**ZZZS – VSI**

**VSEM ZAVAROVANCEM**

**IZVAJALCEM ZDRAVSTVENIH STORITEV** Številka: 0072-9/2021-DI/1

**VSEM PROGRAMSKIM HIŠAM ZA IZVAJALCE** Datum, 22. 4. 2021

**Zadeva: Obvestilo o spremembah in dopolnitvah Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja**

Obveščamo vas, da so bile v Uradnem listu Republike Slovenije, št. 61/21 z dne 16. 4. 2021 objavljene spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu: Pravila), ki bodo začele veljati petnajsti dan od objave v Uradnem listu, to je s 1. majem 2021.

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

* »trajno« napotnico (177. člen) začele uporabljati tri mesece od uveljavitve teh sprememb in dopolnitev, to je s 1. avgustom 2021;

V Pravilih je sicer spremenjeno večje število določb, pri čemer so nekatere pravice le bolj določno zapisane, in sicer v cilju večje razumljivosti in jasnosti ter manjše možnosti različnega tolmačenja v praksi. Nekatere določbe Pravil pa pri posameznih pravicah prinašajo vsebinske spremembe in dopolnitve, ki jih v nadaljevanju bolj podrobno pojasnjujemo. Za področje medicinskih pripomočkov boste prejeli posebno obvestilo.

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

KAZALO VSEBINE

[1. SPREMEMBE UREDITVE O NAPOTITVI - NAPOTNICA (členi: 2., 177., 179., 189. in 196.) 3](#_Toc69910458)

[1.1. Nova definicija napotnega zdravnika (17., 18. točka 2. člena) 3](#_Toc69910459)

[1.2. Primeri, ko napotnica ni potrebna in pooblastila, ki jih imajo ti zdravniki (179., člen, 189. člen in 196. člen) 3](#_Toc69910460)

[1.3. Izdaja »trajne« napotnice (prvi in peti odstavek 177. člena, prehodni določbi: 59. člen in 61. člen) 4](#_Toc69910461)

[2. POVRAČILO STROŠKOV ZDRAVSTVENE STORITVE, ČE SI ZAVAROVANA OSEBA OBVEZNO ZAVAROVANJE UREDI ZA NAZAJ (20. člen) 5](#_Toc69910462)

[3. AMBULANTNA FTH (26. člen) 5](#_Toc69910463)

[4. ZDRAVILIŠKO ZDRAVLJENJE (43., 45., 197. člen) 6](#_Toc69910464)

[4.1. Rok za nastop nadaljevalnega zdraviliškega zdravljenja (43. člen) 6](#_Toc69910465)

[4.2. Sprememba naslova 2. točka prvega odstavka 43. člena Pravil 6](#_Toc69910466)

[4.3. Zdravstvena stanja, ki so indikacija za zdraviliško zdravljenje (45. člen) 6](#_Toc69910467)

[4.4. Pristojnost bolnišničnega zdravnika za podajo predloga za odobritev zdraviliškega zdravljenja, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja (197. člen). 7](#_Toc69910468)

[5. REŠEVALNI PREVOZI (181. člen Pravil) 7](#_Toc69910469)

[6. ZOBOZDRAVSTVENE STORITVE (103. člen, črtan 186. člen) 7](#_Toc69910470)

[6.1. Nujno zdravljenje (103. člen) 7](#_Toc69910471)

[6.2. Zalivke na mlečnih zobeh (121. in 122. člen) 8](#_Toc69910472)

[7. ZAČASNA ZADRŽANOST OD DELA (233. člen) 8](#_Toc69910473)

[7.1. Delo, za katero se ugotavlja začasna nezmožnost za delo 8](#_Toc69910474)

[8. SPREMEMBE UREDITVE S PODROČJA ZDRAVIL IN ŽIVIL NA RECEPT 8](#_Toc69910475)

[8.1. Prepoved predpisa recepta (59. člen) 8](#_Toc69910476)

[8.2. Nakup zdravila in živila v tujini zaradi deficitarnosti (135. f člen) 8](#_Toc69910477)

[8.3. Seznam magistralnih zdravil na recept (priloga Pravil) 9](#_Toc69910478)

# **SPREMEMBE UREDITVE O NAPOTITVI - NAPOTNICA (členi: 2., 177., 179., 189. in** 196.)

## Nova definicija napotnega zdravnika (17., 18. točka 2. člena)

V Pravilih je v 2. členu (17. in 18. točka) dopolnjena opredelitev napotnega zdravnika, ki po novem vključuje tudi zdravnika specialista, pri katerem lahko zavarovana oseba v skladu s Pravili uveljavi zdravstveno storitev brez napotnice. S tem se poenostavlja postopek uveljavljanja zdravstvenih storitev in zagotavlja lažja dostopnost do zdravstvenih storitev. Sočasno so določena pooblastila, ki jih imajo ti napotni zdravniki (npr. pooblastilo 3 za nadaljnje napotovanje). V katerih primerih napotnica ni potrebna, in katera pooblastila imajo ti zdravniki, je določeno v členih 179., 189. in 196., kar je pojasnjeno v nadaljevanju.

## **Primeri, ko napotnica ni potrebna in pooblastila, ki jih imajo ti zdravniki (179., člen, 189. člen** in 196. člen)

V nadaljevanju navajamo primere, v katerih napotnica ni potrebna (je pa lahko izdana, če se za to odloči izbrani osebni zdravnik). Določeno je tudi, katera pooblastila imajo posamezni zdravniki specialisti.

**Napotnica ni potrebna, če gre za:**

* **nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč,**

V primeru nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči ima zdravnik (praviloma je to zdravnik v urgentnem centru ali v dežurni službi) vsa pooblastila (1, 2 in 3), kar pomeni, da lahko poleg pregleda in zdravljenja (poobl. 1 in 2) zavarovano osebo v okviru obravnave napotuje naprej tudi k drugim specialistom oziroma na nadaljnje zdravljenje izven urgentnega centra oz. izven dežurne službe (poobl. 3).

* **primeri iz 196. člena:**
* za pregled pri okulistu zaradi ugotavljanja vida oziroma predpisovanja medicinskih pripomočkov za izboljšanje vida

Napotnica še naprej ni potrebna pri okulistu zaradi ugotavljanja vida, po novem pa je določeno tudi, katera pooblastila ima ta zdravnik. Specialist okulist ima vsa pooblastila (pregled, zdravljenje, nadaljnje napotovanje), kar pomeni, da lahko npr. izda tudi napotnico za zdravljenje pri drugem specialistu, če pri pregledu ugotovi, da je to potrebno, kar do sedaj ni mogel.

* za pregled in zdravljenje pri specialistu – psihiatru

Tudi do sedaj napotnica ni bila potrebna za pregled in zdravljenje pri specialistu psihiatru, pri čemer ta do sedaj ni imel pooblastil za morebitno nadaljnjo napotitev k drugim zdravnikom specialistom (lahko je le predpisal zdravila, živila, odobril nujni reševalni prevoz). To je v praksi povzročalo težave, saj je morala zavarovana oseba nazaj k osebnemu zdravniku zaradi izstavitve napotnice za zdravstveno storitev, ki jo je indiciral psihiater. Specialist psihiater po novem lahko ima tudi pooblastilo 3 – za nadaljnje napotovanje k drugim zdravnikom specialistom.

* za pregled in zdravljenje v primeru spolno prenosljivih bolezni

Dodano je, da napotnica ni potrebna ne samo za preglede (ki vključujejo tudi odkrivanje kontaktov), temveč tudi za zdravljenje. Razlog spremembe je v tem, da se zavarovana oseba zaradi stigme in diskriminacije, ki jo prinaša prisotnost teh bolezni, težko odloči za obisk ambulante svojega osebnega zdravnika, da bi ji ta izstavil napotnico, saj gre za ambulante, ki so praviloma v njihovem domačem okolju in se bojijo odziva, če se izve za njihovo zdravstveno stanje. Zdravnik specialist ima po novem poleg pooblastila za pregled in zdravljenje (poobl. 1 in 2) tudi pooblastilo 3 za napotovanje k drugim specialistom.

* za pregled zaradi odkrivanja kontaktov pri tuberkulozi in za kontrolne preglede po končanem zdravljenju, ki so predpisani z zakonom

Ostaja enako, kot do sedaj - napotnica ni potrebna pri pregledih zaradi odkrivanja kontaktov pri tuberkulozi, je pa potrebna za nadaljnje preglede in zdravljenje. Zdravnik ima pooblastilo 1 (pregled) in 3 (npr. napotovanje na rentgen, ki je potreben zaradi diagnosticiranja bolezni).

Napotnica še naprej ni potrebna v primerih iz 40. člena Pravila, ko gre za sobivanje ob hospitaliziranem otroku ali sobivanje otroka ob hospitalizirani materi, saj ti sobivajo na podlagi napotnice, izstavljene za hospitalizirano zavarovano osebo.

**Opozorilo: Da bi lahko zdravniki, pri katerih napotnica ni potrebna, izdajali napotnice za nadaljnjo obravnavo pri drugih zdravnikih specialistih (pooblastilo 3), je potrebna informacijska nadgradnja v okviru eZdravja. Ko bo ta vzpostavljena, bosta ZZZS in NIJZ o tem obvestili izvajalce.**

## Izdaja »trajne« napotnice (prvi in peti odstavek 177. člena, prehodni določbi: 59. člen in 61. člen)

Do sedaj je bila napotnica lahko izdana za največ eno leto, z možnostjo, da jo napotni zdravnik podaljša (še za največ dve leti od poteka obdobja veljavnosti napotnice, ki jo je izdal osebni zdravnik zavarovane osebe). Izjema je ortodontsko zdravljenje, ko napotnica velja do zaključka tega zdravljenja.

Po novem se določa možnost izdaje t. i. »trajne« napotnice, ki velja ves čas, ko je potreben trajen nadzor zdravljenja zavarovane osebe zaradi določene kronične bolezni (v skladu s 46. členom ZZDej).

Kronične bolezni in strokovne kriterije, pod katerimi bo mogoče izdati trajno napotnico, bo določil generalni direktor zavoda, po predhodni pridobitvi mnenja medicinske stroke, praviloma strokovnega stališča RSK (peti odstavek 177. člena Pravil). Sklep bo objavljen na spletni strani ZZZS. Samo v primeru, če je pri zavarovani osebi prisotno eno izmed kroničnih zdravstvenih stanj iz tega sklepa in so hkrati izpolnjeni določeni strokovni kriteriji, lahko pristojni zdravnik izda »trajno« napotnico.

V skladu s prehodno določbo novele Pravil se bo nova ureditev trajne napotnice začela uporabljati v treh mesecih od uveljavitve novele Pravil, medtem ko bo generalni direktor zavoda izdal splošni akt iz novega petega odstavka 177. člena Pravil v enem mesecu od uveljavitve novele Pravil. V tem času bo NIJZ vzpostavil informacijske rešitve v okviru eZdravja, ki bodo zagotovile možnost izdaje takšne napotnice.

Zavarovana oseba v času veljavnosti »trajne« napotnice lahko zamenja napotnega zdravnika (v skladu s Pravili, kot to sicer velja v drugih primerih), prav tako lahko tudi napotni zdravnik, ki je prejel »trajno« napotnico, to označil za izkoriščeno, če bo ugotovil, da je zdravljenje, ki je potekalo na podlagi te napotnice zaključeno. Napotni zdravnik lahko tudi sam napotnici (v informacijskem sistemu) dodeli status »trajne«, če ob obravnavi zavarovane osebe ugotovi, da gre za kronične bolezni in strokovne kriterije iz sklepa generalnega direktorja ZZZS, pod katerimi je mogoče izdati »trajno« napotnico.

# POVRAČILO STROŠKOV ZDRAVSTVENE STORITVE, ČE SI ZAVAROVANA OSEBA OBVEZNO ZAVAROVANJE UREDI ZA NAZAJ (20. člen)

Zaradi večje jasnosti je 20. člen Pravil dopolnjen, tako, da je določeno, da lahko zavarovana oseba zahteva povračilo stroškov za zdravstveno storitev oziroma medicinski pripomoček, če je:

* to pravico uveljavljala brez kartice zdravstvenega zavarovanja ali drugega dokumenta, ki dokazuje urejenost obveznega zavarovanja in se izkaže, da je imela urejeno obvezno zdravstveno zavarovanje v času uveljavljanja zdravstvenih storitev;
* obvezno zavarovanje uredila za nazaj, torej tudi za obdobje, v katerem je uveljavljala zdravstveno storitev ali MP.

V tem obeh primerih lahko zavarovana oseba zahteva povračilo v višini t. i. pogodbene cene, to je cene zdravstvene storitve, ki jo zavod plača izvajalcu na podlagi pogodbe oziroma vrednosti MP (252. člen Pravil). Zavarovani osebi se povrnejo stroški v deležu, ki v skladu s 23. členom ZZVZZ in Sklepom o določitvi odstotkov vrednosti zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 1/13) bremeni sredstva OZZ.

# AMBULANTNA FTH (26. člen)

Dosedanji drugi stavek 10. točke 26. člena Pravil je določal pravico do fizioterapije v primerih določenih kroničnih stanj, pri čemer je bilo število teh obravnav omejeno na letni ravni (do deset dni fizioterapevtske obravnave na leto). Določba je v praksi povzročala nejasnosti pri izvajanju, saj je bilo velikokrat razumljeno, da imajo zavarovane osebe z določenimi kroničnimi zdravstvenimi stanji samodejno pravico do storitev fizioterapije (vsako leto), kar strokovno ni vedno utemeljeno.

Zavod je v sodelovanju s pristojnimi Razširjenimi strokovnimi kolegiji (v nadaljnjem besedilu: RSK) – RSK za fizioterapijo, RSK za fiziatrijo in rehabilitacijsko medicino in RSK za družinsko medicino, na novo opredelil pravico do fizioterapije, ki je v primeru kroničnih kostno-mišičnih bolezni strokovno utemeljena le, če gre za akutno poslabšanje tega zdravstvenega stanja. Pri tem ima lahko zavarovana oseba pravico do fizioterapije ob vsakokratnem akutnem poslabšanju njenega zdravstvenega stanja, lahko pa te storitve uveljavi večkrat tudi, če pride do akutnega poslabšanja zdravstvenega stanja na različnih organih (npr. enkrat je prizadeta noga, drugič hrbtenica). Če se pri zavarovani osebi kljub izvedeni fizioterapiji zdravstveno stanje ne izboljša, je potrebna napotitev k zdravniku specialistu (stopenjska obravnava pacienta).

Druge zavarovane osebe, pri katerih je sicer prisotna kronična kostno-mišična bolezen, ni pa akutnega poslabšanja, imajo možnost udeležbe na ustreznih zdravstveno vzgojnih delavnicah in individualnih svetovanjih (11. točka 26. člena Pravil), kamor jih napoti pristojni zdravnik. To pomeni, da tudi te zavarovane osebe ne bodo ostale brez ustrezne obravnave, saj jim bo ta zagotovljena v okviru izvedbe preventivnih zdravstvenih storitev. Vsebina delavnice bo na podlagi Pravilnika za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Uradni list RS, št. 19/98, 47/98, 26/00, 67/01, 33/02, 37/03, 117/04, 31/05, 83/07, 22/09, 17/15, 47/18, 57/18 in 57/18) določena v Splošnem dogovoru.

# ZDRAVILIŠKO ZDRAVLJENJE (43., 45., 197. člen)

## Rok za nastop nadaljevalnega zdraviliškega zdravljenja (43. člen)

Spremenjen je začetek roka za nastop t. i. nadaljevalnega zdraviliškega zdravljenja. Rok začne teči od prejema odločbe o odobritvi zdraviliškega zdravljenja in ne že od izdaje te odločbe.

Nadaljevalno zdraviliško zdravljenje se ne začne vedno po neposredni premestitvi iz bolnišnice v zdravilišče, temveč tudi, ko je zavarovana oseba že odpuščena iz bolnišnice v domačo oskrbo. V tem primeru se mora to zdraviliško zdravljenje začeti najpozneje v petih dneh, odkar je bilo odobreno (da se zagotovi čimprejšnje nadaljevanje zdravljenja po končanem bolnišničnem zdravljenju). Ker mora biti zavarovana oseba predhodno seznanjena z odobritvijo zdraviliškega zdravljenja, je po novem določeno, da začne petdnevni rok teči od prejema odločbe o odobritvi zdraviliškega zdravljenja. Podobno določbo vsebuje tudi Splošni dogovor, ki nalaga izvajalcu zdraviliškega zdravljenja, da zavarovani osebi zagotovi začetek zdraviliškega zdravljenja, ki je nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, neposredno po končanem bolnišničnem zdravljenju ali najpozneje pet dni po prejemu obvestila zavoda o odobritvi tega zdravljenja. Če je zavarovani osebi vročena odločba zavoda o odobritvi zdraviliškega zdravljenja pozneje, kot je zdravilišče prejelo obvestilo zavoda iz prejšnjega stavka, zdravilišče zagotovi začetek zdraviliškega zdravljenja v petih dneh od dneva, ko je zavarovani osebi vročena odločba, pri čemer datum vročitve odločbe zavarovani osebi preveri pri zavodu.

## Sprememba naslova 2. točka prvega odstavka 43. člena Pravil

V 45. členu Pravil je na predlog predstavnika RSK za ortopedijo spremenjena 2. točka prvega odstavka, in sicer je spremenjen naslov iz »Degenerativni revmatizem« v »Degenerativne bolezni«.

## Zdravstvena stanja, ki so indikacija za zdraviliško zdravljenje (45. člen)

Prvi odstavek 45. člena Pravil v 3. točki določa zdravstvena stanja, ki so indikacija za pravico do zdraviliškega zdravljenja, ko gre za »poškodbe in operacije na lokomotornem sistemu«. Med njimi v tretji alineji trenutno določa »zlome velikih kosti in hrbtenice«.

Zaradi večje jasnosti je dodano, da gre v primeru zlomov velikih kosti za »dolge« kosti, saj je bilo tudi do zdaj zdraviliško zdravljenje odobreno le v primeru zlomov velikih »dolgih« kosti. Izjemo predstavlja zlom zapestja, saj po mnenju pristojnih RSK v tem primeru zdraviliško zdravljenje ni smiselno, ker se lahko zavarovana oseba ustrezno rehabilitira na drug način. Glede na mnenje stroke zlom zapestja tudi do zdaj ni bila indikacija za zdraviliško zdravljenje.

Vsebinsko novo zdravstveno stanje so »večje poškodbe medenice«. Zlom na acetabulumu, ki sodi v večje poškodbe medenice, do zdaj ni bil vključen med zdravstvena stanja, ki so indikacija za pravico do zdraviliškega zdravljenja. Z medicinsko rehabilitacijo v zdravilišču se pri tem zdravstvenem stanju odpravijo kontrakture, poveča se obseg gibov kolka in zmanjšajo se bolečine. Z ustrezno rehabilitacijo se pomembno pospeši rehabilitacija in tudi dolgoročno doseže boljša funkcionalna sposobnost. Zaradi navedenih razlogov je po mnenju RSK za ortopedijo, zdraviliško zdravljenje, medicinsko utemeljeno.

## Pristojnost bolnišničnega zdravnika za podajo predloga za odobritev zdraviliškega zdravljenja, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja (197. člen).

Po novem (dopolnitev 2. točke prvega odstavka 197. člena Pravil) lahko predlog za odobritev zdraviliškega zdravljenja, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, poleg osebnega zdravnika poda tudi zdravnik, ki zavarovano osebo zdravi v bolnišnici (ta je do sedaj lahko predlagal le odobritev nadaljevalnega zdraviliškega zdravljenja). Zdravnik, ki zavarovano osebo zdravi v bolnišnici tudi praviloma v izvidu navede, da je v konkretnem primeru potrebno zdraviliško zdravljenje, ki naj ga predlaga osebni zdravnik zavarovane osebe. S predlagano spremembo se zmanjšuje administrativno breme za zavarovano osebo, saj ji ni potrebno le zaradi izstavitve predloga k osebnemu zdravniku, prav tako se zmanjšuje tudi administrativno breme za osebne zdravnike. Zdravnik, ki zavarovano osebo zdravi v bolnišnici, lahko poda predlog (izstavi listino Predlog Imenovanemu zdravniku), ni pa ga dolžan podati. Če tega ne bo storil, bo predlog podal izbrani osebni zdravnik zavarovane osebe.

# REŠEVALNI PREVOZI (181. člen Pravil)

Dopolnjen je drugi odstavek 181. člena Pravil, tako, da lahko po novem prevoz iz zdravilišča na dom zavarovane osebe odredi tudi zdravnik zdravilišča, v katerem je zavarovana oseba uveljavljala pravico do zdraviliškega zdravljenja. Ali zavarovana oseba po končanem zdraviliškem zdravljenju glede na svoje zdravstveno stanje potrebuje prevoz z reševalnim vozilom, lahko najbolj kompetentno oceni zdravnik v zdravilišču, v katerem je zavarovana oseba uveljavljala pravico do tega zdravljenja, ker pozna njeno trenutno zdravstveno stanje. S tem se olajšuje uveljavljanje pravice do reševalnega prevoza.

# ZOBOZDRAVSTVENE STORITVE (103. člen, črtan 186. člen)

## Nujno zdravljenje (103. člen)

Drugi odstavek 103. člena Pravil določa obseg nujnega zdravljenja, ki se z novelo Pravil vsebinsko dopolnjuje z nujnimi zobozdravstvenimi storitvami. V 103. členu Pravil do zdaj ni bilo izrecno določeno, katere zobozdravstvene storitve spadajo v ta sklop, temveč so se smiselno uporabljale določbe tega člena, ki se nanašajo na vse zdravstvene storitve, in tudi 186. člen Pravil. Zdravstvene storitve iz veljavnega drugega odstavka 103. člena Pravil se bodo tudi v prihodnje smiselno uporabljale za določitev nujnosti v zobozdravstvu. Poleg teh pa se bodo kot nujno zdravljenje obravnavala tudi naslednja zobozdravstvena stanja:

* oskrba poškodb zob in ustne votline ter vnetnih stanj v ustni votlini, ki lahko ogrozijo življenje, ali pa opustitev oskrbe lahko bistveno poslabša izid zdravljenja (dodatni pogoj, da gre za zobozdravstvena stanja, ki lahko ogrozijo življenje, ali pa njihova opustitev lahko bistveno poslabša izid zdravljenja, se nanaša na vsa zdravstvena stanja, navedena v tej alineji),
* zdravljenje močnejših krvavitev in
* oskrba hude stalne bolečine v ustni votlini neodzivne na analgetike.

186. člen Pravil je kot nepotreben črtan. Natančna opredelitev nujnih in neodložljivih zobozdravstvenih storitev je pomembna zaradi zagotavljanja enakopravne obravnave vseh zavarovanih oseb, te storitve pa se lahko uveljavljajo tudi pri zdravnikih, ki niso osebni zdravniki zavarovane osebe, oziroma v samoplačniških ambulantah in tudi brez napotnice, ko gre za uveljavljanje zobozdravstvenih storitev pri napotnem zobozdravniku, prav tako pa tudi izven delovnika.

## Zalivke na mlečnih zobeh (121. in 122. člen)

Na novo sta določena trajnostna doba in garancijski rok za zalivke na mlečnih zobeh pri zavarovanih osebah, starih do dopolnjenega 18. leta. Tako znaša trajnostna doba na mlečni zobeh 9 mesecev, garancijski rok pa 6 mesecev. Trajnostna doba za zalivke na mlečnih zobeh do zdaj ni bila posebej določena (veljalo je, da je enaka, kot pri odraslih osebah – tri leta), bilo pa je določeno, da za zalivke na mlečnih zobeh pri predšolskih otrocih ni garancijskega roka. Na novo določena trajnostna doba in garancijski rok za zalivke na mlečnih zobeh sta krajša, kot to velja za odrasle osebe, saj so pri osebah do dopolnjenega 18. leta starosti pogoji izdelave zalivk nekoliko težji (drugačna anatomska struktura zob, več sline, težje sodelovanje pri izdelavi).

# ZAČASNA ZADRŽANOST OD DELA (233. člen)

## Delo, za katero se ugotavlja začasna nezmožnost za delo

Zaradi jasnejše ureditve je 233. člen Pravil dopolnjen s tretjim odstavkom, ki določa, za katero delo osebni zdravnik, imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija ugotavljajo zavarovančevo začasno nezmožnost za delo. Tako se določa, da se začasna nezmožnost od dela presoja glede na zavarovančevo zdravstveno stanje in glede na delo, ki ga opravlja po pogodbi o zaposlitvi, na podlagi katere je zavarovan, v primeru samostojnih zavezancev (npr. samostojni podjetniki, družbeniki kmetje) pa glede na dela in naloge, ki jih opravlja v okviru dejavnosti, iz katere je zavarovan za pravico do denarnega nadomestila. Če je bila pri zavarovancu z izvršljivo odločbo Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje ugotovljena invalidnost, se od dneva izvršljivosti te odločbe dalje zavarovančeva začasna nezmožnost za delo presoja glede na omejitve iz navedene odločbe.

# SPREMEMBE UREDITVE S PODROČJA ZDRAVIL IN ŽIVIL NA RECEPT

## Prepoved predpisa recepta (59. člen)

Natančneje in jasneje so na novo določeni primeri, kdaj se na recept ne sme predpisati zdravilo in živilo. Poleg dosedanjih razlogov (izgubljena ali pozabljena zdravila in živila) se prepoved po novem nanaša tudi na odtujena zdravila in živila ter v primeru, če je zdravilo oziroma živilo uničeno, pokvarjeno ali poškodovano zaradi neustreznega ravnanja ali ravnanja, ki je v nasprotju z navodilom. Do zdaj izrecno navedeno uničenje stične ali zunanje ovojnine zdravila in živila je vsebinsko zajeto v neustreznem ravnanju ali ravnanju v nasprotju z navodilom, zato se uničenje ovojnine ne navaja več izrecno.

## Nakup zdravila in živila v tujini zaradi deficitarnosti (135. f člen)

Zaradi poenostavitve postopka uveljavljanja pravice in lažje dostopnosti do zdravil in živil na recept, ko so ta deficitarna na slovenskem trgu, se spreminja rok za nakup zdravila in živila v tujini. Po novem je rok za nakup zdravila in živila v tujini enak, kot sicer velja za izdajo zdravila in živila v slovenski lekarni (drugi in tretji odstavek 204. člena Pravil oziroma v obdobju veljavnosti obnovljivega recepta). Ta rok velja ne glede na to, ali zavarovana oseba kupi zdravilo oziroma živilo v tujini na podlagi elektronskega ali papirnatega recepta.

Spreminja se tudi način predpisa papirnatega recepta, ki se zaradi nakupa zdravila v tujini predpiše po tem, ko je bil predhodno za isto zdravilo že predpisan elektronski recept. V tem primeru mora zavarovana oseba za predpis recepta na papirnati listini ponovno k pooblaščenemu zdravniku, ki tako ponovno oceni, ali je mogoče na slovenskem trgu deficitarno zdravilo ustrezno zamenjati ali pa to ni mogoče in ga mora zavarovana oseba kupi v tujini. Če zamenjava zdravila z ustreznim drugim zdravilom v Republiki Sloveniji ni mogoča, zdravnik dejansko predpiše novi recept (na papirnati listini) in ne nadomestnega recepta v smislu, da se prvotno predpisan elektronski recept zgolj pretvori v papirnato obliko. Zato pooblaščenemu zdravniku ne bo treba več na novi papirnati recept prepisati številke prehodno predpisanega elektronskega recepta, ki pa ga v sistemu ustrezno zaključi.

V skladu s prehodno določbo novele Pravil se bo spremenjena ureditev uporabljala v vseh postopkih odločanja o pravici do povračila stroškov vrednosti zdravila ali živila, v katerih bo podlaga zahtevka recept, ki bo predpisan po uveljavitvi novele Pravil.

## Seznam magistralnih zdravil na recept (priloga Pravil)

Z novelo Pravil je omogočen predpis magistralnih zdravil za otroke v vseh farmacevtskih oblikah (ne več samo peroralne oblike), kadar ni na slovenskem trgu industrijsko proizvedenega ali galensko izdelanega zdravila v primernih jakostih ali farmacevtskih oblikah.

Omogočena je uporaba sodobnih črpalk za podkožno ali epiduralno aplikacijo analgetične in druge raztopine (ne več nujno le elastomerne črpalke), s čimer se zagotavlja kakovostnejša zdravstvena obravnava.

S Seznama magistralni zdravil na recept so črtane 5., 6. in 7. točka (magistralna zdravila za inhalacijo ter vaginalne in rektalne farmacevtske oblike), ker so magistralna zdravila v navedenih oblikah že razvrščena na listo zdravil.

Pripravila:

Radmila Krunić

Majda Povše Področje za odločanje o pravicah in

medicinske pripomočke

Ana Vodičar

Vodja – direktorica področja I