (otrok do 15. leta in duševno ali telesno prizadeta zavarovana oseba do 18. leta) ali njeno zdravstveno stanje.

13. Nadomestilo plače

Delovni koledar za samostojne zavezance (138. člen Pravil)

Nov drugi odstavek 138. člena Pravil določa delovni koledar za obračun nadomestila v časučasne zadržanosti od dela za samostojne zavezance (zavarovanci, ki so sami zavezanci za plačilo prispevka, kot so npr. samozaposlene osebe, družbeniki, kmetje idr.). Šteje se, da imajo tedensko delovno obveznost razporejeno v okviru petih delovnih dni od ponedeljka do petka, tako da se jim v skladu s tem obračunava in izplača denarno nadomestilo.

Zaradi izračuna letnega fonda ur po enakem principu za celotno posamezno koledarsko leto, se bo navedena določba uporabljala pri obračunu nadomestila za zadržanosti od dela za mesec januar 2019 in za vse nadaljnje mesece.

14. Odločanje imenovanih zdravnikov in zdravstvene komisije

Rok za podajo predloga imenovanemu zdravniku (235. člen Pravil)

Na novo je določeno, v kolikem roku mora izbrani osebni zdravnik podati predlog imenovanemu zdravniku, če je ta predhodno že določil o zavarovančevičasni zadržanosti od dela pa ta še ni bila zaključena, in sicer je to v treh dneh pred pretekomčasne zadržanosti od dela, odobrene z odločbo imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije.

15. Potni stroški za potovanje k izvajalcu v Republiki Sloveniji (153., 156. in 247. člen Pravil)

Zavarovane osebe nimajo več pravice do potnih stroškov za potovanje k izvajalcu, ki opravlja izključno dejavnost na področju psihiatrije, rehabilitacije, onkologije in ortopedije (npr. za potovanje do

Ortopedske bolnišnice Valdoltra, če ta ni najbližji izvajalec). Pravica do povračila potnih stroškov je zagotovljena le za potovanje do najbližjega izvajalca.

Na novo je določena višina povračila, če zavarovana oseba potuje z avtotaksi prevozom (154. člen). Spremenjena je višina dnevnice za stroške prehrane, ki je po novem v višini dnevnice, ki se izplačuje javnim uslužbencem v organih državne uprave za službena potovanja v tujino (prvi odstavek 156. člena) in višina stroškov nastanitve za nočitev (do višine dejanskih stroškov, vendar ne več kot znaša trikratna vrednost dnevnice).

Postopki odločanja o pravici do povračila potnih stroškov za potovanja, ki so bila opravljena do vključno z 31. 10. 2018, se zaključijo v skladu z dosedanjimi pravili.

16. Doplačila (252. člen Pravil)

Določba 252. člena Pravil zaradi večje jasnosti pravice izvajalcev določa pravila zaračunavanja oziroma obveznosti zavarovanih oseb glede plačila cene ali dela cene zdravstvene storitve, ki ni krita iz OZZ. Določeno je, v katerih primerih lahko izvajalec od zavarovane osebi zahteva plačilo bodisi pogodbene cene (cena, ki je oblikovana po Splošnem dogovoru in določena s pogodbo med izvajalci in Zavodom), izvajalčevo ceno (ceno, ki jo za zdravstveno storitev določi sam izvajalec) ali plačilo dela cene zdravstvene storitve, ki je enaka višini razlike med izvajalčevo in pogodbeno ceno. Izvajalec v teh primerih mora od zavarovane osebe pridobiti pisno soglasje, ki ga ta poda na podlagi predhodne pisne informacije izvajalca o predvidenih stroških zdravstvene storitve.

Vrsta plačila je odvisna od zdravstvene storitve, ki jo zavarovana oseba uveljavlja v drugačnem ali višjem standardu, kot jih določajo splošni akti zavoda, pri čemer je poleg primerov, ki so bili že določeni, **na novo** določeno, da lahko izvajalec zaračuna:

- pogodbeno ceno, če je zavarovana oseba neplačnik prispevkov,
- izvajalčevo ceno, če zavarovana oseba uveljavlja pravico brez kartice zdravstvenega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu: KZZ) ali drugega dokumenta, ki dokazuje urejenost obveznega zavarovanja in ne gre za primere iz prvega odstavka 20. člena Pravil (primeri dostopa brez KZZ);
- nov ZPP, če ga zahteva po izteku trajnostne dobe iz 121. člena Pravil in ni izpolnjen pogoj iz drugega odstavka 123. člena Pravil (nov ZPP, če je prejšnji postal funkcionalno neustrezen);
- popravil in prilagoditev ZPP nad stroški iz 1. točke petega odstavka 122. člena Pravil (nad 50% seštevka vrednosti popravil in prilagoditev ZPP) oziroma 1. točke prvega odstavka 123. člena Pravil (nad 50% seštevka vrednosti popravil in prilagoditev ZPP). V tem primeru lahko izvajalec zaračuna razliko med stroški, ki se priznajo kot pravica v skladu s pravili in višjimi stroški, ki so nastali zaradi popravil ali prilagoditev ZPP na zahtevo zavarovane osebe.

mag. Ana Vodičar
Radmila Krunić
Tatjana Puketa-Kocijančič

Okrožnica ZZZS št. 0072-26/2018-DI/7 z dne 15.10.2018: Obvestilo o Spremembah in dopolnitvah Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja glede podrobnejše ureditve pravice do zdravil in živil za posebne zdravstvene namene

Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 30/03 – prečiščeno besedilo, 35/03 – popr., 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 – popr., 64/07, 33/08, 7/09, 88/09, 30/11, 49/12, 106/12, 99/13 – ZSVarPre-C, 25/14, 85/14, 10/17 – ZČmIS in 64/18; v nadaljnjem besedilu: Pravila) podrobneje urejajo vrste in obseg pravic, obveznosti zavezancev in zavarovanih oseb, pogoje in postopke za uresničevanje pravic, standarde zdravstvenih storitev in pripomočkov, varstvo pravic zavarovanih oseb in nadzor uresničevanja pravic in obveznosti.

Skupščina Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: ZZZS) je na 4. redni seji 17. 9. 2018 sprejela

Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja, h katerim je dal soglasje minister, pristojen za zdravje (v nadaljnjem besedilu: novela Pravil).

Novela Pravil je objavljena v Uradnem listu RS, št. 64/18 in je začela veljati 13. oktobra 2018.

V nadaljevanju so pojasnjene spremembe in dopolnitve določb Pravil, ki podrobneje urejajo pravico do zdravil in živil za posebne zdravstvene namene (v nadaljnjem besedilu: živila), ki so pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in se predpisujejo na recept.

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

Kazalo vsebine

1. PRAVICA DO MAGISTRALNIH ZDRAVIL (prvi odstavek 57. člena)
 - 1.1. Pogoji za predpisovanje magistralnih zdravil (drugi odstavek 57. člena)
 - 1.2. Magistralna zdravila z omejitvijo "za otroke" (tretji odstavek 57. člena)
 - 1.3. Predpisovanje magistralnih zdravil z nazivom in imenom sestavin (drugi odstavek 58. člena)
 - 1.4. Seznam magistralnih zdravil (Priloga Pravil)
2. DOPLAČILO ZA ZDRAVILA IN ŽIVILA
 - 2.1. Ukinitvev doplačila za zdravilo, predpisano s splošnim imenom (dosedanja druga alineja šestega odstavka 60. člena)
 - 2.2. Doplačilo za živilo z določeno najvišjo priznano vrednostjo (sedmi odstavek 60. člena)
3. PRAVICA DO ŽIVIL
4. PRAVICA DO POVRAČILA STROŠKOV VREDNOSTI ZDRAVILA IN ŽIVILA V SKLADU Z DIREKTIVO 2011/24/EU (135.e in 228.e člen)
 - 4.1. Obliki zelenega recepta za uveljavljanje povračila stroškov vrednosti zdravila in živila, kupljenega v drugi državi članici EU v skladu z Direktivo 2011/24/EU
 - 4.2. Predpis zelenega recepta na papirnati listini za nakup zdravila in živila v drugi državi članici EU v skladu z Direktivo 2011/24/EU (prvi in drugi odstavek 135.e člena)
 - 4.3. Rok za nakup zdravila in živila v skladu z Direktivo 2011/24/EU na podlagi nadomestnega zelenega recepta na papirnati listini (drugi odstavek 135.e člena)
 - 4.4. Nakup zdravila in živila s seznama zdravstvenih storitev v skladu z Direktivo 2011/24/EU (četrti, peti in šesti odstavek 135.e člena)
 - 4.5. Zahteva za povračilo stroškov vrednosti zdravila in živila, kupljenega v skladu z Direktivo 2011/24/EU (prvi in drugi odstavek 228.e člena)
5. PRAVICA DO POVRAČILA STROŠKOV VREDNOSTI ZDRAVILA IN ŽIVILA ZARADI MOTNJE Z NJEGOVO PRESKRBO NA SLOVENSKEM TRGU (135.f in 228.f člen)
 - 5.1. Zeleni recept in recept EU kot podlagi za nakup zdravila in živila v tujini zaradi motnje s preskrbo na slovenskem trgu
 - 5.2. Obliki zelenega recepta za uveljavljanje povračila stroškov vrednosti zdravila in živila, kupljenega v tujini zaradi motnje s preskrbo na slovenskem trgu
 - 5.3. Predpis zelenega recepta na papirnati listini za nakup zdravila in živila v tujini zaradi motnje s preskrbo na slovenskem trgu (drugi in tretji odstavek 135.f člena)
 - 5.4. Pogoji za povračilo stroškov vrednosti zdravila in živila, kupljenega v tujini zaradi motnje s preskrbo na slovenskem trgu (prvi odstavek 135.f člena)
 - 5.5. Prevzem zdravila in živila v slovenski lekarni po koncu motnje s preskrbo na slovenskem trgu (četrti odstavek 135.f člena)
 - 5.6. Zahteva za povračilo stroškov vrednosti zdravila in živila, kupljenega v tujini zaradi motnje s preskrbo na slovenskem trgu (228.f člen)
6. RAZVELJAVITEV ELEKTRONSKEGA RECEPTA (deseti odstavek 135.e in deveti odstavek 135.f člena Pravil ter 138. člen novele Pravil)
7. ZDRAVILA IN ŽIVILA NA RECEPT V SPECIALISTIČNI AMBULANTNI
 - 7.1. Predpis zdravila in živila na recept na podlagi napotnice (peti odstavek 176. člena)
 - 7.2. Predpis zdravila in živila na recept ob odpustu iz bolnišnice (drugi odstavek 195. člena)
 - 7.3. Prepoved predpisa zdravila in živila na recept s strani kliničnega psihologa (peti odstavek 178. člena)
8. UVELJAVLJANJE PRAVICE DO ZDRAVIL IN ŽIVIL NA RECEPT
 - 8.1. Prevzem zdravila in živila na obnovljivi recept (četrti odstavek 202. člena)
 - 8.2. Količina izdanega zdravila, predpisanega na enoletni obnovljivi recept (šesti odstavek 209. člena)
 - 8.3. Predpis in prevzem zdravila, katerega cena pakiranja presega 200 evrov (tretji odstavek 204. člena in sedmi odstavek 209. člena)
 - 8.4. Ukinitvev potrjevanja receptov (dosedanji šesti odstavek 202. člena)
9. RECEPT ZA OSEBNO RABO (210. člen)
10. REDAKCIJSKE SPREMEMBE

1. Pravica do magistralnih zdravil (prvi odstavek 57. člena)

Z novelo Pravil se bolj jasno ureja pravica do magistralnih zdravil, ki se predpisujejo na recept. Tudi po uveljavitvi novele Pravil se lahko na recept predpišejo magistralna zdravila, ki so:

- razvrščena na pozitivno ali vmesno listo ali
- določena s Seznamom magistralnih zdravil na recept, ki je Priloga Pravil (v nadaljnjem besedilu: Seznam magistralnih zdravil).

1.1. Pogoj za predpisovanje magistralnih zdravil (drugi odstavek 57. člena)

Enako kot do uveljavitve novele Pravil se magistralno zdravilo lahko predpiše na recept le, če na slovenskem trgu za doseganje terapevtskega učinka ni industrijsko proizvedenega ali galensko izdelanega zdravila s pozitivne ali z vmesne liste, in sicer z enako ali s primerljivo sestavo učinkovin in v enaki ali primerljivi jakosti ali farmacevtski obliki (do uveljavitve novele Pravil je bil določen pogoj "z isto sestavo"). Izjeme so tudi po uveljavitvi novele Pravil dopustne le, če je za posamezno magistralno zdravilo oziroma njegovo farmacevtsko obliko tako določeno v Seznamu magistralnih zdravil.

1.2. Magistralna zdravila z omejitvijo "za otroke" (tretji odstavek 57. člena)

Določena magistralna zdravila s Seznama magistralnih zdravil imajo določeno omejitev predpisovanja "za otroke". Zanje je na novo določena starost, do katere se lahko predpisujejo otrokom. Predpišejo se lahko zavarovanim osebam mlajšim od 15 let. Tudi pri teh magistralnih zdravilih pa velja, da se iz zdravstvenih razlogov lahko predpišejo izven starostne omejitve, torej zavarovanim osebam, starim 15 ali več let, kar mora pooblaščen zdravnik

utemeljiti z dokumentiranjem v zdravstveni dokumentaciji (peti odstavek 202. člena Pravil).

1.3. Predpisovanje magistralnih zdravil z nazivom in imenom sestavin (drugi odstavek 58. člena)

Na novo je določen način predpisa magistralnega zdravila na recept:

- magistralno zdravilo s Seznama magistralnih zdravil se predpiše na recept v skladu s tem seznamom in predpisi, ki urejajo predpisovanje in izdajanje zdravil za uporabo v humani medicini;
- magistralno zdravilo s pozitivne ali vmesne liste se predpiše na recept z nazivom, s katerim je razvrščeno na listo in v skladu s predpisi, ki urejajo predpisovanje in izdajanje zdravil za uporabo v humani medicini. (npr. Tobramicin 1,5 % kapljice za oko, raztopina, kapalna steklenička z 10 ml raztopine).

1.4. Seznam magistralnih zdravil (Priloga Pravil)

Seznama magistralnih zdravil se je spremenil v naslednjih točkah:

1. točki 3.1.2.2. in 3.1.3.2 – sprememba naziva industrijsko izdelane mazilne podlage "Lexobaza" v "Farmabaza", ki ima identično sestavo;
2. točka 1.3. – poenotenje besedila Pravil glede uporabe izraza "slovenski trg";
3. točke 1.3., 3.1.2, 3.1.3 in 3.1.5 – poenotenje besedila Pravil glede uporabe izraza "industrijsko proizvedeno zdravilo".

2. Doplačilo za zdravila in živila

2.1. Ukinitev doplačila za zdravilo, predpisano s splošnim imenom (dosedanja druga alineja šestega odstavka 60. člena)

Z novelo Pravil je črtana določba, na podlagi katere bi morala zavarovana oseba doplačati razliko med ceno izdanega in najcenejšega zdravila, če je izdano zdravilo predpisano s splošnim imenom in nima določene najvišje priznane vrednosti.

2.2. Doplačilo za živilo z določeno najvišjo priznano vrednostjo (sedmi odstavek 60. člena)

Zaradi jasnosti pravne ureditve je tudi v Pravilih po novem določeno doplačilo za živila, ki imajo določeno najvišjo priznano vrednost. Za ta živila zavarovana oseba doplača razliko med ceno izdanega živila in najvišjo priznano vrednostjo. Določba sicer ne pomeni vsebinske novosti, saj se je že pred uveljavitvijo novele Pravil izvajala v skladu z Zakonom 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, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ in 64/17 – ZZDej-K; v nadaljnjem besedilu: ZZVZZ).

3. Pravica do živil

Posamezne določbe Pravil, ki so pred uveljavitvijo novele Pravil navajale le zdravila, so zaradi pravne jasnosti ureditve dopolnjene z opredelitvijo, da veljajo tudi za živila (drugi odstavek 36. člena, 5. točka prvega odstavka 38. člena, prvi in drugi odstavek 59. člena,

107. člen, 189. člen, tretji odstavek 196. člena, 254. člen in drugi odstavek 267. člena). Vsebinsko se ureditev ne spreminja, saj so se te določbe že do sedaj izvajale na način, da so vključevale tudi živila.

4. Pravica do povračila stroškov vrednosti zdravila in živila v skladu z direktivo 2011/24/EU (135.e in 228.e člen)

135.e člen Pravil podrobneje ureja pravico zavarovane osebe do povračila stroškov vrednosti zdravila in živila, ki je pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v Republiki Sloveniji (v nadaljnjem besedilu: RS) in je prisotna na slovenskem trgu, vendar ga zavarovana oseba kupi v RS ali drugi državi članici EU v skladu z Direktivo 2011/24/EU o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu (v nadaljnjem besedilu: Direktiva 2011/24/EU).

Zavarovana oseba lahko pravico iz 135.e člena Pravil uveljavi na podlagi (tretji odstavek 135. člena Pravil):

1. t. i. zelenega recepta, ki ga v RS predpiše pooblaščen zdravnik na listini ZZZS za uveljavljanje pravice do zdravil in živil, ki je določena s Pravilnikom o obrazcih in listinah za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 104/13, 8/15, 1/16 in 57/18), ali
2. recepta EU (pred novelo Pravil poimenovan "receptni obrazec"), ki ga predpiše zdravnik v drugi državi članici EU v skladu s 37. točko 2. člena Pravil.

4.1. Obliki zelenega recepta za uveljavljanje povračila stroškov vrednosti zdravila in živila, kupljenega v drugi državi članici EU v skladu z Direktivo 2011/24/EU

Zaradi uvedbe elektronskega recepta v RS lahko zavarovana oseba v skladu s 135.e členom Pravil uveljavlja povračilo stroškov vrednosti zdravila in živila na podlagi zelenega recepta ne glede na njegovo obliko, torej na podlagi:

1. elektronskega recepta, to je zelenega recepta v elektronski obliki, ali
2. zelenega recepta na papirnati listini, to je na prednatisnjeni listini Obr. Rp ali Obr. Rp OR.

Zavarovani osebi, ki želi kupiti zdravilo in živilo v drugi državi članici EU v skladu z Direktivo 2011/24/EU, pooblaščen zdravnik torej **predpiše zeleni recept, in ne t. i. belega, samoplačniškega recepta**, na katerega se predpisujejo zdravila in živila, ki niso pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

4.2. Predpis zelenega recepta na papirnati listini za nakup zdravila in živila v drugi državi članici EU v skladu z Direktivo 2011/24/EU (prvi in drugi odstavek 135.e člena)

V skladu s Pravilnikom o pogojih, rokih, načinu vključitve in uporabe eZdravja za obvezne uporabnike (Uradni list RS, št. 69/15) se ob predpisu zdravila in živila v RS praviloma predpiše elektronski recept. Čeprav se elektronski recept upošteva v postopku povračila stroškov vrednosti zdravila in živila, zavarovana oseba za nakup zdravila in živila v drugi državi članici EU največkrat potrebuje zeleni recept na papirnati listini (Obr. Rp), saj z drugimi državami še ni vzpostavljena elektronska izmenjava receptov. Z novelo Pravil so zato na novo določeni pogoji, kdaj sme pooblaščen zdravnik v RS predpisati zeleni recept na papirnati listini.

Pooblaščen zdravnik lahko predpiše zeleni recept na papirnati listini:

- **ob samem predpisu zdravila in živila**, ne da bi predpisal elektronski recept, in sicer če zavarovana oseba zahteva predpis zelenega recepta na papirnati listini zaradi uveljavljanja pravice na podlagi 135.e člena Pravil,

ali

- po tem, ko je bil ob samem predpisu zdravila ali živila sicer predpisan elektronski recept. V tem primeru zeleni recept na papirnati listini nadomesti predhodno predpisan elektronski recept za isto zdravilo ali živilo v istem časovnem obdobju (v nadaljnjem besedilu: **nadomestni zeleni recept na papirnati listini**). Nadomestni zeleni recept na papirnati listini se lahko predpiše le, če so **kumulativno izpolnjeni (torej vsi) naslednji pogoji**:

1. zavarovana oseba zahteva predpis zelenega recepta na papirnati listini zaradi uveljavljanja pravice na podlagi 135.e člena Pravil in zahtevo poda v roku veljavnosti recepta, ki teče od predpisa elektronskega recepta. Rok veljavnosti recepta je rok, v katerem mora zavarovana oseba sicer v slovenski lekarni prevzeti zdravilo in živilo (drug ali tretji odstavek 204. člena Pravil) oziroma obdobje veljavnosti obnovljivega recepta,
2. na elektronski recept še ni izdana predpisana količina zdravila ali živila in
3. predpiše ga zdravnik, ki je predpisal elektronski recept, ali namesto njega splošni osebni zdravnik oziroma osebni otroški zdravnik. Če splošni osebni zdravnik oziroma osebni otroški zdravnik ni sam predpisal elektronskega recepta, predpiše nadomestni zeleni recept na papirnati listini namesto pooblaščenega zdravnika, ki je predpisal elektronski recept (npr. namesto napotnega zdravnika). Zavarovani osebi tako ni treba ponovno obiskati napotnega zdravnika, ki je predpisal elektronski recept, le zato, da bi ji napotni zdravnik predpisal nadomestni zeleni recept na papirnati listini.

Nadomestni zeleni recept na papirnati listini mora vsebovati **številko elektronskega recepta**, namesto katerega je predpisan. To številko ob predpisu nadomestnega zelenega recepta na papirnati listini nanj napiše pooblaščen zdravnik.

Pooblaščen zdravnik je dolžan ob predpisu nadomestnega zelenega recepta na papirnati listini **sočasno razveljaviti elektronski recept**, ki ga je nadomestil z nadomestnim zelenim receptom na papirnati listini. Elektronski recept razveljavi ne glede na to, ali je elektronski recept neobnovljiv ali obnovljiv recept. Razveljavitev elektronskega recepta je potrebna, da se prepreči dvojna izdaja zdravila in živila v istem obdobju. Ker trenutno ni možna delna razveljavitev elektronskega obnovljivega recepta (le za posamezno izdajo zdravila), se zaključi celoten elektronski obnovljivi recept, ne glede na število preostalih izdaj. V tem primeru bo morala zavarovana oseba po nov recept za naslednje izdaje zdravila ali živila.

4.3. Rok za nakup zdravila in živila v skladu z Direktivo 2011/24/EU na podlagi nadomestnega zelenega recepta na papirnati listini (drugi odstavek 135.e člena)

Če zavarovana oseba uveljavi pravico iz 135.e člena Pravil na podlagi nadomestnega zelenega recepta na papirnati listini (gl. prejšnjo točko 4.2.), začne teči rok za nakup zdravila in živila v drugi državi članici EU od predpisa elektronskega recepta, in ne šele od predpisa nadomestnega zelenega recepta na papirnati listini, ki je predpisan namesto elektronskega recepta.

4.4. Nakup zdravila in živila s seznama zdravstvenih storitev v skladu z Direktivo 2011/24/EU (četrti, peti in šesti odstavek 135.e člena)

135.e člen Pravil v četrtem, petem in šestem odstavku podrobneje ureja povračilo stroškov vrednosti zdravila in živila, če je to uvrščeno na seznam zdravstvenih storitev, ki ga določi minister, pristojen za zdravje (trenutno veljavna Odredba o seznamu zdravstvenih storitev, za katere se zahteva predhodna odobritev, Uradni list RS, št. 6/14). Te določbe v tem obvestilu niso pojasnjene, ker nobeno zdravilo in živilo ni uvrščeno na ta seznam ter se zato te določbe Pravil še ne uporabljajo.

4.5. Zahteva za povračilo stroškov vrednosti zdravila in živila, kupljenega v skladu z Direktivo 2011/24/EU (prvi in drugi odstavek 228.e člena)

Postopek povračila stroškov vrednosti zdravila in živila, ki je kupljeno na podlagi 135.e člena Pravil, se začne na podlagi zahteve zavarovane osebe iz 228.e člena Pravil.

Če je zavarovana oseba kupila zdravilo in živilo v drugi državi članici EU na podlagi elektronskega recepta, po novem v zahtevi zgolj navede, da uveljavlja pravico na podlagi elektronskega recepta (druga alineja prvega odstavka 228.e člena Pravil). Zahtevi sicer lahko priloži izpis elektronskega recepta, če z njim razpolaga, ni pa to obvezno. Če zavarovana oseba uveljavlja pravico na podlagi elektronskega recepta, ta recept v postopku odločanja o zahtevi pridobi uradna oseba ZZS sama z vpogledom v eRecept, to je v zbirko podatkov pod zaporedno številko "2 eRecept" iz Priloge 2 Zakona o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (Uradni list RS, št. 65/00, 47/15 in 31/18).

5. PRAVICA DO POVRAČILA STROŠKOV VREDNOSTI ZDRAVILA IN ŽIVILA ZARADI MOTNJE Z NJEGOVO PRESKRBO NA SLOVENSKEM TRGU (135.f in 228.f člen)

135.f člen Pravil podrobneje ureja pravico zavarovane osebe do povračila stroškov vrednosti zdravila in živila, ki ga je kupila v tujini (v drugi državi članici EU ali tretji državi) zaradi motnje z njegovo preskrbo na slovenskem trgu.

5.1 Zeleni recept in recept EU kot podlagi za nakup zdravila in živila v tujini zaradi motnje s preskrbo na slovenskem trgu

Zavarovana oseba lahko uveljavi pravico iz 135.f člena Pravil na podlagi:

- zelenega recepta, ki ga predpiše pooblaščen zdravnik v RS, ali
- recepta EU, ki ga predpiše zdravnik v drugi državi članici EU v skladu s 37. točko 2. člena Pravil. Recept EU kot podlaga za uveljavljanje pravice iz 135.f člena Pravil je določen na novo (šesti odstavek 135.f člena Pravil) zaradi njegove izenačitve z zelenim receptom.

5.2. Obliki zelenega recepta za uveljavljanje povračila stroškov vrednosti zdravila in živila, kupljenega v tujini zaradi motnje s preskrbo na slovenskem trgu

Zaradi uvedbe elektronskega recepta v RS lahko v skladu s 135.f členom Pravil zavarovana oseba uveljavi povračilo stroškov

vrednosti zdravila in živila, kupljenega v tujini zaradi motnje z njegovo preskrbo na slovenskem trgu, na podlagi zelenega recepta ne glede na njegovo obliko, torej na podlagi:

- elektronskega recepta ali
- zelenega recepta na papirnati listini, to je na prednatisnjeni listini Obr. Rp in Obr. Rp OR.

Zavarovani osebi, ki želi kupiti zdravilo in živilo v tujini zaradi motnje z njegovo preskrbo na slovenskem trgu, pooblaščen zdravnik torej **predpiše zeleni recept, in ne t. i. belega, samoplačniškega recepta**, na katerega se predpisujejo zdravila in živila, ki niso pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Velja torej enaka ureditev kot pri uveljavljanju pravice na podlagi 135.e člena Pravil.

5.3. Predpis zelenega recepta na papirnati listini za nakup zdravila in živila v tujini zaradi motnje s preskrbo na slovenskem trgu (drugi in tretji odstavek 135.f člena)

V skladu s Pravilnikom o pogojih, rokih, načinu vključitve in uporabe eZdravja za obvezne uporabnike (Uradni list RS, št. 69/15) se ob predpisu zdravila in živila v RS praviloma predpiše elektronski recept. Čeprav se elektronski recept upošteva v postopku povračila stroškov vrednosti zdravila in živila, zavarovana oseba za nakup zdravila in živila v tujini največkrat potrebuje zeleni recept na papirnati listini (Obr. Rp), saj z drugimi državami še ni vzpostavljena elektronska izmenjava receptov.

Z novelo Pravil so zato tudi za uveljavljanje pravice iz 135.f člena Pravil na novo določeni pogoji, kdaj sme pooblaščen zdravnik v RS predpisati **zeleni recept na papirnati listini**. Za predpis tega recepta velja enaka ureditev kot pri uveljavljanju pravice na podlagi 135.e člena Pravil (gl. točko 4.2.). Pooblaščen zdravnik torej lahko predpiše zeleni recept na papirnati listini za nakup zdravila in živila v tujini zaradi motnje z njegovo preskrbo na slovenskem trgu:

- **ob samem predpisu zdravila in živila**, ne da bi predpisal elektronski recept, in sicer če zavarovana oseba zahteva predpis zelenega recepta na papirnati listini zaradi uveljavljanja pravice na podlagi 135.f člena Pravil,

ali

- kot **nadomestni zeleni recept na papirnati listini**, ki se lahko predpiše, če so kumulativno izpolnjeni (torej vsi) naslednji pogoji:

1. zavarovana oseba zahteva predpis zelenega recepta na papirnati listini zaradi uveljavljanja pravice na podlagi 135.f člena Pravil in zahtevo poda v roku veljavnosti recepta, ki teče od predpisa elektronskega recepta. Rok veljavnosti recepta je rok, v katerem mora zavarovana oseba sicer v slovenski lekarni prevzeti zdravilo in živilo (drug ali tretji odstavek 204. člena Pravil) oziroma obdobje veljavnosti obnovljivega recepta,
2. na elektronski recept še ni izdana predpisana količina zdravila ali živila in
3. predpiše ga zdravnik, ki je predpisal elektronski recept, ali namesto njega splošni osebni zdravnik oziroma osebni otroški zdravnik.

Enako kot pri uveljavljanju pravice na podlagi 135.e člena Pravil mora tudi v tem primeru nadomestni zeleni recept na papirnati listini vsebovati številko elektronskega recepta, ki jo na nadomestni zeleni recept na papirnati listini ob njegovem predpisu napiše pooblaščen zdravnik.

Enako kot pri uveljavljanju pravice na podlagi 135.e člena Pravil mora pooblaščen zdravnik ob predpisu nadomestnega zelenega recepta na papirnati listini sočasno **razveljaviti elektronski recept**

ne glede na to, ali je elektronski recept neobnovljiv ali obnovljiv recept.

5.4. Pogoji za povračilo stroškov vrednosti zdravila in živila, kupljenega v tujini zaradi motnje s preskrbo na slovenskem trgu (prvi odstavek 135.f člena)

Zavarovana oseba lahko na podlagi zelenega recepta ali na podlagi recepta EU zahteva povračilo stroškov vrednosti zdravila in živila, ki ga je kupila v tujini zaradi motnje z njegovo preskrbo na slovenskem trgu le, če sta **kumulativno izpolnjena (torej oba) naslednja pogoja**:

1. slovenska lekarna izda potrdilo o deficitarnosti, in sicer:

- za zdravilo izda potrdilo o deficitarnosti zdravila, s katerim potrdi, da zavarovani osebi v roku veljavnosti recepta ni bilo mogoče izdati zdravila v slovenski lekarni zaradi motnje v preskrbi in zdravila ni bilo mogoče zamenjati z drugim zdravilom, oziroma
- za živilo izda potrdilo o deficitarnosti živila, s katerim potrdi, da zavarovani osebi v roku veljavnosti recepta ni bilo mogoče izdati živila v slovenski lekarni zaradi motnje v preskrbi (za izdajo tega potrdila ni pogoj, da živila ni bilo mogoče zamenjati z drugim živilom), in

2. zavarovana oseba kupi zdravilo in živilo v tujini najpozneje v 14 dneh po roku veljavnosti recepta.

Rok veljavnosti recepta je rok, v katerem mora zavarovana oseba sicer v slovenski lekarni prevzeti zdravilo in živilo (drug ali tretji odstavek 204. člena Pravil) oziroma obdobje veljavnosti obnovljivega recepta. Rok veljavnosti recepta velja tako za zeleni recept kot za recept EU.

Pogoj za izdajo potrdila o deficitarnosti zdravila, ki zahteva, da zdravila ni mogoče zamenjati z drugim zdravilom, je določen na novo. Gre za ugotovitev, da predpisanega zdravila ni mogoče zamenjati z zdravilom, ki se uporablja za zdravljenje iste bolezni, vendar lahko vsebuje drugo učinkovino. Dejstvo, da ni mogoča ustrezna zamenjava predpisanega zdravila, bo ugotovil zdravnik ob predpisu zdravila ali farmacevt v slovenski lekarni ob nameravanem prevzemu zdravila.

Če je na zeleni recept ali recept EU predpisano zdravilo iz skupine medsebojno zamenljivih zdravil ali terapevtske skupine zdravil, bo nezamenljivost predpisanega zdravila z drugim zdravilom ob predpisu zdravila ugotovil pooblaščen zdravnik, ki je predpisal zeleni recept, oziroma zdravnik v drugih državi članici EU, ki je predpisal recept EU. Nezamenljivost predpisanega zdravila mora navesti na receptu oziroma receptu EU z označbo "ne zamenjaj!" (drugi odstavek 206. člena Pravil), in sicer:

- na elektronskem receptu pooblaščen zdravnik označi "ne zamenjaj!";
- na zelenem receptu na papirnati listini oziroma na receptu EU zdravnik označi z besedami "ne zamenjaj!" in se poleg podpiše.

Potrdilo o deficitarnosti zdravila iz skupine medsebojno zamenljivih zdravil ali iz terapevtske skupine zdravil se ne sme izdati, če na receptu oziroma receptu EU ni označbe "ne zamenjaj!", razen če je potrdilo izdano, ker je bila v roku veljavnosti recepta motena preskrba na slovenskem trgu z vsemi zdravili te skupine medsebojno zamenljivih zdravil oziroma te terapevtske skupine zdravil. V nasprotnem primeru je potrdilo o deficitarnosti tega zdravila neveljavno.

Po novem ni več določen pogoj, da mora biti potrdilo o deficitarnosti izdano pred nakupom zdravila in živila v tujini. Praksa

je namreč pokazala, da nekatere zavarovane osebe zdravilo kupijo v tujini brez predhodnega obiska slovenske lekarne, saj jih o motnji z njegovo preskrbo na slovenskem trgu že predhodno obvesti zdravnik ali druga oseba. Če potrdilo o deficitarnosti ne bo izdano pred nakupom zdravila in živila v tujini, ga bo pridobila sama uradna oseba ZZS v postopku odločanja o zahtevi za povračilo stroškov njegove vrednosti.

Rok za nakup zdravila in živila v tujini zaradi motnje z njegovo preskrbo na slovenskem trgu je določen na novo. V tem primeru mora zavarovana oseba kupiti zdravilo in živilo v tujini najpozneje v 14 dneh po roku veljavnosti recepta, torej najpozneje v 14 dneh po izteku roka za prevzem zdravila in živila v slovenski lekarni oziroma v 14 dneh po obdobju veljavnosti obnovljivega recepta. Če zavarovana oseba uveljavi pravico iz 135.f člena Pravil na podlagi nadomestnega zelenega recepta na papirnati listini (gl. prejšnjo točko 5.3.), začne teči rok za nakup zdravila in živila v tujini od predpisa elektronskega recepta, in ne šele od predpisa nadomestnega zelenega recepta na papirnati listini, ki je predpisan namesto elektronskega recepta.

5.5. Prevzem zdravila in živila v slovenski lekarni po koncu motnje s preskrbo na slovenskem trgu (četrti odstavek 135.f člena)

Kljub motnji s preskrbo na slovenskem trgu se lahko zgodi, da postane zdravilo in živilo dostopno v slovenskih lekarnah v roku, v katerem lahko zavarovana oseba sicer kupi zdravilo in živilo v tujini, torej najpozneje v 14 dneh po roku veljavnosti recepta. V tem primeru je na novo določeno, da lahko zavarovana oseba v tem roku zdravilo in živilo, ki ji je predpisano na zeleni recept, prevzame (dvigne, in ne kupi) v slovenski lekarni. Prevzame ga torej lahko najpozneje v 14 dneh po roku za prevzem zdravila in živila v slovenski lekarni oziroma v 14 dneh po obdobju veljavnosti obnovljivega recepta. Za prevzem zdravila in živila v tem poznejšem 14. dnevnem roku je določen pogoj, da zavarovana oseba predloži lekarni potrdilo o deficitarnosti, če je bilo izdano v papirnati obliki (to je kot ločena listina). To potrdilo lekarna zadrži in priloži receptu, na podlagi katerega je izdano zdravilo in živilo v tem poznejšem roku.

5.6. Zahteva za povračilo stroškov vrednosti zdravila in živila, kupljenega v tujini zaradi motnje s preskrbo na slovenskem trgu (228.f člen)

Postopek povračila stroškov vrednosti zdravila in živila, ki je kupljeno v tujini na podlagi 135.f člena Pravil, se začne na podlagi zahteve zavarovane osebe iz 228.f člena Pravil.

Če je zavarovana oseba kupila zdravilo in živilo v tujini na podlagi elektronskega recepta, po novem v zahtevi zgolj navede, da uveljavlja pravico na podlagi elektronskega recepta (tretja alineja prvega odstavka 228.f člena Pravil). Zahtevi sicer lahko priloži izpis elektronskega recepta, če z njim razpolaga, ni pa to obvezno. Če zavarovana oseba uveljavlja pravico na podlagi elektronskega recepta, ta recept v postopku odločanja o zahtevi pridobi uradna oseba ZZS sama z vpogledom v eRecept.

Po novem zahtevi ni treba priložiti potrdila o deficitarnosti. Če ga zavarovana oseba ne priloži zahtevi, zadostuje, da v zahtevi navede, da uveljavlja povračilo stroškov vrednosti zaradi motnje v preskrbi z zdravilom in živilom. Če potrdilo o deficitarnosti ni priloženo zahtevi ali je vpisano v elektronski recept, ga v postopku odločanja o zahtevi uradna oseba ZZS pridobi sama.

Na novo je določena oblika in vsebina potrdila o deficitarnosti, ki ga slovenska lekarna izda:

- v elektronski obliki tako, da se vpiše kot opomba v elektronski recept in vsebuje datum izdaje potrdila, ali
- v papirnati obliki na hrbtni strani zelenega recepta na papirnati listini oziroma na receptu EU ali kot ločeno listino in vsebuje datum izdaje potrdila, podpis farmacevta in žig lekarne.

6. Razveljavitev elektronskega recepta (deseti odstavek 135.e in deveti odstavek 135.f člena Pravil ter 138. člen novele Pravil)

S Pravili je na novo določeno, da bo uradna oseba ZZS ob izdaji odločbe razveljavila elektronski recept, ki je podlaga za odločanje, če bo v postopku ugodeno zahtevi zavarovane osebe za povračilo stroškov vrednosti zdravila in živila, ki ga je kupila v skladu z Direktivo 2011/24/EU na podlagi 135.e člena Pravil ali v tujini zaradi motnje z njegovo preskrbo na slovenskem trgu na podlagi 135.f člena Pravil (deseti odstavek 135.e člena in deveti odstavek 135.f člena Pravil). Ob uveljavitvi novele Pravil še ni vzpostavljena tehnična možnost, ki bi omogočala uradnim osebam ZZS razveljavitev elektronskih receptov. Datum njene vzpostavitve bo generalni direktor ZZS objavil na spletni strani ZZS. Zato je za prehodno obdobje (od uveljavitve novele Pravil do vzpostavitve tehnične možnosti) določena obveznost uradnih oseb ZZS in pooblaščenih zdravnikov v zvezi z razveljavitvijo elektronskih receptov v postopku odločanja o zahtevi zavarovane osebe na podlagi 135.e in 135.f člena Pravil. V prehodnem obdobju bo ob izdaji ugodilne odločbe **uradna oseba ZZS obvestila pooblaščenega zdravnika, da razveljavi elektronski recept**, na podlagi katerega je zavarovana oseba uveljavila povračilo stroškov vrednosti zdravila in živila. Na podlagi obvestila uradne osebe ZZS je **pooblaščen zdravnik dolžan razveljaviti elektronski recept** (prehodni 138. člen novele Pravil).

7. Zdravila in živila na recept v specialistični ambulanti in bolnišnični dejavnosti

7.1. Predpis zdravila in živila na recept na podlagi napotnice (peti odstavek 176. člena)

V okviru spremenjene ureditve pooblastila napotnega zdravnika za zdravljenje zavarovane osebe (2. točka petega odstavka 176. člena Pravil) se jasno določa, da to pooblastilo obsega tudi pristojnost in s tem obveznost napotnega zdravnika, da zavarovani osebi, ki jo zdravi, na recept predpiše zdravila in živila, in sicer:

1. zdravila in živila, ki so na novo predpisana v okviru terapije (to je zdravljenja), ter
2. zdravila in živila, ki jih zavarovana oseba potrebuje v redni terapiji, torej vsa, ki jih prejema zaradi svojih kroničnih bolezni.

Predpis teh zdravil in živil ni le pristojnost napotnega zdravnika, temveč tudi njegova dolžnost. S tem se bo zmanjšalo število obiskov zavarovanih oseb pri osebnih zdravnikih, saj se jim zagotovi čim več zdravstvenih storitev na enem mestu, pri pooblaščenem napotnem zdravniku, in ne da se jih po nepotrebem pošilja ponovno k osebnim zdravnikom zaradi predpisa zdravil in živil. Izjema glede pooblastila za predpis zdravil in živil je določena za klinične psihologe (gl. točko 7.3.).

Tako pri novo uvedenih kot pri zdravilih in živilih, potrebnih v redni terapiji, mora biti izpolnjen tudi osnovni pogoj, da je napotni zdravnik pooblaščen za njihov predpis, ker sodijo v njegovo delovno področje v skladu s 176. členom Pravil. Zdravila in živila lahko napotni zdravnik predpiše v količini, ki jo določata četrti in

peti odstavek 58. člena Pravil (npr. ob uvedbi novega zdravila eno, najmanjše pakiranje zdravila, izjemoma v količini, ki zadostuje za enomesečno zdravljenje).

7.2. Predpis zdravila in živila na recept ob odpustu iz bolnišnice (drugi odstavek 195. člena)

Določba Pravil, ki ureja predpis zdravil in živil na recept ob odpustu iz bolnišnice, je usklajena s pooblastili napotnega zdravnika (gl. prejšnjo točko 7.1.), in sicer tako, da odpustni zdravnik ob odpustu iz bolnišnice:

- predpiše na recept na novo uvedena zdravila in živila ter zdravila in živila, ki jih zavarovana oseba potrebuje v redni terapiji po odpustu iz bolnišnice, ne glede, kje bo nadaljevala zdravljenje oziroma zdravstveno obravnavo (doma, v zdravilišču, drugje);
- predpiše na recept zdravila in živila v količini, ki jo določata četrti in peti odstavek 58. člena Pravil, saj v Pravilih opuščen dosežanja količinska omejitev predpisa.

7.3. Prepoved predpisa zdravila in živila na recept s strani kliničnega psihologa (peti odstavek 178. člena)

V okviru nove ureditve napotitve h kliničnemu psihologu in pooblastil kliničnega psihologa je glede na njegove kompetence določena tudi omejitev, da ne sme predpisovati zdravil in živil na recept.

8. UVELJAVLJANJE PRAVICE DO ZDRAVIL IN ŽIVIL NA RECEPT

8.1. Prevzem zdravila in živila na obnovljivi recept (četrti odstavek 202. člena)

Zavarovana oseba lahko posamezno izdajo zdravila in živila, ki je predpisano na obnovljivi elektronski recept, prevzame v katerikoli slovenski lekarni, tudi tako, da vsako izdajo prevzame v drugi slovenski lekarni. Če pa je zdravilo in živilo predpisano na papirnati obnovljivi recept, lahko zavarovana oseba prevzame zdravilo in živilo (vse izdaje) le v eni (isti) lekarni, v kateri ga je prvič prevzela (četrti odstavek 202. člena Pravil).

8.2. Količina izdanega zdravila, predpisanega na enoletni obnovljivi recept (šesti odstavek 209. člena)

Spremenjeno je pravilo glede količine izdanih zdravil, predpisanih na obnovljivi recept za enoletno zdravljenje. V tem primeru se lahko na letni ravni dodatno izda največ eno pakiranje zdravila. Nekatera pakiranja zdravil namreč ne zadostujejo za celotno enoletno obdobje zdravljenja (npr. eno pakiranje z 28 tabletami zadostuje s 4 x 3-mesečnimi izdajami le za 11 mesecev). S tem se omogoči izdaja zdravila za celotno obdobje zdravljenja, ne da bi morala zavarovana oseba predčasno obiskati pooblaščenega zdravnika, ki bi ji predpisal eno dodatno pakiranje zdravila zaradi manjkajoče količine zdravila.

8.3. Predpis in prevzem zdravila, katerega cena pakiranja presega 200 evrov (tretji odstavek 204. člena in sedmi odstavek 209. člena)

S Pravili je določeno, da se t. i. drago zdravilo (katerega cena pakiranja presega 200 evrov) izdaja za obdobje do enomesečnega zdravljenja (sedmi odstavek 209. člena Pravil). Če se drago zdravilo predpiše za več kot enomesečno zdravljenje na elektronski recept, ga je treba predpisati na obnovljivi elektronski recept. Če je namreč drago zdravilo predpisano na neobnovljiv elektronski recept v količini, ki presega enomesečno zdravljenje, ga bo lekarna lahko izdala le enkrat, in to v količini, ki zadostuje za enomesečno zdravljenje. Neobnovljivega elektronskega recepta namreč ni mogoče obravnavati kot obnovljivega. V tem primeru bo treba zavarovani osebi za nov dvig dragega zdravila predpisati nov zeleni recept. Če pa se drago zdravilo predpiše na zeleni recept na papirnati listini v količini, ki presega količino enomesečnega zdravljenja, se ta recept obravnava kot obnovljivi recept.

Če je zavarovani osebi predpisano drago zdravilo za več kot enomesečno zdravljenje, lahko po novem uveljavi njegovo ponovno izdajo v 15 dneh pred predvideno ponovno izdajo zdravila, pred tem rokom pa le v izjemnem primeru (zaradi študijske obveznosti v tujini, daljšega službenega ali zasebnega potovanja v tujino in podobno). Tudi v tem primeru mora farmacevt dokumentirati razlog predčasne ponovne izdaje zdravila. Zaradi uvedbe elektronskega recepta to opombo vpiše v elektronski recept (če je ta predpisan) oziroma na zadnjo stran obnovljivega recepta na papirnati listini (tretji odstavek 204. člena Pravil).

8.4. Ukinitve potrjevanja receptov (dosedanji šesti odstavek 202. člena)

Ukinjena je možnost uvedbe potrjevanja receptov na ZZS.

9. RECEPT ZA OSEBNO RABO (210. člen)

V 210. členu Pravil se ureja predpis zdravila na "recept za osebno rabo" (v nadaljnjem besedilu: recept OR). Recept OR ni pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Pravica zavarovanih oseb iz obveznega zdravstvenega zavarovanja so namreč zdravila. Recept OR je le posebna listina ZZS za uveljavljanje pravice do zdravil, ki jo ZZS dodeli zdravniku, če ti izpolnjujejo določene pogoje. Recept OR je listina ZZS v papirnati obliki (listina Obr. Rp OR), katere vsebino in obliko (enako kot listino recept – Obr. Rp) določa Pravilnik o obrazcih in listinah za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 104/13, 8/15, 1/16 in 57/18).

Na recept OR se ne sme prepisati živilo, saj je recept OR listina ZZS za predpisovanje zdravil, ki jih ZZS razvrsti na pozitivno ali vmesno listo ali so določena s Seznamom magistralnih zdravil. Za predpis zdravila na recept OR veljajo isti predpisi in splošni akti ZZS, ki veljajo za predpisovanje in izdajanje zdravil na zeleni recept Obr. Rp. Na novo je določeno, da so recepti OR neobnovljivi recepti (drugi odstavek 210. člena Pravil). Z uveljavitvijo novele Pravil (od 13. oktobra 2018) teh receptov ni več dopustno uporabljati kot obnovljivih receptov. Ta opredelitev izhaja iz namena receptov OR. Namenjeni so za uporabo le pri akutnih zdravstvenih stanjih in ne za dolgotrajno zdravljenje, čemur so namenjeni obnovljivi recepti.

Recept OR se lahko dodeli le zdravniku, ki je zavarovana oseba in zdravilo nanj se lahko predpiše le zavarovani osebi, saj se s to listino uveljavlja pravica do zdravil iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Izrecna navedba pogoja, da lahko zdravnik sebi ali svojim družinskim članom predpiše recept OR le, če ima sam oziroma če imajo družinski član urejeno obvezno zdravstveno zavarovanje, ni potrebna. Že iz opredelitve izraza "recept" in posledično iz opredelitve izraza "recept za osebno rabo" namreč izhaja, da se lahko zdravilo predpiše le zavarovani osebi. To velja

tako v primeru, če ga zdravnik predpiše sebi kot tudi, če ga predpiše svojemu družinskemu članu. S tem se zagotavlja namenska raba sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja, da so do pravice kritja vrednosti zdravil upravičene le zavarovane osebe.

Recept OR je primarno namenjen samemu zdravniku, torej, da sam sebi predpiše zdravilo na OR v primeru akutnega zdravstvenega stanja. Kljub temu lahko tudi po uveljavitvi novele Pravil predpiše recept OR tudi svojim družinskim članom. Enako kot do sedaj, tega recepta ne sme predpisati zavarovanim osebam, ki niso njegovi družinski člani (npr. ne sosedom, znancem). Pri tem se jasno določajo zavarovane osebe, ki so v razmerju do zdravnika njegovi družinski člani. To so zavarovane osebe iz 20. člena ZZVZZ, pri čemer pa ni nujno, da so iz tega naslova oziroma na tej zakonski podlagi tudi zavarovane kot družinski člani (četrti odstavek 210. člena Pravil). Že na podlagi prej veljavnega 210. člena Pravil zdravnik ni smel predpisati recepta OR svojim družinskim članom, če je bil njihov osebni ali napatni zdravnik, ker se v tem primeru predpiše zeleni recept Obr Rp. Zaradi uskladitve s prvim odstavkom 202. člena Pravil (ki določa zdravnike, pooblaščen za predpis zdravil na recept) pa se na novo določa, da zdravnik recepta OR ne sme predpisati v vseh primerih, ko je pooblaščen predpisati zdravilo na zeleni recept Obr. Rp, torej tudi v primeru, če je zdravnik zdravilišča ali drug pooblaščen zdravnik v skladu s splošnimi akti ZZS (tretji odstavek 210. člena Pravil).

Enako kot do sedaj ZZS dodeli zdravniku, ki izpolnjuje določene pogoje, 30 receptov OR letno na njegov predlog. Pri tem se na novo določajo pogoji, ki jih mora izpolnjevati zdravnik, da mu ZZS dodeli recepte OR. Poleg pogoja, da mora biti zdravnik zavarovana oseba (pogoj izhaja že iz same narave receptov OR), mora zdravnik izpolnjevati naslednje pogoje (peti odstavek 210. člena Pravil):

1. 1. zdravnik mora biti evidentiran v t. i. bazi podatkov o izvajalcih zdravstvenih storitev (isti pogoj je bil določen pred uveljavitvijo novele Pravil), in
2. zdravnik mora imeti licenco Zdravniške zbornice Slovenije (nov pogoj, ki je določen zaradi zagotovitve primerne, kakovostne in varne zdravstvene obravnave zavarovanih oseb, katerim se predpiše zdravilo na recept OR) in
3. zdravnik mora imeti enega od naslednjih statusov (nov pogoj):
 - opravlja zdravstvene storitve v okviru javne zdravstvene službe ali
 - opravlja dela po pogodbi o zaposlitvi s ključnimi institucijami v zdravstvenem sistemu (z ZZS, Ministrstvom za zdravje,

medicinsko fakulteto, Nacionalnim inštitutom za javno zdravje ali Nacionalnim laboratorijem za zdravje, okolje in hrano) ali z Zavodom za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, ali

- je upokojen zdravnik, zavarovan na podlagi 10. točke prvega odstavka 15. člena ZZVZZ (ima v RS stalno prebivališče in prejema pokojnino po predpisih RS), če je imel neposredno pred upokojitvijo na tej podlagi vsaj enega od predhodno navedenih dveh statusov (da je opravljal zdravstvene storitve v okviru javne zdravstvene službe ali je opravljal delo po pogodbi o zaposlitvi za navedene institucije).

Vsebinsko enako kot pred uveljavitvijo novele Pravil se zdravniku, ki sicer izpolnjuje druge določene pogoje, lahko zavrne dodelitev receptov OR, če zdravnik pri predpisu zdravil v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja ni ravnal v skladu s predpisi in splošnimi akti ZZS (šesti odstavek 210. člena Pravil). Pri tem se na novo jasno določa, da ravnanje zdravnika v nasprotju s predpisi in splošnimi akti ZZS glede predpisovanja zdravil velja tako v primeru, če je zdravila nepravilno predpisal na recept Obr Rp ali recept OR, kot tudi, če jih je nepravilno predpisal v okviru standarda zdravstvene storitve, ki jo zagotovi izvajalec (ko se zdravilo ne predpisuje na recept v skladu s Pravili). Pri tem se na novo tudi določa, da se zavrnitev dodelitve receptov OR za takšnega zdravnika vedno določi (in ne le, da se "lahko" določi, kot je veljalo pred uveljavitvijo novele Pravil), in sicer kot trajen ali začasen ukrep.

Na podlagi sedmega odstavka 210. člena Pravil je generalni direktor ZZS izdal Pravilnik o receptih za osebno rabo (št. 0072/15-2018-DI/24 z dne 2. 10. 2018), ki je objavljen na spletni strani ZZS v elektronskih gradivih in se uporablja od 15. oktobra 2018. S tem pravilnikom so med drugim določena merila za začasno in trajno zavrnitev dodelitve receptov OR ter natančnejši postopek dodelitve receptov OR.

10. REDAKCIJSKE SPREMEMBE

Spremembe 22., 202., 202.a, 203., 204. in 206. člena Pravil je uskladitvene narave zaradi terminološkega poenotenja besedila Pravil.

Alenka Marič Cevzar
Sladjana Jelisavčič

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 4. redni seji 17. 9. 2018 sprejela

Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja

1. člen

V Pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 30/03 – prečiščeno besedilo, 35/03 – popr., 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 – popr., 64/07, 33/08, 7/09, 88/09, 30/11, 49/12, 106/12, 99/13 – ZSVarPre-C, 25/14, 85/14 in 10/17 – ZČmIS) se v 1. členu 4. točka spremeni tako, da se glasi:

“4. standarde zdravstvenih storitev, pripomočkov in zobno-protetičnih pripomočkov.”

2. člen

2. člen se spremeni tako, da se glasi:

“2. člen

Posamezni izrazi, uporabljeni v pravilih, imajo naslednji pomen:

1. artikel je serijsko izdelan medicinski pripomoček z imenom, kot ga določi proizvajalec in se zagotavlja v okviru določene vrste medicinskega pripomočka;
2. čakalna doba je doba, kakor je opredeljena v zakonu, ki ureja pacientove pravice;
3. čakalni seznam je seznam, kakor je opredeljen v zakonu, ki ureja pacientove pravice;
4. delovni nalog je listina zavoda, s katero se naročajo rentgenska slikanja zob, pri katerih ni potreben specialistični izvid, laboratorijske, citološke in druge preiskave, zobotehnične storitve, nego na domu, storitve s področja fizioterapije, logopedije, defektologije, psihologije in druge zdravstvene storitve, razen zdravstvenih storitev s področja klinične psihologije;
5. 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;
6. 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);
7. edini poklic je poklic, ki ga zavarovanec opravlja kot samostojno dejavnost in ni v delovnem razmerju;
8. funkcionalno ustrezen medicinski pripomoček je medicinski pripomoček, ki zavarovani osebi glede na njeno zdravstveno stanje zagotavlja zdravljenje oziroma medicinsko rehabilitacijo;
9. glavni poklic je poklic, ki ga zavarovanec opravlja kot samostojno dejavnost in je v delovnem razmerju s krajšim delovnim časom od polnega;
10. 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;
11. kartica zdravstvenega zavarovanja je identifikacijski dokument zavarovane osebe;
12. magistralno zdravilo je zdravilo za uporabo v humani medicini, kakor je opredeljeno v zakonu, ki ureja zdravila;
13. meddržavna pogodba je dvostranski sporazum o socialni varnosti oziroma socialnem zavarovanju;
14. medicinski pripomoček je skupni izraz za medicinski pripomoček in za drug pripomoček (ni medicinski pripomoček), ki je povezan z določenim zdravstvenim stanjem zavarovane osebe ali je njegova uporaba povezana z medicinskim pripomočkom, in se predpisuje na naročilnico;
15. nadomestni zdravnik je zdravnik, ki izpolnjuje pogoje za osebnega zdravnika, in tega nadomešča v njegovi odsotnosti z vsemi njegovimi pooblastili;
16. najdaljša dopustna čakalna doba je doba, kakor je opredeljena v zakonu, ki ureja pacientove pravice;
17. 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;
18. napotnica je listina zavoda, s katero osebni zdravnik prenaša pooblastila na napotnega zdravnika ali kliničnega psihologa oziroma s katero napotni zdravnik po pooblastilu osebnega zdravnika prenaša pooblastila na drugega napotnega zdravnika ali kliničnega psihologa;
19. naročilnica je listina zavoda za predpisovanje medicinskih pripomočkov, ki jih zavarovani osebi predpiše pooblaščen zdravnik;
20. 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;
21. nosilec zavarovanja je zavarovanec, po katerem so zavarovani družinski člani;
22. nujna medicinska pomoč so zdravstvene storitve iz dvanajste alineje 1. točke prvega odstavka 23. člena zakona, določene v prvem odstavku 103. člena pravil;
23. 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;
24. obvezno zavarovanje je obvezno zdravstveno zavarovanje;
25. osebni ginekolog je izbrani osebni zdravnik ženske za zagotavljanje dispanzerske dejavnosti s področja ginekologije;
26. osebni otroški zdravnik je izbrani osebni zdravnik zavarovane osebe do dopolnjenega 19. leta starosti v otroškem ali šolskem dispanzerju;
27. osebni zdravnik je izbrani osebni zdravnik kot skupni izraz za splošnega osebnega zdravnika, osebnega zobozdravnika, osebnega ginekologa in osebnega otroškega zdravnika, ki si ga zavarovana oseba izbere v skladu s pravili;

- 28.osebni zobozdravnik je izbrani osebni zobozdravnik, ki si ga zavarovana oseba izbere v skladu s pravili;
- 29.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;
- 30.pravica je pravica, ki se zagotavlja zavarovani osebi iz obveznega zavarovanja;
- 31.pravni red EU so pravni predpisi Evropske unije na področju koordinacije sistemov socialne varnosti, ki se v Republiki Sloveniji neposredno uporabljajo;
- 32.prilagoditev je poseg v medicinski ali zobno-protetični pripomoček zaradi anatomskih ali funkcionalnih sprememb pri zavarovani osebi, s katerim medicinski oziroma zobno-protetični pripomoček postane funkcionalno ustrezen. Prilagoditev je dopustna, če jo kot možnost opredeli proizvajalec medicinskega pripomočka oziroma izvajalec zobozdravstvenih storitev;
- 33.pripomoček je skupni izraz za medicinski pripomoček, ki se predpisuje na naročilnico, in za drug medicinski pripomoček, ki ga zagotavlja izvajalec pri izvajanju zdravstvene dejavnosti;
- 34.prispevek je prispevek za obvezno zavarovanje;
- 35.razumen čas je čas, kakor je opredeljen v zakonu, ki ureja pacientove pravice;
- 36.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, ter magistralnih zdravil s Seznama magistralnih zdravil na recept iz prvega odstavka 57. člena pravil in jih zavarovani osebi predpiše pooblaščen zdravnik;
- 37.recept EU je listina na papirnatem obrazcu 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;
- 38.splošni akt zavoda so pravila in drugi splošni akti zavoda za izvajanje obveznega zavarovanja;
- 39.splošni osebni zdravnik je izbrani osebni zdravnik zavarovane osebe od 19. leta starosti;
- 40.standard so vrsta, količina, normativi in vrednost zdravstvenih storitev iz obveznega zavarovanja, ter pogoji in postopki uveljavljanja pravic;
- 41.status zavarovane osebe je lastnost zavarovane osebe po zakonu in pravilih;
- 42.zakon je Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju;
- 43.zavarovana oseba je zavarovanec iz 15. člena zakona in družinski člani iz 20. člena zakona;
- 44.zavezanec je pravna ali fizična oseba, ki je zavezanec za prijavo zavarovanca v obvezno zavarovanje. Zavezanec za družinskega člana je nosilec zavarovanja;
- 45.zavod je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije;
- 46.zobno-protetični pripomočki so pripomočki, ki so sestavni del zobozdravstvenih storitev;
- 47.živilo je živilo za posebne zdravstvene namene.“

3. člen

20. člen se spremeni tako, da se glasi:

“20. člen

(1) Zavarovana oseba lahko brez kartice zdravstvenega zavarovanja ali drugega dokumenta, ki dokazuje urejenost obveznega zavarovanja, uveljavlja nujno medicinsko pomoč in nujno zdravljenje, drugo zdravstveno storitev pa, kadar jih določa splošni akt zavoda iz šestega odstavka 78. člena zakona. V primeru iz prejšnjega stavka

lahko izvajalec oziroma dobavitelj zahteva drug dokument, na podlagi katerega je mogoče ugotoviti identiteto zavarovane osebe, naknadno pa tudi lastnost zavarovane osebe.

(2) Razen v primerih iz prejšnjega odstavka, zavarovana oseba sama plača vrednost zdravstvene storitve, če to pravico uveljavi brez kartice zdravstvenega zavarovanja ali drugega dokumenta, ki dokazuje urejenost obveznega zavarovanja.

(3) V primeru iz prejšnjega odstavka izvajalec ob izvedbi zdravstvene storitve oziroma dobavitelj ob izdaji medicinskega pripomočka seznanj zavarovano osebo, da lahko od zavoda zahteva povračilo stroškov do vrednosti zdravstvene storitve iz prejšnjega odstavka na podlagi dokazila o njihovem plačilu in dokazila, da je imela v času uveljavljanja pravice urejeno obvezno zavarovanje.“

4. člen

V prvem odstavku 22. člena se 5., 6. in 7. točka spremenijo tako, da se glasijo:

“5. zdravil, ki so predpisana na recept;

6. živil, ki so predpisana na recept;

7. pripomočkov;“

5. člen

V 25. členu se:

– 1. točka spremeni tako, da se glasi:

“1. storitve estetskih posegov zaradi bolezni ali poškodb, ki niso potrebne za odpravo funkcionalne prizadetosti organa, na katerem se poseg opravlja, razen če je poseg del zdravljenja po bolezni ali poškodb;“;

– 3. točka spremeni tako, da se glasi:

“3. neobvezna cepljenja, ki niso pravica iz obveznega zavarovanja v skladu z zakonom, ki ureja nalezljive bolezni;“;

– 9. točka spremeni tako, da se glasi:

“9. stroški prevoza zavarovane osebe iz tujine v Republiko Slovenijo, razen v primeru iz 135.a in 135.b člena pravil.“

6. člen

27. člen se spremeni tako, da se glasi:

“27. člen

Zavarovana oseba ima pravico do preventivnih zdravstvenih storitev v osnovni zdravstveni dejavnosti v skladu s predpisom iz drugega odstavka 23. člena zakona.“

7. člen

28. člen se spremeni tako, da se glasi:

“28. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do naslednjih zdravstvenih storitev s področja preprečevanja, odkrivanja in zdravljenja ustnih in zobnih bolezni:

1. letnega pregleda na zahtevo zavarovane osebe;

2. zdravljenja zob, njihovega polnjenja (plombiranja) in nadgrajevanja, rentgenske diagnostike zobovja in čeljustnic, zdravljenja vnetnih in drugih sprememb ustne sluznice ter oralnokirurških in maksilofacialnih operativnih storitev;

3. zobno-protetičnih pripomočkov;

4. kontrolnega pregleda šest mesecev po končanem konzervativnem zdravljenju in končani zobno-protetični rehabilitaciji.

(2) Predšolski otroci, učenci in študentje do dopolnjenega 26. leta starosti imajo poleg pravic iz prejšnjega odstavka pravico do

preventivnih zobozdravstvenih pregledov v skladu s predpisom iz drugega odstavka 23. člena zakona.“

8. člen

29. člen se spremeni tako, da se glasi:

“29. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do naslednjih zobno-protetičnih pripomočkov:

1. prevleke, nazidka z zatičkom in vlite zalivke, če:
 - okvarjene zobne krone ni mogoče zadovoljivo obnoviti s plombiranjem;
 - je to potrebno zaradi dviga ugriza;
 - biomehanske zahteve narekujejo izdelavo tega zobno-protetičnega pripomočka na podpornih, retencijskih zobeh za snemno protezo ali mostiček, ki sta pravica po tem členu;
 2. mostička, če:
 - manjkajo v vidnem sektorju do štirje zobje;
 - manjkajo v eni vrzeli zapored najmanj trije zobje, ki niso na koncu zobne vrste;
 - manjka pet zob v dveh ali več vrzelih v istem ali obeh kvadrantih iste čeljusti, če so vrzeli prekinjene s po enim zobom;
 3. delne proteze, če manjkajo:
 - najmanj trije zobje zapored in izdelava mostička iz prejšnje točke ni mogoča zaradi biomehanskih zahtev;
 - najmanj trije zobje na koncu zobne vrste (najmanj kočniki) enostransko in ob tem še najmanj dva zoba v istem ali drugem kvadrantu v isti čeljusti;
 - zobje v več vrzelih in najmanj dve od njih predstavljata pravico do mostička po tem členu, a je cena za protezo nižja kot za mostiček, ki sta pravica po tem členu;
 4. totalne proteze, če manjkajo vsi zobje v eni čeljusti;
 5. mostička ali delne proteze, če manjka pet ali več zob v obeh stranskih sektorjih ene čeljusti, pri čemer modrostniki niso všteti, in ob tem ni vsaj ene funkcionalne okluzijske enote na vsaki strani čeljusti.
- (2) Zavarovana oseba, ki ima v isti čeljusti hkrati pravico do mostička in delne proteze iz prejšnjega odstavka, ima pravico do delne proteze, ki nadomesti vse vrzeli v čeljusti, če je cena te storitve enaka ali nižja od cene zobno-protetičnih fiksnih pripomočkov.
- (3) Zavarovana oseba ima pravico do zobno-protetičnih pripomočkov v skladu s tem členom tudi, če ji manjkata najmanj dva zaporedna zoba v eni čeljusti in gre za zavarovano osebo:
6. do dopolnjenega 18. leta starosti, po tej starosti pa, če se šola, in sicer do konca šolanja, vendar največ do konca šolskega oziroma študijskega leta, v katerem dopolni 26 let;
 7. ki se je med obveznim šolanjem zadnjih pet let redno udeleževala sistematičnih zobozdravstvenih pregledov ter zdravljenja zob in ji je bila opravljena fluorizacija zobovja, v skladu s predpisom iz drugega odstavka 23. člena zakona; ali
 8. ki je imela ob končanem šolanju primarno ali sekundarno zdravo zobovje.
- (4) Zavarovana oseba ima pravico do zobno-protetičnih pripomočkov v skladu s tem členom, če so izpolnjene biomehanske, anatomske in funkcionalne zahteve za njihovo izdelavo ter se ob tem zagotovi celovita zobno-protetična rehabilitacija v obeh čeljustih v okviru pravic.
- (5) Kot vidni sektor se štejejo oba sekalca in podočnik v posameznem kvadrantu, kot stranski ali transkanini sektor pa se šteje del zobne vrste od podočnika nazaj, ki vključuje ličnika in kočnike.

(6) Zobni vsadek, ki ni pravica na podlagi 30. člena pravil, se pri uveljavljanju pravic do zobno-protetičnih pripomočkov v skladu s tem členom šteje kot lastni zob, razen, če zaradi tega zavarovana oseba ne bi bila upravičena do zobno-protetičnih pripomočkov iz tega člena.“

9. člen

30. člen se spremeni tako, da se glasi:

“30. člen

(1) Zavarovana oseba, ki ji ni mogoče zagotoviti funkcionalno ustrezne rehabilitacije z zobno-protetičnimi pripomočki iz prejšnjega člena, ima pravico do zobno-protetične rehabilitacije s pomočjo zobnih vsadkov, če ji zaradi razvojnih ali prirojenih motenj, boleznih ali poškodbe manjkajo zobje ali znatna količina kosti stomatognatnega sistema, in so pri njej prisotna naslednja stanja:

1. resekcija v zgornji ali spodnji čeljusti kot posledica tumorjev ali stanja, ki je posledica zdravljenja tumorjev v področju glave ali vratu;
2. oligodontija, če manjka šest ali več zob, pri čemer modrostniki niso všteti;
3. razvojne anomalije kosti - shize;
4. obsežna resorpcija kosti ali atrofija alveolnega grebena spodnje čeljusti, pri čemer je izkazan tip kostne resorpcije D ali E po Lekholm-Zarbovi klasifikaciji ali se zahtevnost zobno-protetične rehabilitacije v skladu z diagnostičnimi kriteriji protetično diagnostičnega indeksa (PDI) spodnje čeljusti uvršča v IV. razred;
5. obsežna resorpcija kosti ali atrofija alveolnega grebena zgornje čeljusti, pri čemer je izkazan tip kostne resorpcije D ali E po Lekholm-Zarbovi klasifikaciji ali se zahtevnost zobno-protetične rehabilitacije v skladu z diagnostičnimi kriteriji protetično diagnostičnega indeksa (PDI) zgornje čeljusti uvršča v IV. razred.

(2) Ne glede na prejšnji odstavek ima zavarovana oseba pravico do zobno-protetične rehabilitacije s pomočjo zobnih vsadkov, če je pri njej podano izjemno zdravstveno stanje, zaradi katerega po mnenju pristojnega konzilija izvajalca na terciarni ravni ni mogoče zagotoviti funkcionalno ustrezne rehabilitacije z zobno-protetičnimi pripomočki iz prejšnjega člena.

(3) Zavarovana oseba z zdravstvenim stanjem iz prvega ali drugega odstavka tega člena ima pravico do največ štirih zobnih vsadkov v zgornji in dveh v spodnji čeljusti.

(4) Ne glede na prejšnji odstavek ima zavarovana oseba z zdravstvenim stanjem iz 1. ali 2. točke prvega odstavka tega člena ali drugega odstavka tega člena pravico do večjega števila zobnih vsadkov, če je po mnenju pristojnega konzilija izvajalca na terciarni ravni to potrebno za zagotovitev funkcionalno ustrezne zobno-protetične rehabilitacije. V tem primeru je število zobnih vsadkov lahko največ tolikšno, kot izhaja iz mnenja pristojnega konzilija izvajalca na terciarni ravni.“

10. člen

31. člen se spremeni tako, da se glasi:

“31. člen

Ne glede na prejšnji člen zavarovana oseba nima pravice do zobno-protetične rehabilitacije s pomočjo zobnih vsadkov v naslednjih primerih, ko ta ni strokovno utemeljena:

1. sistemska stanja:
 - hujše sistemske kronične bolezni (ASA status 4 ali več);
 - bolezni, ki vplivajo na osteointegracijo zobnih vsadkov in vnetne zaplete (npr. neurejena sladkorna bolezen, druge imunske bolezni, obsevanje in kemoterapija v zadnjem letu,

parodontalna bolezen: nezdravljena ali zdravljena z globino sondiranja (PPD) več kot 5,5);

- zdravila, ki vplivajo na osteointegracijo zobnih vsadkov in vnetne zaplete (npr. citostatiki, visoke doze steroidov, intravenski bisfosfonati, kombinacija bisfosfonatov in imunosupresivov);
- razvade in navade (npr. kajenje – več kot deset cigaret na dan, bruksizem);

2. lokalna stanja:

- neustrezna ustna higiena (mehke in trde zobne obloge);
- nesanirani zobje.“

11. člen

32. člen se spremeni tako, da se glasi:

“32. člen

(1) Zavarovana oseba ima pri zobno-protetični rehabilitaciji s pomočjo zobnih vsadkov iz 30. člena pravil pravico do naslednjih zobno-protetičnih pripomočkov na zobnih vsadkih:

1. pri zdravstvenih stanjih iz 2. ali 3. točke prvega odstavka ali iz drugega odstavka 30. člena pravil:
 - prevlek;
 - mostička;
 - delne proteze;
2. pri zdravstvenih stanjih iz 1., 4. ali 5. točke prvega odstavka ali iz drugega odstavka 30. člena pravil:
 - delne proteze;
 - totalne proteze.

(2) Zavarovana oseba ima pravico do zobno-protetičnih pripomočkov v skladu s tem členom, če so izpolnjene biomehanske, anatomske in funkcionalne zahteve za njihovo izdelavo ter se ob tem zagotovi celovita zobno-protetična rehabilitacija v obeh čeljustih v okviru pravic.

(3) Zavarovana oseba ima pravico do zobno-protetičnih pripomočkov v skladu s tem členom tudi na zobnih vsadkih, ki jih je krila iz lastnih sredstev, če predloži dokumentacijo, ki dokazuje:

- da je ob vsaditvi zobnega vsadka izpolnjevala pogoje iz 30. člena pravil in da pri njej niso prisotna stanja iz prejšnjega člena,
- da je standardni material zobnega vsadka v skladu s 1. točko drugega odstavka 112. člena pravil ter
- da je zobni vsadek vsadil zdravnik, ki izpolnjuje enake pogoje, kot pooblaščen zdravnik iz 1. točke drugega odstavka 187. člena pravil.

(4) Pogoje iz prejšnjega odstavka ugotovi specialist za stomatološko protetiko iz 2. točke drugega odstavka 187. člena pravil, ki v zdravstveni dokumentaciji zavarovane osebe hrani dokumentacijo o izpolnjevanju teh pogojev.“

12. člen

33. člen se spremeni tako, da se glasi:

“33. člen

- (1) Zavarovana oseba ima pravico do:
1. obturatorja;
 2. opornice.

(2) Zobno-protetična pripomočka iz prejšnjega odstavka se lahko kombinirata z zobno-protetičnimi pripomočki iz 29. in 32. člena pravil.“

13. člen

34. člen se spremeni tako, da se glasi:

“34. člen

(1) Zavarovana oseba ima do dopolnjenega 18. leta starosti pravico do ortodonskega zdravljenja, če ima po doktrini ortodontske stroke srednjo, težjo ali zelo težko obliko nepravilnosti zob in čeljusti.

(2) Ne glede na prejšnji odstavek ima zavarovana oseba pravico do ortodonskega zdravljenja z ortodontskim aparatom, če je bila potreba po tem zdravljenju ugotovljena pred dopolnjenim 16. letom starosti. Potreba po zdravljenju je ugotovljena, ko ortodont z meritvami ugotovi vrednost po Eismann – Farčnikovem indeksu (EF indeks), ki mora biti večja od 15 točk, kar dokumentira v zdravstveni dokumentaciji zavarovane osebe.

(3) Ne glede na prvi in drugi odstavek tega člena ima zavarovana oseba pravico do ortodonskega zdravljenja kot priprave na ortognati poseg, če ima težko skeletno nepravilnost, ki jo je mogoče odpraviti le s kombiniranim ortodontsko-kirurškim zdravljenjem.

(4) Zavarovana oseba ima v okviru pravice do ortodonskega zdravljenja z ortodontskim aparatom pravico do zdravljenja:

1. s snemnim ortodontskim aparatom;
2. z nesnemnim ortodontskim aparatom, če s snemnim ortodontskim aparatom iz prejšnje točke ni mogoče doseči ustreznih popravkov nepravilnosti zob in čeljusti.“

14. člen

35. člen se spremeni tako, da se glasi:

“35. člen

(1) Ortodont pred začetkom ortodonskega zdravljenja zavarovani osebi pisno pojasni vse možnosti ortodonskega zdravljenja, njegovo trajanje, obveznost zavarovane osebe glede vzdrževanja ustne higiene, nošenja ortodonskega aparata, prihajanja na kontrolne preglede in drugega ravnanja po navodilih ortodonta ter zdravstvene in finančne posledice, če ne bi spoštovala njegovih navodil. Ortodont začne zdravljenje, če zavarovana oseba soglaša z načinom zdravljenja iz prejšnjega stavka, kar potrdi s podpisom v zdravstveni dokumentaciji zavarovane osebe.

(2) Ortodont lahko prekine zdravljenje, če zavarovana oseba med zdravljenjem ne ravna po navodilih iz prejšnjega odstavka, v vsakem primeru pa ga prekine, če zavarovana oseba:

1. več kot šest mesecev brez upravičenega razloga ne pride na kontrolni pregled, na katerega je bila naročena;
2. kljub opozorilu ortodonta, ki je dokumentirano v zdravstveni dokumentaciji, ne nosi ortodonskega aparata po navodilih iz prejšnjega odstavka;
3. ne vzdržuje ustne higiene po navodilih iz prejšnjega odstavka in s tem ogroža svoje oralno zdravje.

(3) Ortodont o prekinitvi zdravljenja obvesti osebnega zobozdravnika, ki zavarovani osebi ne sme izdati nove napotnice za zdravljenje pri drugem ortodontu.

(4) Če zavarovana oseba ne soglaša s prekinitvijo zdravljenja v primeru iz 1. točke drugega odstavka tega člena, o tem odloči območna enota zavoda.“

15. člen

V drugem odstavku 36. člena se za besedo “zdravila” doda vejica in beseda “živila”.

16. člen

Drugi odstavek 37. člena se spremeni tako, da se glasi:

“(2) V okviru specialistično-ambulantne dejavnosti ima ženska, od dopolnjenega 18. leta starosti do dopolnjenega 43. leta starosti, tudi pravico do oploditve z biomedicinsko pomočjo. V primeru

zunajtelesne oploditve ima ženska pravico do največ šestih postopkov za prvi porod živorojenega otroka, za vsak nadaljnji pa do največ štirih postopkov. Pri ženski, mlajši od 35 let, se pri prvih dveh postopkih zunajtelesne oploditve opravi elektivni prenos enega zarodka dobre kakovosti. Postopek oploditve z biomedicinsko pomočjo z odmrznjenimi zarodki se šteje v tisti postopek zunajtelesne oploditve, v katerem so bili zarodki zamrznjeni.“

17. člen

V prvem odstavku 38. člena se v 5. točki za besedo "zdravila" doda besedilo "in živila“.

18. člen

V prvem odstavku 45. člena se v drugi alineji 9. točke pika nadomesti s podpičjem in doda nova tretja alineja, ki se glasi:

“- idiopatska ali družinska pljučna arterijska hipertenzija in kronična tromboembolična pljučna arterijska hipertenzija.“

19. člen

V petem odstavku 47. člena se v drugem stavku besedilo "s prehrano, v višini cene za nemedicinski del oskrbnega dne" nadomesti z besedilom "z najmanj tremi obroki hrane dnevno v višini cene nemedicinskega oskrbnega dne, določene s pogodbo med zavodom in zdraviliščem“.

20. člen

V četrtem odstavku 48. člena se za besedo "stanja" dodata vejica in besedilo "opravičljivih osebnih razlogov“.

V petem odstavku se za besedo "zboli" beseda "ali" nadomesti z vejico, za besedo "poškoduje" pa doda besedilo "ali nastopijo drugi opravičljivi osebni razlogi“.

21. člen

Tretji odstavek 53. člena se črta.

22. člen

57. člen se spremeni tako, da se glasi:

“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 ter do magistralnih zdravil s Seznama magistralnih zdravil na recept, ki je Priloga pravil (v nadaljnjem besedilu: Seznam magistralnih zdravil), če jih na recept predpiše pooblaščen zdravnik.

(2) Zavarovana oseba ima pravico do magistralnih zdravil na recept, če za doseganje terapevtskega učinka na slovenskem trgu ni industrijsko proizvedenega ali galensko izdelanega zdravila s pozitivne ali z vmesne liste z enako ali s primerljivo sestavo učinkovin in v enaki ali primerljivi jakosti ali farmacevtski obliki, razen če ni v Seznamu magistralnih zdravil za posamezno magistralno zdravilo oziroma njegovo farmacevtsko obliko določeno drugače.

(3) Magistralno zdravilo, za katerega je v Seznamu magistralnih zdravil določena omejitev predpisovanja "za otroke", se lahko predpiše zavarovanim osebam, mlajšim od 15 let.“

23. člen

V prvem odstavku 58. člena se vejica in besedilo "razen v primeru iz drugega odstavka 206. člena pravil" črta.

Drugi odstavek se spremeni tako, da se glasi:

“(2) Imena sestavin magistralnega zdravila s Seznama magistralnih zdravil se predpišejo na recept v skladu s tem seznamom in predpisi, ki urejajo predpisovanje in izdajanje zdravil za uporabo v hum-

ani medicini. Magistralno zdravilo s pozitivne in z vmesne liste se predpiše na recept z nazivom, s katerim je razvrščeno na listo in v skladu s predpisi, ki urejajo predpisovanje in izdajanje zdravil za uporabo v humani medicini.“

24. člen

V prvem odstavku 59. člena se v napovednem stavku, 1. točki in v 2. točki za besedo "zdravil" doda besedilo "in živil“.

V drugem odstavku se za besedo "zdravila" doda besedilo "in živila“.

25. člen

Šesti odstavek 60. člena se spremeni tako, da se glasi:

“(6) Zavarovana oseba za izdano zdravilo z določeno najvišjo priznano vrednostjo doplača razliko med ceno izdanega zdravila in najvišjo priznano vrednostjo, razen v primeru iz prejšnjega odstavka.“

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

“(7) Zavarovana oseba za izdano živilo z določeno najvišjo priznano vrednostjo doplača razliko med ceno izdanega živila in najvišjo priznano vrednostjo.“

26. člen

V prvem odstavku 61. člena se besedilo "ali drugih razlogov" črta.

27. člen

62. člen se spremeni tako, da se glasi:

“62. člen

Ne glede na prvi odstavek prejšnjega člena ima pravico do spremstva na poti do izvajalca:

1. zavarovana oseba do 15. leta;
2. težje ali težko duševno prizadeta ali težje ali težko telesno prizadeta zavarovana oseba do 18. leta.“

28. člen

V drugem odstavku 63. člena se drugi stavek spremeni tako, da se glasi:

“Standard nastanitve in prehrane spremljevalca je enak standardu iz petega odstavka 47. člena pravil.“

29. člen

Naslov poglavja "V. PRAVICE DO MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV" se spremeni tako, da se glasi:

“V. PRAVICE DO PRIPOMOČKOV“.

30. člen

64. člen se spremeni tako, da se glasi:

“64. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do pripomočkov, potrebnih za zdravljenje, medicinsko rehabilitacijo in zdravstveno nego.

(2) Medicinski pripomočki in natančnejša opredelitev zdravstvenih stanj in drugih pogojev, pri katerih ima zavarovana oseba pravico do posameznega medicinskega pripomočka, se določijo s splošnim aktom skupščine zavoda s soglasjem ministra, pristojnega za zdravje.

(3) Skupine medicinskih pripomočkov, v katere se združujejo vrste medicinskih pripomočkov, določi upravni odbor zavoda s šifrantom vrst medicinskih pripomočkov, ki se objavi na spletni strani zavoda.

(4) Zavarovana oseba ima pravico do artikla, ki je uvrščen na seznam medicinskih pripomočkov, razen v primeru iz osmega

odstavka 113. člena pravil, ko ima pravico do artikla, ki ni nujno na seznamu medicinskih pripomočkov.

(5) Seznam medicinskih pripomočkov, ki se objavi na spletni strani zavoda, vsebuje podatke o vrstah medicinskih pripomočkov z osnovnimi zahtevami kakovosti iz 1. točke drugega odstavka 111. člena pravil (v nadaljnjem besedilu: osnovne zahteve kakovosti) in podatke o artiklih, ki izpolnjujejo te zahteve.

(6) Podrobnejša vsebina seznama medicinskih pripomočkov, postopek in podrobnejša merila za uvrščanje artiklov na ta seznam in njihovo izločitev s tega seznama, ki vključuje postopek ugotavljanja izpolnjevanja osnovnih zahtev kakovosti pri posameznem artiklu, se določijo s splošnim aktom skupščine zavoda s soglasjem ministra, pristojnega za zdravje.

(7) Medicinski pripomočki, razen medicinskih pripomočkov iz 97. člena pravil, so last zavarovane osebe in se zagotavljajo z izdajo.

(8) Dobavitelj ob izdaji medicinskega pripomočka izroči zavarovani osebi navodilo za uporabo medicinskega pripomočka.

(9) Dobavitelj v času garancijskega roka zagotavlja obveznosti iz garancije v skladu s posebnimi zakoni.“

31. 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 izvajanje svoje zdravstvene dejavnosti in jih mora zagotavljati v skladu s 105. in 107. členom pravil;
- naslednje 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. obvezilne materiale in raztopine iz sedmega, osmega in devetega odstavka 89. člena pravil;
13. predloge, hlačne predloge (plenice), posteljne podloge za enkratno uporabo in fiksirne hlačke ali vpojne in nepropustne hlačke za večkratno uporabo pri inkontinenci;
14. katetre iz prvega, četrtega in petega odstavka 89. člena pravil;
15. terapevtski valj, žogo, gibalno desko in blazine;
16. navadno stojko;
17. bergle;
18. hodulje;
19. vakuumski zbiralnik za plevralno drenažo.

(2) V primerih iz prejšnjega odstavka izvajalec zagotovi pripomočke ne glede na to, ali:

1. je pripomoček uvrščen na seznam medicinskih pripomočkov,
2. pripomoček izpolnjuje osnovne zahteve kakovosti in standard dobe trajanja iz 2. točke drugega odstavka 111. člena pravil,
3. zavarovana oseba izpolnjuje zdravstvena stanja in druge pogoje iz drugega odstavka prejšnjega člena,

4. se pripomoček izdaja v višini iz 113. člena pravil.

(3) Ne glede na prvi odstavek tega člena se zavarovanim osebam v domovih za starejše, posebnih socialnih zavodih in zavodih za usposabljanje pripomočki iz 7. točke druge alineje prvega odstavka tega člena, če gre za blazine, ki so namenjene preprečevanju preležanin tretje in četrte stopnje po Shei (zahtevne in zelo zahtevne), in pripomočki iz 13. točke druge alineje prvega odstavka tega člena zagotovijo pri dobaviteljih na podlagi izdane naročilnice.

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

(5) Klinični inštitut za rehabilitacijo, ki oblikuje doktrino na področju preskrbe s pripomočki in kot del medicinske rehabilitacije izvaja storitve za zagotavljanje nadomestne komunikacije, iz svojih materialnih stroškov zagotovi zavarovani osebi izposojeno aparata za nadomestno komunikacijo.“

32. člen

66. člen se spremeni tako, da se glasi:

“66. člen

(1) Po izteku garancijskega roka do izteka trajnostne dobe oziroma do prejema novega medicinskega pripomočka, ki ga je prejela po izteku trajnostne dobe, ima zavarovana oseba pravico do vzdrževanja in popravil medicinskega pripomočka, ki ga je nazadnje prejela kot pravico, če gre za:

1. protezo;
2. ortozo;
3. voziček na ročni pogon, voziček na elektromotorni pogon, dodatek za voziček, počivalnik, prenosni posebni sedež, električni skuter;
4. oncentrator kisika, aparat za vzdrževanje stalnega pritiska v dihalnih poteh, aparat za mehanično ventilacijo, aparat za podporo dihanja s pozitivnim tlakom ob vdihu in izdihu;
5. Braillov pisalni stroj, predvajalnik zvočnih zapisov, Braillovo vrstico;
6. za- in v-ušesni slušni aparat, aparat za kostno prevodnost, žepni aparat, aparat za omogočanje glasnega govora, aparat za boljše sporazumevanje, zunanji del za polžev vsadek in kostno usidran slušni aparat.

(2) Vzdrževanja 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.

(3) Popravila so zamenjave delov, ki ne zagotavljajo več funkcionalne ustreznosti medicinskega pripomočka in storitve, povezane z zamenjavo teh delov.

(4) Zavarovana oseba ima pravico do vzdrževanja in popravil iz prvega odstavka tega člena v skupni višini največ 50 % vrednosti prejetega medicinskega pripomočka, pri čemer se stroški vzdrževanja ne seštevajo s stroški popravil.

(5) Zavarovana oseba nima pravice do popravil iz prvega odstavka tega člena, če je popravilo medicinskega pripomočka potrebno, ker ni ravnala v skladu z navodilom za uporabo medicinskega pripomočka.

(6) Zamenjavo akumulatorjev vozička na elektromotorni pogon in električnega skuterja krije v prvih dveh letih zavarovana oseba, zatem ima zavarovana oseba pravico do akumulatorjev, če predhodno prejeti niso več uporabni.“

33. člen

V prvem odstavku 68. člena se besedilo "Zavarovani osebi je zagotovljena tudi pravica" nadomesti z besedilom "Zavarovana oseba ima pravico".

V drugem odstavku se besedilo "Zavarovani osebi, ki se zdravi zaradi hemofilije, je zagotovljena pravica" nadomesti z besedilom "Zavarovana oseba, ki se zdravi zaradi hemofilije, ima pravico".

Za drugim odstavkom se doda nov tretji odstavek, ki se glasi:

"(3) Zavarovana oseba ima pravico do vakuumske opornice za zdravljenje rane na stopalu. Zavarovana oseba, ki ima pravico do vakuumske opornice za zdravljenje rane na stopalu, ima pravico do izravnalnega podplata za drugo nogo."

34. člen

70. člen se spremeni tako, da se glasi:

"70. člen

(1) Če zavarovana oseba zaradi okvare stopala ne more uporabljati navadnih čevljev in za korekcijo funkcije stopala ne zadostujejo posebej izdelani vložki, ima pravico do posebej izdelanih čevljev.

(2) Zavarovana oseba ima pravico do posebej izdelanih čevljev, če:

1. je mlajša od 15 let in ima več kot 1,5 cm eno nogo krajšo od druge ali če je stara vsaj 15 let in ima eno nogo več kot 2,5 cm krajšo od druge;
2. ima zaradi izpaha, preloma ali večjih kostnih izrastkov močnejše deformiran skočni sklep in stopalo, všteti močnejšo deformacijo nožnih palcev in je treba izdelati obutev po mavčnem odlitku;
3. ima prirojeno ali pridobljeno močnejše dvignjeno stopalo, petno stopalo, konjsko stopalo, navznoter obrnjeno oziroma izrazito navzven obrnjeno stopalo, paralično ali paretično stopalo;
4. ima močno deformirane prste stopala, tako da posamezni prsti segajo čez druge prste oziroma manjkata na stopalu dva prsta ali del stopala;
5. ima na stopalu izrazite trofične spremembe, diabetično stopalo IV. rizične skupine in z II. stopnjo deformiranosti;
6. ima elefantiazo.

(3) Zavarovana oseba iz prejšnjega odstavka ima pravico do začasnih čevljev (healing shoe), če ne more uporabljati posebej izdelanih čevljev iz prvega odstavka tega člena.

(4) Zavod krije stroške izdelave čevljev v višini nad povprečno ceno enega para čevljev, ki so na razpolago na slovenskem trgu. Zavarovana oseba sama krije ceno povprečnega čevlja, ki jo določijo upravni odbor zavoda s splošnim aktom, ki se objavi na spletni strani zavoda.

(5) Zavarovana oseba, mlajša od enega leta, ki se zaradi hude deformacije stopal zdravi konzervativno, ima pravico do ortopedskih čevljev po Schejnu."

35. člen

V naslovu "V/2. Pravica do vozičkov in drugih pripomočkov za gibanje, stojo in sedenje" se za besedo "drugih" doda beseda "medicinskih".

36. člen

72. člen se spremeni tako, da se glasi:

"72. člen

(1) Zavarovana oseba, ki je nezmožna hoje oziroma je njena hoja tako nefunkcionalna, da zmore ob pomoči druge osebe ali uporabi pripomočkov prehoditi v bivalnem prostoru manj kot deset metrov, lahko pa samostojno uporablja voziček na javnem mestu, ima pravico do vozička na ročni pogon ali vozička za otroka, če:

1. ima amputirani obe nogi nad kolenom ali sta amputirani obe nogi pod kolenom in je aplikacija protez kontraindicirana;
2. ima amputirano eno nogo in ji zaradi bolezni na drugi nogi ni mogoče napraviti proteze in omogočiti hoje;
3. ima popolnoma ohromela spodnja uda oziroma takšne motorične motnje, ki onemogočajo hojo in mora prebiti večino časa na vozičku;
4. ima amputirano eno nogo in eno roko, kar onemogoča hojo;
5. ima težke deformativne ali vnetne procese na velikih sklepih spodnjih udov ali težke posledice politravm na teh sklepih, kar onemogoča hojo;
6. ima na isti strani popolnoma hromo roko in nogo, hoja pa ni mogoča zaradi drugih bolezni ali drugih zdravstvenih razlogov;
7. ima eksartikulirano nogo v kolku, kar onemogoča hojo;
8. ne sme obremenjevati spodnjih udov, ker ima v njih zasevke novotvorb.

(2) Zavarovana oseba, stara vsaj 12 let, ki ima zaradi bolezni ali poškodbe močno zmanjšano mišično moč vseh štirih udov, hude motnje koordinacije gibov ali zelo hitro in hudo utrudljivost, tako da je nezmožna hoje oziroma hodi s tako hudimi funkcijskimi omejitvami, da zmore ob pomoči druge osebe ali uporabi pripomočkov prehoditi manj kot 100 metrov, ter ne more uporabljati vozička na ročni pogon oziroma vozička za otroka, ima pravico do električnega skuterja brez dodatkov in prilagoditev, če ima zadovoljive psihofizične sposobnosti za njegovo samostojno uporabo na javnem prostoru.

(3) Zavarovana oseba, ki je nezmožna hoje oziroma je njena hoja tako nefunkcionalna, da zmore ob pomoči druge osebe ali uporabi pripomočkov prehoditi v bivalnem prostoru manj kot deset metrov, in ima zaradi bolezni ali poškodbe močno zmanjšano mišično moč trupa in vseh štirih udov, tako da ne more uporabljati vozička na ročni pogon oziroma vozička za otroka, ima pravico do vozička na elektromotorni pogon, če ima zadovoljive psihofizične sposobnosti za njegovo samostojno in stalno uporabo v bivalnem in na javnem prostoru.

(4) Zavarovana oseba ima pravico do standardnega vozička na ročni pogon ali standardnega vozička za otroka, če gre za začasno funkcijsko prizadetost hoje.

(5) Pravice do pripomočkov iz prvega, drugega, tretjega in četrtega odstavka tega člena se medsebojno izključujejo.

(6) Pravica do vozička iz prvega, tretjega in četrtega odstavka tega člena vključuje pravico do dodatkov za voziček in nastavitve vozička, če to narekuje zdravstveno stanje zavarovane osebe.

(7) Motorično prizadeta zavarovana oseba, mlajša od 15 let, ki ima pravico do vozička iz prvega odstavka tega člena, ima pravico tudi do prilagojenega otroškega tricikla.

(8) Do vozička za otroka ima v primerih iz prvega in četrtega odstavka tega člena pravico zavarovana oseba s telesno težo do 40 kilogramov in telesno višino do 150 centimetrov. Voziček za otroka se ji zagotovi kot voziček na ročni pogon ali kot transportni voziček."

37. člen

74. člen se črta.

38. člen

V 76. členu se beseda "kadar" nadomesti z besedo "če", pred besedo "pripomočkov" pa se doda beseda "medicinskih".

39. člen

V 79. členu se 2. točka spremeni tako, da se glasi:

“2. z dioptrijo, če ima pravico do očal z dioptrijo in zaradi narave boleznih potrebuje tudi temna očala;”

40. člen

81. člen se spremeni tako, da se glasi:

“81. člen

Zavarovana oseba ima pravico do očal z organskimi stekli (plastika), če ima:

1. ametropijo z vsaj 5 dioptrijami;
2. ametropijo z vsaj 3 dioptrijami in je stara vsaj 7 let ter mlajša od 18 let;
3. ametropijo z vsaj 1 dioptrijo in je mlajša od 7 let.”

41. člen

Tretji odstavek 84. člena se spremeni tako, da se glasi:

“(3) Zavarovana oseba z izgubo vida iz 4. ali 5. kategorije poslabšanja vida (vidna ostrina z najboljšo možno korekcijo) po Mednarodni klasifikaciji bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (MKB–10), ki obvlada Braillovo pisavo, ima pravico do Braillovega pisalnega stroja ali Braillove vrstice, če je usposobljena za delo s tem medicinskim pripomočkom.”

42. člen

89. člen se spremeni tako, da se glasi:

“89. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do:

1. rokavic za poganjanje vozička;
2. usnjenih rokavic za zaščito prizadete roke ali prstov;
3. elastičnih rokavic, če po radikalni operaciji dojke roka močno zateka;
4. kilnega pasu pri inoperabilni umbilikalni, ingvinalni ali femoralni kili;
5. elastične kompresijske nogavice pri klinično manifestni obliki primarnega ali sekundarnega limfedema spodnjega uda, če jih predpiše ustrezni specialist;
6. zaščitne čelade, če gre za otroka z epilepsijo ali težko prizadetostjo;
7. setov za samoinjiciranje, brizg in igel;
8. urinskega katetra za enkratno uporabo.

(2) Zavarovana oseba s kolostomo, ileostomo ali urostomo ima pravico do:

1. vrečk za stomo ali vrečk za stomo z vgrajeno kožno podlago;
2. kožnih podlag (ploščic) za stomo, če uporablja vrečke brez vgrajene kožne podlage;
3. pasu za stomo;
4. prevlek za zbirno vrečko;
5. paste in prahu za nego kože;
6. medicinskih pripomočkov za irigacijo, to so irigacijski sistem s konusom, rokavnik in zamašek za stomo.

(3) Zavarovana oseba s traheostomo ima pravico do:

1. endotrahealne kanile (kovinske, plastične ali silikonske);
2. kanile z govorno valvulo;
3. traku za fiksacijo kanile;
4. kožne podlage za zaščito kože ob kanili;
5. filtra za traheostomo, če uporablja kanilo, ali do filtra za traheostomo za lepljenje na kožo, če ne uporablja kanile;
6. rutke za traheostomo;
7. ščitnika za traheostomo pri tuširanju.

(4) Zavarovana oseba z dihalnimi težavami ima pravico do:

1. merilca pretoka zraka pri stalnih dihalnih težavah;

2. nastavka z masko ali ustnika za dajanje zdravila, če je mlajša od 15 let in običajnega zdravila v obliki razpršila ne more uporabljati;

3. razpršilca zraka in zdravil (inhalatorja);
4. aspiratorja;
5. aspiracijskih katetrov;
6. katetrov za dovajanje kisika (nazalnih, binazalnih).

(5) Zavarovana oseba z inkontinenco urina ima pravico do:

1. urinal kondomov s potrebnimi dodatki in zbiralnika za seč (urinala),
2. stalnega urinskega katetra in vrečk za seč,
3. predlog, hlačnih predlog (plenic), posteljnih podlog za enkratno uporabo in fiksirnih hlačk ali
4. vpojnih in nepropustnih hlačk za večkratno uporabo.

(6) Zavarovana oseba z inkontinenco blata ima pravico do predlog, hlačnih predlog (plenic), posteljnih podlog za enkratno uporabo in fiksirnih hlačk.

(7) Zavarovana oseba ima pravico do naslednjih obvezilnih materialov za zdravstveno nego na domu, ki jo izvaja sama ali oseba, ki skrbi zanjo:

1. vate;
2. gaze;
3. setov;
4. krep povojev;
5. kompres;
6. vatirancev;
7. lepilnega traku za pritrditev.

(8) Zavarovana oseba ima pravico do raztopin za zdravstveno nego na domu, ki jo izvaja sama ali oseba, ki skrbi za njo.

(9) Zavarovana oseba z rakom v področju vratu ali glave ima pri kombinaciji zdravljenja s kemoterapijo in obsevanjem pravico do raztopine za zaščito ustne sluznice.

(10) Zavarovana oseba ima v času zdravljenja na domu pravico 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.”

43. člen

91. člen se spremeni, tako da se glasi:

“91. člen

(1) Zavarovana oseba s sladkorno boleznijo ima pravico do:

1. aparata za določanje glukoze v krvi;
2. diagnostičnih trakov za aparat za določanje glukoze v krvi;
3. testnih trakov za semikvantitativno (optično) določanje glukoze in ketonov v urinu;
4. prožilne naprave;
5. lancet za prožilno napravo;
6. inzulinske črpalke;
7. potrošnega materiala za inzulinsko črpalčko, ki obsega infuzijski set in ampulo;
8. sistema za kontinuirano merjenje glukoze, ki obsega senzorje, sprejemnik in oddajnik;
9. testnih trakov za semikvantitativno (optično) določanje glukoze v krvi;
10. največ treh mehanskih injektorjev;
11. igel za mehanski injektor.

(2) Če ima izbrana inzulinska črpalčka funkcijo aparata za določanje glukoze v krvi, ima zavarovana oseba pravico namesto diagnostičnih

trakov za aparat za določanje glukoze v krvi uveljaviti pravico do ustreznega števila diagnostičnih trakov za določanje glukoze v krvi za inzulinsko črpalko.“

44. člen

93. člen se črta.

45. člen

95. člen se spremeni, tako da se glasi:

“95. člen

Zavarovana oseba z dihalnimi težavami ima pravico do:

1. koncentratorja kisika ali drugega vira kisika;
2. aparata za vzdrževanje stalnega pritiska v dihalnih poteh (CPAP);
3. aparata za podporo dihanju s pozitivnim tlakom pri vdihu in izdihu (BIPAP);
4. aparata za mehanično ventilacijo – ventilatorja;
5. sistema za dovajanje tekočega kisika;
6. električnega masatorja pljuč;
7. medicinskega pripomočka za izkašljevanje z oscilirajočo PEEP valvulo;
8. medicinskega pripomočka za vzdrževanje pozitivnega tlaka med izdihom (PEEP valvule);
9. dihalnega balona;
10. pulznega oksimetra s pripadajočimi senzorji.“

46. člen

96. člen se črta.

47. člen

V 97. členu se:

- v 4. točki beseda “tricikli” nadomesti z besedo “trickel”;
- 16. točka spremeni, tako da se glasi:
- “16. inzulinsko črpalko, če gre za zavarovano osebo s sladkorno boleznijo, ki se zdravi z inzulinom pred načrtovano nosečnostjo, med nosečnostjo ali v času dojenja in ki nima dobro urejene sladkorne bolezni, vendar najdlje 18 mesecev;”;
- v 20. točki pika nadomesti s podpičjem in doda nova 21. točka, ki se glasi:

“21. vakuumsko opornico za zdravljenje rane na stopalu.“

48. člen

Za 97. členom se doda nov 97.a člen, ki se glasi:

“97.a člen

Pooblaščen zdravnik ob predpisu medicinskega pripomočka iz prejšnjega člena glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe in predvideni potek zdravljenja določi obdobje, za katero zavarovana oseba dobi medicinski pripomoček v izposojajo. Obdobje izposoje medicinskega pripomočka je lahko največ enako trajnostni dobi iz 115. člena oziroma obdobju iz 116. člena pravil.“

49. člen

Prvi odstavek 98. člena se spremeni tako, da se glasi:

- (1) Dobavitelji, ki izposojajo medicinske pripomočke iz prejšnjega člena:
 1. nabavljajo nove medicinske pripomočke;
 2. zbirajo od zavarovanih oseb rabljene medicinske pripomočke;
 3. medicinske pripomočke vzdržujejo, popravljajo, prilagodijo, očistijo in usposablajo za nadaljnjo uporabo;
 4. zagotavljajo obveznosti iz garancije v skladu s posebnim zakonom;

5. zagotavljajo funkcionalno ustrezne medicinske pripomočke.“

50. člen

Prvi odstavek 100. člena se spremeni tako, da se glasi:

(1) Zavarovana oseba vrne izposojeni medicinski pripomoček dobavitelju:

1. ko izteče obdobje, določeno za izposojajo;
2. če zavarovana oseba biva v zavodu iz 2. točke prvega odstavka 36. člena pravil in mora pripomoček zagotoviti tak zavod;
3. če ga ne potrebuje več;
4. če je zaradi razlogov iz drugega in tretjega odstavka 120. člena pravil postal funkcionalno neustrezen.“

51. člen

V tretjem odstavku 102. člena se v 4. točki beseda “zobnoproletične” nadomesti z besedo “zobno-proletične”.

52. člen

V prvem odstavku 103. člena se besedilo “12. alinee prve točke” nadomesti z besedilom “dvanajste alineje 1. točke”.

V tretjem odstavku se:

- v napovednem stavku besedilo “tega člena” črta;
- 8. točka spremeni tako, da se glasi:

“8. predlog, hlačnih predlog (plenici), posteljnih podlog za enkratno uporabo in fiksirnih hlač pri inkontinenci.“

53. člen

Naslov poglavja “VII. STANDARDI STORITEV, MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV IN MATERIALOV” se spremeni, tako da se glasi:

“VII. STANDARDI ZDRAVSTVENIH STORITEV, PRIPOMOČKOV IN ZOBNO-PROLETIČNIH PRIPOMOČKOV”.

54. člen

V 107. člen se v 1. točki za besedo “zdravila” doda besedilo “in živila”.

55. člen

108. člen se spremeni tako, da se glasi:

“108. člen

Storitve iz prvega odstavka 105. člena pravil štejejo v standard, če so opravljene ob delavnikih od 7. do 20. ure, kadar gre za nujno medicinsko pomoč, nujno zdravljenje ali reševalne prevoze pa tudi, če so opravljene:

- ob delavnikih od 20. do 7. ure naslednjega dne,
- od petka od 20. ure do ponedeljka do 7. ure zjutraj in
- ob praznikih.“

56. člen

Tretji odstavek 109. člena se spremeni tako, da se glasi:

“(3) Za standardne storitve po času uveljavljanja štejejo storitve, ki se opravijo v skladu z določbami o spoštovanju pacientovega časa na podlagi zakona, ki ureja pacientove pravice.“

57. člen

111. člen se spremeni tako, da se glasi:

“111. člen

(1) Standardi pri medicinskih pripomočkih so tiste zahteve, ki zagotavljajo funkcionalno ustreznost medicinskega pripomočka glede na določena zdravstvena stanja in druge pogoje iz drugega odstavka 64. člena pravil ter glede na njegovo višino iz 113. člena pravil.

(2) Standardi pri medicinskih pripomočkih so:

1. osnovne zahteve kakovosti, ki določajo materiale, ki zagotavljajo funkcionalno ustreznost medicinskega pripomočka in so dosegljivi na slovenskem trgu, ter druge zahteve, ki zagotavljajo funkcionalno ustreznost medicinskega pripomočka;
2. doba trajanja iz drugega odstavka 114. člena pravil.
- (3) Osnovne zahteve kakovosti za posamezne vrste medicinskih pripomočkov določi s splošnimi akti skupščina zavoda s soglasjem ministra, pristojnega za zdravje.
- (4) Posebne strokovne komisije pripravijo predlog osnovnih zahtev kakovosti in ugotavljajo njihovo izpolnjevanje pri artiklu po postopku, določenem v splošnem aktu iz šestega odstavka 64. člena pravil.
- (5) Sestavo, postopek imenovanja, organizacijo in način dela posebnih strokovnih komisij ter postopek priprave predlogov osnovnih zahtev kakovosti določi upravni odbor zavoda s splošnim aktom, ki se objavi na spletni strani zavoda.“

58. člen

112. člen se spremeni tako, da se glasi:

“112. člen

- (1) Standardni material zobozdravstvene storitve iz 28. člena pravil in zobno-protetičnega pripomočka iz 29. člena pravil je za:
 1. zalivko v vidnem sektorju – kompozitni material;
 2. zalivko v stranskem (transkaninem) sektorju, razen v primeru iz 3. točke tega odstavka – amalgam;
 3. zalivko v stranskem (transkaninem) sektorju na mlečnem zobu, na zobu otroka, mlajšega od 15 let, nosečnice in doječe matere – kompozitni material, amalgam pa le, če je to nujno potrebno zaradi zdravstvenih razlogov;
 4. vlitó zalivko – zlatopaladijeva zlitina, ki je najcenejša na slovenskem trgu;
 5. nazidek z zatičkom ali koreninska kapica z zatičkom – srebropaladijeva zlitina ali druga polžlahtna zlitina, ki je najcenejša na slovenskem trgu, pri čemer šteje za standard dva grama zlitine po členu;
 6. konfekcijski zatiček – z vlakni ojačan kompozit ali titan;
 7. prevleko in mostiček – srebropaladijeva zlitina ali druga polžlahtna zlitina, ki je najcenejša na slovenskem trgu, pri čemer šteje za standard dva grama zlitine po členu;
 8. dvojno prevleko – žlahtna zlitina, ki je najcenejša na slovenskem trgu, pri čemer šteje za standard štiri grame zlitine po konusni ali teleskopski prevleki (zunanja in notranja) in en gram po galvan-sko izdelani zunanji prevleki;
 9. zobno faseto prevleke in mostička ter umetno dlesen mostička – kompozitni material;
 10. protezo – akrilat;
 11. parodontalno podprto protezo – akrilat in ulita kovinska baza iz kobaltkromove ali podobne zlitine;
 12. zobje v protezi – akrilat in kompozitni material.
- (2) Standardni material zobnega vsadka iz 30. člena pravil in zobno-protetičnega pripomočka iz 32. člena pravil je za:
 1. zobni vsadek – titan in titanova zlitina, ki vsebuje vsaj 85 % ti-tana;
 2. prevleko in mostiček na zobnem vsadku – porcelan in kobalt kromova zlitina;
 3. zobno protezo na zobnih vsadkih – akrilat in ulita kovinska baza iz kobaltkromove ali podobne zlitine.
- (3) Standardni material zobno-protetičnega pripomočka iz prvega odstavka 33. člena pravil je za:
 1. obturator – akrilat in mehko obstojna silikonska polimera;

2. opornico – kovina za vlivno tehniko, akrilat ali silikon, odvisno od vrste in narave opornice.
- (4) Standardni material ortodonskega aparata iz četrtega odstavka 34. člena pravil je za:
 1. snemni ortodonski aparat – akrilat;
 2. nesnemni ortodonski aparat – konfekcijsko pripravljen kovinski in drug element.
- (5) Kadar iz zdravstvenih razlogov ni strokovno utemeljena upo-raba standardnega materiala iz prvega do četrtega odstavka tega člena je standardni material drug ustrezen material, ki zagotavlja funkcionalno ustreznost zobozdravstvene storitve in zobno-protetičnega pripomočka. Za zdravstveni razlog se šteje izkazana alergija na standardni material iz prvega do četrtega odstavka tega člena ali drug neželeni učinek tega materiala, ki ogroža zdravje za-varovane osebe, in se dokumentira v zdravstveni dokumentaciji za-varovane osebe.
- (6) Cena najcenejšega materiala na slovenskem trgu iz 4., 5., 7. in 8. točke prvega odstavka tega člena določi upravni odbor zavoda ali po njegovem pooblastilu generalni direktor zavoda s splošnim aktom, ki se objavi na spletni strani zavoda.“

59. člen

113. člen se spremeni tako, da se glasi:

“113. člen

- (1) Zavarovana oseba ima pravico do medicinskega pripomočka v višini:
 1. cenovnega standarda medicinskega pripomočka, ki je določen kot:
 - cenovni standard iz četrtega odstavka tega člena;
 - najvišja priznana cena iz petega odstavka tega člena;
 - dnevna izposojnina iz sedmega odstavka tega člena;
 2. cene, ki je dogovorjena kot:
 - pogodbeno cena iz šestega odstavka tega člena;
 - cena funkcionalno ustreznega medicinskega pripomočka iz osmega odstavka tega člena.
- (2) Višina iz prejšnjega odstavka se določi oziroma dogovori na podlagi izhodišč, določenih s splošnim aktom skupščine zavoda iz drugega odstavka 64. člena zakona, tako da:
 - cenovni standard iz četrtega, petega in sedmega odstavka tega člena določi ter pogodbeno ceno iz šestega odstavka tega člena dogovori upravni odbor zavoda ali po njegovem pooblastilu generalni direktor zavoda;
 - se cena funkcionalno ustreznega medicinskega pripomočka iz osmega odstavka tega člena dogovori v okviru postopka odločanja o pravici do tega medicinskega pripomočka.
- (3) Ne glede na prejšnji odstavek cenovni standard iz četrtega, petega in sedmega odstavka tega člena ter pogodbeno ceno iz šestega odstavka tega člena v primeru spremembe stopnje davka na dodano vrednost določi generalni direktor zavoda, upoštevajoč določbe splošnega akta skupščine zavoda iz drugega odstavka 64. člena zakona in novo stopnjo davka na dodano vrednost.
- (4) Cenovni standard se določi za:
 1. posamezne vrste medicinskih pripomočkov, ki se zagotavl-jajo z izdajo, ali za njihove sestavne dele, in vključuje v pravilih določeno obvezno kritje stroškov, ki jih plača zavarovana oseba;
 2. posamezne vrste medicinskih pripomočkov iz 97. člena pravil, ki se jim ne določi dnevna izposojnina, ker ta ni ekonomsko upravičena za zavod.

(5) Najvišja priznana cena se lahko določi v okviru cenovnega standarda iz 1. točke prejšnjega odstavka, in lahko velja za enega ali več artiklov.

(6) Pogodbena cena se lahko dogovori za artikle, ki se prilagodijo za zavarovano osebo in se zagotavljajo z izdajo, in za medicinske pripomočke, ki se izdelajo za posamezno zavarovano osebo.

(7) Dnevna izposojnina se določi za medicinske pripomočke iz 97. člena pravil, razen če je zanje določen cenovni standard v skladu z 2. točko četrtega odstavka tega člena. V okviru dnevne izposojnine zagotavlja dobavitelj zavarovani osebi funkcionalno ustrezne medicinske pripomočke, vzdrževanja, popravila in prilagoditve ter navodila za uporabo medicinskega pripomočka.

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

(9) Zavarovana oseba ima pravico do 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 artikla, vendar najdlje tri mesece od uveljavitve njegove prve oziroma nove vrednosti. Zavarovana oseba, ki uporablja artikel, katerega funkcija je dosežena z uporabo drugega artikla, ima po izteku roka iz prejšnjega stavka pravico do obeh artiklov.

60. člen

Naslov poglavja "VIII. TRAJNOSTNE DOBE MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV IN ZOBOZDRAVSTVENIH STORITEV" se spremeni tako, da se glasi

"VIII. DOBE TRAJANJA MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV TER DOBE TRAJANJA IN GARANCIJSKI ROK ZA ZOBOZDRAVSTVENE STORITVE IN ZOBNO-PROTETIČNE PRIPOMOČKE".

61. člen

114. člen se spremeni tako, da se glasi:

"114. člen

(1) Sestavni del standarda posamezne vrste medicinskega pripomočka je doba trajanja, ki je opredeljena kot:

1. trajnostna doba medicinskih pripomočkov iz 115. člena pravil,
2. obdobje in količina medicinskih pripomočkov, določenih v 116. členu pravil,
3. obdobje in količina medicinskih pripomočkov, ki ju določi pooblaščen zdravnik v skladu s 117. členom pravil, ali
4. enkratna pravica zavarovane osebe do medicinskih pripomočkov iz 118. člena pravil.

(2) Doba trajanja iz 1., 2. in 3. točke prejšnjega odstavka začne teči z dnem, ko zavarovana oseba prejme medicinski pripomoček.

(3) Zavarovana oseba nima pravice do medicinskega pripomočka pred iztekom dobe trajanja iz 1., 2. in 3. točke prvega odstavka tega člena, če je bil predhodno prejeti izgubljen, odtujen ali z neustreznim ravnanjem ali ravnanjem v nasprotju z navodili uničen, pokvarjen ali poškodovan."

62. člen

115. člen se spremeni tako, da se glasi:

"115. člen

(1) Trajnostna doba medicinskega pripomočka je odvisna od vrste medicinskega pripomočka in v določenih primerih od starosti zavarovane osebe.

(2) Zavarovana oseba ima pravico do naslednjih medicinskih pripomočkov, katerih trajnostna doba je odvisna od starosti zavarovane osebe in znaša:

Vrste medicinskih pripomočkov	Trajnostna doba glede na starost zavarovane osebe	
	mlajše od 18	vsaj 18 let
1. proteza za zgornji ud	10 mesecev	36 mesecev
2. proteza za spodnji ud	10 mesecev	24 mesecev
3. prva poskusna proteza za zgornji ud	5 mesecev	6 mesecev
4. prva poskusna proteza za spodnji ud	5 mesecev	6 mesecev
5. proteza za kopanje za spodnji ud	20 mesecev	60 mesecev
6. ortopedska obutev	8 mesecev	12 mesecev
7. bergle	12 mesecev	36 mesecev
8. nepodložene usnjene rokavice	12 mesecev	24 mesecev
9. kilni pas	8 mesecev	12 mesecev

(3) Zavarovana oseba ima pravico do naslednjih slušnih aparatov, katerih trajnostna doba znaša:

Medicinski pripomoček	Trajnostna doba
1. slušni aparat za zavarovane osebe, mlajše od 6 let	2 leti
2. slušni aparat za zavarovane osebe, stare vsaj 6 let in mlajše od 15 let	3 leta
3. slušni aparat za zavarovane osebe, stare vsaj 15 let	6 let
4. digitalni slušni aparat	5 let

(4) Zavarovana oseba ima pravico do naslednjih medicinskih pripomočkov za izboljšanje vida, katerih trajnostna doba znaša:

Medicinski pripomoček	Trajnostna doba
1. očala za zavarovane osebe, stare vsaj 15 let	2 leti
2. očala za zavarovane osebe, mlajše od 15 let, in očala za zavarovane osebe, stare vsaj 15 let, ki imajo ametropijo vsaj 10 dioptrij ali izgubo vida vsaj 90 %	1 leto
3. kontaktne leče za zavarovane osebe, stare vsaj 15 let	2 leti
4. kontaktne leče za zavarovane osebe, mlajše od 15 let, in kontaktne leče za zavarovane osebe, stare vsaj 15 let, ki imajo ametropijo vsaj 10 dioptrij ali izgubo vida vsaj 90 %	1 leto

(5) Zavarovana oseba ima pravico do naslednjih medicinskih pripomočkov, katerih trajnostna doba znaša:

Medicinski pripomoček	Trajnostna doba
1. Ortoze	
ščitniki za kolena in komolce	2 leti
ortoze	2 leti
ortoze za spodnje ude za zavarovane osebe, mlajše od 7 let	6 mesecev
ortoze za spodnje ude za zavarovane osebe, stare vsaj 7 let in mlajše od 18 let	10 mesecev
2. estetske proteze (epiteze)	
estetske proteze	1 leto
prsna proteza	1 leto
ortopedski nedrček za prsno protezo	1 leto
3. vozički in drugi pripomočki za gibanje, stojo in sedenje	
vozički in počivalniki	5 let
vozički in počivalniki za zavarovane osebe, ki so v delovnem razmerju ali opravljajo samostojno dejavnost, se redno šolajo ali so na rehabilitaciji	3 leta
električni skuter	5 let
akumulator	3 leta
prilagojeni otroški tricikel	5 let
toaletni stol	5 let
trapez za obračanje	10 let
hodulja, tri- ali štirinožna palica	3 leta
stojka	5 let
stolček za otroka z motorično prizadetostjo	5 let
terapevtski valji, žoge, blazine in gibalne deske	3 leta
posebni prenosni sedež s podvozjem	5 let

Medicinski pripomoček	Trajnostna doba
sobno dvigalo	10 let
dvigalo za kopalnico	10 let
4. medicinski pripomočki za slepoto in slabovidnost	
povečevalno steklo (lupa)	3 leta
očesne proteze iz stekla	1 leto
očesne proteze iz akrilata	5 let
predvajalnik zvočnih zapisov	5 let
bela palica za slepe	1 leto
ultrazvočna palica	3 leta
5. medicinski pripomočki za sluh in govor	
procesor za polžev vsadek	5 let
mikrofon za polžev vsadek	5 let
oddajnik za polžev vsadek	5 let
procesor za kostno usidrani slušni pripomoček	5 let
aparatus za boljše sporazumevanje (brežžični sistem s frekvenčno modulacijo)	5 let
aparatus za omogočanje glasnega govora	4 leta
6. drugi medicinski pripomočki	
elastične rokavice – predpišeta se lahko največ dva kosa	1 leto
elastične kompresijske nogavice – predpišeta se lahko največ dva kosa	1 leto
zaščitna čelada	1 leto
merilec pretoka zraka	5 let
nastavek z masko ali ustnik za dajanje zdravila	1 leto
razpršilec zraka in zdravil (inhalator)	5 let
aspirator	5 let
7. negovalna postelja	
negovalna postelja	10 let
varovalna posteljna ograja	10 let
posteljna mizica	10 let
prenosni nastavljeni hrbtni zaslon	10 let
blazina za preprečevanje preležanin (posteljna, sedežna, za ude)	3 leta
8. sanitarni medicinski pripomočki	
sedež za kopalno kad ali tuš kabino	10 let
nastavek za toaletno školjko	10 let
9. medicinski pripomočki pri zdravljenju sladkorne bolezni	
aparatus za določanje glukoze v krvi	5 let
inzulinska črpalka	4 let
prožilna naprava za lancete	3 leta
mehanski injektor	3 leta
10. električni stimulatorji, dihalni medicinski pripomočki in aparati	
električni stimulator	3 leta
elektrode za rektalno in vaginalno stimulacijo	3 leta
koncentrator kisika	6 let
aparatus za vzdrževanje stalnega pritiska v dihalnih poteh (CPAP)	2 leti
ventilator	8 let
sistem za dovajanje tekočega kisika	1 leto
aparatus za podporo dihanju s pozitivnim tlakom ob vdihu in izdihu (BIPAP)	2 leti
električni masator pljuč	8 let
medicinski pripomoček za izkašljevanje z oscilirajočo PEEP valvulo	3 leta
medicinski pripomoček za vzdrževanje pozitivnega tlaka med izdihom (PEEP valvula)	3 leta
dihalni balon	7 let
pulzni oksimeter	18 mesecev

(6) Zavarovana oseba, ki ima pravico do kontaktnih leč (enega para ali ene leče), lahko uveljavlja enkratno povračilo stroškov tudi za večje število kontaktnih leč, katerih življenjska doba je krajša od trajnostne dobe, vendar le v okviru cenovnega standarda za en par ali eno lečo.“

63. člen

116. člen se spremeni tako, da se glasi:

“116. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do naslednjih medicinskih pripomočkov, ki se lahko predpišejo v določenih količinah za določeno obdobje:

	Medicinski pripomoček	KOLIČINA največ	OBDOBJE najmanj
1.	navleka za funkcionalno električno stimulacijo	1 kos	90 dni
2.	vakuumska opornica za zdravljenje rane na stopalu	1 kos	90 dni
3.	priključki za funkcionalno električno stimulacijo	1 kos	180 dni
4.	irigacijski sistem s konusom	1 kos	180 dni
5.	stalni urinski kateter iz lateksa	1 kos	14 dni
6.	stalni urinski kateter iz silikona	1 kos	42 dni
7.	posteljne podloge, predloge, hlačne predloge (plenice) za enkratno uporabo	90 kosov	30 dni
8.	vpojne in nepropustne hlačke	7 kosov	180 dni
9.	fiksne hlačke	1 kos	30 dni
10.	oddajnik za sistem za kontinuirano merjenje glukoze	1 kos	365 dni
11.	sprejemnik rezultatov kontinuiranega merjenja glukoze	1 kos	3 leta
12.	senzor za sistem za kontinuirano merjenje glukoze	40 kosov	365 dni
13.	kateter za dovajanje kisika	1 kos	30 dni
14.	kateter za dovajanje kisika za zavarovane osebe, mlajše od 5 let	1 kos	7 dni
15.	endotrahealna kanila kovinska	1 kos	180 dni
16.	endotrahealna kanila plastična	1 kos	30 dni
17.	endotrahealna kanila silikonska	1 kos	30 dni
18.	kanila z govorno valvulo	1 kos	120 dni
19.	kožne podlage za zaščito kože ob kanilih pri traheostomi	30 kosov	30 dni
20.	filtri za traheostomo za kanilo	30 kosov	30 dni
21.	filtri za traheostomo za lepljenje na kožo, če nima kanile	30 kosov	30 dni
22.	rutke za traheostomo	5 kosov	365 dni
23.	trak za fiksacijo kanile pri traheostomi	2 kosa	30 dni
24.	ščitnik za traheostomo pri tuširanju	1 kos	365 dni
25.	rokavice za poganjanje vozička	1 kos	30 dni
26.	usnjene rokavice za zaščito prizadete roke ali prstov	1 kos	365 dni
27.	navleke za krm	6 kosov	60 dni
28.	vrvice za en polžev vsadek	3 kosi	180 dni
29.	raztopina za zaščito ustne sluznice	3 odmerki dnevno	63 dni
30.	senzor za pulzni oksimeter za večkratno uporabo	1 kos	365 dni
31.	senzori za pulzni oksimeter za lepljenje na kožo pri zavarovani osebi, mlajši od 3 let	3 kosi	30 dni
32.	vakuumski zbirnik za plevralno drenažo	2 kosa	7 dni
33.	izravnalni podplat	1 kos	365 dni

(2) Pri predpisovanju medicinskih pripomočkov iz prejšnjega odstavka, za katere je določeno obdobje do 90 dni, se lahko predpiše količina medicinskih pripomočkov, ki je potrebna za obdobje 90 dni, razen medicinskega pripomočka iz 32. točke preglednice iz prejšnjega odstavka, ki se ga lahko predpiše največ deset kosov.

(3) Ne glede na 7. točko preglednice iz prvega odstavka tega člena se lahko predpiše največ en kos nočnih hlačnih predlog (plenic) za enkratno uporabo na dan.

(4) Pooblaščen zdravnik izda naročilnico za novo količino istovrstnega ali za drugo vrsto medicinskega pripomočka iz prvega odstavka tega člena, če ugotovi, da je pri zavarovani osebi pred

iztekem obdobja prišlo do takšne spremembe zdravstvenega stanja, zaradi katere je treba predpisati tak medicinski pripomoček.“

64. člen

117. člen se spremeni tako, da se glasi:

“117. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do naslednjih medicinskih pripomočkov, za katere potrebno količino in obdobje določi pooblaščen zdravnik v skladu s strokovno doktrino glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe:

1. setov za samoinjiciranje, brizg in igel;
2. urinskega katetra za enkratno uporabo, vrečke za seč, urinal kondoma in zbiralnika za seč (urinala);
3. medicinskih pripomočkov iz drugega odstavka 89. člena pravil, razen irigacijskega sistema s konusom;
4. aspiracijskih katetrov;
5. obvezilnih materialov in raztopin za zdravstveno nego na domu iz sedmega in osmega odstavka 89. člena pravil;
6. diagnostičnih trakov za aparat za določanje glukoze v krvi;
7. testnih trakov za semikvantitativno (optično) določanje glukoze in ketonov v urinu;
8. testnih trakov za semikvantitativno (optično) določanje glukoze v krvi;
9. lancet za prožilno napravo;
10. igel za mehanski injektor;
11. potrošnega materiala za inzulinško črpalko.

(2) Količina medicinskega pripomočka iz prejšnjega odstavka je lahko predpisana za obdobje, ki ni daljše od 90 dni.

(3) Pooblaščen zdravnik lahko v skladu s prvim odstavkom tega člena pred iztekem obdobja iz prejšnjega odstavka predpiše novo količino medicinskega pripomočka iste vrste.“

65. člen

118. člen se spremeni tako, da se glasi:

“118. člen

Zavarovana oseba ima pravico do naslednjih medicinskih pripomočkov, ki so enkratna pravica zavarovane osebe:

1. Braillov pisalni stroj;
2. Braillova vrstica;
3. začasna prsna proteza.“

66. člen

119. člen se spremeni tako, da se glasi:

“119. člen

(1) Pooblaščen zdravnik lahko pri stabilnih kroničnih zdravstvenih stanjih, pri katerih je potrebna dolgotrajna uporaba medicinskega pripomočka, izda obnovljivo naročilnico, na katero predpiše količino za obdobje 90 dni.

(2) Obnovljiva naročilnica je veljavna eno leto od datuma možnega prejema, ki je naveden na naročilnici. Na podlagi obnovljive naročilnice so predvidene štiri izdaje medicinskih pripomočkov, in sicer tako, da zavarovana oseba opravi prvi prejem medicinskih pripomočkov najpozneje v 30 dneh od datuma možnega prejema, sicer obnovljiva naročilnica ni več veljavna. Nova obnovljiva naročilnica se lahko izda največ 30 dni pred iztekem veljavnosti prejšnje.

(3) Upravni odbor zavoda s splošnim aktom, ki se objavi na spletni strani zavoda, določi medicinske pripomočke, ki se lahko predpišejo na obnovljivo naročilnico, ter zdravstvena stanja in druge pogoje, pri katerih se ti lahko predpišejo na obnovljivo naročilnico, in sicer

med medicinskimi pripomočki, zdravstvenimi stanji in drugimi pogoji, ki so določeni s splošnim aktom iz drugega odstavka 64. člena pravil.

(4) 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.“

67. člen

120. člen se spremeni tako, da se glasi:

“120. člen

(1) Pred iztekem trajnostne dobe medicinskega pripomočka ima zavarovana oseba pravico do prilagoditve medicinskega pripomočka, ki ga je nazadnje prejela kot pravico, in sicer v skupni višini največ 50 % vrednosti prejetega medicinskega pripomočka, pri protezah udov pa največ 70 % vrednosti prejetega medicinskega pripomočka.

(2) Pred iztekem trajnostne dobe medicinskega pripomočka ima zavarovana oseba pravico do novega medicinskega pripomočka, če imenovani zdravnik ugotovi, da je medicinski pripomoček, ki ga je zavarovana oseba nazadnje prejela kot pravico, postal funkcionalno neustrezen zaradi anatomskih ali funkcionalnih sprememb pri zavarovani osebi. V primeru medicinskega pripomočka iz prvega odstavka 66. člena pravil ima zavarovana oseba pravico iz prejšnjega stavka ob dodatnem pogoju, da medicinskega pripomočka, ki ga je zavarovana oseba nazadnje prejela kot pravico, ni mogoče niti popraviti v skladu s 66. členom pravil niti prilagoditi v skladu s prejšnjim odstavkom.

(3) Po izteku trajnostne dobe medicinskega pripomočka ima zavarovana oseba pravico do novega medicinskega pripomočka, če pooblaščen oziroma imenovani zdravnik ugotovi, da je medicinski pripomoček, ki ga je zavarovana oseba nazadnje prejela kot pravico, postal funkcionalno neustrezen.“

68. člen

121. člen se spremeni tako, da se glasi:

“121. člen

(1) Sestavni del standarda zobozdravstvenih storitev in zobno-protetičnih pripomočkov je doba trajanja, ki je opredeljena kot:

1. trajnostna doba;
2. enkratna pravica do zobno-protetične rehabilitacije s pomočjo zobnih vsadkov pri enakem zdravstvenem stanju zavarovane osebe.

(2) Trajnostna doba zobozdravstvenih storitev in zobno-protetičnih pripomočkov znaša za:

- | | |
|-------------------------------------|---------|
| 1. zalivko | 3 leta; |
| 2. vlito zalivko | 5 let; |
| 3. koreninsko kapico z zatičkom | 5 let; |
| 4. nazidek z zatičkom | 7 let; |
| 5. prevleko | 7 let; |
| 6. mostiček | 7 let; |
| 7. delno protezo z akrilatno bazo | 3 leta; |
| 8. totalno protezo z akrilatno bazo | 5 let; |
| 9. protezo z ulito kovinsko bazo | 7 let; |
| 10. opornico | 3 leta. |

(3) Trajnostna doba zobozdravstvenih storitev in zobno-protetičnih pripomočkov začne teči od dneva opravljene zobozdravstvene storitve oziroma od dneva, ko zavarovana oseba prejme zobno-protetični pripomoček.“

69. člen

122. člen se spremeni tako, da se glasi:

“122. člen

(1) Sestavni del standarda zobozdravstvenih storitev in zobno-protetičnih pripomočkov je njihov garancijski rok, ki znaša za:

- | | |
|---------------------------------|------------|
| 1. zalivko | 9 mesecev; |
| 2. vlito zalivko | 1 leto; |
| 3. koreninsko kapico z zatičkom | 1 leto; |
| 4. nazidek z zatičkom | 1 leto; |
| 5. prevleko | 1 leto; |
| 6. mostiček | 1 leto; |
| 7. protezo | 1 leto; |
| 8. opornico | 6 mesecev. |

(2) Ne glede na 1. točko prejšnjega odstavka ni garancijskega roka za zalivke na mlečnih zobeh pri predšolskih otrocih.

(3) Garancijski rok za storitev vsaditve zobnega vsadka znaša dve leti, razen če garancijski rok za zobno-protetični pripomoček na zobnem vsadku izteče pozneje. V tem primeru garancijski rok za storitev vsaditve zobnega vsadka izteče z iztekom garancijskega roka za zobno-protetični pripomoček na zobnem vsadku.

(4) Garancijski rok zobozdravstvenih storitev in zobno-protetičnih pripomočkov začne teči od dneva opravljene zobozdravstvene storitve oziroma od dneva, ko zavarovana oseba prejme zobno-protetični pripomoček.

(5) Če postane v garancijskem roku zobno-protetični pripomoček, ki ga je zavarovana oseba nazadnje prejela kot pravico, funkcionalno neustrezen zaradi anatomskih ali funkcionalnih sprememb pri zavarovani osebi, ki jih ni bilo mogoče vnaprej predvideti, ima zavarovana oseba v garancijskem roku pravico do:

- popravlil in prilagoditev zobno-protetičnega pripomočka v skupni višini največ 50 % vrednosti prejetega zobno-protetičnega pripomočka, pri čemer se stroški popravil in prilagoditev zobno-protetičnega pripomočka zaradi navedenega razloga v garancijskem roku seštevajo;
- novega zobno-protetičnega pripomočka, če skupni stroški popravil in prilagoditev zobno-protetičnega pripomočka presežejo 50 % vrednosti iz prejšnje točke.

(6) Razen v primeru iz prejšnjega odstavka izvajalec krije stroške popravil in prilagoditev zobno-protetičnega pripomočka ter novega zobno-protetičnega pripomočka v garancijskem roku.

(7) Peti in šesti odstavek tega člena se smiselno uporabljata za zobozdravstvene storitve.“

70. člen

123. člen se spremeni tako, da se glasi:

“123. člen

(1) Če postane po izteku garancijskega roka iz prejšnjega člena in pred iztekom trajnostne dobe iz 121. člena pravil zobno-protetični pripomoček, ki ga je zavarovana oseba nazadnje prejela kot pravico, funkcionalno neustrezen zaradi anatomskih ali funkcionalnih sprememb pri zavarovani osebi, ima zavarovana oseba v tem obdobju pravico do:

- popravlil in prilagoditev zobno-protetičnega pripomočka v skupni višini največ 50 % vrednosti prejetega zobno-protetičnega pripomočka, pri čemer se stroški popravil in prilagoditev zobno-protetičnega pripomočka zaradi navedenega razloga v tem obdobju seštevajo;
- novega zobno-protetičnega pripomočka, če skupni stroški popravil in prilagoditev zobno-protetičnega pripomočka presežejo 50 % vrednosti iz prejšnje točke ter anatomskih in funkcionalnih

sprememb pri zavarovani osebi ni bilo mogoče vnaprej predvideti.

(2) Po izteku trajnostne dobe iz 121. člena pravil ima zavarovana oseba pravico do novega zobno-protetičnega pripomočka, če pooblaščen zdravnik ugotovi, da je zobno-protetični pripomoček, ki ga je zavarovana oseba nazadnje prejela kot pravico, funkcionalno neustrezen.

(3) Prvi in drugi odstavek tega člena se smiselno uporabljata za zobozdravstvene storitve.

(4) Zavarovana oseba nima pravice do popravil in prilagoditev zobno-protetičnega pripomočka in novega zobno-protetičnega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe zobno-protetičnega pripomočka, če je ta izgubljen, odtujen, uničen ali poškodovan zaradi neustreznega ravnanja ali ravnanja v nasprotju z navodili.“

71. člen

V 124. členu se za besedo “medicinskega” doda besedilo “in zobno-protetičnega”.

72. člen

V 125. členu se v 1. točki besedilo “zobno-protetične fiksne in snemne nadomestke” nadomesti z besedilom “zobno-protetične fiksne in snemne pripomočke”.

73. člen

V 135. členu se za besedilom člena, ki se označi kot prvi odstavek, doda nov drugi odstavek, ki se glasi:

“(2) Račun za zdravstveno storitev iz 135.a do 136. člena pravil, izstavljen v tuji valuti, se preračuna v eure po referenčnem tečaju Evropske centralne banke oziroma mesečni tečajnici Banke Slovenije, za tečaje, za katere Evropska centralna banka ne objavlja referenčnih tečajev, veljavnem na dan izstavitve računa.“

74. člen

Drugi odstavek 135.a člena se spremeni tako, da se glasi:

“(2) V primeru iz prejšnjega odstavka ima pravico do spremstva med pregledom, preiskavo ali zdravljenjem v tujini:

- zavarovana oseba, do dopolnjenega 18. leta starosti;
- zavarovana oseba, katere zdravstveno stanje zahteva spremstvo.“

75. člen

Drugi odstavek 135.b člena se spremeni tako, da se glasi:

“(2) V primeru iz prejšnjega odstavka ima pravico do spremstva med pregledom, preiskavo ali zdravljenjem v državi članici Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora in Švicarski konfederaciji:

- zavarovana oseba, do dopolnjenega 18. leta starosti;
- zavarovana oseba, katere zdravstveno stanje zahteva spremstvo.“

V tretjem odstavku se besedi “nadomestkov” nadomestita z besedo “pripomočkov”.

Četrti odstavek se spremeni tako, da se glasi:

“(4) Če je predmet povračila stroškov zdravstvenih storitev iz prvega odstavka tega člena izdelava zobno-protetičnih pripomočkov, pred njihovo izdelavo ni treba zahtevati potrditve 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 pripomočkov tudi ob upoštevanju 188. člena pravil.“

76. člen

V prvem odstavku 135.c člena se:

- v četrti alineji beseda "upravičenosti" nadomesti z besedo "pravici";
- v šesti alineji besedilo "receptnega obrazca" nadomesti z besedilom "recepta EU".

V drugem odstavku se besedilo "ni upravičena" nadomesti z besedilom "nima pravice".

Peti odstavek se spremeni tako, da se glasi:

"(5) Če je predmet povračila stroškov zdravstvenih storitev iz prve alineje prvega odstavka tega člena izdelava zobno-protetičnih pripomočkov pri specialistu za stomatološko protetiko, pred njihovo izdelavo ni treba zahtevati potrditve 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 pripomočkov tudi ob upoštevanju 188. člena pravil."

V sedmem odstavku se beseda "petega" nadomesti z besedilom "osmega oziroma devetega".

77. člen

V tretjem odstavku 135.d člena se beseda "upravičenosti" nadomesti z besedo "pravici".

Peti odstavek se črta.

Šesti odstavek se spremeni tako, da se glasi:

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

Osmi odstavek se spremeni tako, da se glasi:

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

78. člen

135.e člen se spremeni tako, da se glasi:

"135.e člen

(1) Če želi zavarovana oseba v skladu s 135.c členom pravil uveljaviti pravico do zdravila na recept na prednatisnjeni listini (v nadaljnjem besedilu: recept na papirnati listini), lahko zahteva, da se ta predpiše:

1. ob predpisu zdravila namesto elektronskega recepta;
2. po predpisu elektronskega recepta, če na ta recept še ni izdana predpisana količina zdravila in predpis recepta na papirnati listini zahteva v roku iz drugega ali tretjega odstavka 204. člena pravil ali v obdobju veljavnosti obnovljivega recepta, ki teče od predpisa elektronskega recepta.

(2) Recept na papirnati listini iz 2. točke prejšnjega odstavka predpiše zdravnik, ki je predpisal elektronski recept, ali namesto njega splošni osebni zdravnik oziroma osebni otroški zdravnik. Pooblaščen zdravnik ob predpisu recepta na papirnati listini nanj pripiše številko elektronskega recepta, namesto katerega izdaja recept na papirnati listini in sočasno razveljavi elektronski recept. V tem primeru začne teči rok za nakup zdravila v primeru iz 1. točke tretjega odstavka tega člena in rok za vložitev zahteve

za predhodno odobritev zavoda iz petega odstavka tega člena od predpisa elektronskega recepta.

(3) Če zdravilo ni uvrščeno na seznam zdravstvenih storitev iz sedmega odstavka 44.c člena zakona, ima zavarovana oseba pravico do povračila stroškov vrednosti zdravila, če ga je kupila:

1. v drugi državi članici EU na podlagi recepta;
2. v Republiki Sloveniji ali drugi državi članici EU na podlagi recepta EU.

(4) Če je zdravilo uvrščeno na seznam zdravstvenih storitev iz sedmega odstavka 44.c člena zakona, ima zavarovana oseba pravico do povračila stroškov vrednosti zdravila, če ga je kupila:

1. v Republiki Sloveniji na podlagi recepta EU;
2. v drugi državi članici EU na podlagi predhodne odobritve zavoda. Predhodna odobritev zavoda ni potrebna, če so izpolnjeni pogoji iz 135.f člena pravil.

(5) Postopek predhodne odobritve zavoda se začne na podlagi zahteve, ki jo zavarovana oseba na podlagi recepta ali recepta EU vloži v roku iz drugega ali tretjega odstavka 204. člena pravil ali v obdobju veljavnosti obnovljivega recepta. Rok za nakup zdravila začne teči od dokončnosti odločitve v postopku predhodne odobritve zavoda.

(6) Kljub vloženi zahtevi za predhodno odobritev zavoda ali na njeni podlagi izdani odločitvi iz prejšnjega odstavka lahko zavarovana oseba v roku za nakup zdravila iz prejšnjega odstavka uveljavi pravico do zdravila na recept ali recept EU v lekarni v Republiki Sloveniji tako, da prevzame zdravilo na podlagi recepta, oziroma kupi zdravilo na podlagi recepta EU in zahteva povračilo stroškov njegove vrednosti. Zavarovana oseba lahko uveljavi pravico iz prejšnjega stavka po izteku roka iz drugega ali tretjega odstavka 204. člena pravil ali obdobju veljavnosti obnovljivega recepta, če lekarni predloži dokončno odločitev v postopku predhodne odobritve zavoda, katere številko in datum izdaje farmacevt kot opombo vpiše v elektronski recept ali na recept na papirnati listini.

(7) V primeru iz tega člena mora biti zdravilo predpisano na recept oziroma recept EU in izdano v skladu s splošnimi akti zavoda.

(8) Stroški vrednosti zdravila iz tega člena se zavarovani osebi povrnejo do višine iz 60. člena pravil, vendar ne več, kot so dejanski stroški.

(9) Določbe tega člena se smiselno uporabljajo za uveljavljanje pravice do živil na recept.

(10) Če zavarovana oseba uveljavi pravico iz tega člena na podlagi elektronskega recepta, uradna oseba zavoda razveljavi ta elektronski recept ob izdaji odločbe, s katero se ugodi zahtevi za povračilo stroškov vrednosti zdravila ali živila."

79. člen

135.f člen se spremeni tako, da se glasi:

"135.f člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov zdravila na recept, ki ga je kupila v tujini, če:

1. lekarna v Republiki Sloveniji izda potrdilo o deficitarnosti zdravila, s katerim potrdi, da zavarovani osebi v roku iz drugega ali tretjega odstavka 204. člena pravil ali v obdobju veljavnosti obnovljivega recepta ni bilo mogoče izdati zdravila v lekarni v Republiki Sloveniji zaradi motnje v preskrbi in zdravila ni bilo mogoče zamenjati z drugim zdravilom in
2. je zavarovana oseba kupila zdravilo v tujini najpozneje v 14 dneh po roku iz prejšnje točke.

(2) Če želi zavarovana oseba v skladu s prejšnjim odstavkom uveljaviti pravico do zdravila na recept na papirnati listini, lahko zahteva njegov predpis:

1. ob predpisu zdravila namesto elektronskega recepta;
2. po predpisu elektronskega recepta, če na ta recept še ni izdana predpisana količina zdravila in predpis recepta na papirnati listini zahteva v roku iz drugega ali tretjega odstavka 204. člena pravil ali v obdobju veljavnosti obnovljivega recepta, ki teče od predpisa elektronskega recepta.

(3) Recept na papirnati listini iz 2. točke prejšnjega odstavka predpiše zdravnik, ki je predpisal elektronski recept, ali namesto njega splošni osebni zdravnik oziroma osebni otroški zdravnik. Pooblaščen zdravnik ob predpisu recepta na papirnati listini nanj pripiše številko elektronskega recepta, namesto katerega izdaja recept na papirnati listini in sočasno razveljavi elektronski recept. V tem primeru teče rok iz 2. točke prvega odstavka tega člena od predpisa elektronskega recepta.

(4) Na podlagi recepta in potrdila o deficitarnosti zdravila ima zavarovana oseba tudi pravico prevzeti zdravilo v lekarni v Republiki Sloveniji v roku iz 2. točke prvega odstavka tega člena. Potrdilo o deficitarnosti zdravila v papirnati obliki lekarna shrani skupaj z receptom.

(5) V primeru iz tega člena mora biti zdravilo predpisano na recept in izdano v skladu s splošnimi akti zavoda.

(6) Določbe tega člena se smiselno uporabljajo, če je zdravilo predpisano na recept EU.

(7) Stroški vrednosti zdravila iz tega člena se zavarovani osebi povrnejo do višine dejanskih stroškov v državi, v kateri je kupljeno.

(8) Določbe tega člena se smiselno uporabljajo za uveljavljanje pravice do živil na recept.

(9) Če zavarovana oseba uveljavi pravico iz tega člena na podlagi elektronskega recepta, uradna oseba zavoda razveljavi ta elektronski recept ob izdaji odločbe, s katero se ugotovi zahtevi za povračilo stroškov vrednosti zdravila ali živila.“

80. člen

V prvem odstavku 137. člena se v 1. točki za besedo "zdravnik" dodata vejica in besedilo "spremnstva iz drugega odstavka 135.a člena in drugega odstavka 135.b člena pravil".

81. člen

V 138. členu se za prvim odstavkom doda nov drugi odstavek, ki se glasi:

"(2) Šteje se, da ima zavarovanec, ki je sam zavezanec za plačilo prispevka, tedensko delovno obveznost razporejeno na pet delovnih dni od ponedeljka do petka."

Dosedanji drugi do peti odstavek postanejo tretji do šesti odstavek.

V novem sedmem odstavku se besedilo "in iz drugega odstavka 135.a ali drugega odstavka 135.b člena" črta.

82. člen

153. člen se spremeni tako, da se glasi:

"153. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do povračila potnih stroškov, kadar uveljavlja pravice iz 1., 2. in 3. točke prvega odstavka 23. člena zakona, če:

1. mora potovati k izvajalcu v drug kraj, ker v kraju zaposlitve ali prebivališča zavarovane osebe ni izvajalca;
2. jo izvajalec ali zavod napoti ali pokliče v kraj zunaj kraja zaposlitve ali prebivališča zavarovane osebe.

(2) Zavarovana oseba ima pravico do povračila potnih stroškov iz prejšnjega odstavka za potovanje do najbližjega izvajalca, pri čemer potni stroški obsegajo:

1. prevozne stroške ter
2. stroške prehrane in nastanitve med potovanjem in bivanjem v drugem kraju."

83. člen

154. člen se spremeni tako, da se glasi:

"154. člen

(1) V primeru iz prejšnjega člena ima zavarovana oseba, ki uveljavlja zdravstveno storitev v Republiki Sloveniji, pravico do povračila prevoznih stroškov za najkrajšo razdaljo do najbližjega izvajalca v višini:

1. cene javnega prevoza, ki ni avtotaksi prevoz, kot izhaja iz vozne karte ali drugega dokazila o njegovem plačilu,
2. cene avtotaksi prevoza, kot izhaja iz dokazila o njegovem plačilu, vendar ne več kot bi znašala kilometrino iz 3. točke tega odstavka, ali
3. kilometrine, ki je enaka ceni 10 % cene litra neosvinčenega motornega bencina – 95 oktanov, veljavni v času potovanja, če je potovala z osebnim vozilom, z javnim ali avtotaksi prevozom, za katerega ni predložila vozne karte ali drugega dokazila o njegovem plačilu.

(2) V primerih iz prejšnjega odstavka se obračun prevoznih stroškov za potovanja, opravljena v istem mesecu, zmanjša za 3 % minimalne plače, veljavne v mesecu opravljenega potovanja.

(3) Spremljevalec zavarovane osebe, ki ji je odobreno spremstvo kot pravica, ima pravico do povračila prevoznih stroškov za najkrajšo razdaljo do najbližjega izvajalca:

1. ko potuje z zavarovano osebo v času spremljanja z javnim prevozom, ki ni avtotaksi prevoz, za razdaljo od prebivališča zavarovane osebe do izvajalca in nazaj;
2. ko potuje sam od izvajalca, h kateremu je spremljal zavarovano osebo, za razdaljo od izvajalca do prebivališča zavarovane osebe, in ko potuje k izvajalcu po zavarovano osebo za razdaljo od prebivališča zavarovane osebe do izvajalca.

(4) Spremljevalec ima v primeru potovanja iz prejšnjega odstavka pravico do povračila prevoznih stroškov v višini, kot izhaja iz vozne karte, če potuje z javnim prevozom, ki ni avtotaksi prevoz, v drugih primerih pa v višini iz prvega in drugega odstavka tega člena. Če zavarovana oseba in spremljevalec skupaj potujeta k izvajalcu z osebnim vozilom ali avtotaksi prevozom, se skupni prevozni strošek povrne zavarovani osebi v višini enkratnega zneska.

(5) Če je spremljevalec iz tretjega odstavka tega člena zdravnik ali drug zdravstveni delavec, velja za povračilo prevoznih stroškov ureditve te pravice v zdravstvenem zavodu, v katerem dela zdravnik ali drug zdravstveni delavec, pri čemer plačilo teh stroškov bremeni materialne stroške izvajalca."

84. člen

155. člen se spremeni tako, da se glasi:

"155. člen

(1) Zavarovana oseba, ki uveljavlja pravico iz prvega odstavka 135.a ali prvega odstavka 135.b člena pravil, in spremljevalec zavarovane osebe, ki ji je odobreno spremstvo kot pravica, imata pravico do povračila prevoznih stroškov v skladu s 153. in 154. členom pravil.

(2) Ne glede na 2. točko prvega odstavka prejšnjega člena se zavarovani osebi in spremljevalcu iz prejšnjega odstavka povrnejo prevozni stroški avtotaksi prevoza v višini njegove cene, kot izhaja iz predloženega dokazila o njegovem plačilu in ob upoštevanju drugega odstavka prejšnjega člena.

(3) Zavarovana oseba in spremljevalec iz prvega odstavka tega člena imata v primeru pravice do povračila stroškov nastanitve iz 156.a člena pravil tudi pravico do povračila prevoznih stroškov za najkrajšo razdaljo od naslova nastanitve do izvajalca in nazaj v višini iz prejšnjega člena in ob upoštevanju prejšnjega odstavka.”

85. člen

156. člen se spremeni tako, da se glasi:

“156. člen

(1) V primeru iz 153. člena pravil ima zavarovana oseba, ki je napotena k izvajalcu v Republiki Sloveniji, pravico do povračila stroškov prehrane v višini dnevnice, ki se izplačuje javnim uslužbencem v organih državne uprave, če je odsotna iz svojega prebivališča nad 12 do 24 ur in ji ni zagotovljena prehrana v okviru zdravstvene storitve. V primeru iz prejšnjega stavka se dnevnicca izplača za 24 ur, ob upoštevanju njene vrednosti na posamezen dan odsotnosti.

(2) V primeru iz 153. člena pravil ima zavarovana oseba, ki mora zaradi napotitve k izvajalcu v Republiki Sloveniji bivati v drugem kraju, pravico do povračila stroškov nastanitve za nočitev v višini dejanskih stroškov, vendar ne več kot znaša trikratna vrednost dnevnice iz prejšnjega odstavka, če ji ni zagotovljena nočitev v okviru zdravstvene storitve.

(3) Spremljevalec zavarovane osebe, ki ji je odobreno spremstvo kot pravica, ima pravico do povračila stroškov prehrane in nastanitve iz prvega in drugega odstavka tega člena. Če je spremljevalec zdravnik ali drug zdravstveni delavec, velja za povračilo stroškov prehrane in nastanitve ureditev te pravice v zdravstvenem zavodu, v katerem dela zdravnik ali drug zdravstveni delavec, pri čemer plačilo teh stroškov bremeni materialne stroške izvajalca.

(4) Povračilo stroškov za otroka, starega do sedem let, znaša polovico zneska iz prvega in drugega odstavka tega člena.”

86. člen

Za 156. členom se doda nov 156.a člen, ki se glasi:

“156.a člen

(1) Zavarovana oseba, ki uveljavlja pravico iz prvega odstavka 135.a ali prvega odstavka 135.b člena pravil, ima pravico do povračila stroškov prehrane v višini dnevnicca, ki se izplačuje javnim uslužbencem v organih državne uprave za službena potovanja v tujino, če je odsotna iz svojega prebivališča nad 12 do 24 ur in ji ni zagotovljena prehrana v okviru zdravstvene storitve v tujini. V primeru iz prejšnjega stavka se dnevnicca izplača za 24 ur, ob upoštevanju njene vrednosti na posamezen dan odsotnosti zavarovane osebe, pri čemer se za izplačilo dnevnice za vsakih 24 ur ugotavlja:

1. če zavarovani osebi ni bila zagotovljena prehrana v tujini – za skupen čas odsotnosti zavarovane osebe iz prebivališča zavarovane osebe, ki se izračuna v urah od datuma in ure začetka potovanja do datuma in ure zaključka potovanja;
2. če je bila zavarovani osebi zagotovljena prehrana v tujini – posebej za čas odsotnosti zavarovane osebe iz prebivališča zavarovane osebe do sprejema pri izvajalcu, ki se izračuna v urah od datuma in ure začetka potovanja do datuma in ure sprejema pri izvajalcu, in posebej za čas odsotnosti zavarovane osebe od odpusta pri izvajalcu do prebivališča zavarovane osebe, ki se izračuna v urah od datuma in ure odpusta pri izvajalcu do datuma in ure zaključka potovanja.

(2) Zavarovana oseba, ki uveljavlja pravico iz prvega odstavka 135.a ali prvega odstavka 135.b člena pravil, ima pravico do povračila stroškov nastanitve za nočitev v tujini v višini dejanskih stroškov, vendar ne več kot znaša dvakratna vrednost dnevnice iz prejšnjega odstavka, če ji ni zagotovljena nočitev v okviru zdravstvene storitve

v tujini. Račun za nočitev, izstavljen v tuji valuti, se preračuna v eure po referenčnem tečaju Evropske centralne banke oziroma mesečni tečajnici Banke Slovenije, za tečaje, za katere Evropska centralna banka ne objavlja referenčnih tečajev, veljavnem na dan izstavitve računa.

(3) Pod pogoji iz prvega oziroma drugega odstavka tega člena ima zavarovana oseba pravico do povračila stroškov prehrane oziroma nastanitve tudi za naslednje dneve:

1. za dan pred izvedbo zdravstvene storitve v tujini:
 - če je razdalja med njenim prebivališčem in izvajalcem nad 400 kilometrov ali
 - če to zahteva njeno zdravstveno stanje ali potek izvedbe zdravstvene storitve;
2. za dneve po izvedeni zdravstveni storitvi v tujini, če to zahteva njeno zdravstveno stanje in to potrebo ugotovi izvajalec v tujini;
3. za dneve, dokler ji ni zagotovljen prvi možni prevoz s prevoznim sredstvom, določenim v odločbi zavoda;
4. za dneve po izvedeni zdravstveni storitvi v tujini, če je nadaljnja zdravstvena storitev v okviru pravice iz prvega odstavka 135.a ali prvega odstavka 135.b člena pravil predvidena v treh dneh od predhodno izvedene zdravstvene storitve in je razdalja med prebivališčem zavarovane osebe in izvajalcem nad 400 kilometrov.

(4) Spremljevalec iz drugega odstavka 135.a člena in drugega odstavka 135.b člena pravil ima pravico do povračila stroškov iz prvega in drugega odstavka tega člena tudi za dneve iz prejšnjega odstavka.

(5) Spremljevalec zavarovane osebe, ki ji je z odločbo zavoda odobreno spremstvo za čas poti na zdravljenje v tujino, ima pravico do povračila stroškov iz prvega in drugega odstavka tudi za dneve iz 1. in 3. točke tretjega odstavka tega člena in za dan pred zaključkom zdravljenja zavarovane osebe v tujini, če je razdalja med prebivališčem zavarovane osebe in izvajalcem nad 400 kilometrov.

(6) Če je spremljevalec iz četrtega ali petega odstavka tega člena zdravnik ali drug zdravstveni delavec, velja za povračilo stroškov prehrane in nastanitve ureditev te pravice v zdravstvenem zavodu, v katerem dela zdravnik ali drug zdravstveni delavec, pri čemer plačilo teh stroškov bremeni materialne stroške izvajalca.

(7) Povračilo stroškov za otroka, starega do sedem let, znaša polovico zneska iz prvega in drugega odstavka tega člena.”

87. člen

Tretji odstavek 160. člena se spremeni tako, da se glasi:

“(3) Zavarovana oseba se z izbiro izvajalca odloči, da bo pri njem uveljavljala tudi laboratorijske, rentgenske ter druge diagnostične in terapevtske storitve, razen fizioterapevtskih storitev, ki so pri njem predpisane. Če izvajalec predpiše storitev, ki je ne opravlja, določi izvajalca, ki opravi to storitev, pri čemer za izvedbo patronažne zdravstvene nege ali zdravstvene nege na domu določi izvajalca, ki je najbližji prebivališču zavarovane osebe, v katerem ta dejansko prebiva.”

88. člen

164. člen se spremeni tako, da se glasi:

“164. člen

(1) Zavarovana oseba si izbere osebne ginekologa pri izvajalcu osnovne zdravstvene dejavnosti.

(2) Ne glede na prejšnji odstavek si zavarovana oseba lahko izbere osebne ginekologa pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti na sekundarni ali terciarni ravni, ki lahko opravlja storitve izbranega osebne ginekologa le izven ordinacijskega časa, ki je po pogodbi

z zavodom namenjen izvajanju zdravstvenih storitev na sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti.

(3) Če si na podlagi prejšnjega odstavka zavarovana oseba izbere osebnega ginekologa pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti na terciarni ravni, se uporabi peta alineja 3. točke drugega odstavka 252. člena pravil.“

89. člen

V tretjem odstavku 170. člena se beseda "pristojni" črta.

90. člen

Prvi odstavek 174. člena se spremeni tako, da se glasi:

"(1) Osebni zdravnik zagotavlja zavarovani osebi uresničevanje pravic s svojega delovnega področja, v okviru tega pa:

1. opravlja zdravstvene storitve in kot njihov sestavni del predpisuje zdravila, živila in medicinske pripomočke;
2. ugotavlja začasno zadržanost od dela;
3. vlaga predloge zavodu, pristojnim organom zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje in drugim pristojnim organom;
4. napotuje k napotnim zdravnikom in napotnim zdravstvenim delavcem;
5. izstavlja listine za uveljavljanje pravic;
6. zbira in hrani zdravstveno dokumentacijo;
7. opravlja druge storitve in naloge v skladu z zakonom, drugimi predpisi in s splošnimi akti zavoda.“

91. člen

176. člen se spremeni tako, da se glasi:

"176. člen

(1) Osebni zdravnik lahko zaradi konzultacije, diagnostičnih, terapevtskih ali rehabilitacijskih zdravstvenih storitev z napotnico prenaša pooblastila na napotnega zdravnika.

(2) Osebni zdravnik lahko izstavi napotnico za zdravstvena stanja, ki jih obravnava na svojem delovnem področju.

(3) Osebni zdravnik lahko za isto zdravstveno stanje zavarovane osebe prenese pooblastila za isto obdobje le na enega napotnega zdravnika iste vrste specialnosti.

(4) Na napotnici se označi vrsta specialnosti napotnega zdravnika in vrsta zdravstvene storitve.

(5) Na napotnici se označi vrsta pooblastila, ki se prenaša na napotnega zdravnika. Z napotnico se na napotnega zdravnika lahko prenese pooblastilo za:

1. pregled zavarovane osebe zaradi določenega zdravstvenega stanja zaradi podaje mnenja o zdravstvenem stanju zavarovane osebe in predloga o nadaljnji zdravstveni obravnavi zavarovane osebe, pri čemer ji napotni zdravnik zagotovi diagnostične zdravstvene storitve, ki so potrebne za podajo mnenja in predloga;
2. zdravljenje zavarovane osebe za določeno zdravstveno stanje, pri čemer ji napotni zdravnik zagotovi vse potrebne diagnostične, terapevtske in rehabilitacijske zdravstvene storitve, kar vključuje tudi predpis medicinskih pripomočkov in receptov za uvedena zdravila in živila ter zdravila in živila, ki jih zavarovana oseba potrebuje v redni terapiji;
3. nadaljnjo napotitev zavarovane osebe na drugo zdravstveno storitev zaradi zdravstvenega stanja, zaradi katerega mu je izdana napotnica s pooblastilom iz 1. ali 2. točke tega odstavka.

(6) Napotni zdravnik, na katerega je osebni zdravnik prenesel tudi pooblastilo iz 3. točke prejšnjega odstavka, lahko zavarovano osebo nadalje napoti na drugo zdravstveno storitev le v obdobju

veljavnosti napotnice osebnega zdravnika. V primeru iz prejšnjega stavka napotni zdravnik ne sme prenesti na drugega napotnega zdravnika pooblastila iz 3. točke prejšnjega odstavka.“

92. člen

177. člen se spremeni tako, da se glasi:

"177. člen

(1) Na napotnici iz prejšnjega člena se označi obdobje njene veljavnosti, ki je lahko največ eno leto, razen v primeru ortodontskega zdravljenja, ko napotnica velja do zaključka tega zdravljenja.

(2) Veljavnost napotnice začne teči od dneva, ko napotni zdravnik sprejme zavarovano osebo. Veljavnost napotnice preneha, ko napotni zdravnik opravi zdravstvene storitve, zaradi katerih je prejel pooblastilo osebnega zdravnika, vendar najpozneje s pretekom njene veljavnosti. Če je potrebna nadaljnja zdravstvena obravnava za isto zdravstveno stanje pri napotnem zdravniku iste vrste specialnosti, se nova napotnica izstavi največ 15 dni pred iztekom veljavnosti prejšnje izstavitve napotnice.

(3) Napotnica se označi s stopnjo nujnosti v skladu z zakonom, ki ureja pacientove pravice.

(4) Zavarovana oseba predloži izvajalcu napotnico v naslednjem roku:

1. napotnico s stopnjo nujnosti "nujno" najpozneje naslednji dan po njeni izstavitvi;
2. napotnico s stopnjo nujnosti "zelo hitro" v petih dneh po njeni izstavitvi;
3. napotnico s stopnjo nujnosti "hitro" in "redno" v 14 dneh po njeni izstavitvi.

(5) Če zavarovana oseba, ki je uvrščena na čakalni seznam, izbere drugega izvajalca ali napotnega zdravnika, je rok za predložitev napotnice iz 2. in 3. točke prejšnjega odstavka drugemu izvajalcu ali napotnemu zdravniku tri dni od dneva prejema napotnice od prejšnjega izvajalca.

(6) Napotnica preneha veljati, če ni predložena v roku za predložitev napotnice iz četrtega oziroma petega odstavka tega člena, o čemer izvajalec obvesti zavarovano osebo v treh dneh od prejema napotnice.

(7) Če zavarovana oseba uveljavi pravico do povračila stroškov zdravstvene storitve, za katero je bila izdana elektronska napotnica, uradna oseba zavoda ob dokončnosti odločbe, s katero se ugotovi zahteva za povračilo stroškov, elektronsko napotnico glede te zdravstvene storitve označi za izkoriščeno.“

93. člen

178. člen se spremeni tako, da se glasi:

"178. člen

(1) Osebni zdravnik lahko izda napotnico, ko je opravil vse zdravstvene storitve, ki jih mora zagotoviti. Če niso predhodno opravljene vse zdravstvene storitve, ki jih mora zagotoviti osebni zdravnik, in v drugih primerih, določenih z zakonom, ki ureja pacientove pravice, napotni zdravnik v treh dneh vrne napotnico osebnemu zdravniku in o tem obvesti zavarovano osebo.

(2) Osebni zdravnik ob napotitvi seznanj napotnega zdravnika z napotno diagnozo, strokovno obrazložitvijo in vso zdravstveno dokumentacijo, ki se nanaša na zdravstveno stanje zavarovane osebe, ki je razlog za napotitev in je potrebna za izvedbo zdravstvene storitve.

(3) Če je napotnica pomanjkljivo ali nejasno izpolnjena, se uporabljajo določbe o uvrščanju na čakalni seznam v skladu z zakonom, ki ureja pacientove pravice.

(4) Napotni zdravnik po opravljeni zdravstveni storitvi posreduje zavarovani osebi in osebemu zdravniku pisni izvid, ki vsebuje diagnostične in druge podatke o opravljeni zdravstveni storitvi, mnenje o zdravstvenem stanju in predlog o nadaljnji zdravstveni obravnavi zavarovane osebe. Napotni zdravnik posreduje izvid v roku, ki je določen za izdajo strokovnega mnenja oziroma izvida po specialistični obravnavi z zakonom, ki ureja pacientove pravice.

(5) Za napotitev h kliničnemu psihologu se smiselno uporabljajo določbe pravil o napotitvi k napotnemu zdravniku, pri čemer klinični psiholog:

1. nima pooblastila za predpisovanje medicinskih pripomočkov ter zdravil in živil na recept ne glede na 2. točko petega odstavka 176. člena pravil in
2. na podlagi napotnice s pooblastilom iz 3. točke petega odstavka 176. člena pravil lahko zaradi izvedbe kliničnopsihološkega dela naroči le storitve, ki se naročajo z delovnim nalogom.“

94. člen

V prvem odstavku 185. člena se v 2. točki pika nadomesti z vejico in doda besedilo “razen zobno-protetične rehabilitacije s pomočjo zobnih vsadkov iz 30. člena pravil“.

Drugi odstavek se črta.

95. člen

187. člen se spremeni tako, da se glasi:

“187. člen

(1) Osebni zobozdravnik lahko prenese pooblastila na specialiste s področja pedontologije, maksilofacialne in oralne kirurgije, zobne protetike, ortodontije in specialista za zobne in ustne bolezni ter parodontologijo.

(2) Za zobno-protetično rehabilitacijo s pomočjo zobnih vsadkov so pooblašteni:

1. specialisti parodontologi, specialisti oralne kirurgije in specialisti maksilofacialne kirurgije – za vsaditev zobnih vsadkov;
2. specialisti za stomatološko protetiko – za izdelavo zobno-protetičnih pripomočkov na zobnih vsadkih.

(3) Zobno-protetična rehabilitacija s pomočjo zobnih vsadkov zavarovane osebe z zdravstvenim stanjem iz 1., 2., 3. in 5. točke prvega odstavka in iz drugega odstavka 30. člena pravil se izvaja pri pristojnem izvajalcu na terciarni ravni, ki v primeru zdravstvenih stanj iz 2. ali 3. točke prvega odstavka 30. člena pravil pred začetkom rehabilitacije izdelava načrt ortodontsko-implantološko-protetične rehabilitacije.“

96. člen

188. člen se spremeni tako, da se glasi:

“188. člen

(1) Osebni zobozdravnik ali po njegovem pooblastilu specialist za stomatološko protetiko pred začetkom izdelave zobno-protetičnih pripomočkov predloži zavodu v potrditev predlog načrta zobno-protetične rehabilitacije na predpisani listini. Predlog načrta zobno-protetične rehabilitacije ni potreben pri:

1. popravilih in prilagoditvah zobno-protetičnih pripomočkov;
2. izdelavi največ treh posamičnih prevlek v obdobju enega leta;
3. zobno-protetični rehabilitaciji s pomočjo zobnih vsadkov.

(2) Predlog načrta zobno-protetične rehabilitacije izdelava osebni zobozdravnik ali po njegovem pooblastilu specialist za stomatološko protetiko v dveh izvodih, pri čemer se en zadrži v zdravstveni dokumentaciji zavarovane osebe, drugi pa izroči zavarovani osebi.

(3) S predlogom načrta zobno-protetične rehabilitacije se predvidi celovita zobno-protetična rehabilitacija v obeh čeljustih v okviru pravic in vsebuje tudi podatek, če je zavarovana oseba že pred tem imela zobno-protetični pripomoček, kakšen je ta bil in kdaj je bil izdelan.

(4) Predlogu načrta zobno-protetične rehabilitacije se priloži delovni nalog zobotehničnemu laboratoriju, ki vsebuje tudi opredelitve o zahtevanih pripomočkih in storitvah, obliki in barvi zob, uporabljenih materialih in drugih posebnostih.

(5) Predlog načrta zobno-protetične rehabilitacije podpiše zavarovana oseba, ki s tem potrdi, da je seznanjena in soglaša z načrtovano zobno-protetično rehabilitacijo.

(6) Osebni zobozdravnik ali specialist za stomatološko protetiko, ki izdelava zobno-protetični pripomoček, in specialist, ki vsadi zobni vsadek, zagotovi sledljivost uporabljenih materialov tako, da v zdravstveni dokumentaciji zavarovane osebe hrani tudi certifikat za uporabljen material in tudi certifikat za zobni vsadek.“

97. člen

V 189. členu se besedilo “zdravila in pripomočke” nadomesti z besedilom “zdravila, živila in medicinske pripomočke”.

98. člen

192. člen se spremeni tako, da se glasi:

“192. člen

Določbe pravil, ki veljajo za napotitev osebnega zdravnika, se smiselno uporabljajo za napotitev napotnega zdravnika.“

99. člen

V drugem odstavku 195. člena se drugi stavek spremeni tako, da se glasi:

“Odpustni zdravnik ob odpustu predpiše na recept uvedena zdravila in živila ter zdravila in živila, ki jih zavarovana oseba potrebuje v redni terapiji.“

100. člen

V tretjem odstavku 196. člena se besedilo “zdravila na recept s svojega delovnega področja” nadomesti z besedilom “zdravila in živila na recept”.

101. člen

V prvem odstavku 202. člena se v drugi alineji besedilo “v skladu s pooblastili z napotnice” črta.

V drugem odstavku se v tretji alineji beseda “časovnem” črta.

Četrti odstavek se spremeni tako, da se glasi:

“(4) Zdravilo na obnovljivi recept na papirnati listini zavarovana oseba prevzame v lekarni, v kateri je na ta recept prvič prevzela zdravilo.“

Peti odstavek se spremeni tako, da se glasi:

“(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 izven okvira določene omejitve predpisovanja le, če iz zdravstvenih razlogov enakovredno zdravljenje ni mogoče z drugim zdravilom, kar pooblaščen zdravnik utemelji z dokumentiranjem v zdravstveni dokumentaciji zavarovane osebe.“

Šesti odstavek se črta.

102. člen

V četrtem odstavku 202.a člena se:

- v napovednem stavku beseda “zaključni” nadomesti z besedo “razveljavi”;
- v drugi alineji za besedo “na” doda beseda “slovenskem”.

Peti odstavek se spremeni tako, da se glasi:

“(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 večja količina zdravila, kot je določena za enkratno izdajo, vendar najdlje za obdobje njegove veljavnosti. Razlog izdaje večje količine zdravila se kot opomba farmacevta vpiše v elektronski recept oziroma na zadnjo stran obnovljivega recepta na papirnati listini.”

103. člen

Tretji odstavek 203. člena se spremeni tako, da se glasi:

“(3) Pooblaščen zdravnik ob predpisu zdravila iz sedme alineje drugega odstavka 103. člena pravil na elektronskem receptu označi “nujno zdravljenje!” oziroma recept na papirnati listini označi z besedami “nujno zdravljenje!” in se poleg podpiše.”

104. člen

V prvem odstavku 204. člena se beseda “časovnem” črta.

Drugi odstavek se spremeni tako, da se glasi:

“(2) Zavarovana oseba zdravilo na neobnovljivi recept in prvo izdajo zdravila na obnovljivi recept prevzame v 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.”

Tretji odstavek se spremeni tako, da se glasi:

“(3) Zavarovana oseba ponovno izdajo zdravila na obnovljivi recept uveljavi na predviden datum naslednje izdaje ali v 30 dneh oziroma za zdravilo iz sedmega odstavka 209. člena pravil v 15 dneh pred predvideno ponovno izdajo zdravila, pred tem rokom pa le v izjemnem primeru (npr. študijska obveznost v tujini, daljše službeno ali zasebno potovanje v tujino). Razlog predčasne ponovne izdaje zdravila se kot opomba farmacevta vpiše v elektronski recept oziroma na zadnjo stran obnovljivega recepta na papirnati listini.”

105. člen

V prvem odstavku 206. člena se za besedilom “najcenejše na” doda beseda “slovenskemu”.

Drugi odstavek se spremeni tako, da se glasi:

“(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. 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. Pooblaščen zdravnik ob predpisu zdravila v skladu s tem odstavkom na elektronskem receptu označi “ne zamenjaj!” oziroma recept na papirnati listini označi z besedami “ne zamenjaj!” in se poleg podpiše.”

106. člen

V drugem odstavku 207. člena se za besedo “na” doda beseda “slovenskem”.

107. člen

Četrti odstavek 209. člena se spremeni tako, da se glasi:

“(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;
- po roku ali pred rokom, ki je določen s predpisi iz prejšnje alineje in splošnimi akti zavoda.”

Peti odstavek se spremeni tako, da se glasi:

“(5) Naenkrat se ne sme izdati dveh ali več zdravil na recepte z enako učinkovino v enaki jakosti in enaki farmacevtski obliki, ne glede na to, 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 označi z opombo farmacevta “podvojeni recept”, na katerega se ne sme izdati zdravila. Farmacevt opombo vpiše v elektronski recept in sočasno razveljavi podvojeni elektronski recept oziroma opombo z datumom, s podpisom farmacevta in z žigom lekarne vpiše na sprednjo stran podvojenega recepta na papirnati listini, ki ga vrne zavarovani osebi. Farmacevt zavarovani osebi pojasni razlog za vpis opombe.”

Šesti odstavek se spremeni tako, da se glasi:

“(6) Izda se pakiranje, ki je najbližje predpisani količini zdravila glede na razpoložljiva pakiranja na slovenskem trgu. Če je na obnovljivi recept za enoletno zdravljenje predpisano zdravilo s pakiranjem, ki ne zadostuje za obdobje zdravljenja, se lahko v tem enoletnem obdobju izda eno dodatno pakiranje, da se omogoči izdaja zdravila za celotno obdobje zdravljenja.”

Sedmi odstavek se spremeni tako, da se glasi:

“(7) Zdravilo, katerega cena pakiranja presega 200 eurov, se izdaja za obdobje do enomesečnega zdravljenja. Zdravilo iz prejšnjega stavka se predpiše na obnovljivi elektronski recept, če se ga predpiše na recept na papirnati listini, pa se ta recept obravnava kot obnovljivi recept.”

Osmi odstavek se črta.

108. člen

210. člen se spremeni tako, da se glasi:

“210. člen

(1) Zdravilo se lahko predpiše na posebno listino zavoda, ki ima isti pomen kot recept iz 36. točke 2. člena pravil in za katero veljajo predpisi in splošni akti zavoda, ki veljajo za predpisovanje in izdajanje zdravil na recept, če ni v njih zanjo določeno drugače (v nadaljnjem besedilu: recept za osebno rabo).

(2) Recept za osebno rabo je neobnovljivi recept na papirnati listini.

(3) Zdravnik lahko predpiše zdravilo na recept za osebno rabo sebi ali svojemu družinskemu članu, če ga ni pooblaščen predpisati na recept na podlagi prvega odstavka 202. člena pravil.

(4) Za družinskega člana iz prejšnjega odstavka se šteje oseba iz 20. člena zakona, če je obvezno zavarovana na podlagi 15. ali 20. člena zakona.

(5) Zavod dodeli zdravniku na njegov predlog 30 receptov za osebno rabo letno, če:

1. je evidentiran v zbirki podatkov pod zaporedno številko NIJZ 16 “Evidenca gibanja zdravstvenih delavcev in mreža zdravstvenih zavodov” iz Priloge 1 Zakona o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (Uradni list RS, št. 65/00, 47/15 in 31/18),
2. ima veljavno licenco Zdravniške zbornice Slovenije in
3. ima enega od naslednjih statusov:
 - opravlja zdravstvene storitve v okviru mreže javne zdravstvene službe;

- ima sklenjeno pogodbo o zaposlitvi z zavodom, Zavodom za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, Ministrstvom za zdravje, medicinsko fakulteto, Nacionalnim inštitutom za javno zdravje ali Nacionalnim laboratorijem za zdravje, okolje in hrano;
- je upokojenec s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, zavarovan na podlagi 10. točke prvega odstavka 15. člena zakona, ki je imel neposredno pred pridobitvijo pravice do pokojnine status iz prve ali druge alineje te točke.

(6) Ne glede na prejšnji odstavek zavod trajno ali začasno zavrne dodelitev receptov za osebno rabo, če zdravnik pri predpisu zdravil v breme obveznega zavarovanja ni ravnal v skladu s predpisi ali splošnimi akti zavoda, ne glede na to, ali jih je predpisal na recept, recept za osebno rabo ali v okviru standarda zdravstvene storitve, ki jo zagotovi izvajalec.

(7) Natančnejši postopek dodelitve receptov za osebno rabo in merila, na podlagi katerih se zdravniku trajno ali začasno zavrne njihova dodelitev, sprejme generalni direktor zavoda s splošnim aktom, ki se objavi na spletni strani zavoda.“

109. člen

211. člen se spremeni tako, da se glasi:

“211. člen

Zavarovana oseba ima pravico do medicinskega pripomočka, če potrebo po njem ugotovi zdravnik, ki pri tem upošteva zdravstveno stanje zavarovane osebe, zdravstvena stanja in druge pogoje, določene s splošnim aktom iz drugega odstavka 64. člena pravil, ter druge standarde, določene s splošnimi akti zavoda, ali o tem odloči imenovani zdravnik v primerih iz 214. in 215. člena pravil.“

110. člen

212. člen se spremeni tako, da se glasi:

“212. člen

- (1) Za predpisovanje medicinskih pripomočkov so pooblašteni:
 1. osebni zdravnik ali po njegovem pooblastilu napotni zdravnik za:
 - materiale za zdravstveno nego na domu, bergle, hodulje, navleke za krn, nepodložene usnjene rokavice, standardni voziček na ročni pogon, toaletni stol, trapez za obračanje, tri- ali štirinožne palice, sobno dvigalo, dvigalo za kopalnico, belo palico za slepe, prsne proteze, ortopedski nedrček za prsno protezo, senzorje za pulzni oksimeter in akumulatorje;
 - medicinske pripomočke iz 89. člena pravil, razen elastičnih rokavic, elastičnih kompresijskih nogavic, razpršilca zraka (inhalatorja) in raztopine za zaščito ustne sluznice;
 - medicinske pripomočke iz 90. člena pravil, razen zahtevnih in zelo zahtevnih blazin za preprečevanje preležanin;
 - medicinske pripomočke iz 91. člena pravil, razen aparata za določanje glukoze v krvi, inzulinske črpalke, sistema za kontinuirano merjenje glukoze in mehanskih injektorjev;
 2. napotni zdravnik ali zdravnik specialist v razvojni ambulanti za medicinske pripomočke iz 7. in 8. točke 75. člena pravil;
 3. napotni zdravnik okulist za medicinske pripomočke iz 78., 79., 80., 81., 82., 83. in 84. člena pravil;
 4. napotni zdravnik otorinolaringolog za medicinske pripomočke iz 85., 87. in 88. člena pravil;
 5. napotni zdravnik s svojega delovnega področja za druge medicinske pripomočke.
- (2) Pooblaščen zdravnike za predpisovanje posameznih vrst medicinskih pripomočkov iz prejšnjega odstavka lahko določi gen-

eralni direktor zavoda s splošnim aktom, ki se objavi na spletni strani zavoda.

(3) Medicinske pripomočke, pri katerih je potrebna timska obravnava zavarovane osebe, predpisujejo ustrezno usposobljeni napotni zdravniki s timom sodelavcev, v katerega so vključeni vsaj usposobljen zdravnik ortoped ali specialist fizikalne in rehabilitacijske medicine (FRM), usposobljen delovni terapevt ali fizioterapevt in usposobljen inženir ortopedske tehnike. Opravljene naloge posameznih članov tima v zvezi z ugotovitvijo zdravstvenega in funkcionalnega stanja, izbire, nastavitve in izdelave medicinskega pripomočka se dokumentirajo v zdravstveni dokumentaciji zavarovane osebe.

(4) Medicinske pripomočke iz prejšnjega odstavka iz šifrantov vrst medicinskih pripomočkov določi upravni odbor zavoda s splošnim aktom, ki se objavi na spletni strani zavoda.

(5) Pooblaščen zdravnike za predpisovanje medicinskih pripomočkov iz tretjega odstavka tega člena na predlog kliničnega inštituta, ki oblikuje doktrino na področju preskrbe s pripomočki in spremlja njeno izvajanje, določi generalni direktor zavoda s splošnim aktom, ki se objavi na spletni strani zavoda.

(6) Osebni zdravnik izda napotnico, če oceni, da ima zavarovana oseba pravico do medicinskega pripomočka, za predpisovanje katerega ni sam pooblaščen.“

111. člen

Za 212. členom se doda nov 212.a člen, ki se glasi:

“212.a člen

- (1) Obliko in vsebino naročilnice določi upravni odbor zavoda s splošnim aktom.
- (2) Naročilnica se predpiše in izpolni v skladu s splošnimi akti zavoda.
- (3) Pooblaščen zdravnik lahko izda naročilnico za medicinski pripomoček iz 115. člena pravil največ 30 dni pred iztekom trajnostne dobe ali obdobja izposoje predhodno prejetega.
- (4) Pooblaščen zdravnik lahko izda naročilnico za medicinski pripomoček iz 116. člena pravil največ deset dni pred iztekom obdobja predhodno prejetega, razen za vakuumsko opornico za zdravljenje rane na stopalu, za katero lahko izda naročilnico največ 30 dni pred iztekom obdobja izposoje predhodno prejete.
- (5) Naročilnica je veljavna 30 dni od datuma možnega prejema, ki je naveden na naročilnici oziroma od datuma dokončnosti odločitve zavoda o pravici do medicinskega pripomočka ali o drugih zahtevah v zvezi z medicinskim pripomočkom. V roku iz prejšnjega stavka zavarovana oseba naročilnico predloži dobavitelju. Datum možnega prejema je datum, ko zavarovana oseba lahko prejme predpisani medicinski pripomoček.“

112. člen

Tretji in četrti odstavek 213. člena se črtata.

113. člen

214. člen se spremeni tako, da se glasi:

“214. člen

- (1) Imenovani zdravnik odloči o pravici do zahtevnejših medicinskih pripomočkov na predlog pooblaščenega zdravnika, ki mora zavodu podati predlog skupaj z naročilnico v osmih dneh od izdaje naročilnice.
- (2) Zahtevnejše medicinske pripomočke iz prejšnjega odstavka iz šifrantov vrst medicinskih pripomočkov določi upravni odbor zavoda s splošnim aktom, ki se objavi na spletni strani zavoda.“

114. člen

215. člen se spremeni tako, da se glasi:

“215. člen

Imenovani zdravnik odloči o pravici iz drugega odstavka 120. člena pravil na predlog pooblaščenega zdravnika, ki mora zavodu podati predlog skupaj z naročilnico v osmih dneh od izdaje naročilnice.”

115. člen

216. člen se spremeni tako, da se glasi:

“216. člen

(1) Med artikli, uvrščenimi na seznam medicinskih pripomočkov v posamezni vrsti medicinskega pripomočka, v okviru katere, po pogodbi z zavodom zagotavlja artikel, dobavitelj na vseh svojih izdajnih mestih zagotavlja:

1. najmanj 30 % vseh artiklov, vendar ne manj kot tri artikle, katerih predmet so predloge, hlačne predloge (plenice), posteljne podloge za enkratno uporabo in fiksirne hlačke;
2. najmanj 50 % vseh artiklov, vendar ne manj kot štiri artikle pri vrstah medicinskih pripomočkov iz skupin medicinskih pripomočkov pri umetno izpeljanem črevesju, pri zdravljenju sladkorne bolezni in obvezilnih materialov ter pri vrstah medicinskih pripomočkov iz skupine pri težavah z odvajanjem seča, ki niso navedene v prejšnji točki;
3. vse artikle z najvišjo priznano ceno iz vseh vrst medicinskega pripomočka;
4. vse artikle, brez katerih ni mogoča uporaba drugega artikla.

(2) Dobavitelj najprej ponudi zavarovani osebi artikle z najvišjo priznano ceno.

(3) Dobavitelj zagotovi zavarovani osebi:

1. medicinski pripomoček iz skupin medicinskih pripomočkov pri umetno izpeljanem črevesju, pri težavah z odvajanjem seča, pri zdravljenju sladkorne bolezni in obvezilnih materialov takoj ob predložitvi naročilnice;
2. medicinski pripomoček, ki se individualno izdelava oziroma ob izdaji zahteva prilagoditve za zavarovano osebo, v pogodbeno določenem roku;
3. druge medicinske pripomočke najpozneje v 24 urah od predložitve naročilnice.”

116. člen

217. člen se spremeni tako, da se glasi:

“217. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do vzdrževanj in popravil medicinskih pripomočkov iz prvega odstavka 66. člena pravil na podlagi predhodne odobritve zavoda.

(2) Predhodna odobritev zavoda iz prejšnjega odstavka ni potrebna, če gre za vzdrževanja ali popravila slušnega aparata, digitalnega slušnega aparata, aparata za boljše sporazumevanje, aparata za omogočanje glasnega govora in medicinskih pripomočkov iz 97. člena pravil, za katere je določena dnevna izposojnina iz sedmega odstavka 113. člena pravil.

(3) Zavarovana oseba ima pravico do prilagoditve medicinskega pripomočka na podlagi naročilnice pooblaščenega zdravnika in predhodne odobritve zavoda. Pooblaščen zdravnik na naročilnici označi, kdaj je zavarovana oseba prejela medicinski pripomoček.

(4) Predhodna odobritev zavoda iz prejšnjega odstavka ni potrebna za medicinske pripomočke iz 97. člena pravil, za katere je določena dnevna izposojnina iz sedmega odstavka 113. člena pravil.”

117. člen

V prvem odstavku 225. člena:

- za sedmo alinejo se doda nova osma alineja, ki se glasi:
- “– ali zdravstveno stanje zavarovane osebe utemeljuje odhod v tujino dan pred začetkom zdravljenja v tujini;”;
- se dosedanja osma alineja, ki postane deveta alineja, spremeni tako, da se glasi:
- “ – ali zavarovana oseba potrebuje spremstvo za čas poti na zdravljenje in nazaj ali tudi za čas zdravljenja v tujini ter kakšno spremstvo;”;
- dosednji deveta in deseta alineja postaneta deseta in enajsta alineja.

118. člen

Četrty odstavek 226. člena se spremeni tako, da se glasi:

“(4) Če je odobrena zdravstvena storitev na podlagi 135.a ali 135.b člena pravil, zavod na zahtevo zavarovane osebe oziroma njenega spremljevalca nakaže akontacijo za potne stroške zavarovani osebi in njenemu spremljevalcu. Zavarovana oseba lahko zahteva nakazilo akontacije za svoje potne stroške in potne stroške svojega spremljevalca, spremljevalec pa lahko zahteva nakazilo akontacije le za svoje potne stroške. Spremljevalcu se akontacija nakaže le za njegove potne stroške.”

119. člen

V prvem odstavku 228.c člena se prva alineja spremeni tako, da se glasi:

- “dokazilo, iz katerega je razvidno, da je zavarovano osebo na specialistično ambulantno storitev napotil osebni ali napotni zdravnik iz Slovenije;”;
- “V drugem odstavku se četrta in peta alineja spremenita tako, da se glasita:
- če je zavarovana oseba vpisana v čakalni seznam, dokumentacijo, iz katere je razviden vpis v čakalni seznam;
- če je zavarovana oseba vpisana v čakalni seznam, dokumentacijo, iz katere je razviden določen datum zdravljenja v Republiki Sloveniji in pri katerem izvajalcu, in”

120. člen

V napovednem stavku prvega pododstavka in v drugem pododstavku tretjega odstavka, v prvi alineji četrtega odstavka in prvi alineji petega odstavka 228.d člena se beseda “upravičenosti” nadomesti z besedo “pravici”.

121. člen

228.e člen se spremeni tako, da se glasi:

“228.e člen

(1) V primeru iz 1. točke tretjega odstavka 135.e člena pravil zahteva za povračilo stroškov vrednosti zdravila ali živila, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebuje:

- recept na papirnati listini, na podlagi katerega je kupljeno zdravilo oziroma živilo,
- če se pravica do zdravila oziroma živila uveljavlja na podlagi elektronskega recepta, navedbo zavarovane osebe, da uveljavlja pravico na podlagi elektronskega recepta, ki ga pridobi uradna oseba zavoda,
- 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 2. točke tretjega odstavka in 1. točke četrtega odstavka 135.e člena pravil zahteva za povračilo stroškov vred-

nosti zdravila ali živila, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebuje:

- recept EU, na podlagi katerega je kupljeno zdravilo oziroma živilo,
- izvid z diagnozo in mnenjem zdravnika, ki je predpisal recept EU, ki dokazuje, da je zdravilo oziroma živilo predpisano na predloženem receptu EU v okviru zdravstvene storitve iz prve ali druge alineje prvega odstavka 135.c člena pravil,
- izviren 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 2. točke četrtega odstavka 135.e člena pravil zahteva za izdajo odločbe zavoda o predhodni odobritvi povračila stroškov vrednosti zdravila in živila, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebuje:

- kopijo recepta na papirnati listini oziroma recepta EU, na podlagi katerega se zahteva predhodna odobritev zavoda,
- če se pravica do zdravila oziroma živila uveljavlja na podlagi elektronskega recepta, navedbo zavarovane osebe, da uveljavlja pravico na podlagi elektronskega recepta, ki ga pridobi uradna oseba zavoda,
- izvid z diagnozo in mnenjem zdravnika, ki je predpisal recept EU, ki dokazuje, da je zdravilo oziroma živilo predpisano na predloženem receptu EU v okviru zdravstvene storitve iz prve ali druge alineje prvega odstavka 135.c člena pravil, če je zahteva vložena na podlagi recepta EU, in
- na zahtevo zavoda drugo dokumentacijo, ki je potrebna v postopku odločanja.

(4) V primeru iz 2. točke četrtega odstavka 135.e člena pravil zahteva za povračilo stroškov vrednosti zdravila ali živila, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebuje:

- podatek o številki in datumu odločbe zavoda o predhodni odobritvi povračila stroškov vrednosti zdravila in živila iz tretjega odstavka 135.e člena pravil,
- recept na papirnati listini oziroma recept EU, na podlagi katerega je kupljeno zdravilo oziroma živilo,
- če se pravica do zdravila oziroma živila uveljavlja na podlagi elektronskega recepta, navedbo zavarovane osebe, da uveljavlja pravico na podlagi elektronskega recepta, ki ga pridobi uradna oseba zavoda,
- izviren 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.“

122. člen

228.f člen se spremeni tako, da se glasi:

“228.f člen

(1) V primeru iz 135.f člena pravil zahteva za povračilo stroškov vrednosti zdravila ali živila, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebuje:

- navedbo zavarovane osebe, da uveljavlja povračilo stroškov vrednosti zdravila oziroma živila zaradi motnje v preskrbi z zdravilom oziroma živilom, ali potrdilo o deficitarnosti, če je izdano v papirnati obliki,
- recept na papirnati listini, na podlagi katerega je zdravilo oziroma živilo kupljeno,

- če se pravica do zdravila oziroma živila uveljavlja na podlagi elektronskega recepta, navedbo zavarovane osebe, da uveljavlja pravico na podlagi elektronskega recepta, ki ga pridobi uradna oseba zavoda,
- izviren 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) Potrdilo o deficitarnosti farmacevt vpiše kot opomba v elektronski recept ali ga izda v papirnati obliki na zadnji strani recepta na papirnati listini ali kot ločeno listino.

(3) Potrdilo o deficitarnosti se vpiše kot opomba v elektronski recept, če je predpisan elektronski recept in vsebuje datumom izdaje potrdila.

(4) Potrdilo o deficitarnosti, ki se izda v papirnati obliki, vsebuje datum izdaje potrdila, podpis farmacevta in žig lekarne.

(5) Če potrdilo o deficitarnosti ni priloženo zahtevi iz prvega odstavka tega člena, ga pridobi uradna oseba zavoda.

(6) Določbe tega člena se smiselno uporabljajo, če je zdravilo ali živilo predpisano na recept EU.“

123. člen

V 229.a členu se peti odstavek črta.

124. člen

Prvi odstavek 235. člena se spremeni tako, da se glasi:

“(1) Če osebni zdravnik meni, da so še podani razlogi za začasno zadržanost od dela, o kateri odloča imenovani zdravnik, napoti zavarovanca k imenovanemu zdravniku vsaj tri dni pred iztekom začasne zadržanosti od dela, v primeru recidiva iz druge alineje četrtega odstavka 229. člena pravil pa še isti dan, ko ugotovi potrebo po začasni nezmožnosti za delo.“

125. člen

247. člen se spremeni tako, da se glasi:

“247. člen

(1) V primeru iz 154. člena pravil zahteva za povračilo prevoznih stroškov, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebuje:

- predpisano listino, ki jo izda osebni ali napotni zdravnik, ko zavarovana oseba uveljavlja povračilo stroškov zase in za spremljevalca oziroma dokazilo o spremstvu, ko zavarovana oseba ne uveljavlja povračila stroškov tudi za spremljevalca;
- izviren vozne karte ali drugega ustreznega dokazila o plačilu javnega ali avtotaksi prevoza;
- 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 155. člena pravil zahteva za povračilo prevoznih stroškov, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebuje:

- izviren vozne karte ali drugega ustreznega dokazila o plačilu prevoza ali navedbo kilometrov, če je zavarovana oseba potovala z osebnim vozilom;
- 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 156. člena pravil zahteva za povračilo stroškov prehrane oziroma nastanitve, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebuje:

- predpisano listino, ki jo izda osebni ali napatni zdravnik, ko zavarovana oseba uveljavlja povračilo stroškov zase in za spremljevalca oziroma izjavo zavarovane osebe o spremstvu, ko zavarovana oseba ne uveljavlja povračila stroškov tudi za spremljevalca;
- izvirnik računa za nočitev z dokazilom o njegovem plačilu;
- 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.

(4) V primeru iz 156.a člena pravil zahteva za povračilo stroškov prehrane in nastanitve, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebuje:

1. poročilo o poteku potovanja, ki vsebuje:
 - navedbo datuma in ure odhoda na pregled, preiskavo ali zdravljenje ter datuma in ure prihoda iz pregleda, preiskave ali zdravljenja;
 - navedbo števila nočitev in zagotovljene prehrane med potovanjem in bivanjem;
 - poročilo o poteku pregleda, preiskave ali zdravljenja z navedbo datuma in ure začetka ter datuma in ure zaključka pregleda, preiskave ali zdravljenja;
2. izvirnik računa za nočitve z dokazilom o njegovem plačilu;
3. ustrezno dokumentacijo o opravljeni zdravstveni storitvi;
4. na zahtevo zavoda drugo dokumentacijo, ki je potrebna v postopku odločanja, in
5. podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.“

126. člen

250. in 251. člen se črtata.

127. člen

252. člen se spremeni tako, da se glasi:

“252. člen

(1) Izvajalci in dobavitelji zagotovijo zavarovanim osebam zdravstvene storitve oziroma medicinske pripomočke v standardu brez plačila vrednosti, ki se krije iz obveznega zavarovanja v skladu s prvim odstavkom 23. člena pravil.

(2) Izvajalec lahko na podlagi pisnega soglasja zavarovane osebe, ki ga poda po predhodni pisni informaciji o predvidenih stroških zdravstvene storitve, od zavarovane osebe zahteva plačilo:

1. cene zdravstvene storitve, ki bi jo zavod plačal izvajalcu na podlagi pogodbe (v nadaljnjem besedilu: pogodbeni cena), ko zavarovana oseba uveljavi zdravstveno storitev, ki ni nujna medicinska pomoč ali nujno zdravljenje v času, ko nima poravnanih obveznosti plačevanja prispevkov, če zdravstveno storitev uveljavi zavarovana oseba iz tretjega odstavka 158. člena pravil in ne gre za družinskega člana iz četrtega odstavka 158. člena pravil;
2. cene zdravstvene storitve, ki jo določi izvajalec (v nadaljnjem besedilu: izvajalčeva cena), ko zavarovana oseba uveljavi zdravstveno storitev:
 - v primeru iz drugega odstavka 20. člena pravil;
 - ki ni pravica (npr. uveljavi jo zaradi uveljavljanja zahtev ali pravic na drugih področjih ali pri drugih organih – pri zavarovalnicah, sodiščih, v kazenskem postopku, izdaja potrdil za voznike motornih vozil, ukrepi v zvezi z varstvom pri delu);

– pri zdravniku, ki ni njen osebni zdravnik, razen v primeru nujne medicinske pomoči ali nujnega zdravljenja;

– v času, ki ne spada v standard iz 108. člena pravil;

– popravi, prilagoditev ali novega zobno-protetičnega pripomočka, če je izgubljen, odtujen ali z neustreznim ravnanjem ali ravnanjem v nasprotju z navodili uničen ali poškodovan;

– zobno-protetičnega pripomočka, če ga zahteva pred iztekom trajnostne dobe iz 121. člena pravil, ko ta ni pravica v skladu s pravili;

– zobno-protetičnega pripomočka, če ga zahteva po izteku trajnostne dobe iz 121. člena pravil in ni izpolnjen pogoj iz drugega odstavka 123. člena pravil;

– pri napatnem zdravniku brez napatnice, če ne gre za zdravstveno storitev iz 179. člena pravil;

3. dela cene zdravstvene storitve v višini razlike med izvajalčev in pogodbeno ceno, ko zavarovana oseba uveljavi zdravstveno storitev:

– ortodonskega zdravljenja z nesnemnim ortodontskim aparatom iz 2. točke četrtega odstavka 34. člena pravil, do katerega nima pravice, če ima pravico do ortodonskega zdravljenja s snemnim ortodontskim aparatom iz 1. točke četrtega odstavka 34. člena pravil;

– nemedicinskega oskrbnega dne v drugačnem ali višjem standardu, kot je določen v 40., 47., 63. in 110. členu pravil;

– zobozdravstvene storitve ali zobno-protetičnega pripomočka v drugačnem ali višjem standardu, kot je določen v 112. členu pravil;

– popravi in prilagoditev zobno-protetičnega pripomočka nad stroški iz 1. točke petega odstavka 122. člena pravil oziroma 1. točke prvega odstavka 123. člena pravil;

– pri osebni ginekologu, ki si ga je izbrala pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti na terciarni ravni v skladu s 164. členom pravil;

– v vseh drugih primerih, ki niso navedeni v prejšnji in tej točki, ko je zdravstvena storitev opravljena v drugačnem ali višjem standardu, če je na podlagi pogodbe z zavodom izvajalčeva cena višja od pogodbene cene.

(3) Če zavarovana oseba predhodno soglaša, da medicinski pripomoček uveljavi v višjem ali drugačnem standardu, dobavitelj od nje lahko zahteva doplačilo kot razliko med:

1. ceno izbranega artikla in najvišjo priznano ceno, če zavarovana oseba izbere artikel iste vrste medicinskega pripomočka, ki je na seznamu medicinskih pripomočkov;
2. ceno izvedbe medicinskega pripomočka, ki se ga izdelava za posamezno zavarovano osebo v skladu z njeno zahtevo, in cenovnim standardom ali ceno, določeno za to vrsto medicinskega pripomočka;
3. ceno izvedbe artikla iz seznama medicinskih pripomočkov na zahtevo zavarovane osebe in cenovnim standardom ali ceno medicinskega pripomočka, do katerega ima zavarovana oseba pravico;
4. stroški vzdrževanja ali popravi medicinskega pripomočka in stroški iz četrtega odstavka 66. člena pravil;
5. stroški prilagoditev medicinskega pripomočka in stroški iz prvega odstavka 120. člena pravil.

(4) Za medicinske pripomočke lahko dobavitelj zahteva plačilo v celoti:

1. če zavarovana oseba izbere artikel tiste vrste medicinskega pripomočka, ki je pravica, izbrani artikel pa ni na seznamu medicinskih pripomočkov;

2. v primeru iz drugega odstavka 20. člena pravil;
3. če mu zavarovana oseba ne predloži ustrezne naročilnice;
4. za stroške popravil v primeru iz petega odstavka 66. člena pravil.

(5) Zavarovana oseba lahko od zavoda zahteva povračilo neutemeljeno zaračunanih stroškov zdravstvene storitve in medicinskega pripomočka do vrednosti iz prvega odstavka tega člena na podlagi dokazila o njihovem plačilu.“

128. člen

V 254. členu se besedilo “zdravili, medicinskimi pripomočki” nadomesti z besedilom “zdravili, živili, medicinskimi pripomočki, zobno-protetičnimi pripomočki”.

129. člen

255. člen se črta.

130. člen

Drugi odstavek 256. člena se spremeni tako, da se glasi:

“(2) V postopkih iz 81. člena zakona odloča na I. stopnji imenovani zdravnik in na II. stopnji zdravstvena komisija.”.

Tretji odstavek se spremeni tako, da se glasi:

“(3) V postopkih iz 84. člena zakona odloča na I. stopnji območna enota zavoda in na II. stopnji Direkcija zavoda o:

1. pridobitvi, spremembi in izgubi lastnosti zavarovane osebe;
2. obveznosti zavarovanca za plačilo prispevkov na podlagi 17. člena pravil;
3. prekinitvi ortodontskega zdravljenja v primeru iz četrtega odstavka 35. člena pravil;
4. pravicah iz 80. člena zakona in zahtevi zavarovane osebe za prekinitve izbire osebnega zdravnika;
5. zahtevi za povračilo stroškov zdravstvenih storitev, ki jih je zavarovana oseba uveljavljala med začasnim bivanjem v tujini;
6. pravici do zdravljenja v tujini in zahtevi za povračilo stroškov iz 135.a do 136. člena pravil;
7. pravici do nadomestila plače;
8. pravici do povračila potnih stroškov;
9. zahtevi za povračilo stroškov zdravstvenih storitev in izplačilo denarnih dajatev zavarovane osebe iz tretjega odstavka 158. člena in tretjega odstavka 159. člena pravil, ki so ji bile zadržane pravice v skladu z 78.a členom zakona;
10. zahtevi za povračilo stroškov zdravstvenih storitev, ki jih je zavarovana oseba plačala izvajalcu ali dobavitelju, in meni, da gre za pravico;
11. drugih pravicah iz zakona in drugih zahtevah iz obveznega zavarovanja.”.

131. člen

261. člen se spremeni tako, da se glasi:

“261. člen

Imenovani zdravnik območne enote zavoda v postopkih iz 81. člena zakona in območna enota zavoda v postopkih iz 84. člena zakona odloča na območju celotne države, če ni z organizacijskimi akti zavoda določeno drugače.”.

132. člen

V drugem odstavku 267. člena se besedilo “zdravil in pripomočkov” nadomesti z besedilom “zdravil, živil in medicinskih pripomočkov”.

133. člen

V Prilogi se:

- točka 1.3. spremeni tako, da se glasi:
 - “1.3. peroralne raztopine, praški in druge peroralne oblike z

- odmerjanjem za otroke, če ni na slovenskem trgu industrijsko proizvedenega ali galensko izdelanega zdravila v primernih jakostih ali farmacevtskih oblikah ne glede na status razvrstitve;”;
- v točki 3.1.2. beseda “izdelane” nadomesti z besedo “proizvedene”;
- besedilo “3.1.2.2. Lexobaza AMF, Lexobaza HB, Lexobaza HBG, Lexobaza HBaq” nadomesti z besedilom “3.1.2.2. Farmabaza AMF, Farmabaza HB, Farmabaza HBG, Farmabaza HBaq;”;
- v točki 3.1.3. beseda “izdelane” nadomesti z besedo “proizvedene”;
- besedilo “3.1.3.2. Lexobaza AMF, Lexobaza HB, Lexobaza HBG, Lexobaza HBaq” nadomesti z besedilom “3.1.3.2. Farmabaza AMF, Farmabaza HB, Farmabaza HBG, Farmabaza HBaq;”;
- v točki 3.1.5. besedilo “industrijske mazilne podlage” nadomesti z besedilom “industrijsko proizvedene mazilne podlage”.

Prehodna in končna določba

134. člen

(1) Novi 30., 31. in 32. člen, drugi odstavek 112. člena, 2. točka prvega odstavka 121. člena, tretji odstavek 122. člena, drugi in tretji odstavek 187. člena in 3. točka prvega odstavka 188. člena pravil se začnejo uporabljati v enem letu po uveljavitvi teh sprememb in dopolnitev.

(2) Postopki odločanja o izjemnih odobritvah zobno-protetične rehabilitacije s pomočjo zobnih vsadkov, ki so se začeli pred začetkom uporabe določb pravil iz prejšnjega odstavka, se zaključijo na podlagi tretjega odstavka 259. člena pravil.

135. člen

(1) Novi peti odstavek 65. člena pravil in 46. člen teh sprememb in dopolnitev se začneta uporabljati eno leto od uveljavitve teh sprememb in dopolnitev.

(2) Postopki odločanja o pravici do aparata za nadomestno spora-zumevanje, ki so se začeli pred dnevom iz prejšnjega odstavka, se zaključijo v skladu z dosedanjimi pravili in drugimi splošnimi akti zavoda.

136. člen

Postopki odločanja o izjemnih odobritvah medicinskega pripomočka iz novega tretjega odstavka 68. člena pravil in izjemnih odobritvah medicinskih pripomočkov iz novega 95. člena pravil, ki so se začeli pred uveljavitvijo teh sprememb in dopolnitev, se zaključijo na podlagi tretjega odstavka 259. člena pravil.

137. člen

(1) Trajnostna doba naslednjih medicinskih pripomočkov, prejetih v skladu z dosedanjimi pravili in drugimi splošnimi akti zavoda, ki ni iztekla pred uveljavitvijo teh sprememb in dopolnitev, izteče kot trajnostna doba ali kot obdobje v skladu s temi spremembami in dopolnitvami:

1. inzulinskih črpalk,
2. ortoz za spodnje ude za zavarovane osebe, mlajše od 7 let,
3. ortoz za spodnje ude za zavarovane osebe, stare vsaj 7 let in mlajše od 18 let,
4. elastičnih rokavic,
5. elastičnih kompresijskih nogavic,
6. trakov za fiksacijo kanile pri traheostomi,
7. endotrahealnih kanil silikonskih,
8. senzorjev za pulzni oksimeter za večkratno uporabo,
9. medicinskih pripomočkov za izkašljevanje z oscilirajočo PEEP valvulo in

10. irigacijskih sistemov s konusom.

(2) Medicinskemu pripomočku za vzdrževanje pozitivnega tlaka med izdihom (PEEP valvula), prejetemu v skladu z dosedanjimi pravili in drugimi splošnimi akti zavoda, trajnostna doba izteče v skladu s temi spremembami in dopolnitvami.

(3) Obdobje izposoje aparata za vzdrževanje stalnega pritiska v dihalnih poteh (CPAP), predpisanega v skladu z dosedanjimi pravili in drugimi splošnimi akti zavoda, ki ni izteklo pred uveljavitvijo teh sprememb in dopolnitev, izteče v skladu z dosedanjimi pravili.

138. člen -

(1) Nova deseti odstavek 135.e člena in deveti odstavek 135.f člena pravil se začne uporabljati od vzpostavitve tehničnih možnosti, ki bodo uradnim osebam zavoda omogočale razveljavitev elektronskih receptov v centralni evidenci elektronskih receptov.

(2) Generalni direktor zavoda na spletni strani zavoda objavi datum vzpostavitve tehničnih možnosti za razveljavitev elektronskih receptov v skladu s prejšnjim odstavkom.

(3) Do vzpostavitve tehničnih možnosti za razveljavitev elektronskih receptov v skladu s prvim odstavkom tega člena uradna oseba zavoda ob izdaji odločbe, s katero se ugotovi zahteva za povračilo stroškov vrednosti zdravila ali živila na podlagi 135.e ali 135.f člena pravil, obvesti pooblaščenega zdravnika, da razveljavi elektronski recept, na podlagi katerega je zavarovana oseba uveljavila to povračilo.

139. člen

Postopki odločanja o pravici do povračila potnih stroškov za potovanja, ki so bila opravljena do vključno zadnjega dne v mesecu, v katerem začnejo veljati te spremembe in dopolnitve, se zaključijo v skladu z dosedanjimi pravili.

140. člen

Nov sedmi odstavek 177. člena pravil se začne uporabljati od vzpostavitve tehničnih možnosti, ki bodo uradnim osebam zavoda omogočale, da elektronsko napotnico označi za izkoriščeno.

141. člen

Generalni direktor zavoda sprejme splošni akt iz novega sedmega odstavka 210. člena pravil v enem mesecu od uveljavitve teh sprememb in dopolnitev.

142. člen

(1) Generalni direktor zavoda sprejme splošni akt iz spremenjenega drugega odstavka 212. člena pravil v enem mesecu od uveljavitve teh sprememb in dopolnitev.

(2) Z dnem začetka uporabe splošnega akta iz prejšnjega odstavka preneha veljati Sklep o določitvi seznama pooblaščenih zdravnikov za predpisovanje medicinskih pripomočkov, številka 9001-8/2014-DI/12 z dne 13. 5. 2014, s spremembami in dopolnitvami, številka 9001-12/2014-DI/16 z dne 18. 6. 2014, 9001-21/2014-DI/10 z dne 20. 11. 2014, 9001-23/2014-DI/6 z dne 8. 12. 2014, 9001-8/2015-DI/7 z dne 26. 2. 2015, 9001-12/2015-DI/8 z dne 5. 5. 2015, 9001-14/2015-DI/9 z dne 18. 6. 2015, 9001-1/2016-DI/11 z dne 25. 1. 2016, 9001-18/2016-DI/10 z dne 15. 9. 2016, 9001-19/2016-DI/13 z dne 17. 10. 2016, 9001-8/2017-DI/21 z dne 23. 5. 2017, 9011-11/2017-DI/16 z dne 21. 9. 2017, 9001-15/2017-DI/3 z dne 20. 11. 2017, 9001-7/2018-DI/15 z dne 18. 4. 2018 in 9001-8/2018-DI/16 z dne 23. 5. 2018.

143. člen

Upravni odbor zavoda sprejme splošni akt iz spremenjenega četrtega odstavka 212. člena pravil v enem mesecu od uveljavitve teh sprememb in dopolnitev.

144. člen

(1) Nova 1. točka tretjega odstavka 216. člena pravil se začne uporabljati z uveljavitvijo seznama medicinskih pripomočkov, na katerega bodo uvrščene vrste medicinskih pripomočkov iz skupin medicinskih pripomočkov pri umetno izpeljanem črevesju, pri težavah z odvajanjem seča, pri zdravljenju sladkorne bolezni in obvezilnih materialov.

(2) Do začetka uporabe določbe pravil iz prejšnjega odstavka dobavitelj takoj ob predložitvi naročilnice zagotovi vsaj enega od medicinskih pripomočkov vsake vrste, določene v pogodbi med njim in zavodom, iz skupin medicinskih pripomočkov pri umetno izpeljanem črevesju, pri težavah z odvajanjem seča, pri zdravljenju sladkorne bolezni in obvezilnih materialov zavarovani osebi.

145. člen

Do uveljavitve seznama medicinskih pripomočkov, na katerega bo uvrščena posamezna vrsta medicinskih pripomočkov, zavarovana oseba uveljavlja pravico do medicinskih pripomočkov te vrste v skladu z do takrat veljavnimi pravili in drugimi splošnimi akti zavoda.

146. člen

(1) Spremenjen tretji odstavek in spremenjena 1. točka četrtega odstavka 252. člena pravil se začne uporabljati z uveljavitvijo seznama medicinskih pripomočkov, na katerega bo uvrščena posamezna vrsta medicinskih pripomočkov.

(2) Do dneva iz prejšnjega odstavka velja, da, če zavarovana oseba predhodno soglaša, da medicinski pripomoček uveljavi v višjem ali drugačnem standardu, lahko dobavitelj do uveljavitve seznama medicinskih pripomočkov, na katerega bo uvrščena posamezna vrsta medicinskih pripomočkov, zahteva od zavarovane osebe doplačilo kot razliko med:

1. ceno izbranega medicinskega pripomočka in cenovnim standardom, dnevno izposojnino, pogodbeno ceno ali ceno funkcionalno ustreznega medicinskega pripomočka;
2. stroški vzdrževanj ali popravil medicinskega pripomočka in stroški iz četrtega odstavka 66. člena pravil;
3. stroški prilagoditev medicinskega pripomočka in stroški iz prvega odstavka 120. člena pravil.

147. 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.

Št. 9000-5/2018-DI/9

Ljubljana, dne 17. septembra 2018

EVA 2015-2711-0041

Predsednica Skupščine
Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije
Lučka Böhm

Soglašam!
Samo Fakin
Minister za zdravje

Na podlagi drugega odstavka 64. 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, 25/14 – odl. US, 25/14, 85/14, 10/17 – ZČmIS in 64/18) in 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 4. redni seji 17. 9. 2018 sprejela

Sklep o določitvi zdravstvenih stanj in drugih pogojev za upravičenost do posameznih medicinskih pripomočkov

I

Ta sklep določa zdravstvena stanja in druge pogoje, v primeru katerih so zavarovane osebe upravičene do medicinskih pripomočkov iz drugega odstavka 64. 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, 25/14 – odl. US, 25/14, 85/14, 10/17 – ZČmIS in 64/18).

II

Zdravstvena stanja in drugi pogoji iz prejšnje točke so določeni v Prilogi, ki je sestavni del tega sklepa.

III

Z dnem uveljavitve tega sklepa prenehajo veljati medicinski kriteriji pri medicinskih pripomočkih, ki so določeni v Prilogi 2 Sklepa o določitvi nazivov in šifer medicinskih pripomočkov in bolezni in zdravstvenih stanj, pri katerih jim je zagotovljen posamezni medicinski pripomoček, št. 0202-94/4-2005 z dne 18. 5. 2005 (s spremembami in dopolnitvami, št. 0202-14izr/1b-2005 z dne 20. 6. 2005, 0202-52/5a-2005 z dne 21. 7. 2005, 0202-15izr/1b-2005 z dne 8. 8. 2005, 0202-1/6a-2005 z dne 23. 11. 2005, 0202-6/4a-2006 z dne 28. 3. 2006, 0202-9/7b-2006 z dne 28. 6. 2006, 0202-14/6c-2006 z dne 15. 11. 2006, 9001-15/2007-DI/4 z dne 20. 6. 2007, 9001-13/2008-DI/9 z dne 24. 4. 2008, 9001-24/2008-DI/6 z dne 4. 11. 2008, 9001-7/2009-DI/6 z dne 18. 2. 2009, 9001-24/2009-DI/2 z dne 15. 7. 2009, 9001-36/2009-DI/3 z dne 3. 12. 2009, 9001-36/2009-DI/6 – popr. z dne 3. 12. 2009, 9001-19/2010-DI/5 z dne 16. 6. 2010, 9001-16/2011-DI/6 z dne 19. 5. 2011, 9001-27/2011-DI/14 z dne 30. 11. 2011, 9001-12/2012-DI/5 z dne 8. 11. 2012 in 9001-10/2013-DI/14 z dne 16. 10. 2013), (v nadaljnjem besedilu: Sklep o določitvi nazivov in šifer medicinskih pripomočkov in bolezni in zdravstvenih stanj, pri katerih jim je zagotovljen posamezni medicinski pripomoček), in sicer:

1. otroški tricikel,
2. hodulja za zadajšnji vlek,
3. koncentrator kisika,
4. aparat za vzdrževanje stalnega pritiska v dihalnih poteh (CPAP),
5. elastomerna črpalka 7 dnevna,
6. elastomerna črpalka 5 dnevna,
7. najem in polnjenje kisikove jeklenke,
8. sistem za dovajanje tekočega kisika do 5 l/min,

9. sistem za dovajanje tekočega kisika nad 5 l/min,
10. aparat za določanje glukoze v krvi,
11. diagnostični trakovi za aparat za določanje glukoze v krvi,
12. mehanski injektor,
13. igla za mehanski injektor,
14. prožilna naprava,
15. lanceta za prožilno napravo,
16. diagnostični trakovi za optično čitanje,
17. lanceta navadna,
18. inzulinska črpalka do 18. leta starosti,
19. set za inzulinsko črpalko,
20. komplet ampul oz. rezervar za inzulinsko črpalko,
21. potisna paličica z navojem za inzulinsko črpalko,
22. inzulinska črpalka nad 18. let starosti,
23. senzor za kontinuirano merjenje glukoze,
24. oddajnik za kontinuirano merjenje glukoze,
25. aparat za nadomestno sporazumevanje,
26. navleka za krn,
27. gonilnik za voziček – enostavni (HM-0/21) in
28. gonilnik za voziček – zahtevni (HM-3/200, HM-3/24).

Ne glede na prejšnji odstavek se medicinski kriterij pri medicinskem pripomočku aparat za nadomestno sporazumevanje uporablja do dneva iz 135. člena Sprememb in dopolnitev Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 64/18).

IV

Z dnem uveljavitve seznama medicinskih pripomočkov pri inkontinenci in težavah z odvajanjem seča prenehajo veljati medicinski kriteriji pri medicinskih pripomočkih, ki so določeni v Prilogi 2 Sklepa o določitvi nazivov in šifer medicinskih pripomočkov in bolezni in zdravstvenih stanj, pri katerih jim je zagotovljen posamezni medicinski pripomoček, in sicer:

1. vrečka za seč z izpustom 2,0 l,
2. vrečka za seč brez izpusta 1,5 l,
3. zbiralnik za seč (urinal), 1500 ml, 1 kos,
4. zbiralnik za seč (urinal), 800 ml, 1 kos,
5. zbiralnik za seč (urinal), 500 ml, 1 kos,
6. urinal kondom navadni,
7. urinal kondom latex,

8. urinal kondom silikonski,
9. lepilni trak za fiksacijo urinal kondoma,
10. stalni urinski kateter silikonski za 6 tednov,
11. stalni urinski kateter z zamaškom navadni,
12. urinski kateter za enkratno uporabo,
13. urinski kateter s hidrofilno prevleko ali iz silikona,
14. nepropustne hlačke za lahko inkontinenco,
15. predloga za srednjo inko.,
16. moška predloga za srednjo inko., vpojnost vsaj 600 ml,
17. predloga za težko inko., vpojnost vsaj 1000 ml,
18. plenice za težko inko.-obseg pasu od 50-80 cm, dnevna,
19. plenice za težko inko.-obseg pasu od 80-100 cm, dnevna,
20. plenice za težko inko.-obseg pasu od 100-150 cm, dnevna,
21. plenice za težko inko.-obseg pasu od 50-80 cm, nočna,
22. plenice za težko inko.-obseg pasu od 80-100 cm, nočna,
23. plenice za težko inko.-obseg pasu od 100-150 cm, nočna,
24. predloga za zelo težko inko., vpojnost vsaj 2500 ml,
25. plenice za zelo težko inko.-obseg pasu od 50-80 cm, dnevna,
26. plenice za zelo težko inko.-obseg pasu od 80-100 cm, dnevna,
27. plenice za zelo težko inko.-obseg pasu od 100-150 cm, dnevna,
28. plenice za zelo težko inko.-obseg pasu od 50-80 cm, nočna,
29. plenice za zelo težko inko.-obseg pasu od 80-100 cm, nočna,
30. plenice za zelo težko inko.-obseg pasu od 100-150 cm, nočna,
31. plenice za otroke do 25 kg,
32. posteljne predloge 60x60 cm,
33. posteljne predloge 60x90 cm,
34. mrežaste hlačke,
35. predloga za srednjo inko.-zbirna nar.,
36. moška predloga za srednjo inko., vpojnost vsaj 600 ml-zbirna nar.,
37. predloga za težko inko., vpojnost vsaj 1000 ml-zbirna nar.,
38. plenice za težko inko.-obseg pasu 50-80 cm, dnevna-zbirna nar.,
39. plenice za težko inko.-obseg pasu 80-100 cm, dnevna-zbirna nar.,
40. plenice za težko inko.-obseg pasu od 100-150 cm, dnevna-zbirna nar.,
41. plenice za težko inko.-obseg pasu od 50-80 cm, nočna-zbirna nar.,
42. plenice za težko inko.-obseg pasu od 80-100 cm, nočna-zbirna nar.,
43. plenice za težko inko.-obseg pasu od 100-150 cm, nočna-zbirna nar.,
44. predloga za zelo težko inko., vpojnost vsaj 2500 ml-zbirna nar.,
45. plenice za zelo težko inko.-obseg pasu od 50-80 cm, dnevna-zbirna nar.,
46. plenice za zelo težko inko.-obseg pasu od 80-100 cm, dnevna-zbirna nar.,
47. plenice za zelo težko inko.-obseg pasu od 100-150 cm, dnevna-zbirna nar.,
48. plenice za zelo težko inko.-obseg pasu od 50-80 cm, nočna-zbirna nar.,
49. plenice za zelo težko inko.-obseg pasu od 80-100 cm, nočna-zbirna nar.,
50. plenice za zelo težko inko.-obseg pasu od 100-150 cm, nočna-zbirna nar.,

51. plenice za otroke do 25 kg-zbirna nar.,
52. posteljne predloge 60x60 cm-zbirna nar.,
53. posteljne predloge 60x90 cm-zbirna nar.,
54. mrežaste hlačke-zbirna nar.

V

Z dnem uveljavitve tega sklepa preneha veljati Sklep o določitvi zdravstvenih stanj za upravičenost do posameznih medicinskih pripomočkov (Uradni list RS, št. 25/14 in 85/14).

VI

Ta sklep se objavi v Uradnem listu Republike Slovenije, ko da nanj soglasje minister, pristojen za zdravje, in začne veljati petnajsti dan po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije, razen točke IV tega sklepa, ki se začne uporabljati z dnem uveljavitve seznama medicinskih pripomočkov za medicinske pripomočke pri inkontinenci in težavah z odvajanjem seča.

Št. 9000-5/2018-DI/17

Ljubljana, dne 17. septembra 2018
EVA 2018-2711-0040

predsednica Skupščine
Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije
Lučka Böhm

Soglašam!
Samo Fakin
Minister za zdravje

Priloga

ZDRAVSTVENA STANJA IN DRUGI POGOJI za upravičenost do medicinskih pripomočkov

MEDICINSKI PRIPOMOČKI	ZDRAVSTVENA STANJA IN DRUGI POGOJI
Proteze udov	
PROTEZA ZA STOPALO IZ SILIKONA – LEVA	Zavarovana oseba z amputacijo vsaj dveh prstov in stopalnic (transmetatarzalna ali višja transverzalna amputacija stopala).
PROTEZA ZA STOPALO IZ SILIKONA – DESNA	Zavarovana oseba z amputacijo vsaj dveh prstov in stopalnic (transmetatarzalna ali višja transverzalna amputacija stopala).
Ortoze (izključujejo elastične povoje in bandaže)	
VAKUUMSKA OPORNICA ZA STOPALO – KRATKA GIBLJIVA – DESNA	Zavarovana oseba, motivirana za *aktivno zdravljenje rane, če gre za manjšo rano na desnem stopalu, ki je posledica nevropatije (diabetične ali druge), Charcotove artropatije ali manjšo rano stopala pri dokazani ishemiji stopala. *Aktivno zdravljenje rane na stopalu pomeni, da je zavarovana oseba motivirana za doseg ciljne vrednosti glikemije, ustrezno nameščanje in nošenje vakuumske opornice.
VAKUUMSKA OPORNICA ZA STOPALO – KRATKA GIBLJIVA – LEVA	Zavarovana oseba, motivirana za *aktivno zdravljenje rane, če gre za manjšo rano na levem stopalu, ki je posledica nevropatije (diabetične ali druge), Charcotove artropatije ali manjšo rano stopala pri dokazani ishemiji stopala. *Aktivno zdravljenje rane na stopalu pomeni, da je zavarovana oseba motivirana za doseg ciljne vrednosti glikemije, ustrezno nameščanje in nošenje vakuumske opornice.
VAKUUMSKA OPORNICA ZA STOPALO – VISOKA NEGIBLJIVA – DESNA	Zavarovana oseba, motivirana za *aktivno zdravljenje rane, če gre za večjo rano na desnem stopalu, ki je posledica nevropatije (diabetične ali druge), Charcotove artropatije ali večjo rano stopala pri dokazani ishemiji stopala. *Aktivno zdravljenje rane na stopalu pomeni, da je zavarovana oseba motivirana za doseg ciljne vrednosti glikemije, ustrezno nameščanje in nošenje vakuumske opornice.
VAKUUMSKA OPORNICA ZA STOPALO – VISOKA NEGIBLJIVA – LEVA	Zavarovana oseba, motivirana za *aktivno zdravljenje rane, če gre za večjo rano na levem stopalu, ki je posledica nevropatije (diabetične ali druge), Charcotove artropatije ali večjo rano stopala pri dokazani ishemiji stopala. *Aktivno zdravljenje rane na stopalu pomeni, da je zavarovana oseba motivirana za doseg ciljne vrednosti glikemije, ustrezno nameščanje in nošenje vakuumske opornice.
IZRAVNALNI PODPLAT ZA VAKUUMSKO OPORNICO ZA STOPALO	Zavarovana oseba, ki ima pravico do vakuumske opornice za stopalo kratke gibljive ali visoke negibljive za eno nogo.
Vozički ter ostali pripomočki za gibanje, stoji in sedenje	
AKUMULATOR ZA ELEKTRIČNI SKUTER	Zavarovana oseba je v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja prejela električni skuter.
OTROŠKI TRICIKEL	Zavarovana oseba, če: – gre za osebo z motorično prizadetostjo, – gre za osebo, mlajšo od 15 let, – je zmožna voziti prilagojeni tricikel in – ima v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja pravico tudi do vozička na ročni pogon ali vozička na ročni pogon za otroka ali transportnega vozička za otroka.
HODULJA ZA ZADAŠNJI VLEK	Zavarovana oseba, ki je utrpela okvaro živčevja v starosti do 18 let, pri: – kognitivni zmožnosti učenja hoje in uporabe pripomočka, – okvari osrednjega živčevja z motnjo ravnotežja (z ali brez ataksije) ali ob okvari perifernega živčevja, – zmerni do težji prizadetosti funkcije zgornjih udov, – zmerni do težji prizadetosti funkcije trupa in – težji ali težki obliki ohromelosti mišic spodnjih udov ali delni do popolni amputaciji spodnjih udov ali hudih kontrakturah, omejitvah gibljivosti in deformacijah spodnjih udov, če se s pripomočkom omogoči funkcija hoje vsaj na kratke razdalje.
Električni stimulatorji in ostali aparati	
APARAT ZA PODPORO DIHANJU S POZITIVNIM TLAKOM OB VDIHU IN IZDIHU (BIPAP)	Zavarovana oseba z *OSAS, ki je nezadovoljivo zdravljen s CPAP-om s potrebo po zelo visokih pritiskih (> 15 cm H ₂ O) ali pri intoleranci CPAP-a. *OSAS je sindrom obstruktivne apneje v spanju (obstruktivna apneja v spanju).
APARAT ZA PODPORO DIHANJU S POZITIVNIM TLAKOM OB VDIHU IN IZDIHU (BIPAP) – ZAHTEVEN	Pri zavarovani osebi z/s: – *OHS, definiranim z **ICSD-3, ki je nezadovoljivo zdravljen z visokim CPAP (> 15 cm H ₂ O), to je z vztrajajočo hipoksemijo s saturacijo s kisikom v krvi < 90 % ali perzistentnimi apnejami/hipopnejami ali vztrajno hiperkapnijo v budnosti, – nočno hipoventilacijo, dokazano s kapnografijo (alternativno s PAAK iz arterijske linije), če je porast pCO ₂ preko 7,3 kPa za ≥ 10 min, ali če pCO ₂ poraste za ≥ 1,33 kPa med spanjem glede na stanje v budnosti in preseže 6,7 kPa za ≥ 10 min, – drugimi sindromi hipoventilacije, definiranimi z ICSD-3 (npr. KOPB, kifoskolioza, živčno mišične bolezni, hipoventilacija zaradi zdravlil/substanc in podobnih stanj), kjer ni potrebe po > 16 h/dan ventilatorni podpori in življenje bolnika ni odvisno od ventilatorja ali – kroničnim ***CSAS, ki vztraja kljub ročni CPAP titraciji in optimizaciji terapije osnovne bolezni, dokazanim s polisomnografijo. *OHS je sindrom hipoventilacije zaradi debelosti (BMI 30 ali več). **ICSD-3 je mednarodna klasifikacija motenj spanja. ***CSAS je sindrom centralne apneje v spanju (primarne, zaradi druge bolezni ali zaradi zdravlil/substanc).
APARAT ZA PODPORO DIHANJU S POZITIVNIM TLAKOM OB VDIHU IN IZDIHU (BIPAP) – ZELO ZAHTEVEN	Zavarovana oseba s: – *CSAS, ki vztraja kljub ročni titraciji s CPAP ali z BIPAP – zahtevnim in optimizaciji terapije osnovne bolezni, dokazanim s polisomnografijo ali – CSAS, ki se pojavijo zaradi CPAP ali BIPAP terapije in vztrajajo še tri mesece po uvedbi CPAP ali BIPAP. *CSAS je sindrom centralne apneje v spanju (primarne, zaradi druge bolezni ali zaradi zdravlil/substanc).

MEDICINSKI PRIPOMOČKI	ZDRAVSTVENA STANJA IN DRUGI POGOJI
ELEKTRIČNI MASATOR PLJUČ	Zavarovana oseba, mlajša od 18 let, ki se zdravi s kisikom na domu zaradi kronične dihalne odpovedi v okviru napredovane oblike cistične fibroze, intersticijske pljučne bolezni s hipoksemijo, pljučne arterijske hipertenzije, bronhopulmonalne displazije, obliterantnega bronhiolitisa ali zavarovana oseba, stara vsaj 18 let, pri kateri se zdravljenje navedenega stanja neprekinjeno nadaljuje iz obdobja pred 18. letom starosti. Zavarovana oseba pri zdravljenju z ventilatorjem – aparatom za umetno predihavanje pljuč na domu.
PULZNI OKSIMETER Z ALARMOM	Zavarovana oseba, mlajša od 18 let, ki se zdravi s kisikom na domu zaradi kronične dihalne odpovedi v okviru napredovane oblike cistične fibroze, intersticijske pljučne bolezni s hipoksemijo, pljučne arterijske hipertenzije, bronhopulmonalne displazije, obliterantnega bronhiolitisa ali zavarovana oseba, stara vsaj 18 let, pri kateri se zdravljenje navedenega stanja neprekinjeno nadaljuje iz obdobja pred 18. letom starosti. Zavarovana oseba pri zdravljenju z ventilatorjem – aparatom za umetno predihavanje pljuč na domu.
SENZORJI ZA PULZNI OKSIMETER ZA VEČKRATNO UPORABO	Zavarovana oseba z zdravstvenim stanjem in ob drugih pogojih, ki določajo pravico do pulznega oksimetra.
SENZORJI ZA PULZNI OKSIMETER ZA LEPLJENJE NA KOŽO DO 3. LETA STAROSTI	Zavarovana oseba, mlajša od treh let, s pravico do pulznega oksimetra.
VENTILATOR – APARAT ZA UMETNO PREDIHAVANJE PLJUČ	Zavarovana oseba s stabilno kronično respiracijsko insuficienco v okviru kronične obstruktivne pljučne bolezni (KOPB) ali živčno-mišične bolezni z oslabelostjo dihalnih mišic, stara vsaj 18 let, ki ji je zagotovljena trajna nega na domu s potrebo po celodnevni asistirani ventilaciji. Zavarovana oseba s KOPB ali živčno-mišičnimi boleznimi z oslabelostjo dihalnih mišic, mlajša od 18 let, ki ji je zagotovljena trajna nega na domu s potrebo po asistirani ventilaciji.
KONCENTRATOR KISIKA	Zavarovana oseba z dolgotrajno respiratorno boleznijo s tako stalno hipoksemijo, ki ima v stabilni fazi bolezni pO ₂ v arterijski krvi pod 7,3 kPa ali pod 7,8 kPa, pri čemer je pri slednji vrednosti: – prisotna pljučna hipertenzija ali – hematokrit \geq 56 %. Zavarovana oseba pri napredovanem pljučnem raku in kronični respiracijski insuficienci zaradi spremljajoče kronične obstruktivne pljučne bolezni (KOPB). Zavarovana oseba, mlajša od 15 let, z dolgotrajno respiratorno boleznijo s stalno hipoksemijo.
NAJEM IN POLNJENJE KISIKOVE JEKLENKE	Zavarovana oseba z dolgotrajno respiratorno boleznijo s tako stalno hipoksemijo, ki ima v stabilni fazi bolezni pO ₂ v arterijski krvi pod 7,3 kPa ali pod 7,8 kPa, pri čemer je pri slednji vrednosti: – prisotna pljučna hipertenzija ali – hematokrit \geq 56 %. Zavarovana oseba pri napredovanem pljučnem raku in kronični respiracijski insuficienci zaradi spremljajoče kronične obstruktivne pljučne bolezni (KOPB). Zavarovana oseba, mlajša od 15 let, z dolgotrajno respiratorno boleznijo s stalno hipoksemijo.
APARAT ZA VZDRŽEVANJE STALNEGA PRITISKA V DIHALNIH POTEH (CPAP)	Zavarovana oseba, ki ima: – *OSAS, diferenciran glede na **ICSD-3 kriterije, – ***CSAS zaradi Cheyne-Stokesovega dihanja, definiran z ICSD-3 kriterijem, kot terapija prvega izbora, – drugi kronični CSAS, definirani z ICSD-3 kriterijem, kot terapija prvega izbora ali – ****OHS, definiran z ICSD-3 kriterijem, v kolikor s CPAP odpravimo apneje/hipopneje, dosežemo stabilno saturacijo s kisikom v krvi \geq 90 % ter dosežemo normalizacijo jutranjega pCO ₂ . *OSAS je sindrom obstruktivne apneje v spanju (obstruktivna apneja v spanju). **ICSD-3 je mednarodna klasifikacija motenj spanja. ***CSAS je sindrom centralne apneje v spanju (primarne, zaradi druge bolezni ali zaradi zdravil/substanc). ****OHS je sindrom hipoventilacije zaradi debelosti (BMI 30 ali več).
SISTEM ZA DOVAJANJE TEKOČEGA KISIKA do 5 l/min	Zavarovana oseba z dolgotrajno respiratorno boleznijo s tako stalno hipoksemijo, ki ima v stabilni fazi bolezni pO ₂ v arterijski krvi pod 7,3 kPa ali pod 7,8 kPa, pri čemer je pri slednji vrednosti hkrati že prisotna pljučna hipertenzija ali pa je hematokrit \geq 56 %, če: – je uvrščena na čakalno listo za transplantacijo pljuč, – potrebuje odmerke kisika vsaj 5 litrov na minuto ali – z dodatkom kisika v Shuttle testu prehodi vsaj 300 metrov, pri navedenem stanju ima pravico do zdravljenja za eno leto. Pri dolgotrajni respiratorni bolezni s stalno hipoksemijo ima zavarovana oseba, mlajša od 15 let, pravico do zdravljenja za eno leto.
SISTEM ZA DOVAJANJE TEKOČEGA KISIKA nad 5 l/min	Zavarovana oseba z dolgotrajno respiratorno boleznijo s tako stalno hipoksemijo, ki ima v stabilni fazi bolezni pO ₂ v arterijski krvi pod 7,3 kPa ali pod 7,8 kPa, pri čemer je pri slednji vrednosti hkrati že prisotna pljučna hipertenzija ali pa je hematokrit \geq 56 %, če: – je uvrščena na čakalno listo za transplantacijo pljuč, – potrebuje odmerke kisika vsaj 5 litrov na minuto ali – z dodatkom kisika v Shuttle testu prehodi vsaj 300 metrov, pri navedenem stanju ima pravico do zdravljenja za eno leto. Pri dolgotrajni respiratorni bolezni s stalno hipoksemijo ima zavarovana oseba, mlajša od 15 let, pravico do zdravljenja za eno leto.
Vozički ter ostali pripomočki za gibanje, stoje in sedenje	
VREČKA ZA SEČ z izpustom 2,0 l	Zavarovana oseba s popolno inkontinenco urina, pri kateri uporablja stalni urinski kateter.
ZBIRALNIK ZA SEČ (URINAL), 1500 ml	Zavarovana oseba s popolno inkontinenco urina, pri kateri uporablja urinal kondome.
ZBIRALNIK ZA SEČ (URINAL), 800 ml	Zavarovana oseba s popolno inkontinenco urina, pri kateri uporablja urinal kondome.
ZBIRALNIK ZA SEČ (URINAL), 500 ml	Zavarovana oseba s popolno inkontinenco urina, pri kateri uporablja urinal kondome.
ZBIRALNIK ZA SEČ (URINAL), 350 ml	Zavarovana oseba s popolno inkontinenco urina, pri kateri uporablja urinal kondome.
URINAL KONDOM LATEKS	Zavarovana oseba s popolno inkontinenco urina.
URINAL KONDOM SILIKONSKI	Zavarovana oseba s popolno inkontinenco urina.
STALNI URINSKI KATETER SILIKONSKI za 6 tednov	Zavarovana oseba s popolno inkontinenco urina.
URINSKI KATETER ZA ENKRATNO UPORABO	Zavarovana oseba s stenozo uretre. Zavarovana oseba z motnjo v izpraznjevanju sečnega mehurja (nevrogeni mehur, infravezikalna odtočna motnja).
URINSKI KATETER S HIDROFILNO PREVLEKO ALI IZ SILIKONA	Zavarovana oseba s stenozo uretre. Zavarovana oseba z motnjo v izpraznjevanju sečnega mehurja (nevrogeni mehur, infravezikalna odtočna motnja).
URINSKI KATETER S HIDROFILNO PREVLEKO ALI IZ SILIKONA IN Z VODNO VREČKO	Zavarovana oseba s stenozo uretre. Zavarovana oseba z motnjo v izpraznjevanju sečnega mehurja (nevrogeni mehur, infravezikalna odtočna motnja).
PREDLOGA ZA SREDNJO INKONTINENCO	Zavarovana oseba sicer s popolno urinsko inkontinenco, vendar s suhimi intervali (najpogosteje v razmaku od ene do treh ur), torej lahko še delno zadržuje urin. Zavarovana oseba z delno inkontinenco blata.
MOŠKA PREDLOGA ZA SREDNJO INKONTINENCO	Zavarovana oseba sicer s popolno urinsko inkontinenco, vendar s suhimi intervali (najpogosteje v razmaku od ene do treh ur), torej lahko še delno zadržuje urin.

MEDICINSKI PRIPOMOČKI	ZDRAVSTVENA STANJA IN DRUGI POGOJI
MOŠKA PREDLOGA – ŽEPEK ZA SREDNJO INKONTINENCO	Zavarovana oseba sicer s popolno urinsko inkontinenco, vendar s suhimi intervali (najpogosteje v razmaku od ene do treh ur), torej lahko še delno zadržuje urin.
PREDLOGA ZA TEŽKO INKONTINENCO	Zavarovana oseba s popolno inkontinenco urina. Zavarovana oseba s popolno bolezensko inkontinenco urina in delno inkontinenco blata.
PREDLOGA ZA ZELO TEŽKO INKONTINENCO	Zavarovana oseba s popolno inkontinenco urina in blata.
PREDLOGA ZA FEKALNO INKONTINENCO	Zavarovana oseba z delno do popolno inkontinenco blata.
HLAČNA PREDLOGA ZA TEŽKO IN ZELO TEŽKO INKONTINENCO – obseg pasu 65 cm, dnevna in nočna	Zavarovana oseba s inkontinenco urina in blata, stara nad 4,5 let, z obsegom pasu, manjšim od 65 cm (telesne mere mladostnika).
HLAČNA PREDLOGA ZA TEŽKO IN ZELO TEŽKO INKONTINENCO – obseg pasu 50–90 cm, dnevna	Zavarovana oseba s popolno inkontinenco urina in delno do popolno inkontinenco blata, stara nad 4,5 let, z obsegom pasu od 50 do 90 cm.
HLAČNA PREDLOGA ZA TEŽKO IN ZELO TEŽKO INKONTINENCO – obseg pasu 50–90 cm, nočna	Zavarovana oseba s popolno inkontinenco urina in delno do popolno inkontinenco blata, stara nad 4,5 let, z obsegom pasu od 50 do 90 cm.
HLAČNA PREDLOGA ZA TEŽKO INKONTINENCO – obseg pasu 80–110 cm, dnevna	Zavarovana oseba s popolno inkontinenco urina in delno inkontinenco blata, stara nad 4,5 let, z obsegom pasu od 80 do 110 cm.
HLAČNA PREDLOGA ZA TEŽKO INKONTINENCO – obseg pasu 80–110 cm, nočna	Zavarovana oseba s popolno inkontinenco urina in delno inkontinenco blata, stara nad 4,5 let, z obsegom pasu od 80 do 110 cm.
HLAČNA PREDLOGA ZA TEŽKO INKONTINENCO – obseg pasu 100–150 cm, dnevna	Zavarovana oseba s popolno inkontinenco urina in delno inkontinenco blata, stara nad 4,5 let, z obsegom pasu od 100 do 150 cm.
HLAČNA PREDLOGA ZA TEŽKO INKONTINENCO – obseg pasu 100–150 cm, nočna	Zavarovana oseba s popolno inkontinenco urina in delno inkontinenco blata, stara nad 4,5 let, z obsegom pasu od 100 do 150 cm.
HLAČNA PREDLOGA ZA ZELO TEŽKO INKONTINENCO – obseg pasu 80–110 cm, dnevna	Zavarovana oseba s popolno inkontinenco urina in blata, stara nad 4,5 let, z obsegom pasu od 80 do 110 cm.
HLAČNA PREDLOGA ZA ZELO TEŽKO INKONTINENCO – obseg pasu 80–110 cm, nočna	Zavarovana oseba s popolno inkontinenco urina in blata, stara nad 4,5 let, z obsegom pasu od 80 do 110 cm.
HLAČNA PREDLOGA ZA ZELO TEŽKO INKONTINENCO – obseg pasu 100–150 cm, dnevna	Zavarovana oseba s popolno inkontinenco urina in blata, stara nad 4,5 let, z obsegom pasu od 100 do 150 cm.
HLAČNA PREDLOGA ZA ZELO TEŽKO INKONTINENCO – obseg pasu 100–150 cm, nočna	Zavarovana oseba s popolno inkontinenco urina in blata, stara nad 4,5 let, z obsegom pasu od 100 do 150 cm.
HLAČNA PREDLOGA ZA TEŽKO IN ZELO TEŽKO INKONTINENCO – obseg pasu več kot 150 cm, dnevna	Zavarovana oseba s popolno inkontinenco urina in delno do popolno inkontinenco blata, stara nad 4,5 let, z obsegom pasu nad 150 cm.
HLAČNA PREDLOGA ZA TEŽKO IN ZELO TEŽKO INKONTINENCO – obseg pasu več kot 150 cm, nočna	Zavarovana oseba s popolno inkontinenco urina in delno do popolno inkontinenco blata, stara nad 4,5 let, z obsegom pasu nad 150 cm.
NEPROPUSTNE HLAČKE ZA LAHKO INKONTINENCO	Zavarovana oseba z inkontinenco urina, pri kateri lahko še delno zadržuje urin.
PLENICE ZA OTROKE DO 30 KG	Zavarovana oseba z inkontinenco urina ali blata, stara nad 4,5 let in mlajša od 18 let, s telesno težo do 30 kg.
POSTELJNE PODLOGE 60 x 60 cm	Zavarovana oseba s pravico do predlog ali hlačnih predlog.
POSTELJNE PODLOGE 60 x 90 cm	Zavarovana oseba s pravico do predlog ali hlačnih predlog.
FIKSIRNE HLAČKE	avarovana oseba s pravico do predlog.
Pripomočki pri zdravljenju sladkorne bolezni	
APARAT ZA DOLOČANJE GLUKOZE V KRVNI	Zavarovana oseba s sladkorno boleznijo, ki aktivno sodeluje pri zdravljenju in je usposobljena za izvajanje *samokontrole in **samo-vodenja: – če se trajno zdravi z inzulinom, – če ima neurejeno sladkorno bolezen na kombinirani peroralni terapiji, ko začne z edukacijo za inzulinsko zdravljenje ali – če ima ugotovljeno sladkorno bolezen v času nosečnosti ali dojenja. Zavarovana oseba s prirojeno ali pridobljeno motnjo presnove, ki ima za posledico hiperinzulinemijo, ta pa hipoglikemijo, če aktivno sodeluje pri zdravljenju in je usposobljena za izvajanje samokontrole in samo-vodenja. *Samokontrola je kontrola glukoze v krvi, medceličnini ali urinu. **Samo-vodenje je takojšen ukrep za doseg ciljne vrednosti glikemije. Samokontrolo in samo-vodenje izvede zavarovana oseba sama ali oseba, ki zanjo skrbi.
DIAGNOSTIČNI TRAKOVI ZA APARAT ZA DOLOČANJE GLUKOZE V KRVNI	Zavarovana oseba s pravico do aparata za določanje glukoze v krvi.
MEHANSKI INJEKTOR	Zavarovana oseba s sladkorno boleznijo, zdravljen z inzulinom ali GLP-1 agonisti.
IGLA ZA MEHANSKI INJEKTOR	Zavarovana oseba s sladkorno boleznijo, zdravljen z inzulinom ali GLP-1 agonisti.
TRAKOVI ZA OPTIČNO (SEMIKVANTITATIVNO) DOLOČANJE GLUKOZE V KRVNI	Zavarovana oseba s sladkorno boleznijo, ki obvlada *samokontrolo in **samo-vodenje. *Samokontrola je kontrola glukoze v krvi, medceličnini ali urinu. **Samo-vodenje je takojšen ukrep za doseg ciljne vrednosti glikemije. Samokontrolo in samo-vodenje izvede zavarovana oseba sama ali oseba, ki zanjo skrbi.
TRAKOVI ZA OPTIČNO (SEMIKVANTITATIVNO) DOLOČANJE GLUKOZE IN KETONOV V URINU	Zavarovana oseba s sladkorno boleznijo tipa 1, če koncentracija glukoze v krvi doseže ali preseže 15 mmol/l in zavarovana oseba s sladkorno boleznijo, ki je noseča, če koncentracija glukoze v krvi doseže ali preseže 12 mmol/l, za preprečevanje nastanka ketoacidoze. Noseča zavarovana oseba s sladkorno boleznijo, kadar je to potrebno zaradi spremljanja primernosti vnosa hrane.
PROŽILNA NAPRAVA	Zavarovana oseba s sladkorno boleznijo, ki obvlada *samokontrolo in **samo-vodenje. *Samokontrola je kontrola glukoze v krvi, medceličnini ali urinu. **Samo-vodenje je takojšen ukrep za doseg ciljne vrednosti glikemije. Samokontrolo in samo-vodenje izvede zavarovana oseba sama ali oseba, ki zanjo skrbi.
LANCETA ZA PROŽILNO NAPRAVO	Zavarovana oseba s sladkorno boleznijo, ki obvlada *samokontrolo in **samo-vodenje. *Samokontrola je kontrola glukoze v krvi, medceličnini ali urinu. **Samo-vodenje je takojšen ukrep za doseg ciljne vrednosti glikemije. Samokontrolo in samo-vodenje izvede zavarovana oseba sama ali oseba, ki zanjo skrbi.

MEDICINSKI PRIPOMOČKI	ZDRAVSTVENA STANJA IN DRUGI POGOJI
INZULINSKA ČRPALKA	Zavarovana oseba, ki je bila pri dotedanjem zdravljenju zavzeta za uspeh zdravljenja in usposobljena za *samokontrolo in **samo-vodenje ter ravnanje z inzulinsko črpalko pri: – sladkorni boleznici tipa 1, pri kateri je bilo tudi 6-mesečno izvajanje funkcionalne inzulinske terapije (FIT) neuspešno, – sladkorni boleznici tipa 1 s sindromom nezavedanja hipoglikemije kljub zdravljenju z večkratnimi aplikacijami inzulina dnevno, – sladkorni boleznici, ki se zdravi z inzulinom in pred načrtovano nosečnostjo oziroma med nosečnostjo in v času dojenja, in ki nima dobro urejene sladkorne bolezni, kljub zdravljenju z večkratnimi aplikacijami inzulina dnevno, ali – zavarovani osebi, mlajši od 18 let, s sladkorno boleznijo tipa 1 ter s pogostimi in velikimi nihanjem krvnega sladkorja kljub natančnem zdravljenju z večkratnimi aplikacijami inzulina dnevno. V zdravstveni dokumentaciji oziroma predlogu imenovanemu zdravniku lečeči diabetolog potrdi, da je zavarovana oseba aktivno sodelovala pri dotedanjem zdravljenju v skladu z navodili zdravnika in je usposobljena za samokontrolo, samo-vodenje in ravnanje z inzulinsko črpalko. Pri zavarovanih osebah, mlajših od 7 let, se zdravljenje sladkorne bolezni tipa 1 s pomočjo inzulinske črpalke lahko začne ob postavitvi diagnoze. *Samokontrolo je kontrola glukoze v krvi, medceličnini ali urinu. **Samo-vodenje je takojšen ukrep za doseg ciljne vrednosti glikemije. Samokontrolo in samo-vodenje izvede zavarovana oseba sama ali oseba, ki zanjo skrbi.
SET ZA INZULINSKO ČRPALKO	Zavarovana oseba s pravico do inzulinske črpalke.
AMPULA ZA INZULINSKO ČRPALKO	Zavarovana oseba s pravico do inzulinske črpalke.
SENZOR ZA KONTINUIRANO MERJENJE GLUKOZE	Zavarovana oseba, ki se zdravi z inzulinsko črpalko ali s funkcionalno inzulinsko terapijo in je na podlagi meritev sposobna izboljšati urejenost glikemije, če: – je mlajša od 7 let, – ima sladkorno bolezen s sindromom nezavedanja hipoglikemije in ob tem hude hipoglikemije, ali – je noseča in ima slabo urejeno sladkorno bolezen.
ODDAJNIK ZA KONTINUIRANO MERJENJE GLUKOZE	Zavarovana oseba, ki se zdravi z inzulinsko črpalko ali s funkcionalno inzulinsko terapijo in je na podlagi meritev sposobna izboljšati urejenost glikemije, če: – je mlajša od 7 let, – ima sladkorno bolezen s sindromom nezavedanja hipoglikemije in ob tem hude hipoglikemije, ali – je noseča in ima slabo urejeno sladkorno bolezen.
SPREJEMNIK REZULTATOV KONTINUIRANEGA MERJENJA GLUKOZE	Zavarovana oseba, ki se zdravi s funkcionalno inzulinsko terapijo in se ne zdravi z inzulinsko črpalko, pa tudi prehod na zdravljenje z inzulinsko črpalko ni predviden in ima pravico do senzorjev in oddajnika za kontinuirano merjenje glukoze.
Kanile	
MEDICINSKI PRIPOMOČEK ZA IZKAŠLJEVANJE Z OSCILIRAJOČO PEEP VALVULO	Zavarovana oseba, mlajša od 18 let, ali zavarovana oseba, stara vsaj 18 let, ki je zbolela pred 18. letom starosti in se zdravi tudi v odrasli dobi, pri: – kronični gnojni pljučni boleznici, – bronhiektazijah, – primarni ciliarni diskineziji ali – traheomalaciji ali bronhomalaciji. Zavarovana oseba s kronično pljučno boleznijo, s kroničnim produktivnim kašljem, ki traja več kot 6 tednov, in oteženim izkašljevanjem.
MEDICINSKI PRIPOMOČEK ZA VZDRŽEVANJE POZITIVNEGA TLAKA MED IZDIHOM (PEEP VALVULA) Z MASKO	Zavarovana oseba, ki zaradi svoje starosti (otrok) ali spremljajočih prizadetosti ne more učinkovito uporabljati medicinskega pripomočka za izkašljevanje z oscilirajočo PEEP valvulo in se zdravi zaradi: – kronične gnojne pljučne bolezni, – bronhiektazij, – akutne ali kronične atelektaze pljuč ali – traheomalacije ali bronhomalacije.
DIHALNI BALON	Zavarovana oseba, ki 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 ter če: – bi morebitna okvara aparata za mehanično predihavanje pljuč zahtevala takojšnje izvajanje temeljnih postopkov oživiljanja ali – je dihalni balon potreben za nego traheostome in toaleta spodnjih dihalnih poti. Zavarovana oseba, mlajša od 5 let, z boleznijo pljuč in traheostomo, če je oseba, ki zanjo skrbi na domu, usposobljena za uporabo dihalnega balona.
MEDICINSKI PRIPOMOČEK ZA VZDRŽEVANJE POZITIVNEGA TLAKA MED IZDIHOM (PEEP VALVULA) Z USTNIKOM	Zavarovana oseba s kolapsom intratorakalnih dihalnih poti ali trajno nepredihanostjo dela pljuč.
Ostali tehnični pripomočki	
NAVLEKA ZA KRN	Zavarovana oseba, ki uporablja protezo za zgornji ali spodnji ud.

Okrožnica MP št. 2/2018 z dne 11.10.2018: Spremembe in dopolnitve aktov, ki se nanašajo na zagotavljanje pravic do medicinskih pripomočkov

V Uradnem listu Republike Slovenije, št. 64/2018, z dne 28. 09. 2018, so objavljene Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju: Pravila) in Sklep o določitvi zdravstvenih stanj in drugih pogojev za upravičenost do posameznih medicinskih pripomočkov (v nadaljevanju: Sklep o določitvi zdravstvenih stanj), oba akta začneta veljati petnajsti dan po objavi, kar pomeni, da stopita v veljavo z dnem 13.10.2018.

Najpomembnejše spremembe pojasnjujemo v nadaljevanju, vse spremembe, ki veljajo na podlagi navedenih aktov v prejšnjem odstavku, so posebej označene in vidne v Seznamu s šifrantom, medicinskimi kriteriji, pooblastili, postopki in cenovnimi standardi, ki je objavljen na spletni strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: Zavod)

1. Spremembe in dopolnitve Pravil, ki se nanašajo na predpisovanje vseh vrst MP

1.1. Doba trajanja in datum možnega prejema novega MP

Kot sestavni del standarda pri medicinskih pripomočkih (v nadaljevanju: MP), ki se zagotavljajo kot pravica zavarovanih oseb v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja so dobe trajanja, ki jih določajo Pravila. Doba trajanja je pomembna pri ugotavljanju upravičenosti zavarovanih osebe do novih MP in predpisovanju teh na naročilnice. Navedene spremembe Pravil tako prinašajo spremembo, ki bo omogočala predpis MP (izdajo naročilnice) določeno število dni pred iztekom dobe trajanja (ni potrebna izdaja odločbe ali soglasje Zavoda), zavarovana oseba pa bo pri dobavitelju MP lahko prejela naslednji dan po izteku dobe trajanja.

Doba trajanja MP je opredeljena kot:

- trajnostna doba MP,
- obdobje in količina MP, ki je določena s Pravili,
- obdobje in količina, ki jo določi pooblaščen zdravnik,
- enkratna pravica do MP.

Doba trajanja za posamezne vrste MP natančneje določajo Pravila. Na dobo trajanja MP je vezan postopek uveljavljanja pravice do nove iste vrste MP ali nove količine pred iztekom dobe trajanja predhodno prejetega MP. Doba trajanja MP prične teči od dneva, ko je zavarovana oseba MP prejela v lekarni ali specializirani prodajalni.

Ob predpisu MP se v sistemu On-line iztek dobe trajanja istovrstnega MP vrača kot podatek »Datum možnega prejema od _____ dalje.« Datum možnega prejema od _____ dalje.« je datum, od katerega dalje lahko dobavitelj zavarovani osebi izda nov MP. Sistem On-line pooblaščenemu zdravniku vrne tekoči datum, če je doba trajanja, (to je trajnostna doba ali obdobje

in količina v skladu z določili Pravil, ali obdobje in količina MP, ki jih določi pooblaščen zdravnik) predhodno prejetega MP iztekla.

Pred »Datum možnega prejema od _____ dalje.«, ki ga vrne sistem On-line in se izpiše na Naročilnici, zavarovana oseba MP ne more prejeti pri dobavitelju. Novo je tudi, da je zavarovana oseba Naročilnico dolžna predložiti dobavitelju najkasneje v roku 30 dni od datuma možnega prejema zapisanega na Naročilnici (ne več od datuma izdaje naročilnice).

Če doba trajanja za predhodno prejete MP še ni iztekla, se novo Naročilnico lahko izda, če predhodno prejeti MP ni več funkcionalno ustrezen ali zavarovana oseba potrebuje nove količine in sicer na naslednji način :

- do 30 dni pred iztekom dobe trajanja predhodno prejetih MP se lahko izda nova obnovljiva naročilnica, če so bili na predhodno izdano obnovljivo naročilnico opravljeni vsi možni prevzemi MP,
- do 10 dni pred iztekom obdobja in količine, ki jih določajo Pravila za MP iz 116. člena Pravil,
- do 30 dni pred iztekom trajnostne dobe za MP iz 115. člena Pravil.

Za MP za katere obdobje in količino določi pooblaščen zdravnik, je omejitev koliko dni pred iztekom predhodno opredeljenega obdobja in količine MP opredeljena z zdravstvenim stanjem zavarovane osebe in strokovno doktrino. Pri tem je pomembno, da so razlogi za morebiten predčasen predpis razvidni iz zdravstvene dokumentacije zavarovane osebe.

POMEMBNO: Predlog imenovanemu zdravniku ZZS za ugotavljanje upravičenosti do MP se razen v primerih MP, ki so uvrščeni med zahtevnejše MP, posreduje samo v primeru MP, za katere je določena trajnostna doba in če je pooblaščen zdravnik ugotovil potrebo do novega MP več kot 30 dni pred iztekom trajnostne dobe.

1.2. Spremembe dobe trajanja za MP prejete pred uvedbo novele Pravil

Novela Pravil določa skrajšanje dobe trajanja nekaterih MP in nalaga, da se za nekatere že prejete MP, ki jim na dan uveljavitve trajnostna doba še ni iztekla, skrajša doba trajanja. Skrajšanje dobe trajanja že prejetih MP se uveljavi za:

- Ortoze za spodnje ude za otroke, ki so bili na datum prejema mlajši od 7 let, se določi doba trajanja na šest (6) mesecev in za otroke med 7 in 18 let na 10 mesecev,
- Irigacijski sistem s konusom se doba trajanja iz 18 mesecev skrajša na 6 mesecev tudi za že prejete MP, ki jim doba trajanja ni iztekla,

- Inzulinsko črpalko do 18. leta starosti in Inzulinsko črpalko nad 18. leta starosti se pri osebah, ki jim na dan uveljavitve novele Pravil doba trajanja ni iztekla, se ta skrajša na štiri leta. Nova šifra vrste 1252 in naziv Inzulinska črpalka se izključuje s predhodnima šiframa in nazivoma vrste MP znotraj dobe trajanja predhodno prejete inzulinske črpalke.
- Trak za fiksacijo kanile, se skrajša doba trajanja na največ dva kosa na mesec,
- Endotrahealna kanila kratka-enodelna-silikonska, se skrajša doba trajanja na največ 1 kos na mesec,
- Medicinski pripomoček za izkašljevanje z oscilirajočo PEEP valvulo, se skrajša doba trajanja na 3 leta,
- Medicinski pripomoček za vzdrževanje pozitivnega tlaka med izdihom (PEEP valvula) z ustnikom, se skrajša doba trajanja na 3 leta,
- Elastične kompresijske hlačne nogavice, Elastične kompresijske nogavice (desna in leva), Elastična rokavica (leva in desna) se doba trajanja spremeni tako, da se namesto enega dovoli predpis in prejem dveh kosov nogavic/rokavic na leto.

1.3. Dopolnitev kontrol na dobe trajanja in izdajo naročilnice v sistemu on-line

V sistemu on-line bodo vse spremembe, ki se nanašajo na šifre vrst MP in dobe trajanja že prejetih MP, ki jih prinaša novela Pravil uvedene v ponedeljek dne 15.10.2018.

Dopolnjeni sta tudi kontroli NMTE067 in NMTE069

- NMTE067 Predpisali ste MP do 10 dni pred iztekom obdobja iz Pravil ali 30 dni pred iztekom trajnostne dobeTD predhodno prejetega MP in
- NMTE069 Do izteka obdobja iz Pravil je več kot 10 dni ali več kot 30 dni do izteka trajnostne dobe MP.

Pri izvajalcih zdravstvenih storitev in na Zavodu je treba zagotoviti dopolnitve informacijskih rešitev, da se:

- v primeru spremembe zdravstvenega stanja zavarovane osebe lahko zagotovi predpis dodatne količine MP za katere obdobje in količino določajo Pravila v 116. členu in
- lahko izda nova obnovljiva naročilnica do 30 dni pred iztekom dobe trajanja predhodno prejetih MP, če so bili na predhodno izdano obnovljivo naročilnico opravljeni vsi možni prejemi MP.

Dopolnitve bodo uvedene v drugi polovici novembra 2018.

2. Zagotavljanje servisiranja MP

Zavarovane osebe uveljavljajo pravico do servisiranja MP na podlagi predhodne odobritve zavoda, to je brez predhodne izdaje naročilnice s strani pooblaščenega zdravnika. Tako osebni, kot napotni zdravniki od dne uveljavitve novele Pravil ne izdajajo več naročilnic za servisiranje MP. Zavarovane osebe se v zvezi s servisiranjem obračajo neposredno na dobavitelje, ki so MP izdali in območne enote Zavoda. Postopek je natančneje opredeljen v Navodilu o zagotavljanju servisiranja medicinskih pripomočkov v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja, del katerega je tudi vzorec vloge in potrdila o upravičenosti do servisiranja. Navodilo je objavljeno na spletni strani Zavoda.

https://partner.zzss.si/wps/portal/portali/aizv/medicinski_pripomocki/predpisovanje/navodila_za_medicinske_pripomocke!/ut/p/z1/04_Sj9CPyKssy0xPLMnMz0vMAfIjo8ziTQxdPd2N_Q08_c29TAWcHf3DHMN8gw0tjAz0C7ldFQzEibp/.

3. Spremembe pri zagotavljanju MP pri zdravljenju sladkorne bolezni

Novela Pravil pri MP pri zdravljenju sladkorne bolezni določa vrste MP, ki so pravica v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja, medtem ko so zdravstvena stanja po novem zapisana samo v Sklepu o določitvi zdravstvenih stanj. Spremembe pri MP pri zdravljenju sladkorne bolezni so :

- črtane so navadne lancete, potisna paličica z navojem in inzulinska črpalka za otroke in odrasle;
- določena je nova vrsta inzulinske črpalke za vse zavarovane osebe;
- v seznam je vključen Sprejemnik rezultatov kontinuiranega merjenja glukoze ter Trakovi za optično (semikvantitativno) določanje glukoze in ketonov v urinu;
- spremenjen je naziv MP Diagnostični trakovi za optično čitanje, ki so po novem Trakovi za optično (semikvantitativno) določanje glukoze v krvi.

Glede na navedene spremembe bodo na novo določena pooblastila za predpisovanje inzulinskih črpal in sistema za kontinuirano merjenje glukoze. Izdan bo nov sklep o določitvi pooblaščenih zdravnikov za predpisovanje, o katerem bomo pripravili posebno obvestilo. Na dan uveljavitve novele Pravil bo Zavod spremenil datume izteka trajnostne dobe za vse inzulinske črpalke, ki jim trajnostna doba še ni iztekla tako, kot da je na datum prejema veljala trajnostna doba štiri leta. Ta podatek bo razviden v branju podatkov o prejetih MP v sistemu On-line. Z dnem uveljavitve novele Pravil preneha veljati Navodilo o zagotavljanju sistema za kontinuirano merjenje glukoze, št. 0072-19/2014-DI/5, z dne 18.12.2017.

4. Spremembe pri zagotavljanju MP pri zdravljenju dihalnih težav

Novela pravil pri MP pri zdravljenju dihalnih težav določa vrste MP, ki so pravica v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja, medtem ko so zdravstvena stanja po novem zapisana samo v Sklepu o določitvi zdravstvenih stanj. Pogoji za predpisovanje MP so v Sklepu o določitvi zdravstvenih stanj in drugih pogojev preneseni in na novo določeni za:

- vse vrste aparatov za podporo dihanju s pozitivnim tlakom ob vdihu in izdihu (BIPAP),
- aparat za vzdrževanje stalnega pritiska v dihalnih poteh (CPAP),
- vse vire kisika,
- masator pljuč,
- pulzni oksimeter in senzorije,
- za MP s šifro 1354 in nazivom Medicinski pripomoček za izkašljevanje z oscilirajočo PEEP valvulo so širše določena zdravstvena stanja za upravičenost, zato jih bodo upoštevali zdravstveno stanje in druge pogoje lahko predpisovali vsi napotni zdravniki pulmologi.
- za MP s šifro 1352 in nazivom Medicinski pripomoček za vzdrževanje pozitivnega tlaka med izdihom (PEEP valvula) z masko in MP s šifro 1355 in nazivom Medicinski pripomoček za vzdrževanje pozitivnega tlaka med izdihom (PEEP valvula) z ustnikom so s posebnim sklepom določeni pooblaščen zdravniki specialisti pulmologi.

Trajnostne dobe za Aparate za vzdrževanje stalnega pritiska v dihalnih poteh (CPAP), ki bodo prejeti od 13.10.2018 dalje bodo znašali dve leti. Trajnostne dobe predhodno prejetih Aparatov za podporo dihanju s pozitivnim tlakom ob vdihu in izdihu (BIPAP) se ne spremenijo.

5. Spremembe seznama vrst MP, zdravstvenih stanj in drugih pogojev po skupinah MP

5.1. Proteze udov

V seznamu vrst MP je na novo določena pravica do Proteze za stopalo iz silikona (leva in desna). S posebnim sklepom je določen seznam pooblaščenih zdravnikov za predpisovanje. Proteza za stopalo iz silikona se izključuje s pravico do drugih protez za levo ali desno nogo. Dopolnjeno je tudi zdravstveno stanje za predpisovanje navleke za krn. Z novelo Pravil je za prilagoditev protez udov zagotovljenih do 70% vrednosti prejete proteze.

5.2. Spremenjene so trajnostne dobe ortoz za spodnje ude za otroke

Trajnostne dobe ortoz ostajajo dve leti. Novela Pravil za otroke do 7 let določa trajnostno dobo ortoz za spodnje ude na šest (6) mesecev in za otroke med 7 in 18 let na 10 mesecev. Tako bodo spremenjene tudi trajnostne dobe že prejetim ortozam.

5.3. Vakuumske opornice za zdravljenje rane na stopalu

Na podlagi novele Pravil je v seznam vrst MP vključena Vakuumska opornica za zdravljenje rane na stopalu kratka in dolga, leva in desna ter izravnalni podplat za vakuumsko opornico za stopalo. Vakuumska opornica za zdravljenje rane na stopalu je predmet izposoje in se lahko predpiše za največ 90 dni z možnostjo podaljšanja, če so še izpolnjeni pogoji za nadaljnje zdravljenje. Izravnalni podplat za vakuumsko opornico za stopalo se zavarovani osebi izda (ni predmet izposoje). S posebnim sklepom je določen seznam pooblaščenih zdravnikov za predpisovanje.

5.4. Spremembe v skupini 5. Vozički in ostali MP za gibanje stojo in sedenje

Dopolnjena so zdravstvena stanja zavarovanih oseb za upravičenost do otroškega tricikla in hodulje za zadajšnji vlek. Črtana je pravica do gonilnikov za voziček (enostavni in zahtevni). S sklepom o določitvi zdravstvenih stanj za upravičenost do MP je ustrezno umeščena pravica do akumulatorja za električni skuter.

5.5. V skupini 11. MP pri težavah z odvajanjem

V skupini 11. MP pri težavah z odvajanjem je spremenjen naziv MP s šifro 1164 in nazivom Mrežaste hlačke, ki so po novem Fiksirne hlačke in 1181 Mrežaste hlačke - zbirna nar., ki so po novem Fiksirne hlačke - zbirna nar. .

5.6. Elastomerne črpalke

Elastomerne črpalke za aplikacijo analgetične raztopine od dne uveljavitve Pravil zagotavljajo lekarne kot embalažo za magistralno pripravljeno zdravilo in se več ne predpisujejo na naročilnico za medicinski pripomoček, niti na recept. Pri tem se režim zagotavljanja analgetične mešanice in materialov za oskrbo vbodnega mesta ne spreminja. Lekarne, ki so na naročilnico, izdano pred 13. 10. 2018, že izvedle izdajo elastomernih črpalk te porabijo do konca (obračunajo kot MP). Lekarne od 13.10.2018 naročilnic za MP za izdajo elastomernih črpalk ne prevzemajo več. Elastomerne črpalke bodo obračunale kot embalažo za magistralno pripravljeno zdravilo v skladu z obvestilom oddelka za zdravila zavoda.

6. Uveljavitev novele Pravil in Sklepa o zdravstvenih stanjih zahtevata še naslednje dopolnitve:

- Dopolnjene šifrate za potrebe informacijskih rešitev pri izvajalcih zdravstvenih storitev in dobaviteljih, ki se nanašajo na MP, smo že objavili na spletni strani Zavoda,
- Dopolnjen Seznam MP s šifrantom, zdravstvenimi stanji in drugimi pogoji, postopki in cenovnimi standardi je objavljen na spletni strani Zavoda, <http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/o/DFDC914987E44E2AC1257353003EC73A?OpenDocument>
- Dopolnjen Seznam pooblaščenih zdravnikov je objavljen na spletni strani Zavoda,
- https://partner.zzzs.si/wps/portal/portali/aizv/medicinski_pripomocki/predpisovanje/pooblastila_za_predpisovanje/lut/p/z1/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfIjo8ziTQxdPd2N_Q08_c29TAWcHf3DHMN8gw0tTlz0C7ldFQEQChj7H/
- Dopolnjeno Navodilo o predpisovanju medicinskih pripomočkov na naročilnico za medicinski pripomoček je objavljeno na spletni strani Zavoda,
- Dopolnjeno Navodilo za zajem in posredovanje podatkov o predpisanih in izdanih MP v on line sistem je objavljeno na spletni strani Zavoda,
- Dopolnjen Modul za vnos pripomočkov - artiklov za prilogo 1 k Pogodbi o izdaji (izposoji), servisiranju in vzdrževanju medicinsko tehničnih pripomočkov - dobavitelji izbrani na razpisu 2009 in Tehnično navodilo za posredovanje podatkov o pripomočkih (artiklih) v elektronski obliki, sta objavljena na spletni strani Zavoda,
- Dopolnjena bosta Navodilo o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov in Tehnično navodilo za pripravo in elektronsko izmenjevanje podatkov obračuna zdravstvenih storitev in izdanih materialov in bosta objavljena na spletni strani Zavoda predvidoma novembra 2018.

7. Pogodbenim dobaviteljem MP

- Pogodbene dobavitelje prosimo, da z aneksom k Pogodbi o izdaji (izposoji), servisiranju in vzdrževanju medicinsko tehničnih pripomočkov v Prilogo 1 predlagajo nove vrste MP – artikle. Veljavni cenovni standardi oziroma cene so razvidne iz seznama v drugi alineji prejšnje točke.
- Sprememba v nazivih vrst MP v Prilogi 1 k Pogodbi bo izvedena s prvim naslednjim aneksom.
- Izdaja Elastomerne črpalke na naročilnico MP bo onemogočena s 13.10.2018. Brisanje obeh elastomernih črpalk v Prilogi 1 k Pogodbi bo izvedeno s prvim naslednjim aneksom.
- Naročilnice za vrste MP, ki se črtajo iz seznama MP in bodo predpisane do vključno 12.10.2018, morajo biti predložene dobavitelju v roku 30 dni od datuma izdaje naročilnice, MP pa morajo biti izdani znotraj dobavnega roka. MP, ki se črtajo bodo iz Priloge 1 k Pogodbi brisani z aneksi, ki bodo sklenjeni od 1.12.2018 dalje. Vrste MP, ki se črtajo iz seznama so elastomerne črpalke, gonilniki za vozičke, lanceta navadna, potisna paličica z navojem za inzulinsko črpalko, inzulinska črpalka do 18. leta starosti in inzulinska črpalka nad 18. let starosti.
- Prosimo za izvajanje Navodilu o zagotavljanju servisiranja medicinskih pripomočkov v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja.

mag. Ana Vodičar
Alenka Franko Hren

Priloga: Navodilo o zagotavljanju servisiranja medicinskih pripomočkov v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja

Okrožnica MP št. 3/2018 z dne 11.10.2018: Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki se nanašajo na servisiranje medicinskih pripomočkov

V Uradnem listu Republike Slovenije, št. 64/2018, z dne 28. 09. 2018, so objavljene Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju: Pravila), ki začnejo veljati dne 13.10.2018.

Od uvedbe Pravil dalje zavarovane osebe uveljavljajo pravico do servisiranja medicinskih pripomočkov (v nadaljevanju MP) na podlagi predhodne odobritve Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: Zavod), to je brez predhodne izdaje naročilnice s strani pooblaščenega zdravnika. Tako osebni, kot napotni zdravniki od dne uveljavitve novele Pravil ne izdajajo več naročilnic za servisiranje (popravila in vzdrževanja) MP. Za prilagoditve MP naročilnico še naprej izdaja zdravnik pooblaščen za predpis MP.

Zavarovane osebe se bodo v zvezi s servisiranjem obračale neposredno na dobavitelje, ki so MP izdali in območne enote Zavoda.

Postopek je natančneje opredeljen v Navodilu o zagotavljanju servisiranja medicinskih pripomočkov v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja del katerega je tudi vzorec vloge in potrdila o upravičenosti do servisiranja. Navodilo je priloga te Okrožnice in objavljeno na spletni strani Zavoda.

https://partner.zzzs.si/wps/portal/portali/aizv/medicinski_pripomocki/predpisovanje/navodila_za_medicinske_pripomocke!/ut/p/z1/04_Sj9CPyKssy0xPLMnMz0vMAfljo8z-iTQxdPd2N_Q08_c29TAwchf3DHMN8gw0tjAz0C7ldFQEZeibp/.

mag. Ana Vodičar
Alenka Franko Hren

Navodilo o zagotavljanju servisiranja medicinskih pripomočkov v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja

1. Izhodišče

Pravila* v 66. členu opredeljujejo pravico zavarovanih oseb do vzdrževanj in popravil medicinskih pripomočkov (v nadaljevanju MP) in določajo seznam MP, pri katerih se lahko popravila in vzdrževanja zagotavljajo v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja. Nadalje je v prvem odstavku 217. člena Pravil določeno, da ima zavarovana oseba pravico do vzdrževanj in popravil MP, ki so določeni v prvem odstavku 66. člena pravil, na podlagi predhodne odobritve Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: Zavod) in brez predhodne izdaje naročilnice s strani pooblaščenega zdravnika (sprememba uvedena s spremembami in dopolnitvami Pravil, Uradni list RS, št. 64/18). Predhodna odobritev Zavoda ni potrebna, če gre za vzdrževanja in popravila slušnega aparata, digitalnega slušnega aparata, aparata za boljše sporazumevanje, aparata za omogočanje glasnega govora in medicinske pripomočke iz 97. člena Pravil, ki so predmet izposoje in za katere je določena dnevna izposojnina.

2. Seznam MP za katere Zavod izdaja predhodno odobritev vzdrževanj in popravil

Po predhodni odobritvi in po izteku garancijskega roka do izteka trajnostne dobe oz. prejema novega MP, ki ga je prejela po izteku trajnostne dobe, ima zavarovana oseba pravico do vzdrževanj in popravil MP, ki ga je nazadnje prejela kot pravico, če gre za:

- Proteze,
- Ortoze,
- Vozički na ročni pogon z dodatki,
- Vozički za elektromotorni pogon z dodatki,
- Počivalniki,
- Prenosni posebni sedež s podvozjem,
- Električni skuter,
- Braillov pisalni stroj,
- Predvajalnik zvočnih zapisov,
- Braillova vrstica.

2.1. Postopek uveljavljanja pravice

Zavarovana oseba uveljavlja pravico do vzdrževanj in popravil na podlagi pisne vloge (Vloga za odobritev stroškov servisiranja medicinskega pripomočka) in predračuna dobavitelja, ki MP v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja izdal. Vzdrževanje kot npr. zamenjava gum pri vozičku lahko izvede tudi drug dobavitelj, če to ni v nasprotju z navodili proizvajalca MP in če ima to vzdrževanje tudi drug dobavitelj vključeno v pogodbo z Zavodom.

Ko je MP potreben vzdrževanj ali/in popravil se zavarovana oseba zgleda pri dobavitelju. Dobavitelj opravi pregled MP. Zavarovana oseba in dobavitelj vsak v svojem delu izpolnita obrazec Vloga za odobritev stroškov servisiranja medicinskega pripomočka, ki je v prilogi tega navodila. Do-

bavitelj izda predračun v katerem ločeno opredeli vzdrževanja in popravila.

Ko pooblaščen delavec Zavoda ugotovi, da je vloga za servisiranje MP v skladu s Pravili in pogodbo z dobaviteljem, izda Potrdilo o upravičenosti do servisa medicinskega pripomočka s prilogo kopije predračuna, na podlagi katerega je Zavod odobril servisiranje. Potrdilo in kopijo se pošlje zavarovani osebi in dobavitelju, če je v vlogi tako navedeno. Potrdilo o upravičenosti do servisa medicinskega pripomočka je priloga tega navodila.

Če vloga ni utemeljena ali je delno utemeljena, Zavod izda odločbo, ki jo vroči zavarovani osebi.

Dobavitelj prične s servisom MP v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja na podlagi Potrdila o upravičenosti do servisa medicinskega pripomočka, ki ga izda Zavod.

3. Seznam MP za katere se vzdrževanja in popravila uveljavlja neposredno pri dobaviteljih

Neposredno pri dobavitelju (brez vloge in potrditve Zavoda) po izteku garancijskega roka do izteka trajnostne dobe oz. prejema novega MP, ki ga je prejela po izteku trajnostne dobe, ima zavarovana oseba pravico do vzdrževanj in popravil MP, ki ga je nazadnje prejela kot pravico, če gre za:

- slušne aparate,
- digitalne slušne aparate,
- aparat za boljše sporazumevanje,
- aparat za omogočanje glasnega govora in medicinske pripomočke, ki so predmet izposoje:
- koncentrador kisika ali drug vir kisika,
- aparat za vzdrževanje stalnega pritiska v dihalnih poteh (CPAP),
- aparat za mehanično ventilacijo,
- aparat za podporo dihanja s pozitivnim tlakom ob vdihu in izdihu (BIPAP),
- voziček na ročni pogon standardni.

To navodilo stopi v veljavo 13.10.2018 in se objavi na spletni strani Zavoda.

mag. Ana Vodičar
Alenka Franko Hren

*Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS 30/03 – prečiščeno besedilo, (35/03 – popr.), 78/03, 84/04, 44/05, 84/06, (90/06 – popr.), 64/07, 33/08, 7/09, 88/09, 30/11, 49/12, 106/12, 99/13 – ZSVarPre-C, 25/14 - odl. US, 25/14, 85/14 in 64/18, v nadaljevanju Pravila)

Prilogi:

1. Vloga za odobritev stroškov servisiranja medicinskega pripomočka
2. Potrdila o upravičenosti do servisa medicinskega pripomočka

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Vloga za odobritev stroškov servisiranja medicinskega pripomočka

I. Podatki o zavarovani osebi, ki uveljavlja povračilo stroškov servisiranja medicinskega pripomočka (v nadaljevanju MP)

Ime in priimek: _____

Rojstni datum: _____
(dan, mesec in leto) (zzzs št. zavarovane osebe)Naslov: _____
(kraj, ulica in hišna številka)

_____ (poštna številka in pošta)

Elektronski naslov: _____, Telefonska št.: _____

II. Podatki o vložniku (-ici)

(navede se oseba, ki podaja vlogo namesto zavarovane osebe, npr.: starš, zakonec, druga pooblaščenca oseba)

Ime in priimek: _____

(razmerje do osebe starši, otroci, partnerji, pooblaščenca)

Naslov: _____
(kraj, ulica in hišna številka)

_____ (poštna številka in pošta)

Elektronski naslov: _____, Telefonska št.: _____

Pooblastilo priloženo (ustrezno obkrožiti): DA NE

III. Podatki o MP (izpolni dobavitelj)

Naziv vrste MP: _____ šifra MP _____

Proizvajalec MP: _____

Tip oz. model: _____

Datum prejema MP: _____

Doplačilo za nadstandardno izvedbo MP (ustrezno obkrožiti): DA NE

Dobavitelj MP: _____

Garancija MP je/bo iztekla: _____ (datum)

Zadnji redni servis _____ (datum in obseg)

Ugotovitve dobavitelja ob prevzemu MP (redni servis, upoštevanje navodil za uporabo MP)

Vzdrževanje _____

Popravilo _____

Po izvedenem servisu bo MP uporaben še vsaj _____

Datum in podpis dobavitelja

¹Izpolniti le v primeru, če vložnik (-ica) ni zavarovana oseba, ki je uveljavljala povračilo stroškov MP²Izpolniti, če zahtevo vloga pooblaščenca oseba



Zavod za zdravstveno
zavarovanje Slovenije

www.zzzs.si



Potrdilo o upravičenosti do servisa medicinskega pripomočka

Zavarovana oseba _____ (ime in priimek),
ZZZS št. _____,

On-line številka naročilnice _____ (dodeli Aplikacija MP ob vnosu odobritve na ZZZS in dobavitelju
omogoča zapis v On-line, in nadaljnji obračun),

je upravičena do servisa medicinskega pripomočka

s šifro _____,

nazivom _____,

ki ga je prejela dne _____,

Razlog obravnave (kot ob predpisu, številka in opis) _____

Način doplačila (kot ob predpisu, številka in opis) _____

Odobreno je:

Popravilo v znesku _____ €.

Vzdrževanje v znesku _____ €.

Zavarovana oseba naj to Potrdilo in predračun predloži dobavitelju najkasneje 30. dan od prejema tega potrdila s
strani ZZZS, sicer ne velja več.

Predračun dobavitelja je priloga temu Potrdilu.

Številka:

Datum:

Kraj:

Žig

Podpis ZZZS

Zavarovana oseba in dobavitelj potrdita, da je servis opravljen v skladu s predračunom!

Zavarovana oseba _____ (ime in priimek),

ZZZS št. _____, potrjujem, da je popravilo in vzdrževanje opravljeno pri dobavitelju _____

_____ (naziv dobavitelja in poslovne enote)

v skladu s predračunom številka _____, z dne _____.

Datum:

Kraj:

*Podpis zavarovane osebe:

Podpis pooblaščenega delavca dobavitelja:

*V kolikor MP prevzame pooblaščenec ali zastopnik je treba navesti njegovo ime, priimek naslov ter razmerje do zavarovane osebe.

Novi predpisi in obvestila s področja obveznega zdravstvenega zavarovanja v obdobju od marca do 13. oktobra 2018

Za boljšo obveščenost izvajalcev zdravstvenih storitev in dobaviteljev medicinskih pripomočkov objavljamo seznam pravnih aktov, navodil in okrožnic Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije ter pravnih aktov partnerjev v zdravstvu, ki so bili v obdobju od marca do 13. oktobra 2018 objavljeni ali posodobljeni v ZZZS spletni aplikaciji »E-gradiva« na naslovu www.zzzs.si/egradiva (po kronološkem vrstnem redu glede na datum objave).

Iva Štirn

1. Pravni akti partnerjev v zdravstvu:

- Splošni dogovor za pogodbeno leto 2018; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 8. 3. 2018)
- Aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2018; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 27. 6. 2018)

2. Pravni akti ZZZS:

- Finančni načrt ZZZS za leto 2018; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 8. 3. 2018)
- Sklep o izbiri dobaviteljev za izvajanje programov izdaje in izposoje medicinskih pripomočkov; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 29. 3. 2018)
- Navodilo izvajalcem za uresničevanje pravice zavarovanih oseb do izbire osebnega zdravnika - Verzija 9 (marec 2018); (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 8. 5. 2018)
- Pravilnik o javnem naročanju; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 10. 5. 2018)
- Sklep o določitvi najvišjih priznanih vrednosti za živila za posebne zdravstvene namene; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 17. 5. 2018)
- Sklep o spremembah in dopolnitvah sklepa o načrtovanju, beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 23. 5. 2018)
- Sklep o spremembah in dopolnitvah Sklepa o določitvi seznama pooblaščenih zdravnikov za predpisovanje medicinskih pripomočkov; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 24. 5. 2018)
- Sklep o določitvi terapevtske skupine zdravil antagonistov angiotenzina II; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 12. 7. 2018)
- Pravilnik o občasni uporabi konferenčnih prostorov Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 26. 7. 2018)
- Sklep o določitvi terapevtske skupine zdravil s filgrastimom; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 9. 8. 2018)
- Sklep o določitvi terapevtske skupine zdravil z dolgo delujočimi oblikami filgrastima; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 9. 8. 2018)
- Sklep o določitvi terapevtske skupine zdravil za zniževanje holesterola; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 9. 8. 2018)
- Pravilnik o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o obrazcih in listinah za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja; Uradni list RS, št. 57/2018; datum objave: 24. 8. 2018; velja od: 8. 9. 2018)
- Pravilnik o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o kartici zdravstvenega zavarovanja, profesionalni kartici in pooblastilih za branje in zapisovanje podatkov v zalednem sistemu; Uradni list RS, št. 57/2018; datum objave: 24. 8. 2018; velja od: 8. 9. 2018)
- Sklep o določitvi najvišjih priznanih vrednosti za skupine medsebojno zamenljivih zdravil in za terapevtske skupine zdravil; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 11. 9. 2018)
- Sklep o določitvi krajevne pristojnosti območne enote in izpostave; Uradni list RS, št. 129/2006; datum objave: 12. 12. 2006; velja od: 13. 12. 2006)
- Sklep o prenehanju veljavnosti Sklepa o določitvi območij območnih enot in izpostav Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 19. 9. 2018)
- Sklep o določitvi območij območnih enot in izpostav Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije; Uradni list RS, št. 62/2018; datum objave: 21. 9. 2018; velja od: 22. 9. 2018)
- Pravilnik o receptih za osebno rabo (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 5. 10. 2018)
- Pravilnik o obrazcih in listinah za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja (neuradno prečiščeno besedilo št. 3) (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 5. 10. 2018)
- Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (neuradno prečiščeno besedilo št. 31) (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 12. 10. 2018)
- Sklep o določitvi cenovnih standardov medicinskih pripomočkov (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 12. 10. 2018)
- Sklep o določitvi seznama medicinskih pripomočkov, pri katerih je potrebna timska obravnava zavarovane osebe (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 12. 10. 2018)
- Sklep o določitvi šifranta vrst medicinskih pripomočkov (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 12. 10. 2018)

Sklep o vrstah medicinskih pripomočkov, zdravstvenih stanjih in drugih pogojih zavarovanih oseb, pri katerih se medicinske pripomočke lahko predpiše na obnovljivo naročilnico (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 12. 10. 2018)

3. Okrožnice in navodila ZZZS:

- Politika PoštaCA za kvalificirana digitalna potrdila na profesionalnih karticah; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 6. 3. 2018)
- Okrožnica ZAE 17/18: Uvedba nove šifre storitve E0700 Psihiatrična obravnava otroka v Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana za storitve, opravljene od 1.4.2018 dalje; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 9. 3. 2018)
- Okrožnica ZAE 20/18: Novi šifri LZM v specialistični zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti revmatologije (232 249); (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 9. 3. 2018)
- Okrožnica ZAE 49/16: Kontrole omejitev starosti; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 9. 3. 2018)
- Tehnično navodilo za uporabo sistema on-line zdravstvenega zavarovanja; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 12. 3. 2018)
- Okrožnica ZAE 14/16: Uvedba obveznega poročanja podatkov o diagnozah v strukturi Obravnava v specialistični zunaj bolnišnični dejavnosti (Q86.220) in podatka oznaka bolezni za storitve opravljene od 1.5.2016 dalje; dopolnitev 24.03.2016 in 25.04.2016; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 27. 3. 2018)
- Okrožnica ZAE 23/18: Obračun storitev CB CT poleg storitev endodontije; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 27. 3. 2018)
- Navodilo za zajem in posredovanje podatkov o izdanih zdravilih na recept v on - line sistemu; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 28. 3. 2018)
- Okrožnica ZAE 10/18: Novi storitvi 31070 »CB CT slikanje« in 31071 »CB CT odčitavanje«; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 9. 4. 2018)
- Okrožnica ZAE 21/18: Novi šifri LZM v specialistični zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti urologija (239 257); (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 16. 4. 2018)
- Okrožnica ZAE 24/18: Obračun seroloških preiskav na boreliozo ter obračun osebe s tipom zavarovane osebe 18; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 16. 4. 2018)
- Okrožnica ZAE 4/18: Nove patronažne storitve - asistirana peritonealna dializa na domu in v socialno varstvenih zavodih; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 16. 4. 2018)
- Okrožnica ZAE 11/17: Nova podvrsta zdravstvene dejavnosti 278 »Celostna rehabilitacija slepih in slabovidnih« v okviru vrste 220 »Oftalmologija v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti«; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 26. 4. 2018)
- Okrožnica ZAE 26/18: Sezname storitev v specialistični zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti – dopolnitve Okrožnic ZAE 44/14, 4/15, 7/15, 13/15, 15/15, 16/15, 37/15, 43/15, 49/15, 13/16, 22/16, 33/16, 47/16, 9/17, 25/17, 41/17, 52/17 in 6/18; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 16. 5. 2018)
- Tehnično navodilo za elektronski prenos podatkov Centralne baze zdravil v obliki XML; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 16. 5. 2018)
- Okrožnica ZAE 27/18: Sezname storitev v specialistični zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti – dopolnitve Okrožnic ZAE 44/14, 4/15, 7/15, 13/15, 15/15, 16/15, 37/15, 43/15, 49/15, 13/16, 22/16, 33/16, 47/16, 9/17, 25/17, 41/17, 52/17, 6/18 in 26/18; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 30. 5. 2018)
- Okrožnica ZAE 28/18: Dopolnitev dolgih opisov storitev transplantacij; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 30. 5. 2018)
- Okrožnica ZAE 29/18: Dopolnitev dolgega opisa storitve E0627 »Presejanje diabetične retinopatije«; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 30. 5. 2018)
- Okrožnica ZAE 30/18: Dopolnitev dolgega opisa storitve 16130 »Mikrolaringoskopija«; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 30. 5. 2018)
- Okrožnica ZAE 31/18: Dopolnitev dolgega opisa storitve 81111 »Endoskopska ekstrakcija tujka iz zgornjega prebavnega trakta«; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 30. 5. 2018)
- Okrožnica ZAE 33/18: Ukinitev storitve 52335 »Jahač« iz seznama storitev zobozdravstvene dejavnosti; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 30. 5. 2018)
- Okrožnica ZAE 34/18: Dopolnitev dolgih opisov evidenčnih storitev referenčnih ambulant; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 30. 5. 2018)
- Okrožnica ZAE 35/18: Nova kontrola - zastaralni rok 3 leta za obračun medicinskih pripomočkov; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 30. 5. 2018)
- Navodilo za uporabo portala ZZZS za izvajalce in dobavitelje; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 31. 5. 2018)
- Tehnično navodilo za uporabo spletne storitve za izmenjavo podatkovnih pošiljk; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 31. 5. 2018)
- Okrožnica ZAE 26/17: Sezname storitev v zobozdravstveni dejavnosti – dopolnitev Okrožnice ZAE 46/16; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 1. 6. 2018)
- Tehnično navodilo za elektronsko pošiljanje in prevzem podatkov o cenah zdravil; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 1. 6. 2018)
- Okrožnica ZAE 3/18: Novi podvrsti zdravstvene dejavnosti 280 »UC – Enota za bolezni« in 281 »UC – Enota za poškodbe« v okviru vrste 238 »Urgentna medicina v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti« ter nova podvrsta 051 »Enota za hitre preglede v rednem delovnem času« v okviru vrste 338 »Urgentna medicina v splošni zunajbolnišnični dejavnosti«; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 4. 6. 2018)
- Spremembe Seznama A; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 12. 6. 2018)
- Tehnično navodilo za spletni dostop zdravnika do kazalnikov kakovosti predpisovanja zdravil in podatkov o predpisovanju; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 13. 6. 2018)
- Okrožnica ZAE 13/18: Sezname storitev v zobozdravstveni dejavnosti zobozdravstvo za odrasle – dopolnitev Okrožnice ZAE 46/16; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 22. 6. 2018)

- Okrožnica ZAE 35/17: Sezname storitev v zobozdravstveni dejavnosti zobozdravstvo za mladino – dopolnitev Okrožnice ZAE 46/16; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 22. 6. 2018)
- Draga bolnišnična zdravila za poročanje ZZS; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 27. 6. 2018)
- Okrožnica ZAE 36/18: Zdravila za nadomestno zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 5. 7. 2018)
- Okrožnica ZAE 40/18: Nova storitev za beleženje nevromodulacijskega programa; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 6. 7. 2018)
- Dodatni podatki za lekarne; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 12. 7. 2018)
- Okrožnica ZAE 37/18: Prospektivni program v akutni bolnišnični obravnavi SPP - dopolnitev obstoječega šifranta; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 12. 7. 2018)
- Okrožnica ZAE 22/18: Ukinitve storitve E0420 »Zdravljenje makularnega edema z anti VEGF zdravili« ter sprememba opisa storitve E0304 »Zdravljenje makularnega edema brez zdravila«; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 17. 7. 2018)
- Okrožnica ZAE 32/17: Nova vrsta zdravstvene dejavnosti 241 »Paliativna oskrba v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti« ter nova podvrsta 279 »Mobilni paliativni tim« v okviru te nove vrste; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 17. 7. 2018)
- Okrožnica ZAE 38/18: Ukinitve storitev 31070 in 31071 ter uvedba novih šifer LQM Q0277 »CBCT slikanje« in Q0278 »CBCT odčitavanje« v specialistični zobozdravstveni dejavnosti; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 18. 7. 2018)
- Okrožnica MP št. 1/2018: Izdaja naročilnic ob predpisu pripomočkov za izboljšanje vida; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 19. 7. 2018)
- Okrožnica ZAE 42/18: Sezname storitev v specialistični zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti – dopolnitve Okrožnic ZAE 44/14, 4/15, 7/15, 13/15, 15/15, 16/15, 37/15, 43/15, 49/15, 13/16, 22/16, 33/16, 47/16, 9/17, 25/17, 41/17, 52/17, 6/18, 26/18 in 27/18; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 19. 7. 2018)
- Okrožnica ZAE 25/18: Evidenčno beleženje storitev v Centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 25. 7. 2018)
- Cenik uporabe konferenčnih prostorov- velja od 09.08.2018; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 26. 7. 2018)
- Pooblaščen zdravniki za predpisovanje koagulacijskih faktorjev VIII in IX, ter kombinacije Von Willebrandovega faktorja in koagulacijskega faktorja VIII; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 26. 7. 2018)
- Spremembe seznama B; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 1. 8. 2018)
- Okrožnica ZAE 41/18: Nove storitve za beleženje zalivk - kompozitni material; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 6. 8. 2018)
- Navodilo za obračun - vprašanja in odgovori- št.2/2018; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 10. 8. 2018)
- Seznam farmacevtskih svetovalcev; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 21. 8. 2018)
- Tehnično navodilo za pripravo in elektronsko izmenjevanje podatkov obračuna zdravstvenih storitev in izdanih materialov; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 23. 8. 2018)
- Navodilo za obračun - vprašanja in odgovori - št. 2.1./2018; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 29. 8. 2018)
- Okrožnica ZAE 32/18: Nova storitev 94470 »Računalniško podprta robotska rehabilitacija zgornje okončine«; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 29. 8. 2018)
- Okrožnica ZAE 51/16: Kontrola količine storitve in maksimalnega dovoljenega števila storitev na obravnavo; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 29. 8. 2018)
- Obrazec za nova izdajna mesta in šifranti za izmenjavo podatkov o artikih - dobavitelji izbrani na razpisu po letu 2010; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 5. 9. 2018)
- Okrožnica ZAE 43/18: Nova šifra LQM v specialistični zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti dermatologije (203 206); (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 5. 9. 2018)
- Seznam zdravil z najvišjo priznano vrednostjo ter seznam najvišjih priznanih vrednosti za živila za posebne zdravstvene namene; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 12. 9. 2018)
- Spremembe list zdravil in živil; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 13. 9. 2018)
- Struktura XML datoteke za elektronsko objavo šifrantov obračuna zdravstvenih storitev in izdanih materialov; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 17. 9. 2018)
- Okrožnica ZAE 45/18: Novi storitvi E 0704 »Vzpostavitev kliničnega registra za melanom« in E 0705 »Uvedba 1. faze aktivne registracije raka«; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 18. 9. 2018)
- Okrožnica: Dosledno izpolnjevanje Predloga imenovanemu zdravniku; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 18. 9. 2018)
- Navodilo za posredovanje elektronskih podatkov čakalnih seznamov; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 19. 9. 2018)
- Seznam izvajalcev specialne fizioterapevtske obravnave; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 26. 9. 2018)
- Cenik uporabe konferenčnih prostorov- velja od 01.10.2018 (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 2. 10. 2018)
- Okrožnica ZAE 07/17: Uvedba novih preiskav »nadzorne kužnine na prisotnost večkratno odpornih mikroorganizmov« kot ločeno zaračunljiv material (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 3. 10. 2018)
- Okrožnica ZAE 20/18: Novi šifri LQM v specialistični zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti revmatologije (232 249) (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 3. 10. 2018)
- Okrožnica ZAE 38/18: Ukinitve storitev 31070 in 31071 ter uvedba novih šifer LQM Q0277 »CBCT slikanje« in Q0278 »CBCT odčitavanje« v specialistični zobozdravstveni dejavnosti (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 3. 10. 2018)
- Okrožnica ZAE 43/18: Nova šifra LQM v specialistični zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti dermatologije (203 206) (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 3. 10. 2018)

- Seznam izvajalcev specialne fizioterapevtske obravnave (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 3. 10. 2018)
- Modul za vnos MP - dobavitelji JR 2009 (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 11. 10. 2018)
- Obrazec za nova izdajna mesta in šifranti za izmenjavo podatkov o artikih - dobavitelji izbrani na razpisu po letu 2010 (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 11. 10. 2018)
- Obvestilo o spremembah in dopolnitvah Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 11. 10. 2018)
- Okrožnica ZAE 50/16: Nova kontrola vsebine obravnave (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 11. 10. 2018)
- Spremembe list zdravil in živil (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 11. 10. 2018)
- Spremembe Seznama A (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 11. 10. 2018)
- Spremembe seznama B (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 11. 10. 2018)
- Navodilo o zagotavljanju servisiranja medicinskih pripomočkov v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 12. 10. 2018)
- Okrožnica MP št. 2/2018: Spremembe in dopolnitve aktov, ki se nanašajo na zagotavljanje pravic do medicinskih pripomočkov (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 12. 10. 2018)
- Okrožnica MP št. 3/2018: Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki se nanašajo na servisiranje medicinskih pripomočkov (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 12. 10. 2018)
- Seznam medicinskih pripomočkov s šifrantom, medicinskimi kriteriji, pooblastili, postopki in cenovnimi standardi (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 12. 10. 2018)

Vir: <http://www.zzzs.si/egradiva>, Uradni list RS

Javna objava aneksov k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2018 ter naslednjih dogovorov in pripadajočih aneksov samo v elektronski obliki

Vlada RS je dne 14. 6. 2018 odločila o spornih vprašanjih k Aneksu št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2018. Po odločitvi Vlade RS in opredelitvi besedila Aneksa št. 1 Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2018 je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZS) ta dogovor objavil le v elektronski obliki, in sicer na spletnem portalu za izvajalce zdravstvenih storitev in dobavitelje medicinskih pripomočkov na naslovu: <https://partner.zzs.si>. Na enak način bo ZZS objavil Aneks št. 2 k

Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2018, po tem ko je Vlada RS 18. 10. 2018 določila njegovo besedilo.

Zaradi obsežnosti in s tem povezanih težav pri izvedbi tiskane izdaje ZZS splošnih dogovorov in pripadajočih aneksov ne objavlja več v tiskani obliki v Občasniku Akti & Navodila.

Uredništvo

Spletni portal za izvajalce zdravstvenih storitev in dobavitelje medicinskih pripomočkov na naslovu <https://partner.zzzs.si>

omogoča:

- dostop do vseh informacij in storitev glede zagotavljanja zdravstvenih storitev, zdravil in medicinskih pripomočkov, ki so pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja;
- izmenjevanje podatkov obračuna zdravstvenih storitev, cenikov, podatkov za obdobje obračuna in podatkov o izbirah osebnih zdravnikov, ogled rezultatov kontrol podatkov obračuna zdravstvenih storitev;
- dostop do podatkov o imetnikih profesionalne kartice in kvalificiranega digitalnega potrdila, ki v imenu izvajalca zdravstvenih storitev ali dobavitelja medicinskih pripomočkov lahko uporabljajo varovani, zasebni spletni portal in sistem on-line ter pripomoček za izpolnjevanje obrazcev za naročanje novih pooblastil in odvzem nepotrebnih.

ZZZS
Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
www.zzzs.si



OBČASNIK akti & navodila

Založnik in izdajatelj:
Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Miklošičeva cesta 24, Ljubljana

Za izdajatelja:
Marjan Sušelj, generalni direktor

Urednik:
Damjan Kos

Tajništvo uredništva:
tel.: (01) 30 77 541,
faks: (01) 23 12 182
e-pošta: 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 zdravstvenih storitev
(javnim zdravstvenim zavodom
in zasebnikom) in dobaviteljem
medicinskih pripomočkov

novice & obvestila,

ki je namenjena obveščanju
delavcev ZZZS

Vzorčni izvod OBČASNIKA
dobivajo vse službe ZZZS,
vsi izvajalci zdravstvenih storitev
in dobavitelji medicinskih
pripomočkov brezplačno.
Ostale izvode lahko pisno
naročite na naslovu uredništva.

Naklada: 3.000 izvodov,
ISSN 1318-8895,
Ljubljana, oktober 2018