



Direkcija
Miklošičeva cesta 24
1000 Ljubljana

Tel.: 01 30 77 478
Faks: 01 23 12 182
E-pošta: di@zzzs.si
www.zzzs.si

ZZZS-VSI
IZVAJALCEM ZDRAVSTVENIH STORITEV

Številka: 0072-62/2021-DI/2
Datum, 18. 12. 2023

Zadeva: Obvestilo o spremembah in dopolnitvah Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja

Obveščamo vas, da so bile v Uradnem listu Republike Slovenije, št. 124/23 z dne 8. 12. 2023 objavljene spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu: pravila), ki so začele veljati s 16. 12. 2023, uporabljati pa se začnejo 1. januarja 2024. Izjema so spremembe in dopolnitve, ki se nanašajo na ureditev področja napotnic, ki se začnejo uporabljati od vzpostavitve tehničnih možnosti, ki bodo omogočale njihovo izvajanje v sistemu eZdravje, o čemer bo Zavod izvajalce naknadno obvestil. Nova ureditev se bo uporabljala tudi za napotnice, ki so bile izdane pred tem in so še veljavne na dan začetka uporabe teh določb.

Novela pravil poleg vsebinskih sprememb in dopolnitev, ki jih bolj podrobno pojasnujemo v nadaljevanju, prinaša tudi uskladitev z že veljavnimi določbami ZZVZZ, sprejetimi z novelo ZZVZZ-T (Uradni list RS, št. 51/21), kar pojasnujemo v točki 6. tega obvestila.

Novela pravil se nanaša na naslednje sklope:

- 1. Pravica do zdraviliškega zdravljenja**
- 2. Pravica do nadomestila zaradi sobivanja in nege otroka**
- 3. Napotnica**
- 4. Izbira osebnega zdravnika**
- 5. Spremembe ureditve s področja zdravil in živil na recept**
- 6. Ostalo**
- 7. Medicinski pripomočki**

V zvezi s spremembami in dopolnitvami pravil na področju medicinskih pripomočkov ste že bili obveščeni z ločenim dopisom.

V nadaljevanju dajemo bolj podrobna pojasnila glede glavnih sprememb in dopolnitev.

1. PRAVICA DO ZDRAVILIŠKEGA ZDRAVLJENJA

1.1. Dodana definicija »težja funkcionalna prizadetost« (41.a točka 2. člena)

V pravilih je dodan izraz »težja funkcionalna prizadetost«, ki je opredeljen, kot »z več kot 50 % zmanjšana zmogljivost funkcije organa ali organskega sistema, ki se ocenjuje na podlagi splošne kvantifikacijske lestvice Mednarodne klasifikacije funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja«, kar omogoča enotno obravnavo pri uveljavljanju pravice do zdraviliškega zdravljenja. Ugotavljanje »težje funkcionalne prizadetosti« je namreč potrebno za oceno funkcijske prizadetosti pri uveljavljanju pravice do zdraviliškega zdravljenja, ko je poleg obstoja zdravstvenega stanja iz 45. člena pravil in pogoja iz 44. člena pravil (povrnitev funkcionalne sposobnosti) pri določenih zdravstvenih stanjih indikacija opredeljena s težjo funkcionalno prizadetostjo.

1.2. Indikacije za zdraviliško zdravljenje – sprememba (3. točka prvega odstavka 45. člena)

V 3. točki prvega odstavka 45. člena pravil, ki določa poškodbe in operacije na lokomotornem sistemu, ki so indikacija za zdraviliško zdravljenje, sta spremenjeni:

- tretja alineja, in sicer tako, da se iz indikacij za zdraviliško zdravljenje, ki se navezujejo na dolge kosti telesa, črta izraz »velike« kosti, ki se v opisovanju anatomije telesa strokovno ne uporablja in dodatno ob pojmovanju kakovosti kosti kot »dolge«, ni potreben;
- četrta alineja, pri katerih je kot indikacija po novem določeno, da gre za »dolge« kosti, in ne »velike« (pojasnilo kot zgoraj), hkrati pa je glede na mnenje stroke pri osteotomijskih posegih na dolgih kosteh dodana »petnica«, ki predstavlja kratko kost in tako trenutno ne izpolnjuje indikacije za zdraviliško zdravljenje. Zdraviliško zdravljenje pri osteotomijah petnice je smiselno takrat, ko je prisotna težja funkcionalna prizadetost gibljivosti v gleženjskem sklepu, saj je le-ta pomembna pri biomehaniki hoje in s tem pridobitve večje samostojnosti pri hoji bolnikov po navedenem posegu.

1.3. Kontraindikacije za zdraviliško zdravljenje (1. točka 46. člena)

Po novem je kot kontraindikacija za zdraviliško zdravljenje poleg prisotnosti hujših duševnih motenj ali motenj osebnosti pri zavarovani osebi, ki bi lahko ovirale (varen) potek zdravljenja, dodano še, da se kot kontraindikacija šteje tudi splošna težja telesna ali kognitivna prizadetost. V teh primerih zavarovana oseba zaradi težje okvare miselnega procesa ali težje telesne okvare ni sposobna sodelovati pri zdraviliškem zdravljenju, kar posledično pomeni, da ob takšnem zdravstvenem stanju namen zdraviliškega zdravljenja ne more biti dosežen. Po novem se ne zahteva več »aktivno« sodelovanje s strani zavarovane osebe, saj se lahko pri zavarovani osebi, ki sicer lahko sodeluje pri zdraviliškem zdravljenju, ne pa ves čas »aktivno« (npr. na začetku tega zdravljenja), med zdravljenjem doseže povrnitev njene funkcionalne sposobnosti (44. člen pravil).

1.4. Pristojnost za podajo predloga za zdraviliško zdravljenje (197. člen)

Predlog za zdraviliško zdravljenje lahko poleg izbranega osebnega zdravnika in zdravnika, ki zavarovano osebo zdravi v bolnišnici, kot je veljalo do sedaj, po novem lahko poda tudi drug zdravnik, ki je zavarovano osebo zdravil ambulantno - torej bo lahko predlog podal osebni zdravnik ali napotni zdravnik.

Po novem je določeno, da lahko pooblaščen zdravnik poda predlog za zdraviliško zdravljenje zaradi indiciranih poškodb in operacij na lokomotornem sistemu, ne samo po končanem bolnišničnem zdravljenju, temveč tudi po nastanku poškodbe v primeru ambulantnega

zdravljenja. V obeh primerih velja enak rok - predlog je treba podati v treh mesecih od končanega bolnišničnega zdravljenja oziroma od nastanka poškodbe v primeru ambulantnega zdravljenja.

1.5. Rok za nastop odloženega, prekinjenega ali podaljšanega zdraviliškega zdravljenja (četrty, peti in šesti odstavek 198. člena)

V pravilih je določeno, da se zdraviliško zdravljenje izvaja strnjeno, torej v odobrenem trajanju brez prekinitev (tretji odstavek 48. člena pravil), saj se na ta način lahko zagotovi ustrezen uspeh tovrstne rehabilitacije. So pa situacije, ko zavarovana oseba zaradi objektivnih razlogov ne more nastopiti tega zdravljenja v roku, ki je naveden v odločbi imenovanega zdravnika in njen osebni zdravnik predlaga odlog tega zdravljenja. Prav tako se lahko dogodi, da zavarovana oseba sicer pravočasno nastopi zdraviliško zdravljenje, vendar se to zaradi objektivnih razlogov prekine in ga je potrebno nadaljevati kasneje.

Če je bilo zdraviliško zdravljenje zaradi objektivnih razlogov odloženo ali prekinjeno, je potrebno, da se to začne oziroma nadaljuje v najkrajšem možnem času, saj je učinek zdravljenja oziroma povrnitev funkcionalnih sposobnosti vezan na njegovo čimprejšnjo izvedbo. Do sedaj je veljalo, da mora zavarovana oseba nastopiti odloženo oziroma prekinjeno zdraviliško zdravljenje v trimesečnem roku od izdaje odločbe, s katero je bilo zdraviliško zdravljenje odobreno. Spoštovanje tega roka pa je odvisno tudi od pravočasnega odločanja zavoda (imenovanih zdravnikov oziroma zdravstvene komisije, ki odločajo o utemeljenosti nastopa odloženega oziroma prekinjenega zdraviliškega zdravljenja) in tudi od aktivnosti na strani zdravilišča (da zavarovani osebi omogoči izvajanje odobrenega zdraviliškega zdravljenja), na prej navedena dejstva pa zavarovana oseba nima vpliva.

Zato je v pravilih na novo določeno, da se nastop odloženega ali prekinjenega zdraviliškega zdravljenja veže na pravočasen predlog za odlog ali za nadaljevanje prekinjenega zdraviliškega zdravljenja. Ta predlog mora biti podan v roku treh mesecev od izdaje odločbe, s katero je bilo zdraviliško zdravljenje odobreno. Na ta način se zagotavlja enakost in pravna varnost zavarovanih oseb, saj te ne smejo biti različno obravnavane zaradi različne hitrosti obravnavanja predlogov oziroma zaradi aktivnosti zdravilišč, ki so dolžna zavarovanim osebam zagotoviti nastop zdravljenja. Predlog za odlog oziroma nadaljevanje prekinjenega zdraviliškega zdravljenja lahko zavarovana oseba ali njen osebni zdravnik podata večkrat po izdaji odločbe o odobritvi zdraviliškega zdravljenja, vendar je skrajni rok za podajo predloga pred potekom treh mesecev od izdaje odločbe, s katero je bilo zdraviliško zdravljenje odobreno. Če je bil predlog za odlog ali nadaljevanje prekinjenega zdraviliškega zdravljenja večkrat podan, se skrajni 3-mesečni rok šteje od zadnjega podanega predloga.

Sočasno je na novo določen tudi rok začetka zdraviliškega zdravljenja (30 dni), ki teče od izdaje odločbe o odobritvi odloga oziroma od izdaje odločbe o odobritvi nadaljevanja prekinjenega zdraviliškega zdravljenja. Zavarovana oseba v obeh primerih začne zdraviliško zdravljenje na dan, ki ji ga sporoči zdravilišče.

Enak (30-dnevni) rok se določa v novem četrtem odstavku 198. člen pravil, ki velja, če zdravilišče predlaga podaljšanje zdraviliškega zdravljenja (drugi odstavek 48. člena pravil), zavarovani osebi pa se to podaljšanje z odločbo zavoda odobri šele naknadno, ko je zavarovana oseba že doma. Tudi v tem primeru mora zavarovana oseba začeti s podaljšanim zdraviliškim zdravljenjem v 30 dneh od izdaje odločbe o odobritvi podaljšanja zdraviliškega zdravljenja, in sicer na dan, ki ji ga sporoči zdravilišče.

2. PRAVICA DO NADOMESTILA ZARADI SOBIVANJA IN NEGE OTROKA

2.1. Pravica do nadomestila zaradi sobivanja in nege otroka – starostna omejitev (druga alineja prvega odstavka 40. člena, peti odstavek 138. člena, 113. člen)

Z Zakonom o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Ur. l. RS, št. 51/21) je bila celovito urejena pravica do sobivanja. V 40. členu pravil so bolj natančno določeni pogoji, pod katerimi ima zavarovana oseba (otrok) med stacionarnim bolnišničnim ali zdraviliškim zdravljenjem pravico do sobivanja. Upravičenec do sobivanja (oseba, ki sobiva ob zavarovani osebi, ki je na stacionarnem bolnišničnem ali zdraviliškem zdravljenju) mora biti zavarovan v Republiki Sloveniji in je to lahko starš, rejnik, skrbnik, zakonec ali zunajzakonski partner, slednji le, kadar sobiva ob otroku svojega zakonca ali zunajzakonskega partnerja.

Pravica do sobivanja je določena:

- glede na starost otroka - za vse otroke do vključno 14. leta starosti in za otroke od 15 do 18. leta starosti z določenimi zdravstvenimi stanji (v primeru težje okvare ali poškodbe možganov ali hrbtenjače, pri kateri je potrebno usposabljanje za poznejšo medicinsko rehabilitacijo na domu, ali v primeru kronične bolezni ali okvare v času usposabljanja za poznejšo medicinsko rehabilitacijo na domu, ali v primeru zdravljenja težkega zdravstvenega stanja) dokler traja roditeljska pravica;
- brez starostne omejitve - če gre za sobivanje ob zavarovanih osebah s posebnimi potrebami, ki potrebuje 24-urno nego in oskrbo, in ob zavarovanih osebah s statusom po zakonu, ki ureja socialno vključevanje invalidov.

Pravico **do sobivanja po 18. letu** je tako imel torej otrok, pri katerem je prisotno eno od zdravstvenih stanj, navedenih v prvi alineji predhodnega odstavka, če je bila pri tej osebi z odločbo pristojnega organa podaljšana roditeljska pravica.

Tudi v primeru začasne zadržanosti od dela zaradi **nege** je starostna omejitev pravice do nege vezana na starost otroka do dopolnjenega 18. leta otrokove starosti oziroma, dokler traja roditeljska pravica (138. člen pravil, 30. člen ZZVZZ).

V noveli pravil je v obeh navedenih členih besedilo »dokler traja roditeljska pravica« črtano, ker Družinski zakonik (Uradni list RS, št. 15/17, 21/18 – ZNOrg, 22/19, 67/19 – ZMatR-C, 200/20 – ZOOMTVI, 94/22 – odl. US, 94/22 – odl. US in 5/23, v nadaljnjem besedilu: DZ) tega pravnega termina ne pozna več. Glede na to, da so odločbe o podalžanju roditeljske pravice glede na prehodno določbo DZ še vedno v veljavi, se lahko nega še naprej odobrava tudi v primeru veljavnih sodnih odločbe o podalžanju roditeljske pravice, kar izhaja iz prehodne določbe pravil (113. člen).

Je pa na po novem glede na veljavni DZ določeno, da lahko pravico do nadomestila zaradi sobivanja in nege otroka uveljavlja eden od staršev po dopolnjenem 18. letu otrokove starosti, dokler je oseba, starejša od 18 let, postavljena pod skrbništvo. Gre za primere, ko je zdravstveno stanje otroka, ki terja postavitvev pod skrbništvo, nastalo pred 18. letom in se ta oseba postavi pod skrbništvo v celoti tudi po 18. letu (npr. ne gre za postavitvev pod skrbništvo za poseben primer, torej le za določene naloge, npr. za nakup nepremičnine).

To pomeni, da se pri ugotavljanju upravičenosti do sobivanja (ugotavljajo bolnišnice in zdravilišča) in tudi v primeru ugotavljanja upravičenosti do nege (ugotavlja izbrani osebni zdravnik ali imenovani zdravnik oziroma zdravstvena komisija) upoštevajo:

- odločba o podaljšanju roditeljske pravice, ki je še veljavna ali
- sklep sodišča, s katerim je bila zavarovana oseba (v celoti) postavljena pod skrbništvo, in sicer zaradi zdravstvenega stanja, ki je nastalo pred njegovo polnoletnostjo, slednje pa se ugotavlja glede na medicinsko dokumentacijo konkretnega primera.

2.2. Podaljšanje trajanje pravice do nadomestila za nego otroka (tretji odstavek 138. člena)

Nega se lahko podaljša ne le v primerih, ko je taka odsotnost potrebna zaradi nenadnega poslabšanja zdravstvenega stanja otroka, temveč tudi v drugih izjemnih primerih, med drugim tudi zaradi nastanka novega zdravstvenega stanja, ki sočasno ali na novo utemeljuje neprekinjeno začasno zadržanost od dela zaradi nege. Sprememba je vključena na predlog pediatrov na primarni ravni, saj je bilo razumevanje te določbe v praksi neenotno, kar je imelo za posledico tudi neenotno odločanje o pravici do nege.

2.3. Nezdržljivosti pravice do nadomestila za nego otroka za čas, ko ga otrok prebije v šoli ali institucionalnem varstvu (šesti odstavek 138. člena pravil).

Če otrok obiskuje šolo (če je to glede na njegovo zdravstveno stanje izvedljivo) ali je v institucionalnem varstvu, je otroku za ta čas zagotovljena nega na drug način, zato starš za ta čas ne more uveljavljati pravice do nadomestila zaradi nege otroka.

Če otrok, ki je sicer nameščen v institucionalno varstvo, v času bolezni biva doma, starš lahko uveljavlja pravice do nadomestila zaradi nege otroka.

3. NAPOTNICA

Spremembe in dopolnitve, ki se nanašajo na ureditev področja napotnic (spremenjeni 176. člen, 177. člen, 178. člen, 179. člen, 189. člen, 196. člen, osma alineja 2. točke drugega odstavka 252. člena), se začnejo uporabljati od vzpostavitve tehničnih možnosti, ki bodo omogočale njihovo izvajanje v sistemu eZdravje, o čemer bo Zavod naknadno obvestil izvajalce. Nova ureditev se bo uporabljala tudi za napotnice, ki so bile izdane pred tem in so še veljavne na dan začetka uporabe teh določb, ne glede na obseg pooblastil in obdobje veljavnosti, ki je določeno na teh predhodno izdanih napotnicah.

3.1. Obseg pooblastil na napotnici (176. člen)

Po novem zdravnik, ki izstavi napotnico, na napotnici ne bo več določil obsega pooblastil (poobl. 1., 2., 3), ki se z napotnico prenašajo na napotnega zdravnika. To pomeni, da bo imel napotni zdravnik na podlagi izdane napotnice samodejno vsa pooblastila, ki mu omogočajo izvedbo zdravstvenih storitev z njegovega delovnega področja.

Še vedno velja, da se za isto zdravstveno stanje in za enega napotnega zdravnika iste vrste specialnosti izda ena napotnica. Osebni zdravnik lahko (tako kot do sedaj) izda napotnico, ko je opravil vse zdravstvene storitve, ki jih mora zagotoviti, pri čemer ob napotitvi seznaniti 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. Na tej podlagi lahko napotni zdravnik glede na svojo kvalifikacijo, delovno področje in poklicno dejavnost (kompetence) opravi pri zavarovani osebi vse potrebne zdravstvene storitve s svojega delovnega področja oziroma bo zaradi izvedbe teh storitev zavarovano osebo napotil k drugemu specialistu, če oceni, da je to potrebno in gre za zdravstvene storitve, ki jih sicer ne opravlja sam.

Prav tako je nespremenjena obveznost napotnega zdravnika, da na podlagi izdane napotnice zavarovani osebi zagotovi tudi vse potrebne diagnostične, terapevtske in medicinsko 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. To pomeni, da samo zaradi izvedbe katere od prej navedenih zdravstvenih storitev v času veljavnosti napotnice ni dopustno zavarovane osebe pošiljati nazaj k njenemu osebnemu zdravniku, temveč te storitve zagotovi napotni zdravnik.

Sprememba (da se na napotnici ne označuje več obseg pooblastil, ki se prenašajo) velja tudi za napotnega zdravnika, če ta izdaja napotnico za drugega napotnega zdravnika.

3.2. Trajanje napotnice do zaključka zdravstvene obravnave (177. člen)

Novost je, da na napotnici ne bo več navedena njena časovna veljavnost, saj bo napotnica veljala vse, dokler je napotni zdravnik ne zaključi, kar bo storil, ko bo izvedel zdravstvene storitve, povezane z zdravstvenim stanjem, za katere je bila izstavljena napotnica. To pomeni, da zdravnik, ki bo izstavil napotnico, na napotnici ne bo več označil, za koliko časa naj bi ta napotnica veljala, posledično ne bo več možnosti oziroma potrebe po podaljšanju napotnic s strani napotnega zdravnika. Napotnica bo torej veljala ves čas, dokler napotni zdravnik ne opravi vseh potrebnih zdravstvenih storitev, vključno z morebitnimi operativnimi posegi in kontrolnimi pregledi.

Če napotni zdravnik napotnice ne bo zaključil sam (npr. je to pozabil), bo napotnica samodejno zaključena po preteku 2-letnega roka, šteto od zadnje zdravstvene storitve, opravljene na podlagi te napotnice, če na ta dan zavarovana oseba ni vpisana v čakalni seznam na podlagi te napotnice ali na podlagi napotnice, ki je izdana na njeni podlagi. Navedeni pogoji kažejo na to, da so bile vse potrebne zdravstvene storitve po tej napotnici dejansko že izvedene, in da niso planirane nove, kar pomeni, da napotnica ni več potrebna in se lahko samodejno (programsko) zaključi.

Zavarovano osebo bo s tem, da je napotnica prenehala veljati, seznanil:

- napotni zdravnik - če bo napotnico zaključil sam. To bo praviloma storil s pojasnilom v pisnem izvidu, ki ga izda po opravljeni zdravstveni storitvi,
- izbrani osebni zdravnik - če je napotnica samodejno prenehala veljati zaradi poteka 2-letnega roka. To bo storil ob stiku z zavarovano osebo (npr. ob obisku zavarovane osebe, ob telefonskem pogovoru z zavarovano osebo).

Zdravnik, ki je izdal napotnico (to je lahko osebni zdravnik ali napotni zdravnik) bo seznanjen s prenehanjem veljavnosti napotnice prek eZdravja.

Zavarovane osebe, ki so uporabniki eZdravja oziroma portala zVEM, bodo informacijo o prenehanju napotnice prejeli tudi prek tega portala.

Poleg zgoraj omenjenih razlogov napotnica preneha veljati tudi v primerih, ki so določeni v 15.c členu Zakona o pacientovih pravicah¹, ki določa razloge za črtanje s čakalnega seznama (npr. smrt pacienta, na željo pacienta, pacientova zavrnitev izvedbe zdravstvene storitve, neopravičena odsotnost od termina). V primeru črtanja s čakalnega seznama se napotna listina vrne izdajatelju napotne listine (stornira) z navedbo razlogov, torej preneha veljati.

Poudarjamo, da še vedno velja pravilo – ena napotnica = eno zdravstveno stanje = en specialist, v okviru te napotnice pa se lahko izvede hkrati več naročil z različnimi VZS-ji. To pomeni, da lahko izvajalec pacienta naroči na več storitev oz. kreira več naročil, ki so vezana na eno izdano napotnico, pri čemer VZS-ji na naročilih niso nujno enaki, kot je VZS na napotnici (tudi pri prvem pregledu, ki je izveden na podlagi izdane napotnice, lahko izvajalec izvede VZS, ki je drugačen, kot je VZS, ki je naveden na napotnici). Vsako naročilo, ki je ustvarjeno za napotnico, ima lahko različen VZS (to je omogočeno v različici V3 eNaročanja).

¹ Uradni list RS, št. 15/08, 55/17, 177/20 in 100/22 – ZNUZSZS

3.2.1. Akutno poslabšanje zdravstvenega stanja, ki zahteva predčasno obravnavo:

V času veljavnosti napotnice lahko pri zavarovani osebi pride do akutnega poslabšanja zdravstvenega stanja, ki zahteva predčasno obravnavo pri napotnem zdravniku, pri katerem ima zavarovana oseba veljavno napotnico (npr. kontrolni pregled pri specialistu je predviden šele čez tri mesece, zavarovani osebi se zdravstveno stanje pred tem akutno poslabša).

Zavarovana oseba se bo v primeru akutnega poslabšanja zdravstvenega stanja praviloma najprej oglasila pri osebni zdravniku, ki bo v primeru, če je ne more sam oskrbeti (npr. da sam predpiše antibiotik, zdravila, fizioterapijo, ali se v okviru e-posveta konzultira s specialistom o nadaljnjem zdravljenju in postopkih) preko sistema eZdravja, napotnem zdravniku, pri katerem se zavarovana oseba že zdravi na podlagi veljavne napotnice, predlagal njeno predčasno obravnavo. Napotni zdravnik je dolžan na svoji strani zagotoviti spremljanje tako posredovanih zahtevkov za predčasno obravnavo zavarovane osebe in posredovanje odgovora osebnemu zdravniku (oziroma zdravniku, ki je izdal napotnico) v petih dneh od prejema sporočila. V istem roku je dolžan zavarovano osebo obvestiti o (predčasnem) terminu zdravstvene storitve, če je ta po njegovi strokovni oceni potrebna. Komunikacija v zvezi s tem med zdravnikom, ki je izdal napotnico in napotnim zdravnikom poteka preko sistema eZdravja. Za ta namen je v eNaročanju v različici V3 na voljo funkcionalnost »task« (zahtevek), ki je namenjena komunikaciji med zdravnikom, ki je izdal napotnico in napotnim zdravnikom.

Zavarovana oseba ima možnost, da se tudi sama neposredno obrne na napotnega zdravnika s predlogom po predčasni zdravstveni obravnavi, če je drug pooblaščen zdravnik (to je v skladu z 29. točko 2. člena pravil zdravnik v javni mreži) ugotovil, da je prišlo do akutnega poslabšanja zdravstvenega stanja zavarovane osebe. To bo največkrat v primeru, če bo zavarovana oseba zaradi akutnega poslabšanja zdravstvenega stanja opravila pregled v urgentni ambulanti, v kateri bo zdravnik, ki jo je sprejel, ugotovil potrebo po predčasni zdravstveni obravnavi pri napotnem zdravniku, pri katerem ima zavarovana oseba že veljavno napotnico. V tem primeru se bo lahko zavarovana oseba sama obrnila na napotnega zdravnika, ali pa se bo z izvidom urgentne ambulante obrnila na svojega osebnega zdravnika oziroma na zdravnika, ki ji je izdal napotnico. Slednji bo v primeru, če bo tudi sam soglašal s potrebo po predčasni obravnavi pri napotnem zdravniku, posredoval zahtevek prek sistema eZdravja.

Izvajalci sekundarne oziroma terciarne ravni zdravstvene dejavnosti bodo predčasni pregled zaradi akutnega poslabšanja zdravstvenega stanja lahko obračunali kot prvi pregled. Ali gre za prvi pregled ali za kontrolni pregled se presoja glede na definicije teh pregledov po zakonu, ki ureja pacientove pravice. Tako je prvi pregled tisti, ki je namenjen opredelitvi novonastalega zdravstvenega stanja oziroma akutnega poslabšanja kroničnega zdravstvenega stanja in načrtovanju potrebnih preiskav in zdravljenja, vključno z morebitnim zdravljenjem, opravljenim neposredno po tem pregledu. Kot prvi pregled se šteje tudi samostojno opravljena diagnostika. Tako prvi kot kontrolni pregled se v času veljavnosti napotnice za zdravstveno stanje, za katero je bila izdana, lahko obračunata večkrat - glede na njuno definicijo, obračun pa mora imeti podlago v zdravstveni dokumentaciji.

3.3. Črtana prepoved t. i. veriženje napotnic (176. člen)

Določba dosedanjega sedmega odstavka 176. člena pravil, ki je prepovedovala t. i. veriženje napotnic, tj. prepoved, da bi napotni zdravnik v primeru nadaljnje napotitve zavarovane osebe, na drugega napotnega zdravnika prenesel tudi pooblastilo za nadaljnje napotitve zavarovane osebe, je črtana, saj se je takšna prepoved v praksi izkazala za nepotrebno.

4. IZBIRA OSEBNEGA ZDRAVNIKA

4.1. Odklonitev izbire (166. člen)

V prvem odstavku 166. člena pravil je določeno, v katerih primerih lahko zdravnik, ki izpolnjuje pogoje za osebnega zdravnika, odkloni izbiro.

Na predlog Zdravniške zbornice Slovenije je bil z novo 4. točko prvega odstavka 166. člena pravil določen nov razlog, ki osebnemu zdravniku omogoča, da odkloni opredelitev posamezne zavarovane osebe. Gre za razlog, zaradi katerega se sicer lahko zahteva prekinitev izbire osebnega zdravnika po 169. členu pravil (zaradi neprimernega odnosa zavarovane osebe ali nespoštovanja navodil in postopkov za zdravljenje). Če je bila izbira osebnega zdravnika prekinjena zaradi prej navedenega razloga, zavarovana oseba pa si po določenem času ponovno želi opraviti izbiro pri istem zdravniku, je to po novem razlog za odklonitev izbire po 166. členu pravil, vendar z dodatnim pogojem, da je mogoče utemeljeno sklepati, da ti razlogi obstajajo tudi ob nameravani ponovni izbiri.

Prav tako je v prvi točki ustrezno navedeno, da število evidentiranih zavarovanih oseb na osebnega zdravnika, ki omogoča odklonitev izbire (če je ta kvota dosežena), ne določa Zavod sam, temveč je to predmet dogovora (63. člen ZZVZZ).

5. SPREMEMBE UREDITVE S PODROČJA ZDRAVIL IN ŽIVIL NA RECEPT

5.1. Količina predpisanega zdravila v primeru akutnih stanj

S črtanjem 1. točke četrtega odstavka 58. člena pravil se ukinja omejitev predpisa zdravila pri akutnih stanjih za največ deset dni. Najprimernejše obdobje zdravljenja, ki ga potrebuje zavarovana oseba, je strokovno medicinsko vprašanje, ki je v pristojnosti zdravnika.

5.2. Povračilo stroškov vrednosti zdravila ali živila

S črtanjem desetega odstavka 135.e člena pravil se ukinja predvidena obveznost uradne osebe zavoda, da razveljavi elektronski recept, če je izdana ugodilna odločba o povračilu stroškov vrednosti zdravila ali živila.

S spremembo 1. točke prvega odstavka 135.f člena pravil se spreminja način pridobivanja podatka o motnji v preskrbi z zdravilom v RS. Lekarni v RS v primeru pomanjkanja zdravila na trgu ni več treba izdati potrdila o deficitarnosti zdravila. Podatki o motnji v preskrbi z zdravilom v RS so sedaj dostopni v drugih informacijskih virih. Zaradi opustitve obveznosti izdaje potrdila o deficitarnosti zdravila je to potrdilo črtano tudi v četrtem odstavku odstavka 135.f.

S črtanjem devetega odstavka 135.f člena pravil se ukinja tudi obveznost uradne osebe zavoda, da razveljavi elektronski recept, če je izdana ugodilna odločba o povračilu stroškov vrednosti zdravila ali živila.

Uskladivena sprememba 228.f člena pravil je posledica opustitve obveznosti izdaje potrdila o deficitarnosti zdravila, katerega izdaja je bila v tem členu podrobneje opredeljena in se s spremembo 135.f člena posledično črta (črtajo se dosedanji drugi, tretji in četrti odstavek ter del prvega in dosedanjega petega odstavka). Podatek o motnji v preskrbi z zdravilom v RS po novem pridobi uradna oseba zavoda.

5.3. Preverjanje napak v izpolnjevanju listine recept

V 209. členu pravil se črta tretji odstavek, ker zaradi uskladitve z ZZVZZ ni več potrebno preverjanje farmacevta v lekarni, da gre za napako v izpolnjevanju listine recept, in posledično napačen obračun izdanega zdravila, vezan na način doplačila in plačnika zdravila. Zaradi

samodejnega prenosa podatkov v sistemu elektronskega recepta tudi ni več smiselno preverjanje podatka o zavarovani osebi in pooblaščenem zdravniku.

5.4. Predpisovanje živil na recept

Po novem je s spremembo druge alineje 209.a člena pravil za predpisovanje živil za prehransko podporo na recept pooblaščen tisti zdravnik, ki ima znanje iz klinične prehrane. To je lahko kateri koli pooblaščen zdravnik (npr. osebni zdravnik ali napotni zdravnik). Če pa splošni osebni zdravnik oziroma osebni otroški zdravnik teh dodatnih znanj iz klinične prehrane nima, lahko predpisuje ta živila na recept le na podlagi izvida pooblaščenega zdravnika, ki ta dodatna znanja ima in je indiciral to prehransko podporo oziroma prehransko terapijo.

S spremembo tretje alineje je za predpisovanje živil za otroke z alergijami na recept še naprej pooblaščen osebni otroški zdravnik, pri čemer se na novo določa, da jih lahko predpisuje na podlagi mnenja kolegija Pediatrične klinike UKC Ljubljana, konzilija Kliničnega oddelka za pediatrijo UKC Maribor ali konzilija pediatričnega oddelka druge bolnišnice.

5.5. Recepti za osebno rabo (210. člen)

Z novelo se dopolnjuje druga alineja 4. točke tako, da lahko recepte za osebno rabo prejmejo tudi zdravniki, ki imajo sklenjeno pogodbo o zaposlitvi pri Zavodu Republike Slovenije za presaditve organov in tkiv oziroma Slovenija - transplant ali pri Javni agenciji Republike Slovenije za zdravila in medicinske pripomočke.

6. OSTALO

Dne 20. julija 2023 je začel veljati Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (v nadaljnjem besedilu: ZZVZZ-T), ki se začne uporabljati 1. januarja 2024. Z začetkom uporabe ZZVZZ-T bo ukinjeno kritje zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju: OZZ) v odstotku vrednosti OZZ in s tem tudi dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Vse zdravstvene storitve, ki so pravica iz OZZ, se bodo v celoti (100 %) krile iz sredstev OZZ, in ne več v odstotku vrednosti v skladu s prej veljavnim ZZVZZ. Izjema velja za obračun in kritje zdravstvenih storitev iz tretjega odstavka 26. člena ZZVZZ-T, to je za zdravstvene storitve, ki se začnejo izvajati do vključno 31. decembra 2023 in jih zaradi pravil o obračunu zdravstvenih storitev, ki veljajo v OZZ, ni mogoče obračunati do tega dne, temveč ko je zaključena zdravstvena obravnava. Te zdravstvene storitve se na podlagi navedene določbe ZZVZZ-T obračunajo in krijejo v skladu s prej veljavnim ZZVZZ in na njegovi podlagi sprejetimi akti.

Na podlagi prvega odstavka 28. člena ZZVZZ-T mora ZZS uskladiti svoje splošne akte z novo ureditvijo iz ZZVZZ-T do začetka uporabe tega zakona, to je do 1. januarja 2024. Zato se pravila usklajujejo tudi z ZZVZZ-T, in sicer zlasti členi, povezani z ukinitvijo kritja v odstotku vrednosti storitev, poimenovanje zdravstvenih storitev, črtanje t.i. vmesne lise za zdravila ter spremembe pri pravici do potnih stroškov in zdravljenja v tujini.

Lepo pozdravljeni.

Področje za odločanje o pravicah in
medicinske pripomočke

Ana Vodičar
Vodja – direktorica področja I