



Direkcija
Sektor za informiranje in odnose z javnostmi
Miklošičeva cesta 24
1507 Ljubljana

Tel.: 01 30 77 200
Fax: 01 23 12 182
E-pošta: di@zzzs.si
www.zzzs.si

SPOROČILO ZA JAVNOST!

Uveljavitev sprememb in dopolnitev Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja ter sprememb Sklepa o medicinskih pripomočkih

Ljubljana, 18. 12. 2023 – V soboto, 16. decembra so se uveljavile spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 124/23) in spremembe Sklepa o zdravstvenih stanjih in drugih pogojih za upravičenost do medicinskih pripomočkov iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 124/23; v nadaljevanju novela Sklepa o MP), ki se v pretežnem delu pričnejo uporabljati s 1. 1. 2024, razen v delu glede medicinskih pripomočkov, ki se pri sistemskih spremembah v pretežnem delu začnejo uporabljati 1. 10. 2024. S spremembami Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja se spreminja natančnejši obseg zdravstvenih storitev, primerneje ureja postopke uveljavljanja pravic, pravila se usklajujejo s predpisi in besedilo pravil notranje usklajuje. Ena izmed najpomembnejših novostih je, da se uvaja napotnica brez časovne veljavnosti, ki bo veljala do zaključka zdravstvene obravnave na sekundarni oziroma terciarni ravni, kar bo opredelil napotni zdravnik. Novela Sklepa o MP se uskladi z razvojem medicinske doktrine in s tem zavarovanim osebam zagotovi boljše, predvsem bolj primerna, kakovostna in varna zdravstvena obravnava. Večje število določil se spreminja in usklajuje zaradi preoblikovanja dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, zlasti z vidika opustitve doplačil. Vse zdravstvene storitve, ki so pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu: OZZ), se bodo tako od 1. 1. 2024 dalje 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.

Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju: Pravila) predstavljajo temeljni akt, ki podrobneje ureja vrste in obseg pravic iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja, obveznosti zavezancev in zavarovanih oseb, pogoje in postopke za uresničevanje pravic, standarde zdravstvenih storitev in medicinskih pripomočkov (v nadaljevanju: MP), varstvo pravic zavarovanih oseb ter nadzor uresničevanja pravic in obveznosti. Pravila sprejme Skupščina ZZZS v soglasju z ministrom, pristojnim za zdravje.

Skupščina ZZZS je na 11. redni seji 21. novembra 2023 sprejela Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju: Spremembe in dopolnitve Pravil). Spremembe so bile objavljene v Uradnem listu RS, št. 124/23 dne 8. decembra 2023 in **začnejo veljati osmi dan po objavi (16. december 2023), uporabljati pa se začnejo 1. januarja 2024, razen novosti glede napotnic do zaključka zdravljenja (ko bo NIJZ zagotovil informacijsko podporo, okvirno v roku 2 mesecev) in določenih novosti na področju MP, kjer so potrebni večji posegi v informacijske sisteme na strani ZZZS kot tudi izvajalcev in dobaviteljev (te spremembe se uporabljajo od 1. 10. 2024 dalje).**

Na podlagi Pravil ima zavarovana oseba pravico do pripomočkov, ki so potrebni za zdravljenje, medicinsko rehabilitacijo in zdravstveno nego. Pri tem natančnejšo opredelitev zdravstvenih stanj in drugih pogojev, pri katerih ima zavarovana oseba pravico do posameznega MP določijo

Skupščina ZZS s soglasjem ministra, pristojnega za zdravje. Z novelo Sklepa o MP se spreminja ureditev pri 9 skupinah MP s ciljem:

- da se zdravstvena stanja in drugi pogoji za določene MP uskladijo z razvojem medicinske doktrine in s tem zavarovanim osebam zagotovi boljša, predvsem bolj primerna, kakovostna in varna zdravstvena obravnava;
- da se uskladi sklep in pravila, ob upoštevanju novele pravil.

Najpomembnejše novosti iz Sprememb in dopolnitev Pravil:

I. Napotnica

Zaradi poenostavitve postopkov izdaje napotnice, odprave administrativnih ovir za zdravnike in zavarovane osebe ter zaradi njihove hitrejše zdravstvene obravnave je določeno, da ima napotni zdravnik na podlagi napotnice samodejno vsa pooblastila (pregled, preiskava, zdravljenje, nadaljnje napotitve), in da zdravniku, ki izstavi napotnico, tega ni treba na napotnici posebej določati.

Prav tako je črtano, da trajanje veljavnosti napotnice vnaprej (na napotnici) določi osebni zdravnik oziroma zdravnik, ki je izdal napotnico. Tako bodo napotnice veljale do zaključka zdravstvene obravnave na sekundarni oziroma terciarni ravni, kar bo opredelil napotni zdravnik. 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.

II. Pravica do zdraviliškega zdravljenja

1. zaradi jasnejše ureditve so nekatera zdravstvena stanja za zdraviliško zdravljenje drugače opredeljena in dodana opredelitev novega izraza »težja funkcionalna prizadetost«;
2. zaradi doseganja namena zdraviliškega zdravljenja je dopolnjena kontraindikacija za to zdravljenje, ki se veže na zdravstveno stanje zavarovanih oseb s hudo duševno motnjo in motnjo osebnosti;
3. zaradi enakopravne obravnave zavarovanih oseb se rok za vložitev predloga za zdraviliško zdravljenje zaradi poškodb in operacij na lokomotornem sistemu določa tudi za primer poškodbe, ki se zdravi ambulantno;
4. zaradi enakopravne obravnave zavarovanih oseb je določen rok, v katerem je treba predlagati odlog ali nadaljevanje prekinjenega zdraviliškega zdravljenja;
5. zaradi jasnosti ureditve je določen rok, v katerem mora zavarovana oseba začeti odloženo, prekinjeno in podaljšano zdraviliško zdravljenje.

III. Pravica do zdravil in živil na recept

1. zaradi ustrežnejše zdravstvene obravnave se črta količinska omejitev za predpis zdravil pri akutnih stanjih;
2. zaradi poenostavitve uveljavljanja pravice do povračila stroškov vrednosti zdravil in živil v primeru motnje v preskrbi z zdravilom oziroma živilom na slovenskem trgu se ukinja izdaja potrdila o deficitarnosti;
3. zaradi strokovne utemeljenosti predpisovanja živil za prehransko podporo in živil za otroke z alergijami se spreminjajo pooblastila za njihovo predpisovanje (kateri zdravniki jih smejo prepisovati oziroma izvidi in mnenja katerih zdravnikov so lahko podlaga za njihov predpis);

IV. Pravica do nadomestila plače

1. zaradi uskladitve z ZZVZZ in zaradi jasnosti ureditve je določeno, pri katerih zdravstvenih stanjih se lahko odobri pravica do nadomestila zaradi nege otroka v trajanju do šestih mesecev;
2. zaradi enotnega razumevanja določbe je določeno, da zavarovanec nima pravice do nadomestila za nego otroka za čas, ko je otrok v šoli ali institucionalnem varstvu;
3. zaradi uvedbe elektronske prijave nezgode in poškodbe pri delu in elektronskega potrdila o prostovoljnem darovanju krvi se ta potrdila ne prilagajo zahtevkom za povračilo oziroma

izplačilo nadomestila, delodajalci jih pridobivajo prek informacijskega sistema za pomoč uporabnikom. Določena je obveznost izbranega osebnega zdravnika, da izpolni zdravstveni del obrazca o prijavi nezgode in poškodbe pri delu.

V. Nova ureditev MP v novelah Pravil in sklepa o MP

V/I. Začetek uporabe 1. 1. 2024

1. pravica do akumulatorja se kot dosedanja pravica do samostojnega MP spremeni v del pravice do vzdrževanja glavnega MP (ne bo več izdaje naročilnice za akumulator);
2. pri električni protezi za ude se razširi pogoj, tako da bodo do električne proteze – podlaktne glede na starost upravičene vse osebe, ne zgolj otroci in mladostniki, ki se redno šolajo ali usposabljujejo za poklic. Razširi se tudi zdravstveno stanje, tako da ne gre nujno več samo za amputacijo podlakti, temveč tudi za enakovredno prirojeno ali pridobljeno pomanjkljivost podlakti (npr. prirojene deformacije kosti v podlakti);
3. pri MP kolostomi, ileostomi in urostomi se kot posebna pravica črtajo »velike« vrečke in eden od rokavnikov, kar se bo odslej izdajalo kot navadne vrečke oz. rokavnik (pravica po vsebini ostaja nespremenjena);
4. širijo se zdravstvena stanja in drugi pogoji za električni stimulator pri inkontinenci blata;
6. spremeni se poimenovanje »digitalnih« v »zahtevne« slušne aparate;
7. spremeni se doba trajanja nekaterih MP (npr. pri dveh od inhalatorjev, nekaterih kanilah);
8. pri MP za hranjenje ter dajanje olja in zdravil se določi nova vrsta MP, brizga brez igle 1 ml;
9. širijo se zdravstvena stanja in drugi pogoji pri električnem masatorju pljuč, MP za izkašljevanje z oscilirajočo PEEP valvulo in pri MP za vzdrževanje pozitivnega tlaka med izdihom z masko;
10. spremeni se način določanja osnovnih zahtev kakovosti za MP (npr. ne bo več posebnih komisij) in razširi možnost, da se te zahteve določijo na ravni podskupin MP.

V/II. Začetek uporabe 1. 10. 2024

1. spremeni se nabor nekaterih MP za zavarovane osebe s sladkorno boleznijo: namesto dosedanjih senzorja in oddajnika za kontinuirano merjenje glukoze v medceličnini ter sprejemnika rezultatov se uvede nov, enoten MP – sistem za kontinuirano merjenje glukoze v medceličnini; kot vrsta se črtata čitalnik in senzor za spremljanje glukoze v medceličnini, ki sta združena v sistem za spremljanje glukoze v medceličnini; črtata se set in ampula za inzulinsko črpalko in se po novem imenujeta potrošni material za inzulinsko črpalko;
2. z enega se na tri leta podaljša se veljavnost obnovljive naročilnice in odpravi omejitev nabave MP pri istem dobavitelju, pri katere je zavarovana oseba prvič prejela MP na obnovljivo naročilnico;
3. razširi se možnost ponovne izdaje brez naročilnice (npr. na prsno protezo in ortopedski nadržek zanjo, zaščitno čelado, belo palico za slepe, nekatere epiteze, katetre za dovajanje kisika, dodatke za funkcionalni električni stimulator) in spremeni režim ponovne izdaje;
4. določi se možnost izdaje manjše količine MP od predpisane, če zavarovana oseba tako izrecno zahteva;
5. črta se predhodna odobritev ZZZS za popravila in vzdrževanja MP;
6. določi se nova vrsta dobe trajanja (določena bo vsaj pri nekaterih MP iz skupine MP pri sladkorni bolezni) in nova vrsta cenovnega standarda za te MP (cenovni standard za artikle z določeno življenjsko dobo) ter možnost določitve cenovnega standarda za artikel, ki nima določene življenjske dobe;

7. preimenuje se in se širijo zdravstvena stanja pri MP za zaščito ustne sluznice, tako da bo do njega upravičena tudi zavarovana oseba, pri kateri gre za stranske učinke sistemskega zdravljenja in sistemske bolezni z direktnim vplivom na suhost ust in se spremeni vrsta dobe trajanja ter pooblaščen zdravniki za predpisovanje tega MP;
8. spremeni se zahteva, kdaj dobavitelj od zavarovane osebe lahko zahteva plačilo za MP v celoti.

V/III. Drugi začetki uporabe

1. spremeni se način vzdrževanja slušnih aparatov, ki se po novem zagotavlja v okviru cenovnega standarda ali cene – določba se začne uporabljati z ureditvijo, kot bo določena v posebnem aktu oziroma z dnem prve uvrstitve artikla na seznam MP;
2. ureja se dodatna možnost doplačila za artikel, ki ni na seznamu MP – določba se začne uporabljati z dnem prve uvrstitve artikla na seznam MP, kjer še ni nobenega artikla.

VI. Druge določbe pravil:

1. določen je nov razlog, ki osebnemu zdravniku omogoča, da odkloni opredelitev posamezne zavarovane osebe, in sicer če gre za okoliščino, zaradi katere se sicer lahko zahteva prekinitve izbire osebnega zdravnika po 169. členu pravil (zaradi neprimerne odnosa zavarovane osebe ali nespoštovanja navodil in postopkov za zdravljenje);
2. zaradi uskladitve z zakonskimi podlagami za izvajanje nadzora zavoda nad izvajalci in dobavitelji ter zakonskimi podlagami za urejanje medsebojnih razmerij med zavodom in izvajalci oziroma dobavitelji, ki se ne tiče neposredno zavarovanih oseb, se iz pravil izključi tovrstna ureditev.

VII. Uskladitev pravil z ZZVZZ

Dne 20. julija 2023 je začel veljati Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju¹ (v nadaljnjem besedilu: ZZVZZ-T), ki se začne uporabljati 1. januarja 2024. Z začetkom uporabe ZZVZZ-T bo ukinjeno kritje zdravstvenih storitev iz OZZ v odstotku vrednosti OZZ in s tem tudi dopolnilno zdravstveno zavarovanje (v nadaljnjem besedilu: DZZ). 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 ZZVS uskladiti svoje splošne akte z novo ureditvijo iz ZZVZZ-T do 1. januarja 2024. Zato se pravila usklajujejo tudi z ZZVZZ-T, in sicer zlasti poimenovanje zdravstvenih storitev, črtanje t.i. vmesne liste za zdravila ter spremembe pri pravici do potnih stroškov in zdravljenja v tujini.

Zaradi Sprememb in dopolnitev Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja se ocenjuje skupno zvišanje odhodkov sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja za 312.220 evrov na letni ravni.

ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO
ZAVAROVANJE SLOVENIJE

¹ Uradni list RS, št. 78/23