**I. PREDLOG ČLENOV**

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 11. redni seji 21. 11. 2023 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, 10/17 – ZČmIS, 64/18, 4/20, 42/21 – odl. US, 61/21, 159/21 – ZZVZZ-P, 183/21, 196/21 – ZDOsk, 142/22 – odl. US in 163/22) se v 2. členu:

v 4. točki besedilo »nego na domu, storitve« nadomesti z besedilom »zdravstvena nega na domu, zdravstvene storitve«;

v 5. točki besedilo »na drobno v specializirani prodajalni« črta;

v 6. točki besedilo v oklepaju spremeni tako, da se glasi: »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, 64/17 – ZZDej-K, 36/19, 189/20 – ZFRO, 51/21, 159/21, 196/21 – ZDOsk, 15/22, 43/22, 100/22 – ZNUZSZS, 141/22 – ZNUNBZ, 40/23 – ZČmIS -1 in 78/23; v nadaljnjem besedilu: zakon«;

v 8. točki beseda »ali« nadomesti z vejico, za besedo »nego« pa doda besedilo »ali paliativno oskrbo«;

v 22. točki besedilo »iz dvanajste alineje 1. točke prvega odstavka 23. člena zakona« črta;

v 23. točki besedilo »25. in« črta;

v 36. točki besedilo »ali vmesno« črta;

za 41. točko doda nova, a41.a točka, ki se glasi:

»a41.a težja funkcionalna prizadetost je za 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;«.

1. člen

V 3. členu se tretji odstavek črta.

1. člen

V 4. členu se drugi odstavek spremeni tako, da se glasi:

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

Tretji odstavek se črta.

1. člen

22. člen se spremeni tako, da se glasi:

»22. člen

(1) Z obveznim zavarovanjem se zavarovanim osebam zagotavljajo naslednje pravice v obsegu, ki ga določa zakon:

plačilo zdravstvenih storitev;

nadomestilo plače med začasno zadržanostjo od dela;

povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev.

(2) Obvezno zavarovanje obsega zavarovanje za primer bolezni in poškodbe izven dela ter zavarovanje za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni.

(3) Za poškodbo pri delu in za poklicno bolezen se štejejo poškodbe in bolezni v skladu s predpisi, ki urejajo pokojninsko in invalidsko zavarovanje.«.

1. člen

22.a člen se spremeni tako, da se glasi:

»22.a člen

Zavarovanci iz 22. točke prvega odstavka 15. člena zakona imajo pravice v obsegu iz šestega odstavka 23. člena zakona.«.

1. člen

23. člen se črta.

1. člen

V 25. členu se:

3. točka črta;

v 6. točki besedilo »alternativne diagnostike, zdravljenja ali rehabilitacije« nadomesti z besedilom »alternativnega zdravljenja ali medicinske rehabilitacije«.

1. člen

Naslov podpoglavja »IV/1. Pravica do storitev osnovne zdravstvene dejavnosti« se spremeni tako, da se glasi: »IV/1. Pravica do zdravstvenih storitev v osnovni zdravstveni dejavnosti«.

1. člen

26. člen se spremeni tako, da se glasi:

»26. člen

(1) Zavarovane osebe imajo pravico do zdravstvenih storitev v osnovni zdravstveni dejavnosti, ki obsegajo:

1. preventivne zdravstvene storitve iz 1. točke prvega odstavka 23. člena zakona v skladu s predpisom iz četrtega odstavka 23. člena zakona;
2. zdravljenje, ki obsega diagnostične zdravstvene storitve, terapevtske zdravstvene storitve in zdravstvene storitve s področja reprodukcije (npr. kontracepcija, zdravstvene storitve v zvezi z nosečnostjo), vključno z nujno medicinsko pomočjo in nujnim zdravljenjem;
3. medicinsko rehabilitacijo. Zavarovana oseba s kronično kostno-mišično boleznijo ima pravico do storitev fizioterapije v osnovni zdravstveni dejavnosti le v primeru akutnega poslabšanja tega zdravstvenega stanja;
4. zdravstveno nego, razen če so zavarovani osebi v obveznem zavarovanju za dolgotrajno oskrbo priznane primerljive storitve zdravstvene nege, vezane na osnovna dnevna opravila;
5. osnovno paliativno oskrbo;

6.  reševalne prevoze.

(2) V osnovni zdravstveni dejavnosti se opravi hišni obisk splošnega osebnega zdravnika oziroma osebnega otroškega zdravnika in članov tima razvojne medicine, če zavarovana oseba zaradi svojega zdravstvenega stanja ne more priti v ambulanto ali razvojno ambulanto.«.

1. člen

27. člen se črta.

1. člen

Naslov podpoglavja »IV/2. Pravica do storitev zobozdravstvene dejavnosti« se spremeni tako, da se glasi: »IV/2. Pravica do zobozdravstvenih storitev«.

1. člen

28. člen se spremeni tako, da se glasi:

»28. člen

Zavarovana oseba ima v primeru ustnih in zobnih bolezni pravico do naslednjih zobozdravstvenih storitev:

preventivnih zobozdravstvenih storitev iz 1. točke prvega odstavka 23. člena zakona v skladu s predpisom iz četrtega odstavka 23. člena zakona;

letnega pregleda na zahtevo zavarovane osebe;

zdravljenja zob, zdravljenja vnetnih in drugih sprememb ustne sluznice ter oralnokirurških in maksilofacialnih operativnih posegov;

zobno-protetičnih pripomočkov;

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

1. člen

V 29. členu se v tretjem odstavku v 2. točki beseda »drugega« nadomesti z besedo »četrtega«.

1. člen

Naslov podpoglavja »IV/3. Pravica do storitev pri institucionalnih izvajalcih« se spremeni tako, da se glasi: »IV/3. Pravica do zdravstvenih storitev pri institucionalnih izvajalcih«.

1. člen

Naslov podpoglavja »IV/4. Pravica do storitev specialistično-ambulantne, bolnišnične in terciarne zdravstvene dejavnosti« se spremeni tako, da se glasi: »IV/4. Pravica do zdravstvenih storitev na sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti«.

1. člen

V 37. členu se prvi odstavek spremeni tako, da se glasi:

»(1) Zavarovane osebe imajo pravico do poglobljenih zdravstvenih storitev zdravljenja, medicinske rehabilitacije in paliativne oskrbe v specialistično ambulantni dejavnosti na sekundarni ravni zdravstvene dejavnosti kot nadaljevanje oziroma dopolnitev zdravstvenih storitev v osnovni zdravstveni dejavnosti.«.

1. člen

38. člen se spremeni tako, da se glasi:

»38. člen

(1) Zavarovane osebe imajo pravico do poglobljenih zdravstvenih storitev zdravljenja, medicinske rehabilitacije, zdravstvene nege in paliativne oskrbe ter nastanitve in prehrane v specialistično bolnišnični dejavnosti na sekundarni ravni zdravstvene dejavnosti (v nadaljnjem besedilu: bolnišnično zdravljenje).

(2) Med pravice do bolnišničnega zdravljenja štejejo tudi zdravstvene storitve v zvezi s porodom.«.

1. člen

V 39. členu se v prvem odstavku besedilo »izvršitev posegov oziroma storitev« nadomesti z besedilom »njegovo izvedbo«.

V drugem odstavku se besedilo »diagnostične, terapevtske in rehabilitacijske storitve« nadomesti z besedilom »zdravstvene storitve«.

1. člen

V 40. členu se v prvem odstavku v drugi alineji besedilo »roditeljska pravica« nadomesti z besedilom »skrbništvo, če je otrok postavljen pod skrbništvo zaradi zdravstvenega stanja, ki je nastalo pred njegovo polnoletnostjo,«.

1. člen

41. člen se spremeni tako, da se glasi:

»41. člen

Zavarovane osebe imajo pravico do najzahtevnejših zdravstvenih storitev na ambulantni ali bolnišnični način, ki jih na terciarni ravni zdravstvene dejavnosti opravljajo klinike, klinični inštituti ali klinični oddelki.«.

1. člen

42. člen se črta.

1. člen

V 45. členu se v prvem odstavku v 3. točki:

v tretji alineji beseda »velikih« črta;

četrta alineja spremeni tako, da se glasi:

»– osteotomija dolgih kosti ali petnice zaradi korekcije položaja sklepov, s težjo funkcionalno prizadetostjo priležnega velikega sklepa;«.

1. člen

V 46. členu se 1. točka spremeni tako, da se glasi:

»1. hude duševne motnje, motnje osebnosti, splošne težje telesne prizadetosti ali kognitivne prizadetosti, zaradi katere zavarovana oseba ni sposobna sodelovati pri zdraviliškem zdravljenju;«.

1. člen

V 48. členu se šesti odstavek črta.

1. člen

V 57. členu se v prvem odstavku besedilo »ali vmesno« črta.

V drugem odstavku se besedilo »ali z vmesne« črta.

V četrtem odstavku se v prvem stavku za besedo »na« doda beseda »pozitivno«.

1. člen

V 57.a členu se v napovednem stavku besedilo »ali vmesno« črta.

1. člen

V 58. členu se v drugem odstavku v drugem stavku besedilo »in z vmesne« črta.

V četrtem odstavku se 1. točka črta.

1. člen

V 59. členu se v prvem odstavku:

1. točka spremeni tako, da se glasi:

»1. zdravil in živil, ki jih izvajalec potrebuje za izvajanje zdravstvene dejavnosti in jih mora zagotavljati v skladu s 107. členom pravil;«;

3. točka spremeni tako, da se glasi:

»3. zdravil za potovanje.«.

Drugi odstavek se črta.

1. člen

V 60. členu se v drugem odstavku v 2. točki za besedo »pravil« vejica in besedilo »ki se razvrščajo na vmesno listo« črtata.

V petem odstavku se besedilo »v njegovi celotni vrednosti ali v določenem odstotku njegove vrednosti v skladu z razvrstitvijo zdravila na pozitivno ali vmesno listo« nadomesti z besedilom »po veljavni ceni zdravila iz prvega odstavka tega člena«.

1. člen

V 64. členu se v prvem odstavku beseda »in« nadomesti z vejico, za besedo »nego« pa doda besedilo »in paliativno oskrbo«.

Četrti odstavek se spremeni tako, da se glasi:

»(4) Medicinski pripomočki so last zavarovane osebe in se zagotavljajo z izdajo, razen medicinskih pripomočkov iz 97. člena pravil in psa vodiča slepih.«.

1. člen

V 64.a členu se v drugem odstavku za besedo »vrstah« doda besedilo »in podskupinah«.

Tretji odstavek se spremeni tako, da se glasi:

»(3) Podrobnejša vsebina seznama medicinskih pripomočkov, postopek uvrščanja artiklov na ta seznam in njihove izločitve s tega seznama se določijo s splošnim aktom skupščine zavoda s soglasjem ministra, pristojnega za zdravje.«.

V četrtem odstavku se besedilo »2. ali 3. točke« nadomesti z besedilom »2., 3. ali 3.a točke«.

V petem odstavku se besedilo »2. ali 3. točke« nadomesti z besedilom »2., 3. ali 3.a točke«.

1. člen

V 65. členu se v prvem odstavku v drugi alineji v 12. točki besedilo »obvezilne materiale in raztopine« nadomesti z besedo »pripomočke«.

Peti odstavek se črta.

1. člen

V 66. členu se v prvem odstavku v 6. točki beseda »digitalni« nadomesti z besedo »zahtevni«.

V četrtem odstavku se za drugim stavkom doda nov tretji stavek, ki se glasi:

»Ne glede na prvi stavek tega odstavka se zavarovani osebi zagotovi vzdrževanje prejetega medicinskega pripomočka iz 6. točke prvega odstavka tega člena v okviru cenovnega standarda ali cene.«.

1. člen

69. člen se črta.

1. člen

V 72. členu se deseti odstavek črta.

1. člen

V 85. členu se v drugem odstavku beseda »digitalnega« nadomesti z besedo »zahtevnega«.

1. člen

V 89. členu se v prvem odstavku 2. točka črta.

V devetem odstavku se beseda »raztopine« nadomesti z besedilom »medicinskega pripomočka«.

1. člen

V 91. členu se v prvem odstavku:

* 7. točka spremeni tako, da se glasi:

»7. potrošnega materiala za inzulinsko črpalko, ki lahko obsega:

* povezovalno cev z dodatki ali infuzijski set z dodatki,
* rezervoar,
* medicinski pripomoček za inzulinsko črpalko, ki vključuje medicinska pripomočka iz prve in druge alineje te točke;«;
* 8. točka spremeni tako, da se glasi:

»8. sistema za kontinuirano merjenje glukoze v medceličnini, ki obsega senzorje, sprejemnik in oddajnik ali medicinskega pripomočka, ki vključuje kombinacije medicinskih pripomočkov iz te točke;«;

* 8.a točka spremeni tako, da se glasi:

»8.a sistema za spremljanje glukoze v medceličnini, ki obsega senzorje in čitalnik, ali senzorja ali medicinskega pripomočka, ki vključuje senzor in čitalnik;«.

1. člen

94. člen se spremeni tako, da se glasi:

»94. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do psa vodiča slepih, če gre za slepo osebo z izgubo vida iz 3., 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), z ustreznimi psihofizičnimi lastnostmi in primernimi bivalnimi pogoji. To pravico ima praviloma največ enkrat na šest let ob ustrezni strokovni oceni sposobnosti psa za opravljanje funkcije vodiča slepih.

(2) Pes vodič slepih je last zavoda. Zavarovani osebi iz prejšnjega odstavka zagotovi zavod šolanega psa vodiča slepih v uporabo, ne pa tudi sredstev za vzdrževanje psa. Če slepa oseba po svoji krivdi izgubi psa vodiča slepih, ni upravičena do drugega najmanj do izteka šestih let od pridobitve.

(3) Natančnejše pogoje in način ugotavljanja pogojev iz prvega odstavka tega člena določi s splošnim aktom skupščina zavoda s soglasjem ministra, pristojnega za zdravje.«.

1. člen

V 97. členu se prvi odstavek odznači in napovedni stavek spremeni tako, da se glasi:

»Zavarovana oseba, ki biva na domu, ima pravico do naslednjih medicinskih pripomočkov, ki jih dobi v izposojo:«.

1. člen

V 97.a členu se v prvem stavku besedilo »zdravstveno stanje zavarovane osebe in predvideni potek zdravljenja« nadomesti z besedilom »pričakovano zdravstveno stanje zavarovane osebe«.

1. člen

V 98. členu se prvi odstavek spremeni tako, da se glasi:

»(1) Zavarovana oseba ima v primeru izposojenega medicinskega pripomočka iz 97. člena pravil pravico do:

* očiščenega in funkcionalno ustreznega medicinskega pripomočka;
* prilagoditve medicinskega pripomočka pred, ob in po izposoji;
* vzdrževanja medicinskega pripomočka v 24 urah od njegove izročitve dobavitelju ali do nadomestnega medicinskega pripomočka po izteku tega roka;
* popravila medicinskega pripomočka v 48 urah od njegove izročitve dobavitelju ali do nadomestnega medicinskega pripomočka po izteku tega roka;
* pravic iz garancije v skladu s posebnim zakonom.«.

Tretji odstavek se spremeni tako, da se glasi:

»(3) Zavarovana oseba ima ob izposoji medicinskega pripomočka iz 97. člena pravil pravico, da se ji:

* izroči navodilo za uporabo medicinskega pripomočka, tudi če ni izposojen nov medicinski pripomoček;
* pokaže in pojasni uporaba medicinskega pripomočka ter izvedejo vse ustrezne nastavitve medicinskega pripomočka;
* izroči telefonska številka in elektronski naslov, na katera se lahko obrne, če se medicinski pripomoček pokvari.«.

1. člen

Naslov poglavja »VI. PRAVICE ZAVAROVANIH OSEB DO NUJNE MEDICINSKE POMOČI, NUJNEGA ZDRAVLJENJA IN NEODLOŽLJIVIH ZDRAVSTVENIH STORITEV« se spremeni tako, da se glasi: »VI. PRAVICE ZAVAROVANIH OSEB DO NUJNE MEDICINSKE POMOČI IN NUJNEGA ZDRAVLJENJA«.

1. člen

101., 102. in 102.a člen se črtajo.

1. člen

V 103. členu se prvi odstavek spremeni tako, da se glasi:

»(1) Nujna medicinska pomoč vključuje zdravstvene storitve oživljanja in zdravstvene storitve, potrebne za ohranjanje življenjskih funkcij in preprečitev hudega poslabšanja zdravstvenega stanja nenadno obolelih, poškodovanih in kronično bolnih. Nujna medicinska pomoč se zagotavlja do stabilizacije življenjskih funkcij oziroma do začetka zdravljenja na ustreznem mestu. Nujna medicinska pomoč vključuje nujni reševalni prevoz.«.

V drugem odstavku se:

* napovedni stavek spremeni tako, da se glasi:

»(2) Nujno zdravljenje vključuje:«;

* v peti alineji pred besedo »storitve« doda beseda »zdravstvene«.

Tretji in četrti odstavek se črtata.

1. člen

104. člen se spremeni tako, da se glasi:

»104. člen

Ne glede na prejšnji člen osebni zdravnik opravi zavarovani osebi druge zdravstvene storitve, za katere meni, da so nujne.«.

1. člen

V 105. členu se pred besedo »storitve« doda beseda »zdravstvene«, beseda »zavarovančevega« pa nadomesti z besedo »njenega«.

1. člen

106. člen se črta.

1. člen

107. člen se spremeni tako, da se glasi:

»107. člen

V standard zdravstvenih storitev iz 105. člena pravil so vključena tudi:

* zdravila in živila, ki jih izvajalci uporabljajo pri preventivnih zdravstvenih storitvah, zdravljenju, medicinski rehabilitaciji, zdravstveni negi in paliativni oskrbi;
* pripomočki, ki jih izvajalci uporabljajo pri zdravljenju, medicinski rehabilitaciji, zdravstveni negi in paliativni oskrbi.«.

1. člen

V 108. členu se:

* v napovednem stavku besedilo »Storitve iz prvega odstavka 105. člena pravil« nadomesti z besedilom »Zdravstvene storitve«;
* tretja alineja spremeni tako, da se glasi:

»– ob praznikih in drugih dela prostih dnevih.«.

1. člen

V 109. členu se v prvem odstavku beseda »pravic« nadomesti z besedilom »zdravstvenih storitev«.

V drugem odstavku se pred besedo »storitve«, obakrat, doda beseda »zdravstvene«.

V tretjem odstavku se pred besedo »storitve«, obakrat, doda beseda »zdravstvene«.

1. člen

V 111. členu se v tretjem odstavku za besedo »vrste« doda besedilo »ali podskupine«.

Četrti in peti odstavek se črtata.

1. člen

V 113. členu se v drugem odstavku:

* v napovednem stavku za besedo »cene« dodata vejica in besedilo »ki se objavi na spletni strani zavoda«;
* v 3. točki za besedilom »določi za« doda besedilo »artikel ali«, besedilo »5. točke« pa nadomesti z besedilom »5. ali 6. točke«;
* v 5. točki pika nadomesti s podpičjem in doda nova, 6. točka, ki se glasi:

»6. cenovnega standarda artikla z določeno življenjsko dobo.«.

1. člen

V 114. členu se v prvem odstavku:

* v 3. točki beseda »ali« črta;
* za 3. točko doda nova, 3.a točka, ki se glasi:

»3.a življenjska doba artikla v skladu s 117.a členom pravil, ali«.

V drugem odstavku se besedilo »2. in 3. točke« nadomesti z besedilom »2., 3. in 3.a točke«.

V tretjem odstavku se besedilo »2. in 3. točke« nadomesti z besedilom »2., 3. in 3.a točke«.

1. člen

V 115. členu se v tretjem odstavku v preglednici v 4. točki v prvem stolpcu beseda »digitalni« nadomesti z besedo »zahtevni«.

V petem odstavku se v preglednici:

1. v 3. točki:

* četrta vrstica črta;
* v sedmi vrstici v tretjem stolpcu številka »10« nadomesti s številko »5«;

1. v 6. točki:

* v peti vrstici v tretjem stolpcu besedilo »5 let« nadomesti z besedilom »4 leta«;
* v šesti vrstici v tretjem stolpcu besedilo »5 let« nadomesti z besedilom »3 leta«;

1. 9. točka spremeni tako, da se glasi:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| »9. medicinski pripomočki pri sladkorni bolezni | | |
|  | aparat za določanje glukoze v krvi | 5 let |
|  | prožilna naprava za lancete | 3 leta |
|  | mehanski injektor – predpišejo se lahko največ trije kosi | 3 leta«. |

1. člen

V 116. členu se v prvem odstavku:

1. v napovednem stavku za besedo »obdobje« dodata vejica in besedilo »razen v primerih iz 117.a člena pravil«;
2. v preglednici:

* v 2. točki v četrtem stolpcu številka »365« nadomesti s številko »180«;
* 5. točka črta;
* 11. točka črta;
* 12. točka črta;
* v 16. točki v tretjem stolpcu besedilo »1 kos« nadomesti z besedilom »4 kosi«;
* v 19. točki v tretjem stolpcu besedilo »30 kosov« nadomesti z besedilom »60 kosov«;
* v 20. točki v tretjem stolpcu besedilo »30 kosov« nadomesti z besedilom»60 kosov«;
* v 23. točki v tretjem stolpcu besedilo »2 kosa« nadomesti z besedilom »6 kosov«;
* 26. točka črta;
* 29. točka črta;
* v 65. točki v tretjem stolpcu besedilo »2 kosa« nadomesti z besedilom »3 kosi«.

1. člen

V 117. členu se v prvem odstavku:

* v napovednem stavku za besedo »osebe« dodata vejica in besedilo »razen v primerih iz 117.a člena pravil«;
* 5. točka spremeni tako, da se glasi:

»5. medicinskih pripomočkov iz sedmega, osmega in devetega odstavka 89. člena pravil;«.

1. člen

Za 117. členom se doda nov, 117.a člen, ki se glasi:

»117.a člen

(1) Zavarovana oseba ima v okviru vrste medicinskih pripomočkov pravico do artikla z določeno življenjsko dobo, če je ta določen.

(2) Za artikle, za katere je določena življenjska doba do vključno 90 dni, zavarovana oseba lahko prejme količino, ki zadostuje največ za 90 dni, za druge pa en kos.

(3) Zdravnik določi obdobje, ki ne more biti daljše od šestih let od izdaje naročilnice, v katerem zavarovana oseba lahko prejema artikle z določeno življenjsko dobo.«.

1. člen

V 119. členu se v drugem odstavku:

* v prvem stavku besedilo »eno leto« nadomesti z besedilom »največ tri leta«;
* v drugem stavku besedilo »so predvidene štiri izdaje medicinskih pripomočkov, in sicer tako, da« črta.

Četrti odstavek se črta.

1. člen

V 122. členu se v tretjem odstavku:

* v prvem stavku pred besedo »storitev« doda beseda »zobozdravstveno«;
* v drugem stavku pred besedo »storitev« doda beseda »zobozdravstveno«.

1. člen

V 133. členu se v drugem odstavku besedilo »ustreznega deleža« črta.

1. člen

V 135.d členu se v šestem odstavku v drugem stavku beseda »osmega« nadomesti z besedo »tretjega«.

1. člen

V 135.e členu se deseti odstavek črta.

1. člen

V 135.f členu se v prvem odstavku v 1. točki besedilo »lekarna v Republiki Sloveniji izda potrdilo o deficitarnosti zdravila, s katerim potrdi, da« črta.

Četrti odstavek se spremeni tako, da se glasi:

»(4) Na podlagi recepta ima zavarovana oseba tudi pravico prevzeti zdravilo v lekarni v Republiki Sloveniji v roku iz 2. točke prvega odstavka tega člena.«.

Deveti odstavek se črta.

1. člen

V 138. členu se v četrtem odstavku 3. točka spremeni tako, da se glasi:

»3. največ do šest mesecev za nego otroka zaradi nenadnega poslabšanja zdravstvenega stanja ali zaradi nastanka novega zdravstvenega stanja, ki sočasno ali na novo utemeljuje neprekinjeno zadržanost od dela zaradi nege;«.

V petem odstavku se besedilo »roditeljska pravica« nadomesti z besedilom »skrbništvo, če je otrok postavljen pod skrbništvo zaradi zdravstvenega stanja, ki je nastalo pred njegovo polnoletnostjo«.

V šestem odstavku se za besedilom odstavka, ki postane prvi stavek, doda nov, drugi stavek, ki se glasi:

»Zavarovanec nima pravice do nadomestila za nego otroka za čas, ki ga otrok prebije v šoli ali institucionalnem varstvu.«.

Osmi odstavek se črta.

1. člen

V 153. členu se prvi odstavek spremeni tako, da se glasi:

»(1) Zavarovana oseba ima pravico do povračila potnih stroškov zaradi uveljavljanja zdravstvenih storitev v skladu s 40. členom zakona:

* če zaradi uveljavljanja pravice do zdravstvene storitve v Republiki Sloveniji potuje k zdravniku ali izvajalcu v drug kraj, ker v kraju njenega stalnega prebivališča ali njene zaposlitve ni zdravnika ali ustreznega izvajalca;
* če jo osebni zdravnik, izvajalec, imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija povabi na osebno obravnavo v kraj zunaj kraja njenega stalnega prebivališča ali kraja njene zaposlitve;
* če uveljavlja pravico do zdravljenja v tujini iz 135.a ali 135.b člena pravil.«.

1. člen

V 158. členu se v prvem odstavku za besedo »uveljavljale« doda beseda »zdravstvene«.

1. člen

V 160. členu se v tretjem odstavku:

v prvem stavku besedilo »terapevtske storitve, razen fizioterapevtskih storitev« nadomesti z besedilom »terapevtske zdravstvene storitve, razen storitev fizioterapije«;

v drugem stavku besedilo »patronažne zdravstvene nege ali« črta.

1. člen

V 161. členu se v drugem odstavku v drugem stavku besedilo »diagnostiko in zdravljenje« nadomesti z besedilom »zdravstvene storitve«.

1. člen

V 164. členu se v drugem odstavku pred besedo »storitve« doda beseda »zdravstvene«.

1. člen

V 166. členu se v prvem odstavku:

v 1. točki besedilo »določi zavod« nadomesti z besedilom »določa dogovor«;

v 3. točki pred besedo »storitev« doda besedila »zdravstvenih«, pika pa nadomesti s podpičjem;

za 3. točko doda nova, 4. točka, ki se glasi:

»4. si ga želi zavarovana oseba ponovno izbrati, čeprav je v preteklosti izvedena njegova zamenjava zaradi razlogov iz 2. točke 169. člena pravil in je mogoče utemeljeno sklepati, da ti razlogi obstajajo tudi ob nameravani ponovni izbiri.«.

1. člen

V 169. členu se 4. točka spremeni tako, da se glasi:

»4. se v postopku strokovnega nadzora s svetovanjem, izvedenem v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnost, ugotovi, da zdravstvene storitve niso opravljene v skladu z doktrinarnimi strokovnimi usmeritvami in je to razlog za nezaupanje zavarovane osebe do osebnega zdravnika.«.

1. člen

V 172. členu se drugi odstavek spremeni tako, da se glasi:

»(2) Osebni zdravnik zavarovani osebi zagotovi zdravstvene storitve v osnovni zdravstveni dejavnosti, če ugotovi, da so utemeljene. Zdravnik, ki ne more zagotoviti zavarovani osebi teh storitev, ne izpolnjuje pogojev za osebnega zdravnika.«.

V tretjem odstavku se:

v prvem stavku beseda »Storitve« nadomesti z besedilom »Zdravstvene storitve«;

v drugem stavku besedilo »in zdravljenjem na domu« črta.

Četrti odstavek se črta.

1. člen

173. člen se spremeni tako, da se glasi:

»173. člen

(1) Osebni otroški zdravnik zagotavlja otroku vse zdravstvene storitve iz drugega odstavka prejšnjega člena.

(2) Osebni ginekolog zagotavlja ženski preventivne zdravstvene storitve v skladu s predpisom iz četrtega odstavka 23. člena zakona in druge zdravstvene storitve v osnovni zdravstveni dejavnosti, ki se nanašajo na ginekološke bolezni.«.

1. člen

V 174. členu se drugi odstavek spremeni tako, da se glasi:

»(2) Osebni zdravnik ne more prenašati na druge zdravnike pooblastil za preventivne zdravstvene storitve v osnovni zdravstveni dejavnosti, do katerih imajo pravico odrasle zavarovane osebe.«.

1. člen

176. člen se spremeni tako, da se glasi:

»176. člen

(1) Osebni zdravnik lahko z napotnico prenese pooblastila za izvedbo zdravstvenih storitev pri zavarovani osebi na napotnega zdravnika.

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

(3) Osebni zdravnik lahko za isto zdravstveno stanje zavarovane osebe izda napotnico le za enega napotnega zdravnika iste vrste specialnosti.

(4) Osebni zdravnik na napotnici označi vrsto specialnosti napotnega zdravnika in vrsto zdravstvene storitve. Glede označitve napotnice s stopnjo nujnosti, roka za predložitev napotnice izvajalcu in prenehanja veljavnosti napotnice, če ni predložena v tem roku, se uporabljajo določbe zakona, ki ureja pacientove pravice.

(5) Napotni zdravnik je na podlagi napotnice pooblaščen, da zaradi zdravstvenega stanja zavarovane osebe, za katero je izdana napotnica:

opravi potrebne zdravstvene storitve s svojega delovnega področja, pri čemer 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;

zavarovano osebo napoti na drugo zdravstveno storitev, če meni, da je to potrebno.«.

1. člen

177. člen se spremeni tako, da se glasi:

»177. člen

(1) Napotnice preneha veljati:

* ko napotni zdravnik zaključi napotnico, ker je opravil vse zdravstvene storitve, za katere je izdana napotnica;
* dve leti 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;
* v primerih, določenih z zakonom, ki ureja pacientove pravice.

(2) V primeru iz prve alineje prejšnjega odstavka zavarovano osebo s prenehanjem veljavnosti napotnice seznani napotni zdravnik najpozneje ob zaključku napotnice, v primeru iz druge alineje pa osebni zdravnik ob stiku z zavarovano osebo. Osebni zdravnik oziroma zdravnik, ki je izdal napotnico, je seznanjen s prenehanjem veljavnosti napotnice prek sistema eZdravja, kakor je opredeljen v zakonu, ki ureja zbirke podatkov s področja zdravstvenega varstva.

(3) Če se zavarovani osebi med veljavnostjo napotnice akutno poslabša zdravstveno stanje, ki po mnenju osebnega zdravnika zahteva predčasno zdravstveno obravnavo pri napotnem zdravniku, osebni zdravnik to predlaga napotnemu zdravniku z zahtevkom v okviru izdane napotnice. Napotni zdravnik v petih dneh od prejema zahtevka obvesti osebnega zdravnika o utemeljenosti predčasne obravnave zavarovane osebe, in če jo je treba opraviti, sočasno obvesti zavarovano osebo o terminu zdravstvene storitve. Zavarovana oseba lahko sama predlaga predčasno obravnavo pri napotnem zdravniku na podlagi pisnega izvida pooblaščenega zdravnika, ki je ugotovil akutno poslabšanje njenega zdravstvenega stanja, ki zahteva predčasno zdravstveno obravnavo.

(4) Če zavarovana oseba uveljavi pravico do povračila stroškov zdravstvene storitve, za katero je izdana elektronska napotnica, uradna oseba zavoda ob dokončnosti odločbe, s katero se ugodi zahtevi za povračilo stroškov, elektronsko napotnico glede te zdravstvene storitve označi za izkoriščeno.«.

1. člen

V 178. členu se v petem odstavku:

* v 1. točki besedilo »ne glede na 2. točko petega odstavka 176. člena pravil« črta;
* 2. točka spremeni tako, da se glasi:

»2. lahko zaradi izvedbe kliničnopsihološkega dela naroči le zdravstvene storitve, ki se naročajo z delovnim nalogom.«.

1. člen

179. člen se črta.

1. člen

V 180. členu se v prvem odstavku v drugem stavku pred besedo »nego« doda beseda »zdravstveno«.

1. člen

V 185. členu se v prvem odstavku v 2. točki pred besedo »storitve« doda beseda »zobozdravstvene«.

1. člen

V 188. členu se v prvem odstavku v napovednem delu odstavka v prvem stavku besedilo »po njegovem pooblastilu« nadomesti z besedilom »napotni zdravnik«.

V drugem odstavku se besedilo »po njegovem pooblastilu« nadomesti z besedilom »napotni zdravnik«.

V četrtem odstavku se pred besedo »storitvah« doda beseda »zobozdravstvenih«.

1. člen

189. člen se spremeni tako, da se glasi:

»189. člen

Zavarovana oseba uveljavi zdravstvene storitve specialistične ambulantne in bolnišnične dejavnosti na podlagi napotnice, razen v primerih iz 196. člena pravil.«.

1. člen

V 190. členu se v prvem odstavku pred besedo »storitve« doda beseda »zdravstvene«.

V drugem odstavku se v drugem stavku besedilo »na specialistične preglede oziroma zdravljenje« nadomesti z besedilom »k temu specialistu«.

1. člen

191. člen se spremeni tako, da se glasi:

»191. člen

Za zamenjavo napotnega zdravnika pred potekom enega leta v času veljavnosti napotnice se smiselno uporabljajo določbe pravil o zamenjavi osebnega zdravnika.«.

1. člen

V 195. členu se v drugem odstavku besedilo »zdravljenju in zdravstveni negi« nadomesti z besedilom »opravljenih zdravstvenih storitvah«.

1. člen

196. člen se spremeni tako, da se glasi:

»196. člen

(1) Napotnica ni potrebna za:

* nujno medicinsko pomoč in nujno zdravljenje;
* pregled pri okulistu zaradi ugotavljanja vida oziroma predpisovanja medicinskih pripomočkov za izboljšanje vida;
* pregled in zdravljenje pri specialistu – psihiatru;
* pregled in zdravljenje v primeru spolno prenosljivih bolezni;
* pregled zaradi odkrivanja kontaktov pri tuberkulozi in za kontrolne preglede po končanem zdravljenju, ki so predpisani z zakonom.

(2) Napotnica se ne izda za preventivne zdravstvene storitve in sobivanje iz 40. člena pravil.«.

1. člen

V 197. členu se v prvem odstavku:

v prvem stavku v 2. točki besedilo »osebnega zdravnika ali zdravnika, ki zavarovano osebo zdravi v bolnišnici« nadomesti z besedilom »osebnega ali napotnega zdravnika«;

v drugem stavku za besedo »zdravljenju« doda besedilo »oziroma v treh mesecih po nastanku poškodbe v primeru ambulantnega zdravljenja«.

1. člen

V 198. členu se za tretjim odstavkom doda nov četrti odstavek, ki se glasi:

»(4) Če zavarovana oseba pred prejemom odločbe o odobritvi podaljšanja zdraviliškega zdravljenja že zaključi zdraviliško zdravljenje po predhodni odločbi, začne zdraviliško zdravljenje v 30 dneh od izdaje odločbe o odobritvi podaljšanja zdraviliškega zdravljenja, in sicer na dan, ki ji ga sporoči zdravilišče.«.

Dosedanji četrti odstavek, ki postane peti odstavek, se spremeni tako, da se glasi:

»(5) Zavarovana oseba ali njen osebni zdravnik lahko v primeru iz četrtega odstavka 48. člena pravil najpozneje v treh mesecih od izdaje odločbe o odobritvi zdraviliškega zdravljenja predlaga imenovanemu zdravniku odlog začetka zdraviliškega zdravljenja, o čemer zavarovana oseba istočasno pisno obvesti zdravilišče. Zavarovana oseba začne zdraviliško zdravljenje v 30 dneh od izdaje odločbe o odobritvi odloga zdraviliškega zdravljenja, in sicer na dan, ki ji ga sporoči zdravilišče.«.

Dosedanji peti odstavek, ki postane šesti odstavek, se spremeni tako, da se glasi:

»(6) Zavarovana oseba ali njen osebni zdravnik lahko v primeru iz petega odstavka 48. člena pravil najpozneje v treh mesecih od izdaje odločbe o odobritvi zdraviliškega zdravljenja predlaga imenovanemu zdravniku nadaljevanje zdraviliškega zdravljenja. Zavarovana oseba začne zdraviliško zdravljenje v 30 dneh od izdaje odločbe o odobritvi nadaljevanja zdraviliškega zdravljenja, in sicer na dan, ki ji ga sporoči zdravilišče.«.

1. člen

V 202.a členu se v četrtem odstavku v drugi alineji besedilo »z liste« nadomesti z besedilom »s pozitivne liste«.

1. člen

V 209. členu se tretji odstavek črta.

1. člen

V 209.a členu se prvi odstavek spremeni tako, da se glasi:

»(1) Za predpisovanje živil na recept je pooblaščen:

* za živila s prilagojeno sestavo hranil – splošni osebni zdravnik oziroma osebni otroški zdravnik, oba po postavitvi indikacije na pediatrični kliniki;
* za živila za prehransko podporo – pooblaščeni zdravnik z znanji klinične prehrane. Če splošni osebni zdravnik oziroma osebni otroški zdravnik nima znanj klinične prehrane, je pooblaščen za predpis živil za prehransko podporo na podlagi izvida pooblaščenega zdravnika z znanji klinične prehrane, ki je indiciral prehransko podporo oziroma prehransko terapijo;
* za živila za otroke z alergijami – osebni otroški zdravniki na podlagi mnenja kolegija Pediatrične klinike Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana, konzilija Kliničnega oddelka za pediatrijo Univerzitetnega kliničnega centra Maribor ali konzilija pediatričnega oddelka druge bolnišnice.«.

1. člen

V 210. členu se v petem odstavku:

2. točka spremeni tako, da se glasi:

»2. je evidentiran v zbirki podatkov o gibanju zdravstvenih delavcev in mreži zdravstvenih zavodov;«;

v 4. točki v drugi alineji za besedo »medicino« dodata vejica in besedilo »Slovenija-transplantom, Javno agencijo Republike Slovenije za zdravila in medicinske pripomočke«.

1. člen

V 212. členu se v prvem odstavku:

1. v 1. točki:

v prvi alineji besedilo »akumulatorje,« črta, beseda »in« nadomesti z vejico, za besedo »NaCl« pa doda besedilo »in aspirator«;

v četrti alineji besedilo »razen raztopine za zaščito ustne sluznice« črta;

1. 5. točka spremeni tako, da se glasi:

»5. napotni zdravnik s svojega delovnega področja za druge medicinske pripomočke, razen v primerih iz prvega odstavka 213.a člena pravil.«.

1. člen

V 212.a členu se v četrtem odstavku beseda »izposoje« črta.

1. člen

213.a člen se spremeni tako, da se glasi:

»213.a člen

(1) Zavarovana oseba ima po datumu izteka dobe trajanja prejetih medicinskih pripomočkov pravico do ponovne izdaje medicinskih pripomočkov, če gre za:

1. prsno protezo;
2. ortopedski nedrček za prsno protezo;
3. ščitnike za kolena in komolce;
4. rokavice za poganjanje vozička;
5. nepodložene usnjene rokavice;
6. zaščitno čelado;
7. belo palico za slepe;
8. obrazno protezo;
9. protezo za nos;
10. protezo za uho;
11. dodatke za funkcionalni eno- oziroma dvokanalni električni stimulator;
12. potrošni material za izkašljevalnik;
13. senzor za pulzni oksimeter za večkratno uporabo;
14. senzorje za pulzni oksimeter za lepljenje na kožo;
15. katetre za dovajanje kisika (nazalne, binazalne);
16. ušesni vložek za slušni aparat;
17. vrvice za polžev vsadek;
18. potrošni material za inhalatorje iz 15., 15.b in 15.č točke prvega odstavka 95. člena pravil.

(2) Zavarovana oseba ponovno izdajo uveljavi:

na podlagi naročilnice za predhodno prejeti tak medicinski pripomoček – v primerih iz 1. do 17. točke prejšnjega odstavka;

na podlagi naročilnice, izdane za ustrezni inhalator – v primeru iz 18. točke prejšnjega odstavka.

(3) Zavarovana oseba ponovno izdajo uveljavi v obdobju:

šest let od prvega prejema na naročilnico – v primerih iz 1. do 10. točke prvega odstavka tega člena;

dve leti dlje, kot je doba trajanja funkcionalnega električnega stimulatorja, slušnega aparata, procesorja za polžev vsadek oziroma ustreznega inhalatorja – v primerih iz 11., 16., 17. in 18. točke prvega odstavka tega člena;

izposoje izkašljevalnika, pulznega oksimetra oziroma koncentratorja kisika ali drugega vira kisika – v primerih iz 12. do 15. točke prvega odstavka tega člena.

(4) Zavarovana oseba ponovno izdajo uveljavi:

pri katerem koli dobavitelju – v primerih iz 1. do 7. točke prvega odstavka tega člena;

pri dobavitelju, pri katerem je nazadnje kot pravico prejela tak medicinski pripomoček – v primerih iz 8., 9. in 10. točke prvega odstavka tega člena;

pri dobavitelju, pri katerem je nazadnje kot pravico prejela funkcionalni električni stimulator, izkašljevalnik, pulzni oksimeter, koncentrator kisika ali drug vir kisika, slušni aparat, procesor za polžev vsadek oziroma ustrezni inhalator – v primerih iz 11. do 18. točke prvega odstavka tega člena.«.

1. člen

216. člen se spremeni tako, da se glasi:

»216. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico, da se ji med artikli, uvrščenimi na seznam medicinskih pripomočkov v posamezni vrsti medicinskega pripomočka, v okviru katere se po pogodbi z zavodom zagotavlja artikel, zagotovi vse artikle s seznama medicinskih pripomočkov.

(2) Zavarovani osebi se zagotovi medicinske pripomočke:

* iz skupin [medicinskih pripomočkov pri inkontinenci in težavah z odvajanjem seča](http://www.pisrs.si/Pis.web/npb/2022-01-4210-2021-01-1240-npb2-p11.pdf) (razen električnega stimulatorja pri inkontinenci urina in blata ter rektalnih in vaginalnih elektrod pri električnem stimulatorju), [medicinskih pripomočkov pri sladkorni bolezni](http://www.pisrs.si/Pis.web/npb/2022-01-4210-2021-01-1240-npb2-p12.pdf) (razen inzulinske črpalke, potrošnega materiala za inzulinsko črpalko, sistema za kontinuirano merjenje glukoze v medceličnini in sistema za spremljanje glukoze v medceličnini) in [obvezilni material](http://www.pisrs.si/Pis.web/npb/2022-01-4210-2021-01-1240-npb2-p17.pdf) ter pri medsebojno povezanih medicinskih pripomočkih – en artikel s seznama medicinskih pripomočkov takoj, vse druge artikle s tega seznama pa najpozneje naslednji delovni dan od predložitve naročilnice;
* pri individualno izdelanih medicinskih pripomočkih in individualno prilagojenih artiklih – v pogodbeno določenem roku;
* pri preostalih medicinskih pripomočkih – vse artikle najpozneje naslednji delovni dan od predložitve naročilnice.

(3) Če so medicinski pripomočki predpisani na ravni njihove podskupine, se iz te podskupine izdajo zavarovani osebi tisti medicinski pripomočki, ki si jih zavarovana oseba sama izbere v skladu z naročilnico.

(4) Izda se pakiranje, ki je najbližje predpisani količini medicinskih pripomočkov glede na razpoložljiva pakiranja na slovenskem trgu. Ob izdaji medicinskih pripomočkov se zavarovano osebo pisno seznani z datumom izteka dobe trajanja izdanih medicinskih pripomočkov.

(5) Zavarovana oseba lahko pisno zahteva izdajo manjše količine medicinskih pripomočkov od predpisane. V takem primeru zavarovana oseba na isto naročilnico nima pravice do naknadnega prevzema preostale predpisane količine.«.

1. člen

V 217. členu se prvi odstavek spremeni tako, da se glasi:

»(1) Zavarovana oseba uveljavi pravico do vzdrževanj in popravil medicinskih pripomočkov iz prvega odstavka 66. člena pravil brez naročilnice pri dobavitelju, pri katerem je nazadnje kot pravico prejela medicinski pripomoček.«.

1. člen

V 225. členu se v prvem odstavku v napovednem stavku besedilo »zdravljenja zavarovane osebe glede na zdravstveno storitev« nadomesti z besedilom »zdravljenja v tujini«.

1. člen

V 228.a členu se v prvem odstavku v tretji alineji podpičje nadomesti s piko in četrta alineja črta.

1. člen

V 228.b členu se v prvem odstavku v peti alineji podpičje nadomesti s piko in šesta alineja črta.

1. 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,
* 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,
* račun 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) Podatek o motnji v preskrbi z zdravilom oziroma živilom pridobi uradna oseba zavoda.

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

1. člen

V 229. členu se v četrtem odstavku:

* v napovednem stavku besedilo »za dan, ko delavec prostovoljno daruje kri, oziroma« črta;
* v prvi alineji besedilo »o prostovoljnem darovanju krvi oziroma potrdilo« črta.

1. člen

V 230. členu se v prvem odstavku za besedo »dela« dodata vejica in besedilo »v primeru poškodbe pri delu pa tudi zdravstveni del obrazca prijava nezgode in poškodbe pri delu«.

V tretjem odstavku se za besedo »člena« dodata vejica in besedilo »prijave nezgode in poškodbe pri delu in potrdila o prostovoljnem darovanju krvi«.

1. člen

V 233. členu se v drugem odstavku tretji stavek spremeni tako, da se glasi:

»Odsotnost z doma je dopustna za čas izvajanja predpisanih zdravstvenih storitev ali če osebni zdravnik, imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija meni, da odsotnost ne vpliva negativno na zdravstveno stanje zavarovanca.«.

1. člen

V 252. členu se v prvem odstavku besedilo »v skladu s prvim odstavkom 23. člena pravil« črta.

V drugem odstavku se:

* v 2. točki v osmi alineji besedilo »179. člena« nadomesti z besedilom »196. člena«;
* v 3. točki v šesti alineji za besedo »standardu« vejica in besedilo »če je na podlagi na podlagi pogodbe z zavodom izvajalčeva cena višja od pogodbene cene« črtata.

V tretjem odstavku se v prvi alineji za besedilom »vrsto medicinskega pripomočka« doda besedilo »oziroma cenovnim standardom artikla«.

V četrtem odstavku se v 1. točki za besedo »pripomočkov« doda besedilo »in ne izpolnjuje osnovnih zahtev kakovosti«.

Za četrtim odstavkom se doda nov peti odstavek, ki se glasi:

»(5) Če zavarovana oseba izbere artikel tiste vrste medicinskega pripomočka, ki je pravica, izbrani artikel pa ni na seznamu medicinskih pripomočkov, vendar izpolnjuje osnovne zahteve kakovosti, lahko dobavitelj na podlagi pisnega soglasja zavarovane osebe, v katerem je navedena tudi vrednost doplačila, od zavarovane osebe zahteva doplačilo kot razliko med ceno izbranega artikla in vrednostjo za to vrsto medicinskega pripomočka oziroma cenovnim standardom artikla.«.

Dosedanji peti odstavek postane šesti odstavek.

1. člen

V 254. členu se beseda »zdravljenja« nadomesti z besedilom »zdravstvenih storitev«.

1. člen

V 258. členu se v drugem odstavku besedilo »zdravljenja ali rehabilitacije ter o drugih storitvah« nadomesti z besedilom »zdravstvenih in drugih storitev«.

1. člen

V 259. členu se v drugem odstavku besedilo »posvet ali preiskavo« nadomesti z besedilom »pregled zaradi pridobitve mnenja ali diagnostično zdravstveno storitev«.

Tretji odstavek se črta.

1. člen

V 264. členu se v prvem odstavku za besedo »dobo« vejica in besedilo »neupravičeno podaljšujejo čakanje na pregled ali preiskavo,« črtata.

1. člen

V 265. členu se v prvem odstavku 2. točka črta.

V drugem odstavku v prvem stavku se besedilo »ter izvajalci in dobavitelji« črta.

1. člen

V 267. členu se prvi odstavek odznači, drugi in tretji odstavek pa črtata.

**PREHODNE IN KONČNA DOLOČBA**

1. člen

Določbe pravil, s katerimi sta natančneje urejeni pravica do sobivanja ob zavarovani osebi pod skrbništvom in pravica do nadomestila zaradi nege te zavarovane osebe, se uporabljajo tudi za zavarovane osebe, nad katerimi je s pravnomočno sodno odločbo podaljšana roditeljska pravica.

1. člen

Doba trajanja naslednjih medicinskih pripomočkov, prejetih pred uveljavitvijo teh sprememb in dopolnitev, znaša:

* za trapez za obračanje – pet let;
* za inhalator s funkcijo upora pri izdihu – štiri leta;
* za inhalator za prilagodljivo dovajanje razpršil – tri leta;
* za vakuumsko opornico za zdravljenje rane na stopalu – 180 dni.

1. člen

(1) Skupščina zavoda izda splošni akt iz tretjega odstavka spremenjenega 94. člena pravil v enem letu od začetka uporabe teh sprememb in dopolnitev.

(2) Do uveljavitve splošnega akta iz prejšnjega odstavka se uporablja sklep upravnega odbora zavoda, ki ureja pogoje pri zagotavljanju pravice do psa vodiča slepih in je objavljen na spletni strani zavoda.

1. člen

Za posamezno vrsto medicinskih pripomočkov, v katero so uvrščeni slušni aparati, aparati za kostno prevodnost, zahtevni slušni aparati, aparati za boljše sporazumevanje oziroma aparati za omogočanje glasnega govora, se spremenjeni četrti odstavek 66. člena pravil začne uporabljati z dnem začetka uporabe cenovnega standarda izdanega medicinskega pripomočka, če bo ta določen v skladu s prehodno ureditvijo splošnega akta zavoda iz drugega odstavka 64. člena zakona, sicer pa z dnem prve uvrstitve artikla na seznam medicinskih pripomočkov v to vrsto medicinskih pripomočkov, v katero še ni uvrščen noben artikel.

1. člen

(1) Naslednje določbe pravil se začnejo uporabljati 1. oktobra 2024:

1. spremenjena četrti in peti odstavek 64.a člena;
2. spremenjeni prvi odstavek 65. člena;
3. črtanje desetega odstavka 72. člena;
4. spremenjeni deveti odstavek 89. člena;
5. spremenjeni 91. člen;
6. spremenjeni 3. in 5. točka ter nova 6. točka drugega odstavka 113. člena;
7. spremenjeni 114. člen;
8. črtana četrta vrstica 3. točke in spremenjena 9. točka petega odstavka 115. člena;
9. spremenjeni napovedni stavek ter črtanje 11., 12. in 29. točke prvega odstavka 116. člena;
10. spremenjeni prvi odstavek 117. člena;
11. novi 117.a člen;
12. spremenjeni drugi odstavek in črtanje četrtega odstavka 119. člena;
13. črtanje besede »akumulatorje« v prvi alineji in četrta alineja 1. točke ter spremenjena 5. točka prvega odstavka 212. člena;
14. spremenjeni 213.a člen;
15. novi peti odstavek 216. člena;
16. spremenjeni prvi odstavek 217. člena.

(2) Spremenjeni tretji odstavek 64.a člena ter črtanje četrtega in petega odstavka 111. člena pravil se začnejo uporabljati z dnem začetka uporabe sprememb splošnega akta iz tretjega odstavka 64.a člena pravil, ki bodo uredile drugačen postopek uvrščanja artiklov na seznam medicinskih pripomočkov in njihove izločitve s tega seznama.

(3) Novi peti odstavek 252. člena pravil se začne uporabljati za posamezno vrsto medicinskih pripomočkov z dnem prve uvrstitve artikla na seznam medicinskih pripomočkov v to vrsto medicinskih pripomočkov, v katero še ni uvrščen noben artikel.

1. člen

(1) Naslednje določbe pravil se začnejo uporabljati od vzpostavitve tehničnih možnosti, ki bodo omogočale njihovo izvajanje v sistemu eZdravje:

1. spremenjeni 176. člen;
2. spremenjeni 177. člen;
3. spremenjeni peti odstavek 178. člena;
4. črtanje 179. člena;
5. spremenjenji 189. člen;
6. spremenjeni 196. člen;
7. spremenjena osma alineja 2. točke drugega odstavka 252. člena.

(2) Določbe iz prejšnjega odstavka se uporabljajo tudi za napotnice, ki so veljavne na dan začetka uporabe teh določb, ne glede na obseg pooblastil in obdobje veljavnosti, ki je določeno na teh napotnicah.

1. člen

Postopki odločanja o izjemnih odobritvah, ki se začnejo pred 1. januarjem 2024, se zaključijo na podlagi tretjega odstavka 259. člena Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 30/03 – prečiščeno besedilo, 35/03 – popr., 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 – popr., 64/07, 33/08, 7/09, 88/09, 30/11, 49/12, 106/12, 99/13 – ZSVarPre-C, 25/14, 85/14, 10/17 – ZČmIS, 64/18, 4/20, 42/21 – odl. US, 61/21, 159/21 – ZZVZZ-P, 183/21, 196/21 – ZDOsk, 142/22 – odl. US in 163/22).

1. člen

(1) Te spremembe in dopolnitve začnejo veljati osmi dan po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije, uporabljati pa se začnejo 1. januarja 2024.

(2) Do začetka uporabe teh sprememb in dopolnitev se uporabljajo 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, 64/18, 4/20, 42/21 – odl. US, 61/21, 159/21 – ZZVZZ-P, 183/21, 196/21 – ZDOsk, 142/22 – odl. US in 163/22).

Št. 0072-10/2023-DI/60

Ljubljana, dne 21. novembra 2023

EVA 2023-2711-0104

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Drago Delalut

predsednik skupščine

Soglašam!

Dr. Valentina Prevolnik Rupel

ministrica

za zdravje

**II. OBRAZLOŽITEV ČLENOV**

Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja[[1]](#footnote-1) (v nadaljnjem besedilu: pravila) podrobneje urejajo vrste in obseg pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu: OZZ), obveznosti zavezancev in zavarovanih oseb, pogoje in postopke za uresničevanje pravic iz OZZ, standarde zdravstvenih storitev in pripomočkov, varstvo pravic zavarovanih oseb in nadzor uresničevanja pravic in obveznosti iz OZZ.

Pravila sprejme skupščina Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: zavod) v soglasju z ministrom za zdravje na podlagi 26. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju[[2]](#footnote-2) (v nadaljnjem besedilu: ZZVZZ) ter 13. člena v zvezi s 1. in z 2. točko prvega odstavka 70. člena in s prvim odstavkom 71. člena Statuta Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije[[3]](#footnote-3).

S predlaganimi spremembami in dopolnitvami pravil (v nadaljnjem besedilu: novela pravil) se spreminja natančnejši obseg zdravstvenih storitev, primerneje ureja postopke uveljavljanja pravic, pravila usklajujejo s predpisi in besedilo pravil notranje usklajuje. Predlog novele pravil se nanaša na naslednje spremembe in dopolnitve:

1. **Pravica do zdraviliškega zdravljenja**
2. zaradi jasnejše ureditve so nekatera zdravstvena stanja za zdraviliško zdravljenje drugače opredeljena in dodana opredelitev novega izraza »težja funkcionalna prizadetost«;
3. 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;
4. 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;
5. zaradi enakopravne obravnave zavarovanih oseb je določen rok, v katerem je treba predlagati odlog ali nadaljevanje prekinjenega zdraviliškega zdravljenja;
6. zaradi jasnosti ureditve je določen rok, v katerem mora zavarovana oseba začeti odloženo, prekinjeno in podaljšano zdraviliško zdravljenje.
7. **Pravica do zdravil in živil na recept**
8. zaradi ustreznejše zdravstvene obravnave se črta količinska omejitev za predpis zdravil pri akutnih stanjih;
9. 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;
10. 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);
11. glede na dosedanjo prakso se kot nepotrebno ukinja predvideno zaključevanje elektronskih receptov s strani uradnih oseb zavoda ob izdaji odločbe o povračilu stroškov vrednosti zdravila ali živila in obveščanje pooblaščenega zdravnika, da razveljavi elektronski recept, na podlagi katerega je zavarovana oseba uveljavila to povračilo;
12. zaradi samodejnega prenosa podatkov v sistemu elektronskega recepta se, kot nepotreben črta tretji odstavek 209. člena Pravil (preverjanje napake na receptu), ki bi ga bilo sicer treba (če ne bi bil črtan) uskladiti z vrstami zdravstvenih storitev iz prvega odstavka 23. člena ZZVZZ;
13. na predlog Zavoda Republike Slovenije za presaditve organov in tkiv oziroma Slovenija-transplant in Javne agencije Republike Slovenije za zdravila in medicinske pripomočke se možnost dodelitve receptov za osebno rabo razširja tudi na zdravnike teh dveh javnih institucij.
14. **Pravica do medicinskih pripomočkov** (v nadaljnjem besedilu: MP)
15. spremeni se opredelitev izraza »dobavitelj«;
16. jasneje se določi lastništvo psa vodiča slepih in spremeni način ugotavljanja pogojev do pravice do tega psa;
17. spremeni se poimenovanje (zahtevni slušni aparati, MP za zaščito ustne sluznice);
18. spremeni se način vzdrževanja slušnih aparatov, ki se po novem zagotavlja v okviru cenovnega standarda ali cene;
19. pravica do električne proteze se črta, ker gre za vrsto MP, kar urejamo s Sklepom o ZS in drugih pogojih;
20. pravica do akumulatorja se kot pravica do samostojnega MP spremeni v del pravice do vzdrževanja glavnega MP, čigar sestavni del je ta akumulator;
21. črtajo se nekateri MP, ki jih zavarovane osebe več ne potrebujejo (stalni urinski kateter iz lateksa) oziroma gre za dvakrat navedeno pravico do istovrstnega MP (usnjene rokavice za zaščito roke in prstov);
22. spremeni se nabor nekaterih MP za zavarovane osebe s sladkorno boleznijo;
23. spremeni se zapis določb, ki so bile doslej zapisane z vidika obveznosti dobaviteljev, in sicer se po novem zapišejo z vidika pravic zavarovanih oseb;
24. spremeni se način določanja osnovnih zahtev kakovosti za MP in razširi možnost, da se te zahteve določijo na ravni podskupin MP;
25. 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;
26. spremeni se doba trajanja nekaterih MP (npr. pri dveh od inhalatorjev, nekaterih kanilah);
27. spremenijo se način določanja obdobja in količine ter pooblaščeni zdravniki za predpisovanje MP pri zaščiti ustne sluznice;
28. podaljša se veljavnost obnovljive naročilnice in odpravi omejitev nabave MP pri dobavitelju, pri katere je zavarovana oseba prvič prejela MP na obnovljivo naročilnico;
29. razširi se možnost ponovne izdaje MP brez naročilnice na več novih MP, določi obdobje, za katerega je ponovna izdaja dopustna ter določi, ali je ponovna izdaja možna pri istem ali katerem koli dobavitelju;
30. določi se možnost izdaje manjše količine MP od predpisane;
31. črta se zahteva po predhodni odobritvi zavoda za popravila in vzdrževanja MP;
32. spremeni se ena od zahtev, kdaj dobavitelj od zavarovane osebe lahko zahteva plačilo za MP v celoti in uredi dodatna možnost doplačila za artikel, ki ni na seznamu MP.
33. **Pravica do nadomestila plače**
34. 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;
35. 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;
36. 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.
37. **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.

1. **Druge določbe pravil:**
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 (spremembe 3., 4., 98., 216., 265. in 267. člena pravil);
3. redakcijsko se popravlja citiranje Uradnih listov RS pri objavi ZZVZZ.
4. **Uskladitev pravil z ZZVZZ**

Dne 20. julija 2023 je začel veljati Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju[[4]](#footnote-4) (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 zavod 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:

1. s spremenjenim 23. členom ZZVZZ se v pravilih uskladijo vrste zdravstvenih storitev in njihovo poimenovanje in sklici na 23. člen ZZVZZ ter iz pravil črta ureditev t. i. izjemnih odobritev iz tretjega odstavka 259. člena pravil;
2. zaradi spremembe 23., 23.a, 23.b in 23.c člena ZZVZZ se iz pravil črta ureditev, ki je vezana na vmesno listo zdravil in vmesno listo živil, ter poenoteno poimenovanje liste zdravil kot pozitivne liste zdravil. Zaradi spremenjene zakonske ureditve se bodo od začetka uporabe ZZVZZ-T vsa zdravila in živila, ki se kot pravica iz OZZ smejo predpisovati na recept, razvrščala le še na pozitivno listo zdravil oziroma pozitivno listo živil, in ne več tudi na vmesno listo. Za zdravila in živila, ki so na dan začetka uporabe ZZVZZ-T razvrščena na vmesno listo, se že na podlagi 22. člena ZZVZZ-T šteje, da so od tega dne razvrščena na pozitivno listo in se v celoti krijejo iz sredstev OZZ. To pomeni, da za ta zdravila in živila zavodu ni treba izdajati odločb o prerazvrstitvi iz vmesne na pozitivno listo zdravil oziroma pozitivno listo živil;
3. zaradi črtanja 24. in 25. člena ZZVZZ se iz pravil črta nanju vezana ureditev;
4. s spremenjenim 40. členom ZZVZZ se v pravilih uskladi ureditev pravice do povračila prevoznih stroškov;
5. s spremenjenim 44.c členom ZZVZZ se v pravilih uskladi ureditev pravica do zdravljenja v tujini, ki jo zavarovana oseba uveljavlja v skladu z Direktivo 2011/24/EU;
6. zaradi ukinitve kritja zdravstvenih storitev v odstotku vrednosti OZZ se iz pravil črta na to kritje vezana ureditev.

**Ocena finančnih posledic novele pravil na sredstva OZZ – na letni ravni v EUR:**

Ocena finančnih posledic predlagane novele pravil na sredstva OZZ je pripravljena ob upoštevanju ureditve iz ZZVZZ, ki ukinja DZZ in bodo zato vse zdravstvene storitve (torej tudi MP) v celoti krite iz sredstev OZZ.

|  |  |
| --- | --- |
| **Novela pravil – MP** | **Celotna vrednost** |
| 1. inhalator s funkcijo upora pri izdihu | 4.794 |
| 1. inhalator za prilagodljivo dovajanje razpršil | 9.182 |
| 1. enodotrahealne kanile plastične | 107.491 |
| 1. kožna podlaga za zaščito kože ob kanili pri traheostomi | 19.735 |
| 1. filtri za traheostomo za kanilo | 61.234 |
| 1. trak za fiksacijo kanile pri traheostomi | 59.710 |
| 1. enoodmerna hipertonična raztopina NaCl | 50.074 |
| **Odhodki za MP po noveli pravil** | **+312.220** |

1. **(2. člen)**

2. člen pravil opredeljuje izraze, ki se uporabljajo v pravilih.

Spremeni se izraz »dobavitelj« v 5. točki, tako da se črta zahteva, da je dobavitelj v Republiki Sloveniji, in da ne gre več za trgovino »na drobno«, saj gre za zastarelo terminologijo.

V novi Uredbi (EU) 2017/745 Evropskega Parlamenta in Sveta z dne 5. aprila 2017 o medicinskih pripomočkih, spremembi Direktive 2001/83/ES, Uredbe (ES) št. 178/2002 in Uredbe (ES) št. 1223/2009 ter razveljavitvi direktiv Sveta 90/385/EGS in 93/42/EGS ni več izraza »specializirana prodajalna«, zato Javna agencija Republike Slovenije za zdravila in medicinske pripomočke (JAZMP) ne bo več vodila registra specializiranih prodajaln, ki opravljajo promet z MP na drobno. Posledično se tudi v pravilih črta zahteva, da je dobavitelj specializirana prodajalna na drobno.

Z redakcijskim popravkom 6. točke, ki opredeljuje »dogovor« (iz 63. člena ZZVZZ), dopolnjuje citiranje objav ZZVZZ v Uradnem listu RS.

Z novo a41.a točko se doda izraz »težja funkcionalna prizadetost«, ki je opredeljena z več kot 50  % zmanjšano zmogljivostjo funkcije organa ali organskega sistema (ki je predmet presoje pri odločanju o pravici iz zdravstvenega zavarovanja, kot je npr. pri ugotavljanju indikacij za zdraviliško zdravljenje iz 45. člena pravil), ki se ocenjuje na podlagi splošne kvantifikacijske lestvice Mednarodne klasifikacije funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja. Izraz »težja funkcionalna prizadetost« se uporablja v skladu z Mednarodno klasifikacije funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja in je potreben 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.

Zaradi uskladitve z ZZVZZ se spremenijo naslednje opredelitve izrazov:

* 4. točka (delovni nalog): opredelitev se terminološko uskladi s poimenovanjem zdravstvenih storitev (prvi odstavek 23. člena ZZVZZ) tako, da se »nega« preimenuje v »zdravstvena nega« in »storitve« v »zdravstvene storitve«;
* 8. točka (funkcionalno ustrezen medicinski pripomoček): opredelitev se uskladi z vrstami zdravstvenih storitev, ki vključujejo MP in pripomočke (drugi odstavek 23. člena ZZVZZ) tako, da se doda paliativna oskrba;
* 22. točka (nujna medicinska pomoč): opredelitev se uskladi z vrstami zdravstvenih storitev (prvi odstavek 23. člena ZZVZZ), ki nujne medicinske pomoči ne določa več kot posebne vrste zdravstvene storitve, temveč jo navaja pri nujnem reševalnem prevozu (prva alineja 7. točke prvega odstavka 23. člena ZZVZZ) in pri pravici do povračila prevoznih stroškov zaradi uveljavljanja zdravstvenih storitev (6. točka tretjega odstavka 40. člena ZZVZZ);
* 23. točka (nujno zdravljenje): iz opredelitve je črtan sklic na prej veljavni 25. člen ZZVZZ, ki je z ZZVZZ-T črtan;
* 36. točka (recept): iz opredelitve je črtana ureditev vmesne liste (gl. uvodno obrazložitev – Uskladitev pravil z ZZVZZ).

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(3. člen)**

Iz pravil se izključi urejanje vprašanj med izvajalci in dobavitelji, ki sočasno niso vezana neposredno na pravice in obveznosti zavarovanih oseb. Ta materija se uredi v aktih, ki urejajo razmerje med izvajalci oziroma dobavitelji in zavodom. Zato se črta tretji odstavek 3. člena pravi, ki določa, da so izvajalci in dobavitelji dolžni izpolnjevati obveznosti, določene v zakonu, splošnih aktih zavoda, dogovoru iz 63. člena ZZVZZ (v nadaljnjem besedilu: dogovor) oziroma dogovoru z dobavitelji iz 63.a člena ZZVZZ (v nadaljnjem besedilu: dogovor z dobavitelji) in pogodbah z zavodom. Navedena določba je tudi sicer nepotrebna z vidika obveznosti spoštovanja predpisov in drugih pravnih aktov (gl. tudi obrazložitev pri 4., 98., 216., 265. in 267. členu pravil).

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(4. člen)**

4. člen pravil v drugem odstavku določa pravico zavoda, da zavrne plačilo zdravstvene storitve ter od izvajalca in dobavitelja zahteva povrnitev stroškov za zdravstveno storitev, če ta ne ravna v skladu z zakonom, s splošnimi akti zavoda, dogovorom oziroma dogovorom z dobavitelji ali pogodbo z zavodom. V tretjem odstavku istega člena je določena pravica zavoda, da razdre pogodbo z izvajalcem in dobaviteljem, če ta več kot dvakrat ne ravna v skladu z drugim odstavkom tega člena, razen če je drugače določeno v dogovoru oziroma dogovoru z dobavitelji ali v pogodbi z zavodom.

Obveznosti dobaviteljev iz obeh navedenih določb pravil se črtajo iz pravil, saj ne gre za urejanje vprašanj, ki so vezana neposredno na pravice in obveznosti zavarovanih oseb. Ta materija, vezana na razmerje zavoda z dobavitelji, se uredi v dogovoru z dobavitelji.

Smiselno enako velja za izvajalce, le da se zanje iz pravil črta ureditev tretjega odstavka, ne pa tudi drugega odstavka 4. člena pravil. Uredba o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za leto 2023[[5]](#footnote-5) namreč v 130. členu določa, da izvajalci za opravljene storitve zavodu izstavijo račune, zahtevke za plačilo in poročila v skladu z Navodili o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov ter navodili za obračun - vprašanja in odgovori. Pravila pa v drugem odstavku 4. člena že izrecno določajo, da ima zavod pravico zavrniti plačilo, če izvajalec ne ravna v skladu z določili dogovora oziroma tudi če ravnanje ni v skladu z zakonodajo.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(22. člen)**

Zaradi uskladitve z ZZVZZ se spremeni 22. člen pravil:

* v prvem odstavku se enako kot do zdaj določijo pravice iz OZZ: zapis se uskladi z drugim odstavkom 13. člena ZZVZZ, brez povzemanja posameznih zdravstvenih storitev in vanje vključenih zdravil, živil in pripomočkov, saj vrste zdravstvenih storitev, ki so pravica iz OZZ, določa prvi odstavek 23. člena ZZVZZ, ki v drugem odstavku določa tudi vrste zdravstvenih storitev, ki vključujejo zdravila, živila in MP;
* v drugem odstavku se enako kot do zdaj določijo vrste zavarovalnih tveganj (razloge zdravstvene obravnave), ki so predmet OZZ: zapis se uskladi s prvim odstavkom 13. člena ZZVZZ tako, da se več navaja le zdravstvenih storitev zdravljenja;
* v tretjem odstavku se enako kot do zdaj opredelijo poškodbe pri delu in poklicne bolezni z odkazom na predpise, ki urejajo pokojninsko in invalidsko zavarovanje: zapis se uskladi z 19. členom ZZVZZ.

Dosedanji četrti odstavek 22. člena pravil ni vključen v spremenjen člen, saj so preventivne zdravstvene storitve le ena od vrst zdravstvenih storitev in jih zato ni treba izpostavljati posebej.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(22.a člen)**

Zaradi uskladitve s šestim odstavkom 23. člena ZZVZZ se spremeni 22.a člen pravil, ki več ne povzema posebne zakonske ureditve, ki velja za zavarovance iz 22. točke prvega odstavka 15. člena ZZVZZ, to je za pripornike, ki niso zavarovanci iz drugega naslova, obsojence na prestajanju kazni zapora, mladoletniškega zapora, mladoletnike na prestajanju vzgojnega ukrepa oddaje v prevzgojni dom, osebe, ki jim je izrečen varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu ter obvezno zdravljenje odvisnosti od alkohola in drog). S spremenjenim 22.a členom pravil se za te zavarovance glede ureditve pravic odkazuje na šesti odstavek 23. člena ZZVZZ, ki je bil spremenjen z ZZVZZ-T in določa:

* da imajo omejeno pravico do proste izbire zdravnika v zdravstvenem zavodu, ki jo uresničujejo v skladu s predpisi s področja izvrševanja kazenskih sankcij;
* da nimajo pravice do zdravstvenih storitev na domu, zdravljenja v tujini, zdraviliškega zdravljenja, sobivanja, skupinskih zdravstvenih programov in nadomestila za začasno zadržanost od dela, čeprav delajo v režijskih obratih, nege ožjega družinskega člana, povračil potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev.

Prav tako se po teh zavarovancih ne morejo zavarovati njihovi družinski člani, razen otroka, ki skupaj z obsojenko biva v zavodu in nima drugače urejenega obveznega zavarovanja.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(23. člen)**

Zaradi uskladitve z ZZVZZ se 23. člen pravil črta, saj se na podlagi ZZVZZ-T ukinja kritje zdravstvenih storitev v odstotku vrednosti OZZ, zaradi česar se bodo vse zdravstvene storitve, ki so pravica iz OZZ, v celoti (100 %) krile iz sredstev OZZ.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(25. člen)**

Zaradi uskladitve s 23. členom ZZVZZ se:

* 3. točka črta, saj že sam ZZVZZ v četrti alineji 1. točke prvega odstavka 23. člena določa, katera cepljenja so pravica iz OZZ (z odkazom na zakon, ki ureja nalezljive bolezni), zaradi česar ni treba v pravilih določati, katera cepljenja niso pravica iz OZZ;
* 6. točka terminološko uskladi z vrstami zdravstvenih storitev iz prvega odstavka 23. člena ZZVZZ: diagnostične zdravstvene storitve so del »zdravljenja«, zato se več ne navajajo posebej, »rehabilitacija« pa se preimenuje v »medicinska rehabilitacija«.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(naslov podpoglavja IV/1.)**

Zaradi terminološke uskladitve z ZZVZZ se naslov podpoglavja uskladi tako, da se uporabi zakonski izraz »zdravstvena storitev« namesto »storitev«.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(26. člen)**

Zaradi uskladitve z vrstami zdravstvenih storitev iz prvega odstavka 23. člena ZZVZZ se spremeni 26. člen pravil, ki določa, katere vrste zdravstvenih storitev v osnovni zdravstveni dejavnosti so pravica iz OZZ, pri čemer se zasleduje namen, da se ohrani enak obseg pravic kot pred ZZVZZ-T.

Enako kot do zdaj so na podlagi drugega odstavka spremenjenega 26. člena pravil (7. točka dosedanjega 26. člena pravil) zavarovani osebi zagotovljeni tudi hišni obiski kot eden od načinov izvajanja zdravstvenih storitev v osnovni zdravstveni dejavnosti, ki se pravilom opravljajo v ambulanti. Določba se uskladi s 180. členom pravil, da se hišni obisk opravi, če zavarovana oseba ne more priti v ambulanto zaradi svojega zdravstvenega stanja.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(27. člen)**

27. člen pravil je črtan, saj je njegova vsebina prenesena v 26. člen pravil, ki določa, katere zdravstvene storitve v osnovni zdravstveni dejavnosti so pravica iz OZZ.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(naslov podpoglavja IV/2.)**

Zaradi terminološke uskladitve s 23. členom ZZVZZ se naslov podpoglavja spremeni tako, da se uporabi zakonski izraz »zobozdravstvene storitve«, ki so na podlagi drugega odstavka 23. člena ZZVZZ vključene med preventivne zdravstvene storitve in zdravstvene storitve zdravljenja, zdravljenja v tujini in medicinske rehabilitacije.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(28. člen)**

Zaradi uskladitve z ZZVZZ se spremeni 28. člen pravil tako, da se glede preventivnih zobozdravstvenih storitev (prva alineja) spremeni sklic na predpis ministra za zdravje iz četrtega odstavka 23. člena ZZVZZ, pri opredelitvi zobozdravstvenega zdravljenja (tretja alineja) pa se zaradi spremenjene opredelitve »zdravljenja« iz 2. točke prvega odstavka 23. člena ZZVZZ (glede na dosedanjo 2. točko prvega odstavka 28. člena pravil) črta del določbe, da to zdravljenje obsega tudi »polnjenje (plombiranje) in nadgrajevanje, rentgensko diagnostiko zobovja in čeljustnic«, saj gre za posamezne zobozdravstvene storitve, ki so zajete v izrazu »zdravljenja zob«. V preostalem delu je določba nespremenjena glede na dosedanji 28. člen pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(29. člen)**

Zaradi uskladitve s 23. členom ZZVZZ se v 2. točki tretjega odstavka 29. člena pravil uskladi sklic na četrti odstavek tega člena ZZVZZ.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(naslov podpoglavja IV/3.)**

Zaradi terminološke uskladitve z ZZVZZ se naslov podpoglavja spremeni tako, da se uporabi zakonski izraz »zdravstvena storitev« namesto »storitev«.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(naslov podpoglavja IV/4.)**

Zaradi terminološke uskladitve z ZZVZZ se naslov podpoglavja uskladi tako, da se uporabi zakonski izraz »zdravstvena storitev« namesto »storitev«, ob upoštevanju ravni zdravstvenih dejavnosti, kakor jih določa ZZDej, pa se navede, da podpoglavje ureja pravice zavarovanih oseb do zdravstvenih storitev, ki se opravljajo na sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(37. člen)**

Zaradi uskladitve z ZZVZZ in ZZDej se spremeni prvi odstavek 37. člena pravil, ki enako kot do zdaj določa, da so pravica iz OZZ tudi zdravstvene storitve, ki se opravljajo v specialistično ambulantni dejavnosti na sekundarni ravni zdravstvene dejavnosti. Pri opredelitvi teh zdravstvenih storitev se upošteva ureditev prvega odstavka 13. člena ZZDej, ki določa, da je specialistična ambulantna dejavnost tista, ki pomeni nadaljevanje oziroma dopolnitev osnovne zdravstvene dejavnosti in obsega le poglobljene zdravstvene storitve. Pri opredelitvi vrst zdravstvenih storitev, ki se lahko opravljajo v specialistično ambulantni dejavnosti na sekundarni ravni, se upošteva posebna ureditev ZZVZZ, ki določa vrste zdravstvenih storitev drugače kot ZZDej.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(38. člen)**

Zaradi uskladitve z ZZVZZ in ZZDej se spremeni 38. člen pravil, ki enako kot do zdaj določa, da so pravica iz OZZ tudi zdravstvene storitve, ki se opravljajo v specialistični bolnišnični dejavnosti na sekundarni ravni zdravstvene dejavnosti. Pri opredelitvi teh zdravstvenih storitev se sledi ureditvi prvega odstavka 15. člena ZZDej, ki določa, da specialistična bolnišnična dejavnost obsega poglobljene zdravstvene storitve, nastanitev in prehrano v bolnišnicah. Pri opredelitvi vrst zdravstvenih storitev, ki se lahko opravljajo v specialistični bolnišnični dejavnosti na sekundarni ravni, se upošteva posebna ureditev ZZVZZ, ki določa vrste zdravstvenih storitev drugače kot ZZDej. V izogib podvajanju pravne ureditve se v spremenjenem prvem odstavku 38. člena pravil tudi posebej ne navajajo zdravila, živila in pripomočki, saj njihovo vključitev v samo zdravstveno storitev določa že sam drugi odstavek 23. člena ZZVZZ, posebej pa kot del standarda zdravstvene storitve, ki ga zagotavlja izvajalec sam v okviru zdravstvene storitve, tudi 107. člen pravil.

S spremenjenim drugim odstavkom 38. člena pravil se enako kot po dosedanjem drugem odstavku, določa, da zdravstvene storitve v zvezi s porodom sodijo med pravice do bolnišničnega zdravljenja. V določbi je, kot nepotrebno izpuščeno posebno navajanje »nege« saj je zdravstvena nega le ena od vrst zdravstvenih storitev, ki so pravica iz OZZ na podlagi prvega odstavka 23. člena ZZVZZ.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(39. člen)**

Zaradi notranje uskladitve pravil (z 38. členom pravil) se v prvem in drugem odstavku 39. člena pravil uskladi besedilo, vezano na vrste zdravstvenih storitev.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(40. člen)**

Druga alineja prvega odstavka 40. člena pravil se spreminja tako, da se namesto instituta »roditeljska pravica« določi institut »skrbništva«, pod katero je postavljen otrok zaradi zdravstvenega stanja, ki je nastalo pred njegovo polnoletnostjo. Pojasnilo, zakaj je dodano navedeno besedilo, je navedeno pri spremembi 138. člena pravil.

Besedilo »roditeljska pravica« je črtano, ker je ta pravni termin z Družinskim zakonikom[[6]](#footnote-6) (v nadaljnjem besedilu: DZ) nadomeščen z izrazom »starševska skrb«. DZ ne ureja podaljšanja starševske skrbi, zato se besedilo (dokler taja) »roditeljska pravica« ne more preprosto nadomestiti z besedilom (dokler traja) »starševska skrb«. Glede na to, da so odločbe o podaljšanju roditeljske pravice glede na prehodno določbo DZ še vedno v veljavi in se v tem primeru nega odobrava tudi po polnoletnosti otroka (30. člen ZZVZZ), je sočasno dodana nova prehodna določba o uporabi teh določb pravil tudi za pravnomočne sodne odločbe o podaljšanju roditeljske pravice.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(41. člen)**

Zaradi uskladitve z ZZVZZ in ZZDej se spremeni 41. člen pravil, ki enako kot do zdaj določa, da so pravica iz OZZ tudi zdravstvene storitve, ki se opravljajo na terciarni ravni zdravstvene dejavnosti. Pri opredelitvi teh zdravstvenih storitev se sledi 17. členu ZZDej, na podlagi katerega so to najzahtevnejše zdravstvene storitve, ki jih zaradi strokovne, kadrovske, tehnološke in organizacijske zahtevnosti ni možno niti ni smotrno opravljati na nižjih ravneh zdravstvene dejavnosti. Te zdravstvene storitve določi ministrstvo za zdravje, opravljajo se lahko na ambulantni ali bolnišnični način, opravljajo pa jih lahko klinike, klinični inštituti ali klinični oddelki.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(42. člen)**

42. člen pravil se črta, saj se nanaša na preventivne zdravstvene storitve, katerih natančnejša ureditev sodi na podlagi četrtega odstavka 23. člena ZZVZZ v pristojnost ministra za zdravje. Navedeno področje ureja Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni[[7]](#footnote-7).

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(45. člen)**

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 gibljivost v gleženjskem sklepu, saj je le-ta pomembna pri biomehaniki hoje in s tem pridobitve večje samostojnosti pri hoji bolnikov po navedenem posegu.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic. Pri navedenih spremembah gre le za jasnejšo opredelitev. Tudi dosedanja praksa je v teh primerih že utemeljila pravico do zdraviliškega zdravljenja, zato ne gre za vsebinsko drugačno ureditev.

1. **(46. člen)**

Zdraviliško zdravljenje obsega zahtevnejšo medicinsko rehabilitacijo s souporabo naravnih zdravilnih sredstev v naravnih zdraviliščih (43. člen pravil). Namen zdraviliškega zdravljenja, to je povrnitev funkcionalne sposobnosti (44. člen pravil) se tako lahko omogoči takrat, ko je zavarovana oseba sposobna sodelovati pri zdraviliškem zdravljenju, tudi v pogledu ohranjenih kognitivnih funkcij kot tudi ohranjene splošne telesne zmogljivosti. Dosedanje določilo je opredeljevalo kontraindikacijo za zdraviliško zdravljenje zgolj v primerih hujših duševnih motenj ali motenj osebnosti, ki bi lahko ovirale (varen) potek zdravljenja. Dopolnitev tako dodaja, da se med kontraindikacije uvrsti tudi splošna težja telesna ali kognitivna prizadetost, saj 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).

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(48. člen)**

Šesti odstavek 48. člena pravil se črta in se vsebina ustrezno uredi v spremenjenem 198. členu pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(57. člen)**

Zaradi uskladitve z ZZVZZ se v prvemu in drugemu odstavku 57. člena pravil črta ureditev, vezana na vmesno listo zdravil (gl. uvodno obrazložitev – Uskladitev pravil z ZZVZZ), v četrtem odstavku pa se lista zdravil poimenuje v skladu z ZZVZZ kot pozitivna lista zdravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(57.a člen)**

Zaradi uskladitve z ZZVZZ se v napovednem stavku 57.a člena pravil črta ureditev, vezana na vmesno listo zdravil (gl. uvodno obrazložitev – Uskladitev pravil z ZZVZZ).

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(58. člen)**

Zaradi uskladitve z ZZVZZ se v drugem stavku drugega odstavka 58. člena pravil črta ureditev, vezana na vmesno listo zdravil (gl. uvodno obrazložitev – Uskladitev pravil z ZZVZZ).

Črta se 1. točka četrtega odstavka 58. člena pravil, ki določa količino, v kateri se lahko predpiše zdravilo pri akutnih stanjih (za največ deset dni). Navedena omejitev predpisa zdravila pri akutnih stanjih, ki so lahko tudi daljša od desetih dni, je preveč omejujoče določilo. Najprimernejše obdobje zdravljenja, ki ga potrebuje zavarovana oseba, je strokovno medicinsko vprašanje, ki je v pristojnosti zdravnika.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(59. člen)**

Zaradi uskladitve z ZZVZZ in notranje uskladitve pravil se spremeni 1. točka prvega odstavka in črta drugi odstavek 59. člena pravil. Zdravila in živila so na podlagi drugega odstavka 23. člena ZZVZZ vključena v štiri vrste zdravstvenih storitev, in ne le v zdravstvene storitve zdravljenja, kot določa dosedanja določba pravil. Poleg tega že 107. člen pravil določa, da so zdravila in živila standard zdravstvene storitve, ki ga zagotavlja izvajalec sam v okviru zdravstvene storitve, če jih potrebuje za izvajanje svoje zdravstvene dejavnosti. Zato se s spremembo 1. točke prvega odstavka odkazuje na 107. člen pravil in posledično črta drugi odstavek 59. člena pravil.

Zaradi uskladitve z vrstami zdravstvenih storitev iz 23. člena ZZVZZ se spremeni 3. točka prvega odstavka 59. člena pravil, saj se na recept ne smejo predpisovati nobena zdravila, ki bi jih zavarovana oseba potrebovala le zaradi samega potovanja, ne pa kot sestavni del zdravljenja ali druge vrste zdravstvene storitve, v katero so vključena zdravila.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(60. člen)**

Zaradi uskladitve z ZZVZZ se v 60. členu pravil spremenita:

* 2. točka drugega odstavka: črta se ureditev, vezana na vmesno listo živil;
* peti odstavek: črta se ureditev, vezana na odstotke vrednosti zdravil, ki se krijejo iz OZZ in določba uskladi z drugim odstavkom 23.a člena ZZVZZ

(gl. uvodno obrazložitev – Uskladitev pravil z ZZVZZ).

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(64. člen)**

Zaradi uskladitve z vrstami zdravstvenih storitev iz 23. člena ZZVZZ se prvi odstavek 64. člena pravil spremeni tako, da se v pravilih navedejo vrste zdravstvenih storitev, pri katerih ima zavarovana oseba pravico do pripomočkov.

Zaradi notranje skladnosti besedila pravil in jasnosti ureditve, se določa, da poleg MP, ki so predmet izposoje, tudi pes vodič slepih ni last zavarovane osebe (gl. tudi obrazložitev pri 94. členu pravil).

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(64.a člen)**

Dopolnitev drugega odstavka 64.a člena pravil s podskupinami MP je uskladitvene narave s predlagano dopolnitvijo tretjega odstavka 111. člena pravil, saj se osnovne zahteve kakovosti po novem ne bodo določale le na ravni posamezne vrste MP, ampak lahko tudi na ravni podskupine MP.

Po novem ne bo več posebnih komisij, ki bi ugotavljale osnovne zahteve kakovosti MP, poleg tega se bo po novem s posebnim aktom urejalo manj vprašanj glede uvrščanja artiklov na seznam. Zato se v tej določbi črtajo nekatere vsebine posebnega splošnega akta. Skladno z dopolnitvijo v tretjem odstavku 111. člena pravil se bodo osnovne zahteve kakovosti določale za vrste MP ali za podskupine (doslej so se samo za vrste MP). Zato je treba dopolniti tudi drugi odstavek tega člena, ki opredeljuje, katere podatke vsebuje seznam MP in dopolniti, da če bodo določene osnovne zahteve kakovosti za podskupino, bo seznam MP vseboval podatke o osnovnih zahtevah kakovosti za podskupino.

Določbe pravil, ki se nanašajo na spremenjen način določitve osnovnih zahtev kakovosti za MP (sprememba tretjega odstavka 64.a člena ter črtana četrti in peti odstavek 111. člena pravil), se začnejo uporabljati ob uveljavitvi sprememb trenutno veljavnega Pravilnika o seznamu in izhodiščih za vrednosti medicinskih pripomočkov iz obveznega zdravstvenega zavarovanja[[8]](#footnote-8) (gl. prehodno določbo te novele pravil).

Spremembe v četrtem in petem odstavku so redakcijske narave, saj se v 114. členu pravil (nova 3.a točka) določi nova doba trajanja MP.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(65. člen)**

Sprememba v 12. točki druge alineje prvega odstavka 65. člena pravil je redakcijske narave, ker se ime MP – raztopina za zaščito ustne sluznice v 89. členu pravil spremeni v MP za zaščito ustne sluznice.

Črtanje petega odstavka ne pomeni vsebinske spremembe, saj bo klinični inštitut za rehabilitacijo (URI Soča) nadomestno komunikacijo še naprej izvajal v okviru zdravstvene storitve. Določba je bila vnesena v pravila z novelo leta 2020, ki je spremenila način zagotavljanja nadomestne komunikacije (prej se je tak MP izdajal na naročilnico, odtlej pa v okviru storitve), zdaj pa ni več potrebna.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(66. člen)**

Sprememba 6. točke prvega odstavka 66. člena pravil je terminološko uskladitvene narave s spremembo 85. člena pravil, s katero se »digitalni« slišni aparat preimenuje v »zahtevni« slušni aparat.

Z dopolnitvijo četrtega odstavka 66. člena pravil je na novo določeno, da se pri vseh MP za [sluh in govor](http://www.pisrs.si/Pis.web/npb/2022-01-4210-2021-01-1240-npb2-p16.pdf), pri katerih se zagotavljajo vzdrževanje in popravila, vzdrževanje zagotovi v okviru cenovnega standarda oziroma cene. To pomeni, da bo zavarovana oseba le popravila teh MP uveljavljala po postopku iz 217. člena pravil, pravilo 50 % vrednosti prejetega MP za vzdrževanje teh MP ne velja (vzdrževanja teh MP pa po podatkih dobaviteljev dejansko niti ni oziroma je zanemarljive vrednosti).

Spremembe tega člena se bodo začele uporabljati skladno s prehodno določbo.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(69. člen)**

Črta se določba, da ima otrok in mladostnik, ki se redno šola ali usposablja za poklic, pravico do električne proteze. Po vsebini gre za vrsto proteze, ki se ureja v Sklepu o zdravstvenih stanjih in drugih pogojih za upravičenost do medicinskih pripomočkov iz obveznega zdravstvenega zavarovanja[[9]](#footnote-9) (v nadaljnjem besedilu: Sklep o ZS za MP). To pomeni, da bodo lahko imele vse zavarovane osebe pravico do mehanske ali električne proteze, ne glede na starost in kot bo to ugotovil pooblaščeni zdravnik (trenutno so to zdravniki URI Soče). V določenih primerih je Zavod že doslej obravnaval zahteve za izjemno odobritev električne proteze za osebe, ki niso otroci ali mladostniki, ki se redno šolajo ali usposabljajo za poklic

Finančne posledice

So določene pri noveli Sklepa o ZS in drugih pogojih.

1. **(72. člen)**

Na novo se uredi pravica do akumulatorjev za skuter in za voziček na elektromotorni pogon, tako da ta akumulator ne bo več samostojna pravica na naročilnico, temveč se ga bo kot sestavni del drugega MP (poleg skuterja in vozička je akumulator oziroma baterija tudi sestavni del izkašljevalnika) zagotavljalo v okviru vzdrževanja MP. Pravica zavarovane osebe se s tem v ničemer ne spreminja, le olajša se dostop do novega akumulatorja, saj po novem ne bo več potrebne izdaje naročilnice, glede na spremembo 217. člena pravil pa tudi ne bo več zavodovega potrjevanja vzdrževanja in popravil MP. Ker ne bo več izdaje naročilnice za akumulator, se s tem dodatno razbremenjuje izbran oseben zdravnik, ki je bil pristojen za izdajo take naročilnice.

Spremembe tega člena se bodo začele uporabljati skladno s prehodno določbo.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(85. člen)**

Digitalni slušni aparat (drugi odstavek) se preimenuje v zahtevni slušni aparat, saj so vsi slušni aparati, ki se izdajajo na trgu, digitalni. Zavarovane osebe, mlajše od 20 let, bodo tako imele še naprej pravico do zahtevnega slušnega aparata, za katerega je cenovni standard višji, kot je pri standardnem slušnem aparatu.

Spremembe tega člena se bodo začele uporabljati skladno s prehodno določbo.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(89. člen)**

V 89. členu pravil se v prvem odstavku črta 2. točka, tj. pravica do usnjenih rokavic za zaščito prizadete roke ali prstov. Te rokavice se dejansko že doslej niso izdajale na naročilnico oziroma gre za podvojen naziv, saj gre za nepodložene usnjene rokavice. Pravica zavarovanih oseb torej s črtanjem te določbe ni v ničemer spremenjena.

V devetem odstavku 89. člena pravil se spremeni poimenovanje MP za zaščito ustne sluznice. Ker so na trgu MP za zaščito ustne sluznice tudi v drugih oblikah, ne zgolj kot raztopina, kakršen je bil naziv tega MP doslej (npr. so tudi geli, spreji), se spremeni naziv tega MP v pravilih. Tudi v Sklepu o ZS za MP, kjer je naziv gel za zaščito ustne sluznice za 7 dni, se ta naziv ustrezno usklajuje.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(91. člen)**

Zaradi novih tehnologij, ki prihajajo na trg, se poimenovanje infuzijskega seta in ampule v 7. točki prvega odstavka spreminja. Na trgu je namreč dostopna tudi drugačna tehnologija, ne samo doslej navedena. Za obstoječe inzulinske črpalke velja, da je potrošni material lahko tudi povezovalna cev z dodatki (prejšnje imenovanje je bilo zgolj infuzijski set) in rezervoar. Za nove tehnologije inzulinske črpalke, kot so obližne inzulinske črpalke, ki delujejo brez povezovalnih cevi, prav tako pa imajo infuzijske sete z drugo vsebino, smo te MP-je ločili. Trenutno pri enem izmed proizvajalcev infuzijski set vsebuje obliž in iglo, pri inzulinski črpalki drugega proizvajalca pa ni infuzijskega seta, temveč samo rezervoar. Zavarovana oseba bo lahko prejela le en set potrošnega materiala, kar glede na določbo pomeni, da se MP iz tretje alineje izključujejo z MP iz prve in druge alineje te točke.

Ker se potrošni material za inzulinsko črpalko, sistem za kontinuirano merjenje glukoze v medceličnini in sistem za spremljanje glukoze v medceličnini na trgu zagotavljajo v več oblikah, npr. kot enoten sistem oziroma potrošni material ali kot več MP, ki se pakirajo posebej ali v raznih kombinacijah (npr. pakiranje senzorja in oddajnika za kontinuirano merjenje glukoze je skupno, kot sprejemnik pa se uporablja posebna aplikacija na mobilnem telefonu), se spremeni opredelitev vseh teh MP. Ti navedeni trije MP bodo postali enotna posamezna vrsta, kot je določeno v Sklepu o ZS za MP, in se bodo po novem izdajali po sistemu življenjskih dob artiklov, kot je na novo določeno v 117.a členu pravil.

Vse spremembe iz tega člena se bodo začele uporabljati skladno s prehodno določbo te novele pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(94. člen)**

V spremenjenem 94. členu pravil, ki ureja pravico do psa vodiča slepih, se poenoti poimenovanje tega MP s poimenovanjem »pes vodič slepih«. Razen spremenjenega poimenovanja tega MP ostaja prvi odstavek tega člena vsebinsko enak.

V drugem odstavku tega člena se zaradi jasnosti pravnega statusa psa vodiča slepih izrecno določi, da je pes vodič slepih last zavoda, kot je bil že do zdaj in je to izhajalo iz ureditve, da zavod zagotovi šolanega psa vodiča v uporabo in da je v uradnih evidencah pri Veterinarski upravi RS kot lastnik naveden zavod. Zavod je psa vodiča slepih tudi kupil in zavaroval.

Spremenjeni tretji odstavek tega člena ne predvideva več, da se način ugotavljanja pogojev določa v dogovoru med zavodom in Zvezo društev slepih in slabovidnih. Gre za standarde in normative, za katere je pristojna skupščina zavoda s soglasjem ministra, pristojnega za zdravje. Zato je določena sprememba v tretjem odstavku tega člena, na podlagi katere je jasneje določeno, da lahko akt, v katerem so natančnejši pogoji in način ugotavljanja natančnejših pogojev, sprejme skupščina zavoda s soglasjem ministra za zdravje (v sedanji ureditvi je to sprejel upravni odbor zavoda). Ta določba se ob tem na način, kot je bila formulirana, torej niti ni izvajala. Predlagano je prehodno obdobje enega leta od začetka uporabe te novele pravil, v katerem mora skupščina zavoda s soglasjem ministra za zdravje sprejeti navedeni splošni akt.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(97. člen)**

Zaradi uskladitve z ZZVZZ-T in zaradi pravilnejše opredelitve se spremeni napovedni stavek prvega odstavka 97. člena pravil tako, da se kot nepotrebno črta naštevanje vrst zdravstvenih storitev, pri katerih ima zavarovana oseba, ki biva na domu, pravico do izposoje MP. Tako kot v drugih primerih ima tudi v tem primeru zavarovana oseba pravico do tistih MP, ki so potrebni zaradi zdravljenja, medicinske rehabilitacije, zdravstvene nege ali paliativne oskrbe.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(97.a člen)**

Zaradi uskladitve z ZZVZZ-T in ker gre za prihodnje zdravstveno stanje, se po novem določi, da pooblaščeni zdravnik obdobje izposoje MP določi glede na pričakovano zdravstveno stanje, ne več glede na obstoječe zdravstveno stanje in ne več glede na predvideni potek »zdravljenja«.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(98. člen)**

Iz pravil se črtajo določbe, ki urejajo obveznosti dobaviteljeve, vendar se neposredno ne nanašajo na pravice zavarovanih oseb (npr. obveznost dobaviteljev, da od zavarovanih oseb zbirajo rabljene MP in da nabavljajo nove MP). Ta materija se uredi v dogovoru z dobavitelji. Obveznosti dobaviteljev do zavarovanih oseb pa se v pravilih zapišejo z vidika pravic zavarovanih oseb.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(naslov VI. poglavja)**

Zaradi uskladitve z ZZVZZ se v naslovu poglavja črta navedba »neodložljivih zdravstvenih storitev«, saj jih ZZVZZ ne opredeljuje. Obseg pravice do zdravstvenih storitev se s tem ne zmanjšuje, saj je bil izraz »neodložljive zdravstvene storitve« že po dosedanji ureditvi pravil sinonim za zdravstvene storitve »nujnega zdravljenja«.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(101., 102. in 102.a člen)**

Zaradi uskladitve z ZZVZZ se 101. in 102. člen pravil črtata, saj je črtan 25. člen ZZVZZ. Zaradi črtanja 101. in 102. člena pravil se črta 102.a člen pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(103. člen)**

Zaradi uskladitve s 23. členom ZZVZZ se v prvem stavku prvega odstavka 103. člena pravil črta sklic na določbo 23. člena ZZVZZ, v prvem in drugem stavku pa uporabi zakonski izraz »zdravstvene storitve« namesto »storitve«.

Zaradi uskladitve z ZZVZZ se črta del napovednega stavka drugega odstavka 103. člena pravil, kolikor se nanaša na »neodložljive zdravstvene storitve« (gl. obrazložitev k spremembi naslova VI. poglavja pravil), v peti alineji pa se terminološko nadomesti izraz »storitve« z izrazom »zdravstvene storitve«.

Tretji in četrti odstavek 103. člena pravil se črtata, ker je črtan 25. člen ZZVZZ, ki je bil podlaga za obe določbi pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(104. člen)**

V spremenjenem 104. členu pravil se dosedanji prvi odstavek 104. člena pravil zgolj nomotehnično drugače oblikuje.

Zaradi črtanja 101. in 102. člena pravil se v spremenjeni člen ne vključi dosedanji drugi odstavek 104. člena pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(105. člen)**

Zaradi terminološke uskladitve z ZZVZZ in notranje uskladitve pravil se v 105. členu pravil terminološko nadomesti izraz »storitve« z izrazom »zdravstvene storitve« in popravi napačno uporabljen izraz »zavarovanec«, namesto pravilno »zavarovana oseba«.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(106. člen)**

Zaradi uskladitve s 23. členom ZZVZZ se 106. člen pravil črta, saj je na podlagi četrtega odstavka 23. člena ZZVZZ minister za zdravje pristojen, da določi natančnejši obseg preventivnih zdravstvenih storitev, ki so pravica iz OZZ, natančnejši postopek njihovega uveljavljanja, njihove standarde in normative, in sicer na predlog Zdravstvenega sveta, razen cepljenj in obvezne zaščite z zdravili, ki jih določi v skladu z zakonom, ki ureja nalezljive bolezni.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(107. člen)**

Zaradi uskladitve z ZZVZZ se 107. člen pravil spremeni tako, da se:

* v napovednem stavku terminološko nadomesti izraz »storitve« z izrazom »zdravstvene storitve« in črta sklic na črtan 106. člen pravil;
* vrste zdravstvenih storitev v prvi in drugi alineji uskladijo z vrstami iz 23. člena ZZVZZ.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(108. člen)**

Zaradi uskladitve z ZZVZZ in notranje uskladitve pravil se spremeni napovedni stavek 108. člena pravil tako, da se namesto sklica na storitve iz prvega odstavka 105. člena pravil (ki sploh nima odstavkov) uporabi splošni izraz »zdravstvene storitve«.

V skladu z namenom določbe se v tretji alineji poleg praznikov dodajo tudi drugi dela prosti dnevi.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(109. člen)**

Zaradi uskladitve z ZZVZZ in notranje uskladitve pravil se v 109. členu pravil terminološko nadomestita izraza »pravice« in »storitve« z izrazom »zdravstvene storitve«.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(111. člen)**

Na novo je določeno, da se bodo osnovne zahteve kakovosti (poleg vrst MP) določale tudi na ravni podskupin MP. Pogosto gre namreč za različne vrste MP, ki so si po vsebini zelo podobne (npr. razlike pri vrstah nekaterih hlačnih predlogah in mobilnih neprepustnih hlačkah so samo po obsegu pasu) in je zato smiselno, da se omogoči določitev osnovnih zahtev kakovosti že na ravni podskupine MP.

Zavod ugotavlja, da posebne strokovne komisije, ki so doslej pripravljale predloge osnovnih zahtev kakovosti MP, v določenih primerih niso bile učinkovite oziroma jih zaradi nepripravljenosti nekaterih upravičenih predlagateljev članov niti ni bilo mogoče v celoti sestaviti ter niso prinesle zaželene dodane vrednosti pri pripravi osnovnih zahtev kakovosti MP. Zato bo po novem sam zavod (služba zavoda) pripravil predlog teh zahtev kakovosti. To ne pomeni, da bodo dosedanji predlagatelji članov komisij izločeni, saj bodo še vedno imeli možnost podati mnenje glede predlogov osnovnih zahtev kakovosti, kot bo to določeno v splošnih aktih zavoda, ne nazadnje pa tudi v postopkih javne obravnave. S tem bo omogočeno tudi, da se bodo postopki priprave samih predlogov skrajšali, kar pomeni, da bo krajši celoten postopek sprejema osnovnih zahtev kakovosti za MP. To je pomembno tudi za nadaljnje aktivnosti pri določanju osnovnih zahtev kakovosti za MP, ko bo treba te tudi spreminjati.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(113. člen)**

Zaradi jasnosti ureditve pravic zavarovanih oseb do MP in v skladu z dosedanjo prakso zavoda se dopolnjuje napovedni stavek drugega odstavka 113. člena pravil, da se cenovni standardi MP in pogodbene cene izdanih individualno prilagojenih artiklov objavijo na spletni strani zavoda. Zavod določbo že izvaja v primerih določitve cenovnih standardov MP, saj se sklepi Upravnega odbora zavoda objavljajo na spletni strani zavoda. S predlagano dopolnitvijo se bodo na spletni strani zavoda objavili tudi podatki o pogodbenih cenah izdanih individualno prilagojenih artiklov (določeni vozički na ročni pogon in na elektromotorni pogon ter počivalniki za osebe z najtežjimi oblikami gibalne prizadetosti). Vrednosti MP se sicer določijo oziroma se dogovorijo v skladu s splošnim aktom zavoda iz drugega odstavka 64. člena ZZVZZ, tj. na podlagi Pravilnika o seznamu in izhodiščih za vrednosti medicinskih pripomočkov iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. V skladu s tem pravilnikom se bodo z vzpostavitvijo seznama MP kot njegov sestavni del (kot eni od podatkov) objavljale tudi navedene vrednosti MP. Glede na to, da je predviden postopen prehod na seznam MP in zaradi jasnosti ureditve pravic zavarovanih oseb se za to prehodno obdobje in tudi sicer pravila dopolnjuje z obveznostjo objave cenovnih standardov MP in pogodbenih cen izdanih individualno prilagojenih artiklov na spletni strani zavoda, ne glede na to, ali gre za vrste MP oziroma artikle, za katere bo vzpostavljen seznam MP ali ne.

Dopolnitev 3. točke drugega odstavka 113. člena pravil omogoča določitev cenovnega standarda ne samo na ravni vrste MP, ampak za artikel, in sicer tudi v primerih, ko to ni potrebno zaradi različnih življenjskih dob artiklov (nova 6. točke drugega odstavka 113. člena v povezavi s 117.a členom pravil). Takšni primeri so že v praksi, na primer v okviru iste vrste MP (MP pri stomi – zaščitni film in odstranjevalec lepila) se lahko kot funkcionalno ustrezen MP zagotovi artikel, ki je v obliki robčkov v različnih pakiranjih in hkrati artikel, ki je v obliki spreja v različnih volumnih. Vsi ti artikli imajo različne cene, ki v sedanji ureditvi določenega cenovnega standarda za vrsto MP (določitev enotne cene za vse izvedbe artiklov) v praksi povzročajo veliko težav pri uveljavljanju pravic zavarovanih oseb. Podobno je v primeru uveljavljanja pravic do električnega skuterja, ki je funkcionalno ustrezen v različnih izvedbah (imajo vsi enako življenjsko dobo), različne cene pa pogojuje že to, ali je skuter zložljiv (je lažji in omogoča preprostejšo uporabo za zavarovane osebe) ali nezložljiv (lahko ga zavarovana oseba uporablja samo z ustrezno prilagojenim vozilom). V teh primerih je določitev cenovnega standarda na ravni vrste MP neustrezna rešitev, ker ima v primerih »višjega« cenovnega standarda lahko zavod višje stroške, kot bi to bilo treba, v primerih »nižjega« cenovnega standarda pa lahko to pomeni, da zavarovane osebe doplačujejo tudi v primerih, ko gre za zagotavljanje funkcionalno ustreznega MP in ne zahteve zavarovane osebe zaradi nadstandardne izvedbe.

V pravilih se, upoštevaje novi 117.a člen pravil, določi nova oblika cenovnega standarda, in sicer cenovnega standarda artikla za določeno življenjsko dobo (kot je ta določena v 117.a členu pravil). Gre za izjemo od drugih oblik cenovnega standarda, kjer se ta določi na ravni vrste MP – v tem primeru se bo cenovni standard določil na ravni posameznega artikla. Določeni artikli, ki se zagotavljajo kot pravica zavarovanih oseb v okviru iste vrste MP, imajo namreč različne življenjske dobe in s tem tudi različne cene.

Določbe pravil, ki se nanašajo na novo določeno dobo trajanja, to je življenjsko dobo artikla iz 117.a člena pravil in na MP, do katerih bodo zavarovane osebe upravičene na tej podlagi, se bodo začele uporabljati skladno s prehodno določbo te novele pravil, saj je treba dotlej pri zavodu in pri dobaviteljih uskladiti informacijske sisteme.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(114. člen)**

V členu se določi nova vrsta dobe trajanja, življenjska doba artikla, kot je opredeljena v novem 117.a členu pravil. Zavod ugotavlja, da je potrebna opredelitev nove vrste dobe trajanja za tiste primere MP, ko se v okviru določene vrste MP ob enakem zdravstvenem stanju lahko zagotavljajo različni artikli, ki imajo enak namen delovanja, vendar imajo glede na navodila proizvajalcev različno življenjsko dobo.

Te spremembe se bodo začele uporabljati v skladu s prehodno določbo te novele pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(115. člen)**

V tretjem odstavku se v preglednici v 4. točki preimenuje slušni aparat iz »digitalni« v »zahtevni«.

Iz člena se izloči akumulator, ker s spremembo 72. člena pravil ni več pravica na naročilnico.

Spremeni se trajnostna doba trapeza za obračanje, in sicer se skrajša z deset na pet let. Gre za uskladitev s trajnostno dobo negovalne postelje, s katero je trapez neločljivo povezan.

Spremeni se trajnostna doba inhalatorja s funkcijo upora pri izdihu. Proizvajalec je predvidel življenjsko dobo inhalatorja s funkcijo upora pri izdihu za pet let oziroma 1000 ur, kot v predlogu navaja Pediatrična klinika UKC Ljubljana, pa ta MP zaradi večjega števila inhalacij dnevno v praksi ne zdrži pet let, zaradi česar se skrajšuje trajnostna doba na štiri leta.

Spremeni se trajnostna doba inhalatorja za prilagodljivo dovajanje razpršil. Na predlog Pediatrične klinike UKC Ljubljana se skrajšuje trajnostna doba tega MP od petih na tri leta. Prav tako je proizvajalec določil življenjsko dobo tega MP na 36 mesecev.

Iz določbe, ki ureja trajnostno dobo, se črtajo inzulinska črpalka, oddajnik in sprejemnik za kontinuirano merjenje glukoze v medceličnini in čitalnik za spremljanje glukoze v medceličnini, saj se bodo ti MP po novem urejali v 117.a členu pravil, torej kot MP z določeno življenjsko dobo artikla.

Finančne posledice

Trapez za obračanje prejmejo zavarovane osebe v izposojo hkrati ali naknadno z negovalno posteljo. Za to vrsto MP zavod plačuje dnevno izposojnino, torej je strošek odvisen od števila dni, ko je ta v izposoji in ne od trajnostne dobe MP, zato ne bo dodatnih finančnih posledic.

Ocenjuje se, da bi se zaradi spremembe trajnostne dobe inhalatorja s funkcijo upora pri izdihu (skrajšanja od petih let na štiri leta) po štirih letih od uveljavitve te spremembe povečali stroški v vrednosti 4.794 €.

Zaradi skrajšanja trajnostne dobe inhalatorja za prilagodljivo dovajanja razpršil (iz pet na tri leta) se ocenjuje povečanje stroškov za 9.182 €, in sicer po treh letih od uveljavitve te spremembe.

1. **(116. člen)**

MP iz tega člena se lahko določi tudi z dobo trajanja iz 117.a člena pravil, kar pomeni, da se v takem primeru obdobje in količina, določeni v 116. členu pravil, ne bosta več upoštevali.

Skrajšuje se doba trajanja vakuumske opornice za zdravljenje rane na stopalu od 365 na 180 dni, saj je proizvajalec določil, da je taka življenjska doba tega MP. S pravili se zato usklajuje doba trajanja z življenjsko dobo.

Črta se stalni urinski kateter iz lateksa, saj tega MP ni več na trgu niti ni več pravica iz OZZ – ni več določen kot pravica v Sklepu o ZS za MP.

Iz določbe se črtata senzorja za kontinuirano merjenje glukoze v medceličnini in za spremljanje glukoze v medceličnini, saj se bosta ta MP po novem urejala v 117.a členu pravil, torej kot MP z določeno življenjsko dobo artikla.

Poveča se največja možna količina v obdobju za endotrahealne kanile plastične, tako da so po novem pravica 4 kosi (prej 1 kos) na mesec. Zavod ugotavlja, da pogosto v primerih odločanja o izjemnih odobritvah po tretjem odstavku 259. člena pravil odobrava dodatne kose teh kanil, saj 1 kos na mesec ne zadošča. Npr. kanila postane zaradi bolezenskih procesov v dihalnih poteh in izločkov, ki se ob tem izločajo, obložena z izločki, kar je dodaten vir okužbe in je zato treba pogosteje menjavati kanile; lahko se ob obilni produkciji izločka ali ob neučinkovitem čiščenju kanila tudi zapre oziroma zamaši, kar lahko vodi do zastoja dihanja. Poleg tega predlagana rešitev pomeni, da bodo tudi ostale zavarovane osebe večjo količino teh kanil, ki so si jih doslej kupovale same, lahko prejele v breme OZZ.

Poveča se največja možna količina v obdobju za kožne podlage za zaščito kože ob kanili pri traheostomi in filtri za traheostomo za kanilo, tako da je po novem pravica 60 (prej 30) kosov na mesec. Predlog je podala Pediatrična klinika UKC Ljubljana, ki med drugim navaja, da otroci, ki se slinijo, pogosto bruhajo, pogosto potrebujejo nego stome večkrat dnevno, saj je podlaga polna izločkov, zato 1 kos kožne podlage na dan običajno ne zadošča, prav tako predlaga enako povečanje pri filtrih.

Poveča se največja možna količina v obdobju za trak za fiksacijo kanile pri traheostomi, tako da je po novem pravica 6 kosov na mesec (prej 2 kosa). Trakovi se menjajo skupaj s kanilo ali še pogosteje, zato zavod predlaga navedeno povečanje števila kosov, kar je doslej obravnaval v postopkih izjemnih odobritev.

Kot pravica do MP se črtajo usnjene rokavice za zaščito prizadete roke ali prstov, zato se črtajo tudi v tej določbi.

Za MP za zaščito ustne sluznice je bilo dosedanje obdobje in količina za raztopino za zaščito ustne sluznice za 3 odmerke dnevno 63 dni oziroma 9 tednov, torej je šlo za obdobje in količina, kot ju določajo pravila. Količino bo po novem določil pooblaščeni zdravnik, ki bo po novem za ta MP izbrani osebni zdravnik, ne več napotni zdravnik.

Poveča se največja možna količina v obdobju za enoodmerno hipertonično raztopino NaCl, in sicer od dveh na 3 kose na dan, saj otroci z napredovano boleznijo in ob akutnih poslabšanjih inhalirajo tudi do 4 krat dnevno. Predlog je podala Pediatrična klinika UKC Ljubljana.

Finančne posledice

Skrajšana je doba trajanja vakuumske opornice za zdravljenje rane na stopalu. Zaradi te določbe ne bo neposrednega finančnega učinka, saj so zavarovane osebe doslej imele pravico do vzdrževanja, v okviru katerega so pri dobavitelju upravičene do zamenjave notranjega dela te opornice. Glede na to, da v praksi še niti ni bilo primerov teh opornic z izdano dobo trajanja 365 dni (od 1. marca 2023 je zadnja sprememba), ocenjujemo, da s to spremembo ne bo finančnih posledic.

Določene osebe so že doslej prejemale endotrahealne kanile plastične kot izjemne odobritve na podlagi tretjega odstavka 259. člena pravil. S širitvijo pravice do (količine) teh kanil se ocenjuje, da bo do večje količine izdanih kanil prišlo tudi pri zavarovanih osebah, ki so si doslej te kanile kupovale same. Ocena je, da se bo povečala količina izdanih kanil za 20 % primerov oziroma dosedanjih količin, kar pomeni, da se bodo stroški letno povečali za 107.491 €.

Poleg endotrahealnih kanil plastičnih je predlagano povečanje največjih možnih količin pri njihovih potrošnih materialih. Na podlagi števila izdanih kosov le-teh v letu 2022 se v primeru, da bi vse upravičene zavarovane osebe prejele predlagane največje možne količine, ocenjuje povečanje za:

* kožne podlage za zaščito kože ob kanili pri traheostomi v vrednosti 19.735 €;
* filtre za traheostomo za kanilo v vrednosti 61.234 €;
* trakove za fiksacijo kanile pri traheostomi v vrednosti 59.710 €.

Ocenjuje se, da bo hipertonične raztopine, ki omogočajo lažje izkašljevanje, potrebovalo 150 zavarovanih oseb letno, kar predstavlja povečanje stroškov za 50.074 €.

1. **(117. člen)**

Podobno kot v 116. členu pravil se določi, da se MP iz tega člena lahko določi tudi z dobo trajanja iz 117.a člena pravil, kar pomeni, da se v takem primeru obdobje in količina, kot ju določi pooblaščeni zdravnik in sta določeni v 117. členu pravil, ne bosta več upoštevali. Ta sprememba se začne uporabljati v skladu s prehodno določbo te novele pravil.

Iz 116. člena pravil je prenesen MP za zaščito ustne sluznice, kar pomeni, da bo količino po novem določil pooblaščeni zdravnik, saj gre za različne variante tega MP, zato dosedanja rešitev z odmerki ni bila ustrezna.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(117.a člen)**

V povezavi s spremembo 114. člena pravil določba ureja pravico zavarovanih oseb v okviru določenih vrst MP glede na življenjsko dobo artiklov. Delna obrazložitev za sistemsko spremembo na področju uveljavljanja pravic zavarovanih oseb do MP, pri katerih se bodo upoštevale življenjske dobe artiklov, je že pri obrazložitvi 91. člena pravil. To pomeni, da bo zavarovana oseba npr. pri spremljanju glukoze v medceličnini lahko prejela v breme OZZ senzor, ki se lahko uporablja 14 dni ali senzor, ki se uporablja deset dni, ali tudi v drugih življenjskih dobah. Podobna ureditev pravice, glede na življenjsko dobo artikla, se bo lahko uporabila tudi v primeru pravic do drugih MP, npr. do inzulinske črpalke, saj so te z različnimi življenjskimi dobami. Nujnost spremembe v tem členu se najbolj izrazito kaže v primerih uveljavljanja pravic zavarovanih oseb do MP pri sladkorni bolezni.

Sedanja ureditev z določitvijo trajnostnih dob, ki pomeni »skupni imenovalec« življenjskih dob artiklov, ki jih lahko zavarovana oseba prejme v okviru določene vrste MP, povzroča v praksi določene težave. Pri določenih MP se lahko zagotavljajo artikli z enakim namenom uporabe, ki pa imajo zelo različne življenjske dobe.

Ta rešitev bo omogočala tudi hitrejše spremembe v okviru določenih vrst MP in v okviru določenih zdravstvenih stanj (ki jih določi skupščina zavoda s soglasjem ministra za zdravje), saj bo za določen nov artikel z novo življenjsko dobo upravni odbor zavoda določil potem zanj tudi cenovni standard in se bo ta lahko zagotavljal zavarovanim osebam. Zavarovane osebe bodo s to rešitvijo imele možnost hitrejšega dostopa do novejših artiklov v okviru določenih vrst MP.

Navedeno pomeni, da bo zdravnik opredelil na naročilnici vrsto MP in obdobje, v katerem je predvidel, da je zavarovana oseba glede na zdravstveno stanje in predvideno zdravljenja oziroma rehabilitacijo upravičena do izdaj artikla, ki ga bo sama izbrala. To obdobje pa ne sme biti daljše kot šest let. Ne glede na navedeno pa bo zavarovana oseba lahko prejela hkrati največ količino artikla za 90 dni v primerih MP potrošnega značaja (kjer se hkrati izdaj več kosov), v ostalih primerih pa 1 kos določenega artikla.

Določbe pravil, ki se nanašajo na novo določeno dobo trajanja, to je življenjsko dobo artikla iz 117.a člena pravil in na MP, do katerih bodo zavarovane osebe upravičene na tej podlagi, se bodo začele uporabljati v skladu s prehodno določbo te novele pravil, saj je treba predhodno pri zavodu in pri dobaviteljih uskladiti informacijske sisteme.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(119. člen)**

Podaljšuje se obdobje veljavnosti obnovljive naročilnice, tako da jo bo pooblaščeni zdravnik izdal z veljavnostjo do treh let (doslej eno leto). S tem bo prišlo do dodatnih administrativnih razbremenitev izbranih osebnih zdravnikov zaradi manjšega števila obiskov s strani pacientov. Število predvidenih izdaj MP je nepotrebno, zato se črta.

Črta se četrti odstavek 119. člena pravil, po katerem je bila zavarovana oseba pri naslednjih prejemih MP na podlagi iste obnovljive naročilnice vezana na istega dobavitelja. S tem se zavarovana oseba dodatno razbremeni in ima možnost proste izbire dobavitelja tudi v primeru iste obnovljive naročilnice, tako kot pri navadni (neobnovljivi) naročilnici.

Ti spremembi se začneta uporabljati v skladu s prehodno določbo te novele pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(122. člen)**

Zaradi terminološke uskladitve z ZZVZZ se v tretjem odstavku 122. člena pravil nadomesti izraz »storitev« z izrazom »zobozdravstvena storitev«.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(133. člen)**

Zaradi uskladitve z ZZVZZ se v drugem odstavku 133. člena pravil črta ureditev, vezana na odstotke vrednosti zdravstvenih storitev, ki se krijejo iz OZZ (gl. uvodno obrazložitev – Uskladitev pravil z ZZVZZ).

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(135.d člen)**

Sprememba v šestem odstavku 135.d člena pravil je redakcijske narave, saj se popravlja sklic na določbo tega člena.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(135.e člen)**

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. Praksa je namreč pokazala, da zdravniki zavarovanim osebam, ki nameravajo nakup zdravila opraviti v tujini, predpišejo papirnati recept in obenem razveljavijo elektronski recept. Zaradi posameznih izjem ni smiselno, da Nacionalni inštitut za javno zdravje tehnično spreminja (nadgrajuje) sistem elektronskega recepta. Zato se predlaga črtanje navedene določbe pravil, ki v prakso še ni bila niti uvedena, saj za njeno izvedbo še niso bile vzpostavljene tehnične možnosti, kot je to predvidevala prehodna določba 138. člena novele pravil z leta 2018[[10]](#footnote-10), ki bo z uveljavitvijo te novele pravil postala obsoletna. Z uveljavitvijo te novele pravil se tako ne bo več uporabljala niti dosedanja prehodna ureditev iz tretjega odstavka 138. člena novele pravil z leta 2018, da uradna oseba zavoda ob izdaji odločbe, s katero se ugodi zahtevi 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. Tovrstno obveščanje v prihodnje ni potrebno, saj gre le za posamezne primere, ko se povračilo uveljavlja na podlagi e-recepta, bodisi enkratno predpisanega ali obnovljivega. V večini primerov do zaključka obravnave vloge za povračilo stroškov recept že preneha veljati in ne prihaja do podvojenih dvigov zdravil. Glede na navedeno gre pri obveščanju za nepotrebno administrativno oviro v postopku odločanja.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(135.f člen)**

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, kot je na primer Centralna baza zdravil in je zato nepotrebno administrativno obremenjevati farmacevta v lekarnah. Po novem podatek pridobi uradna oseba zavoda (gl. tudi 228.f člen pravil).

Zaradi opustitve obveznosti izdaje potrdila o deficitarnosti zdravila je iz četrtega odstavka 135.f člena pravil črtano to potrdilo.

S črtanjem devetega odstavka 135.f člena pravil se ukinja obveznost uradne osebe zavoda, da razveljavi elektronski recept, če je izdana ugodilna odločba o povračilu stroškov vrednosti zdravila ali živila. Razlogi za spremembo in učinki predlagane spremembe so enaki kot pri predlogu za črtanje desetega odstavka 135.e člena pravil. Pri tem je treba dodatno pojasniti, da se v praksi ugotavlja, da tudi pri obnovljivih receptih večinoma ne prihaja do podvojenih dvigov, saj so motnje v preskrbi z zdravilom v RS dolgotrajne, lekarne pa zdravila na obnovljiv recept v primeru izpuščenega dviga zdravil za nazaj ne smejo izdati.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(138. člen)**

Zaradi uskladitve s tretjim odstavkom 30. člena ZZVZZ je v 3. točki četrtega odstavka 138. člena pravil črtana beseda »hudega«. Ker v skladu z navedeno določbo imenovani zdravnik izjemoma lahko podaljša trajanje pravice do nadomestila za nego otroka ne le v primerih, ko je taka odsotnost potrebna zaradi nenadnega poslabšanja zdravstvenega stanja otroka, temveč tudi v drugih izjemnih primerih, je zaradi večje jasnosti dopolnjena 3. točka četrtega odstavka tega člena z opredelitvijo, da se lahko nega odobri 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.

V veljavnem petem odstavku je določena starostna omejitev pravice do nege. Tako lahko pravico do nadomestila zaradi nege otroka lahko uveljavlja eden od staršev do dopolnjenega 18. leta otrokove starosti oziroma je po novem glede na veljavni DZ dodano, da tudi, dokler je oseba, starejša od 18 let, postavljena pod skrbništvo. Gre za primere, ko je zdravstveno stanje otroka, ki terja postavitev pod skrbništvo, nastalo pred 18. letom in se ta oseba postavi pod skrbništvo v celoti tudi po 18. letu (npr. ne gre za postavitev pod skrbništvo za poseben primer, torej le za določene naloge, npr. za nakup nepremičnine). Besedilo »roditeljska pravica« je črtano, ker ta izraz od DZ kot pravni termin ne obstaja (nadomestil ga je izraz »starševska skrb«), pri čemer DZ ne pozna podaljšanja starševske skrbi, zato besedila »roditeljska pravica« ni mogoče nadomestiti z besedilom »starševska skrb«. Glede na prehodno določbo DZ so odločbe o podaljšanju roditeljske pravice še vedno v veljavi in se v tem primeru nega odobrava tudi po polnoletnosti otroka. Zato je sočasno dodana nova prehodna določba o uporabi teh določb pravil tudi za pravnomočne sodne odločbe o podaljšanju roditeljske pravice. V obeh primerih, tako v primeru podaljšanja roditeljske pravice (ko so odločbe, izdane pred začetkom uporabe DZ, še veljavne), kot tudi v primeru skrbništva so posledice enake, taka oseba ni poslovno sposobna. V praksi se odločba že izvaja na način, da se pravica do nadomestila zaradi začasne zadržanosti zaradi nege prizna tudi v primeru, če nego uveljavlja skrbnik za osebo, ki je postavljena pod skrbništvo. Zato predlagana dopolnitev predstavlja uskladitev z DZ in z obstoječo prakso.

Šesti odstavek tega člena pravil je dopolnjen tako, da je dodan pogoj o nezdružljivosti pravice do nadomestila za nego otroka za čas, ko ga otrok prebije v šoli ali institucionalnem varstvu. 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 ne more uveljavljati pravice do nadomestila zaradi nege otroka.

138. člen pravil v osmem odstavku zaradi jasnosti ureditve določa, da starši nimajo pravice do nadomestila, kadar otrok uveljavlja pravico do obnovitvene rehabilitacije invalidov, udeležbe v organiziranih skupinah za usposabljanje ali letovanja otrok in šolarjev, ki so urejene v pravilih. Zakon o dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju[[11]](#footnote-11) (v nadaljnjem besedilu: ZZVZZ-P) je določil nove tri vrste preventivnih skupinskih zdravstvenih programov (devetnajsta, dvajseta in enaindvajseta alineja 1. točke prvega odstavka 23. člena prej veljavnega ZZVZZ oziroma 9., 10. in 11. točka prvega odstavka 23. člena veljavnega ZZVZZ), ki bodo nadomestili navedene tri pravice, ki so urejene v pravilih (obnovitveno rehabilitacijo invalidov, udeležbo v organiziranih skupinah za usposabljanje ter letovanje otrok in šolarjev). Nova zakonska ureditev se začne uporabljati 1. januarja 2024[[12]](#footnote-12), ko na podlagi 3. člena ZZVZZ-P prenehajo veljati relevantne določbe pravil, med katerimi ZZVZZ-P določa tudi prenehanje veljavnosti (takratnega) drugega stavka sedmega odstavka 138. člena pravil. Ta določba pravil je bila z novelo pravil v letu 2021[[13]](#footnote-13) premeščena v osmi odstavek 138. člena pravil. Zaradi doslednosti in jasnosti pravne ureditve je zato treba črtati veljavni osmi odstavek 138. člena pravil oziroma prejšnji drugi stavek sedmega odstavka 138. člena pravil (gl. prehodno določbo novele pravil). Pri tem je treba pojasniti, da se navedene določbe pravil tudi sicer več ne uporabljajo glede na odločbo Ustavnega sodišča, št. U-I-23/20 z dne 20. 10. 2022[[14]](#footnote-14), s katero je Ustavno sodišče razveljavilo 50., 51. in 52. člen pravil, razveljavitev pa je začela učinkovati 12. novembra 2022.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(153. člen)**

Zaradi uskladitve s spremenjenim 40. členom ZZVZZ se spremeni prvi odstavek 153. člena pravil, ki določa pravico do povračila potnih stroškov. Na podlagi prvega odstavka 40. člena ZZVZZ ima zavarovana oseba iz OZZ pravico do povračila prevoznih stroškov v primeru, ki jih določa tudi spremenjen prvi odstavek 153. člena pravil. Te pravice pa zavarovana oseba nima, če uveljavlja pravico do naslednjih zdravstvenih storitev iz drugega odstavka 40. člena ZZVZZ:

* zdravstvenih storitev v specialistično ambulantni ali bolnišnični dejavnosti ali zdraviliškega zdravljenja, ki je nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, če te zdravstvene storitve uveljavlja zaradi poškodbe izven dela;
* zdraviliškega zdravljenja, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja;
* zobno-protetičnega zdravljenja;
* izdaje zdravila, živila za posebne zdravstvene namene ali medicinskega pripomočka.

Ne glede na prvo, drugo in tretjo alinejo drugega odstavka 40. člena ZZVZZ pa ima zavarovana oseba pravico do povračila prevoznih stroškov, če uveljavlja pravice do naslednjih zdravstvenih storitev, ki jih določa tretji odstavek 40. člena ZZVZZ:

1. zdravljenja in medicinske rehabilitacije otrok, učencev in študentov, ki se redno šolajo, in sicer do konca šolanja, vendar največ do konca šolskega oziroma študijskega leta, v katerem dopolni 26 let ter otrok in mladostnikov z motnjami v telesnem in duševnem razvoju;
2. zdravljenja in medicinske rehabilitacije malignih bolezni, mišičnih in živčno-mišičnih bolezni, paraplegije, tetraplegije, cerebralne paralize, epilepsije, hemofilije, duševnih bolezni, razvitih oblik sladkorne bolezni, multiple skleroze in psoriaze;
3. zdravljenja in medicinske rehabilitacije slepote in slabovidnosti v skladu z veljavno klasifikacijo Svetovne zdravstvene organizacije, popolne ali zelo težke okvare sluha po Mednarodni klasifikaciji okvar, invalidnosti in oviranosti Svetovne zdravstvene organizacije (1980), cistične fibroze in avtizma in oseb po nezgodni poškodbi glave in okvari možganov;
4. zdravljenja in medicinske rehabilitacije zaradi poklicnih bolezni in poškodb pri delu;
5. zdravstvenih storitev v zvezi z darovanjem delov človeškega telesa, vključno z darovanjem človeških tkiv in celic;
6. nujne medicinske pomoči;
7. zdravstvenih storitev v zvezi s presaditvijo delov človeškega telesa in z drugimi najzahtevnejšimi operativnimi posegi;
8. zdravstvenih storitev v zvezi z intenzivno terapijo, radioterapijo, dializo in drugimi nujnimi najzahtevnejšimi diagnostičnimi, terapevtskimi in rehabilitacijskimi posegi;
9. zdravstvenih storitev s področja reprodukcije;
10. zdravljenja ustnih in zobnih bolezni.

Najzahtevnejše zdravstvene storitve iz 7. in 8. točke tretjega odstavka 40. člena ZZVZZ bo do 1. januarja 2024 določil zavod v posebnem splošnem aktu (predvidoma v posebnem sklepu) v soglasju z Vlado Republike Slovenije.

Ureditev, ki na podlagi 40. člena ZZVZZ velja za pravico do povračila prevoznih stroškov, na podlagi pravil velja tudi za pravico do povračila stroškov prehrane in nastanitve med potovanjem in bivanjem v drugem kraju.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(158. člen)**

Zaradi terminološke uskladitve z ZZVZZ se v prvem odstavku 158. člena pravil nadomesti izraz »storitev« z izrazom »zdravstvena storitev«.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(160. člen)**

Zaradi terminološke uskladitve z ZZVZZ se v tretjem odstavku 160. člena pravil nadomesti izraz »storitev« z izrazom »zdravstvena storitev«, v pravilih poenoti uporaba izraza »storitev fizioterapije«, črta pa se ločeno navajanje »patronažne zdravstvene nege«, saj ta sodi pod »zdravstveno nego«, ki je že navedena v določbi.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(161. člen)**

V drugem odstavku 161. člena pravil se zaradi terminološke uskladitve z ZZVZZ besedilo »diagnostiko in zdravljenje« nadomesti z besedilom »zdravstvene storitve«, ki sicer ima nekoliko širši pomen.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(164. člen)**

Zaradi terminološke uskladitve z ZZVZZ se v drugem odstavku 164. člena pravil nadomesti izraz »storitev« z izrazom »zdravstvena storitev«.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(166. člen)**

Zaradi uskladitve s 63. členom ZZVZZ se v 1. točki prvega odstavka 166. člena pravil določi, da je število evidentiranih zavarovanih oseb na osebnega zdravnika predmet dogovora, saj tega števila ne določa zavod sam. Z dogovorom iz 63. člena ZZVZZ se namreč opredelijo tudi zmogljivosti, potrebne za izvajanje programa storitev OZZ, ki je predmet dogovora.

Z novo 4. točko prvega odstavka 166. člena pravil se določa nov razlog, ki osebnemu zdravniku omogoča, da odkloni opredelitev posamezne zavarovane osebe. Ta nova ureditev je dodana na predlog Zdravniške zbornice Slovenije. 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.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(169. člen)**

V 169. členu pravil se spremeni 4. točka, ki določa enega od razlogov, ko lahko zavarovana oseba zamenja osebnega zdravnika pred iztekom enega leta od opredelitve. Glede na to, da je razlog vezan na nestrokovno opravljanje zdravstvenih storitev, se njegovo ugotavljanje po novem veže na ugotovitve strokovnega nadzora s svetovanjem, kot je ta vrsta nadzora urejena z ZZDej.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(172. člen)**

Zaradi uskladitve z ZZVZZ in notranje uskladitve pravil se spreminja 172. člen pravil:

* v drugem odstavku se zdravstvene storitve osebnega zdravnika opredelijo enotno kot zdravstvene storitve v osnovni zdravstveni dejavnosti, brez naštevanja njihovih vrst. Sočasno se črtajo določbe, ki so vezane na ureditev preventivnih zdravstvenih storitev, saj njihovo natančnejše urejanje sodi na podlagi četrtega odstavka 23. člena ZZVZZ v pristojnost ministra za zdravje;
* v tretjem odstavku se terminološko nadomesti izraz »storitev« z izrazom »zdravstvena storitev« in kot nepotreben črta del besedila glede zdravljenja na domu, saj je to le ena od zdravstvenih storitev, ki se lahko opravi v okviru hišnega obiska;
* četrti odstavek se črta, saj je vezan na ureditev preventivnih zdravstvenih storitev, katerih natančnejše urejanje sodi na podlagi četrtega odstavka 23. člena ZZVZZ v pristojnost ministra za zdravje. Pri tem se v spremenjen 196. člen pravil prenese določba iz 172. člena pravil, da se za preventivne zdravstvene storitve napotnica ne izda.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(173. člen)**

Zaradi uskladitve z ZZVZZ se spremeni 173. člen pravil:

* v prvem odstavku se terminološko nadomesti izraz »storitev« z izrazom »zdravstvena storitev«;
* drugi odstavek se spremeni zaradi uskladitve z vrstami zdravstvenih storitev, kakor jih določa 23. člen ZZVZZ.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(174. člen)**

Zaradi uskladitve z ZZVZZ se spremeni drugi odstavek 174. člena pravil tako, da se dejansko nadomesti besedilo »preglede odraslih iz programa obveznega zavarovanja« z besedilom »preventivne zdravstvene storitve, do katerih imajo pravico odrasle zavarovane osebe«.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(176. člen)**

S spremembo 176. člen pravil po novem pri izdaji napotnice ne bo več treba označiti obsega pooblastil, ki se z napotnico prenašajo na napotnega zdravnika. Zato je spremenjen tudi prvi odstavek 176. člena pravil, v katerem se več posebej ne določajo razlogi za izdajo napotnice (zaradi konzultacije, diagnostičnih, terapevtskih ali rehabilitacijskih zdravstvenih storitev). Napotnica se izda z namenom, da napotni zdravnik glede na svojo kvalifikacijo, delovno področje in poklicno dejavnost (kompetence) opravi pri zavarovani osebi vse potrebne zdravstvene storitve. Pri tem ostaja nespremenjena ureditev, da lahko osebni zdravnik izda napotnico šele, ko je opravil vse zdravstvene storitve, ki jih mora sam zagotoviti zavarovani osebi (178. člen pravil).

Drugi odstavek 176. člena pravil, da lahko osebni zdravnik izda napotnico le za zdravstvena stanja, ki jih obravnava na svojem delovnem področju, je vsebinsko nespremenjen glede na dosedanji drugi odstavek tega člena.

Zaradi črtanja vnaprejšnjega določanja časovne veljavnosti napotnice (gl. obrazložitev k spremenjenemu 177. členu pravil) je v spremenjenem tretjem odstavku 176. člena pravil, ki določa, da se za isto zdravstveno stanje in za enega napotnega zdravnika iste vrste specialnosti izda ena napotnica, črtano besedilo »za isto obdobje«. Iz istega razloga v spremenjen 176. člen pravil ni vključen dosedanji šesti odstavek tega člena, ki je določal možnost, da napotni zdravnik podaljša časovno veljavnost napotnice.

Četrti odstavek je vsebinsko nespremenjen, le da je vanj zaradi vsebinske povezanosti prenesena tudi vsebina dosedanjega tretjega odstavka 177. člena pravil, ki odkazuje na ureditev zakona, ki ureja pacientove pravice, glede označitve napotnice s stopnjo nujnosti, roka za njeno predložitev in sankcij zaradi njene nepravočasne predložitve.

Spremenjeni peti odstavek določa, da ima napotni zdravnik na podlagi napotnice samodejno vsa pooblastila, ki mu omogočajo izvedbo zdravstvenih storitev z njegovega delovnega področja, kar pomeni, da zdravniku, ki izstavi napotnico, ni treba na napotnici posebej določati obsega pooblastil.

Zavarovana oseba uveljavlja namreč zdravstvene storitve specialistično ambulantne ali bolnišnične zdravstvene dejavnosti na podlagi listine – Napotnice, ki jo lahko izda njen osebni zdravnik ali napotni zdravnik (izjema so primeri, določeni v 196. členu pravil, ko napotnica ni potrebna). Po veljavnem petem odstavku 176. člena pravil lahko osebni zdravnik na napotnega zdravnika prenese naslednja pooblastila:

1. za pregled zavarovane osebe zaradi podaje mnenja o zdravstvenem stanju s predlogom nadaljnje zdravstvene obravnave zavarovane osebe, pri čemer ji zagotovi diagnostične preiskave, ki so potrebne za oblikovanje in podajo mnenja ter predloga o nadaljnji zdravstveni obravnavi (pooblastilo 1);
2. za 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 MP in receptov za uvedena zdravila in živila ter zdravila in živila, ki jih zavarovana oseba potrebuje v redni terapiji (pooblastilo 2);
3. za 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 (pooblastilo 3).

Po veljavni ureditvi lahko osebni zdravnik na napotnega zdravnika prenese eno ali več navedenih pooblastil, kar ustrezno označi na izdani listini. S predlagano spremembo 176. člena pravil se z izdajo napotnice šteje, da ima napotni zdravnik vedno podana vsa pooblastila iz petega odstavka tega člena, kar kot navedeno pomeni, da jih osebnemu zdravniku, ki izdaja napotnico na tej listini, ni treba posebej določati. Osebni zdravnik lahko izda napotnico, ko je opravil vse zdravstvene storitve, ki jih mora zagotoviti, pri čemer ob napotitvi seznani 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 strokovno presojo presodi, katere zdravstvene storitve so potrebne za ugotovitev stanja oziroma zdravljenja. V skladu s tem bo lahko izvedel 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. Posledično je obveznost osebnega zdravnika, da na listini posebej označi, katera pooblastila prenaša na napotnega zdravnika, nepotrebna in predstavlja administrativno breme tako za osebnega zdravnika kot tudi za napotnega zdravnika, ki v primeru, da na napotnici ni posebej označeno določeno pooblastilo (npr. pooblastilo 3) mora zaprositi osebnega zdravnika za dopolnitev napotnice, sicer določenih storitev ne more izvesti (npr. če ni označeno pooblastilo 3, ne more zavarovane osebe napotiti na določeno preiskavo, ki jo potrebuje v okviru zdravljenja zavarovane osebe). S tem (s trenutno veljavno ureditvijo) se tudi podaljšuje postopek obravnave zavarovane osebe, kar ji prinaša nevšečnosti.

Zato sta v 176. členu pravil spremenjena tretji in peti odstavek, iz katerih je izhajala obveznost, da zdravnik, ki izstavi napotnico, na tej določi obseg pooblastil.

Nespremenjena ostaja 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. Posledično so ustrezno spremenjeni 177. člen, peti odstavka 178. člena, prvi in drugi odstavek 188. člena, 189. in 196. člen pravil.

V 176. členu pravil ni vključen dosedanji sedmi odstavek, ki trenutno prepoveduje 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. V praksi se je takšna prepoved izkazala za nepotrebno, saj predstavlja zgolj administrativno breme tako za zavarovano osebo, ki mora do osebnega zdravnika zgolj zaradi izdaje nove napotnice, kot tudi za osebnega zdravnika, ki mora izdati dodatno napotnico in za napotnega zdravnika, ki mora zahtevati novo napotnico. S črtanjem določbe se odpravljajo navedena administrativna bremena in se skrajšuje postopek obravnave zavarovane osebe.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(177. člen)**

Na predlog Ministrstva za zdravje (v nadaljnjem besedilu: MZ), ki je upoštevalo tudi mnenja pristojnih razširjenih strokovnih kolegijev (v nadaljnjem besedilu: RSK), je predlagano, da napotnice veljajo do zaključka obravnave na sekundarni oziroma terciarni ravni zdravstvene dejavnosti. Po stališču MZ določilo drugega odstavka 46. člena ZZDej, ki govori o »časovni omejenosti« izvajanja storitev, ob upoštevanju določbe o napotitvah v ostalih predpisih, ne pomeni zgolj možnosti definicije »časovne omejenosti« le vnaprej z npr. številom mesecev določenega trajanja. Glede na različnost zdravstvenih stanj, pridruženih bolezni in kliničnega stanja pacienta, v določeni meri pa tudi presoje zdravnika o pacientovem razumevanju navodil in verjetnosti njihovega doslednega upoštevanja, se lahko obravnava iste diagnoze pri različnih pacientih precej razlikuje tako po dolžini obravnave kot po pogostosti obravnave posameznega pacienta, zato zahteva po vnaprej omejeni dolžini trajanja obravnave ni v skladu s potrebami v klinični praksi. Zato bi bila časovna veljavnost napotitve lahko vezana na odločitev zdravnika na sekundarni ali terciarni ravni zdravstvene dejavnosti o zaključku obravnave na sekundarni ali terciarni ravni oziroma nadaljevanju obravnave pri izbranem zdravniku na primarni ravni. Takšna ureditev bi bila optimalna z vidika pacienta (napotna listina bi bila veljavna za celotno obdobje napotitve do zaključka obravnave) in doseganja cilja administrativne razbremenitve zdravnikov na primarni ravni (brez dodatnih obremenitev z izdajo novih napotnic po izteku veljavnosti oziroma prenosa obremenitev pri podaljševanju napotnic na sekundarno ravni zdravstvene dejavnosti). Dodatno prednost je tudi v izboljšavi preglednosti dejanskega časa od prve napotitve pacienta do konca obravnave (ali npr. od napotitve do operacije). Prav tako bi se s tem omogočile bistveno boljše kontrole nad pravilnostjo vodenja čakalnih seznamov (v čakalnih seznamih se bodo kot naročila brez napotne listine pojavljala le naročila za vrste zdravstvenih storitev, ki napotne listine ne potrebujejo, sedaj pa je zaradi vrste izjem, ki izhaja iz poteka veljavnosti napotnice ali v trenutku vpisa v čakalni seznam še ne podaljšane napotnice, teh naročil bistveno več).

Tako na napotnici ne bo več navedena njena časovna veljavnost, saj bi napotnica veljala vse, dokler je napotni zdravnik ne zaključi, kar bo storil, ko bo izvedel zdravstvene storitve, za katere je izstavljena napotnica. Če napotni zdravnik tega ne bi storil (npr. je pozabil zaključiti napotnico), 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. S prenehanjem veljavnosti napotnice bo v primeru, če jo zaključi napotni zdravnik sam, ta s tem seznanil zavarovano osebo. To bo praviloma storil s pojasnilom v pisnem izvidu, ki ga izda po opravljeni zdravstveni storitvi. Če je napotnica samodejno prenehala veljati zaradi poteka 2-letnega roka, bo zavarovano osebo s tem seznanil njen osebni zdravnik, in sicer ob stiku z njo (npr. ob obisku zavarovane osebe, ob telefonskem klicu, ki ga evidentira v zdravstveni dokumentaciji zavarovane osebe). Osebni zdravnik oziroma zdravnik, ki je izdal napotnico (to je lahko osebni zdravnik ali napotni zdravnik) bo seznanjen s prenehanjem veljavnosti napotnice prek eZdravja (sistem eZdravja je na nacionalni ravni usklajen zdravstveni informacijski sistem, katerega obvezni uporabniki so tudi izvajalci zdravstvenih storitev, kot je to opredeljeno v zakonu, ki ureja zbirke podatkov s področja zdravstvenega varstva). Osebni zdravnik oziroma zdravnik, ki je izdal napotnico, bo tudi prek CRPP oziroma Centralnega registra podatkov o pacientih, kakor je opredeljen v zakonu, ki ureja zbirke podatkov s področja zdravstvenega varstva v okviru izdanega pisnega izvida prejel informacijo, da je napotnica prenehala veljati, ker jo je zaradi zaključka zdravljenje zavarovane osebe zaključil napotni zdravnik sam. 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 pravicah[[15]](#footnote-15), 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.

V času veljavnosti napotnice lahko pred načrtovanim prvim ali kontrolnim pregledom oziroma pred izvedbo določene zdravstvene storitve (npr. pregled, operativni poseg) pride do akutnega poslabšanja zdravstvenega stanja pacienta. V tem primeru je predvideno, da se zavarovana oseba obrne neposredno na svojega osebnega zdravnika, ki bo ob ugotovitvi, da je pri zavarovani osebi prišlo do akutnega poslabšanja zdravstvenega stanja, ki zahteva predčasno zdravstveno obravnavo pri napotnem zdravniku, to tudi predlagal, in sicer z zahtevkom v okviru izdane napotnice, ki ga bo tudi ustrezno strokovno utemeljil (na podlagi medicinske dokumentacije in/ali osebnega pregleda zavarovane osebe). Nove napotnice ne more izdati, ker je prejšnja, izdana za zdravljenje istega zdravstvenega stanja pri istem specialistu, še vedno veljavna.

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.

Zavarovana oseba se bo torej v primeru akutnega poslabšanja zdravstvenega stanja praviloma najprej oglasila pri osebnem zdravniku, ki 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 predlagal predčasno obravnavo zavarovane osebe pri napotnem zdravniku, pri katerem ima zavarovana oseba že veljavno napotnico.

Zavarovana oseba ima možnost, da se tudi sama neposredno obrne na napotnega zdravnika s predlogom po predčasni zdravstveni obravnavi, če je drug pooblaščeni zdravnik ugotovil, da je prišlo do akutnega poslabšanja zdravstvenega stanja zavarovane osebe. Kot pooblaščeni zdravnik se v skladu z 29. točko 2. člena pravili šteje osebni zdravnik, napotni zdravnik ali drug zdravnik pri izvajalcu, ki je z zakonom ali s splošnim aktom zavoda pooblaščen izvesti določeno zdravstveno storitev. Gre torej za zdravnika pri izvajalcu v okviru javne mreže. 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 lahko zavarovana oseba odloči, da se bo sama obrnila na napotnega zdravnika, lahko pa se z izvidom obrne tudi 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 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, 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 lahko 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.

Zaradi nove ureditve, po kateri se na napotnici ne določa več njena (vnaprejšnja) veljavnost, so v 177. členu pravil črtani:

* prvi odstavek, ki je določal obdobje veljavnosti napotnice, saj bo napotnica v prihodnje veljala do zaključka zdravljenja v vseh primerih, torej tudi v primerih, za katere tudi po sedaj veljavni ureditvi ni bil vnaprej določen rok njene veljavnosti (napotnice za kronične bolezni, kadar se na podlagi strokovnih kriterijev zahteva trajen nadzor na specialistični ravni);
* drugi odstavek, v katerem je bilo določeno, od kdaj začne teči veljavnost napotnice, prenehanje njene veljavnosti in kdaj se lahko izda nova napotnic, če prejšnja še ni bila potekla;
* tretji odstavek, katerega vsebina je prenesena v četrti odstavek 176. člena pravil;
* peti odstavek, v katerem je bilo določeno, na kakšen način se določijo kronične bolezni in strokovni kriteriji, za katere je bila po veljavni ureditvi izdana napotnica brez časovne veljavnosti.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(178. člen)**

Sprememba petega odstavka 178. člena pravil je uskladitvene narave s spremembo 176. člena pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(179. člen)**

179. člen pravil se črta, njegova vsebina (da napotnica ni potrebna za nujno medicinsko pomoč in nujno zdravljenje) pa se prenese v spremenjen 196. člen pravil tako, da se v njem navedejo vse zdravstvene storitve, za katere napotnica ni potrebna (prvi odstavek) in za katere se ne izda (drugi odstavek). Zaradi črtanja 179. člena pravil se spremeni 189. člen pravil in popravi sklic v osmi alineji 2. točke drugega odstavka 252. člena pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

**K 80. do 85. členu (180., 185., 188., 189., 190. in 191. člen)**

Zaradi terminološke uskladitve z ZZVZZ se spremenijo naslednje določbe pravil:

* prvi odstavek 180. člena pravil: nadomesti izraz »nega« z izrazom »zdravstvena nega«;
* prvi odstavek 185. člena pravil: nadomesti izraz »storitve« z izrazom »zobozdravstvene storitve«;
* četrti odstavek 188. člena pravil: nadomesti izraz »storitve« z izrazom »zobozdravstvene storitve«;
* 190. člen pravil: nadomesti izraz »storitve« z izrazom »zdravstvene storitve« in črta nepopolno navajanje vrst zdravstvenih storitev, ki jih opravlja specialist.

Zaradi notranje skladnosti pravil (uskladitev s črtanjem 179. člena ter spremembe 176. in 177. člena pravil) pa se spreminjata 189. in 191. člen pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(195. člen)**

Zaradi uskladitve z vrstami zdravstvenih storitev iz 23. člena ZZVZZ se spremeni drugi odstavek 195. člena pravil tako, da se naštevanje vrst zdravstvenih storitev nadomešča s splošnim izrazom »zdravstvene storitve«.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(196. člen)**

Zaradi črtanja 179. člena pravil je v spremenjenem prvem odstavku 196. člena pravil dodano, da napotnica ni potrebna tudi zaradi nujne medicinske pomoči in nujnega zdravljenja.

Dosedanji drugi odstavek ni vključen v spremenjen 196. člen pravil zaradi spremembe 176. člena pravil.

Zaradi črtanja četrtega odstavka 172. člena pravil je v spremenjen drugi odstavek 196. člena pravil dodano, da se napotnica ne izda v primeru, ko gre za preventivne zdravstvene storitve (trenutni je to določeno le za sobivanje), saj so preventivne zdravstvene storitve v osnovni zdravstveni dejavnosti že navedene v 26. členu pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(197. člen)**

Prvi odstavek 197. člena pravil v drugem stavku določa časovno obdobje (tri mesece), v katerem mora pooblaščeni zdravnik podati predlog za zdraviliško zdravljenje zaradi indiciranih poškodb in operacij na lokomotornem sistemu. Veljavna ureditev to trimesečno obdobje veže le na končano bolnišnično zdravljenje. Z novo ureditvijo pa se to trimesečno obdobje določa tudi za primer nastanka poškodbe v primeru ambulantnega zdravljenja. S tem se odpravlja neutemeljeno razlikovanje med zavarovanimi osebami, ki so bile deležne bolnišničnega zdravljenja v primerjavi z zavarovanimi osebami, ki so bile zdravljene ambulantno in pri katerih gre praviloma za lažja zdravstvena stanja, saj ni bilo potrebe za bolnišničnim zdravljenjem.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(198. člen)**

Pravice iz OZZ so po naravi stvari omejene in je do posamezne pravice zavarovana oseba upravičena le, pod pogoji, ki jih določa zakon in v skladu z zakonom splošni akti zavoda. Na podlagi medicinskih dognanj je v pravilih opredeljen časovni okvir, v katerem od nastopa zdraviliškega zdravljenja še lahko pričakujemo povrnitev funkcionalne sposobnosti glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe. Dodatno je v pravilih 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, kar je tudi namen tega zdravljenja. Če je bilo zdraviliško zdravljenje zaradi objektivnih razlogov odloženo ali prekinjeno, je tako potrebno, da se to začne oziroma nadaljuje v najkrajšem možnem času, saj je učinek zdravljenja oziroma povrnitev funkcionalnih sposobnosti vezan na njegovo čimprejšnjo izvedbo. Kot primeren rok, v katerem mora zavarovana oseba nastopiti odloženo ali prekinjeno zdraviliško zdravljenje, je v trenutno veljavnem šestem odstavku 48. člena pravil določen trimesečni rok od izdaje odločbe, s katero je bilo zdraviliško zdravljenje odobreno. Ker je spoštovanje tega roka 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 katera zavarovana oseba nima vpliva, se predlaga, da je ta rok vezan na pravočasnost predloga za odlog ali nadaljevanje prekinjenega zdraviliškega zdravljenja.

Zato se v dosedanjem četrtem (zdaj peti odstavek) in spremenjenem dosedanjem petem odstavku (zdaj šesti odstavek) 198. člena pravil predlaga dopolnitev, da mora biti predlog za odlog oziroma nadaljevanje prekinjenega zdraviliškega zdravljenja 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 zdravilišča, 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 skrajnji rok pred potekom treh mesecev od izdaje te določbe.

Sočasno se v zdaj petem in šestem odstavku 198. člena pravil na novo določa rok začetka zdraviliškega zdravljenja (30 dni), ki teče od izdaje odločbe o odobritvi odloga oziroma od izdaje odločbe o odobritvi nadaljevanja zdraviliškega zdravljenja, ki še omogoča strokovno utemeljen učinek zdraviliškega zdravljenja za pridobitev na funkcionalni sposobnosti zavarovane osebe. 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.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(202.a člen)**

V 202.a členu pravil se v drugi alineji četrtega odstavka lista zdravil poimenuje v skladu z ZZVZZ kot pozitivna lista zdravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(209. člen)**

V 209. členu pravil se črta tretji odstavek, ker zaradi uskladitve z ZZVZZ (gl. uvodno obrazložitev – Uskladitev pravil 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. Gre za nepotrebno in dodatno administrativno obremenjevanje farmacevta v lekarni*.*

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(209.a člen)**

Prvi odstavek se v celoti spreminja, ker se vsebinsko spreminjata njegova dosedanja 2. in 3. točka (sedanja druga in tretja alineja), medtem ko dosedanja 1. točka (sedanja prva alineja) ostaja ista:

* s spremembo druge alineje je za predpisovanje živil za prehransko podporo na recept pooblaščen tisti zdravnik, ki ima znanje iz klinične prehrane. To je lahko kateri koli pooblaščeni 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. Živila za posebne zdravstvene namene (medicinska prehrana) predstavlja obliko terapije za bolezenske motnje prehranskega stanja v skladu s strokovnimi smernicami, osnovanimi na znanstvenih raziskavah. Zato je za izvajanje prehranske terapije treba slediti strokovnim izhodiščem klinične prehrane. Zdravnik, ki predpisuje medicinsko prehrano, pa mora imeti ustrezna dodatna znanja klinične prehrane;
* 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 ji lahko predpisuje na podlagi mnenja kolegija Pediatrične klinike UKC Ljubljana, konzilija Kliničnega oddelka za pediatrijo UKC Maribor ali konzilija pediatričnega oddelka druge bolnišnice. Ker se pravica širi tudi na konzilije pediatričnih oddelkov drugih bolnišnic, se bosta kliniki v UKC Ljubljana in UKC Maribor nekoliko razbremenili.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(210. člen)**

V 210. členu pravil, ki ureja recepte za osebno rabo, se v petem odstavku:

* redakcijsko spreminja 2. točka tako, da se pri zbirki podatkov o gibanju zdravstvenih delavcev in mreži zdravstvenih zavodov ne odkazuje več na ureditev iz ZZPPZ[[16]](#footnote-16), temveč se ta zbirka podatkov navaja opisno. Predlog zakona o digitalizaciji v zdravstvu[[17]](#footnote-17), ki je v zakonodajnem postopku, predvideva namreč prenehanje veljavnosti ZZPPZ, pri čemer bo zbirka podatkov o gibanju zdravstvenih delavcev in mreži zdravstvenih zavodov vsebovana v eni od krovnih zbirk, t. i. »viri v zdravstvu«;
* 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. Zdravniki, zaposleni v teh institucijah, prav tako opravljajo delo zdravnika, ki je neposredno povezano z javno mrežo in lahko zdravijo sebe in svoje družinske člane, enako kot zdravniki, ki opravljajo delo v drugih, v pravilih že navedenih institucijah.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(212. člen)**

Črtanje akumulatorja je uskladitvene narave s črtanim desetim odstavkom 72. člena pravil.

Na novo določeni aspirator, za katerega predpis je pooblaščen izbrani osebni zdravnik ali po njegovem pooblastilu napotni zdravnik, je redakcijske narave, saj je ta MP pomotoma izpadel pri eni od prejšnjih novel pravil.

Črtanje dela določbe četrte alineje 1. točke prvega odstavka pomeni, da bo odslej tudi MP za zaščito ustne sluznice predpisoval osebni zdravnik ali po njegovem pooblastilu napotni zdravnik. Doslej je ta MP lahko predpisoval le napotni zdravnik, s spremembo pooblastila pa se zavarovanim osebam skrajša oziroma poenostavi postopek do prejema tega MP.

Glede obrazložitve spremembe 5. točke prvega odstavka gl. obrazložitev pri 213.a členu pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(212.a člen)**

Sprememba je redakcijske narave, saj vakuumska opornica za zdravljenje rane na stopalu ni več predmet izposoje.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(213.a člen)**

Na novo se pri večjem številu MP kot doslej (npr. dodane so prsna proteza, zaščitna čelada, bela palica za slepe) iz razloga zmanjšanja administrativnih bremen pooblaščenih zdravnikov in zavarovanih oseb določi, da zavarovana oseba po datumu izteka dobe trajanja izdanih MP uveljavi njihovo ponovno izdajo pri dobavitelju brez naročilnice. Doslej je bila ta pravica omejena na bistveno manjše število MP. Gre za izdajo MP brez nove naročilnice, in sicer tako, da se tudi pri novih izdajah upošteva prvotno izdano naročilnico za iste MP ali, v primerih potrošnih materialov za inhalatorje, za sam inhalator (torej v tem primeru naročilnice za te potrošne materiale sploh ne bo več).

Na novo je določenih več MP in več načinov, kjer je navedeno, na kakšen način (ali zavarovana oseba potrebuje prvotno naročilnico ali ne), kje (to je pri katerem dobavitelju) in koliko časa lahko zavarovana oseba prevzema MP brez naročilnice. Za te primere je predvidenih več načinov ponovne izdaje MP: pri nekaterih MP, ki niso potrošnega značaja (npr. epiteze), se bo v sistemu ponovne izdaje te MP lahko sicer največ za obdobje šestih let; pri drugih MP, kjer gre za potrošne materiale, se bo te lahko izdajalo za čas izposoje glavnega MP (npr. izkašljevalnika), če pa se glavni MP izda v last, pa se bo potrošne materiale lahko ponovno izdajalo za čas trajnostne dobe glavnega MP in še nadaljnji dve leti. Na novo je določeno, da se za nekatere od navedenih MP ponovno izdajo uveljavi pri katerem koli dobavitelju (npr. pri beli palici za slepe in pri prsni protezi), pri drugih pa pri dobavitelju, pri katerem je tak ali glavni MP nazadnje prejela na naročilnico.

Ta spremembe se začnejo uporabljati v skladu s prehodno določbo te novele pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(216. člen)**

Določba se preoblikuje tako, da se formulira z vidika pravic zavarovane osebe, ne več kot obveznost dobavitelja.

Na novo se določi, do katerih MP bo zavarovana oseba upravičena takoj ob predložitvi naročilnice (predvsem gre za po en artikel s seznama izmed: MP-jev pri inkontinenci, potrošnih materialov pri sladkorni bolezni, obvezilnega materiala in medsebojno povezanih MP), do katerih najkasneje naslednji delovni dan od predložitve naročilnice in do katerih v pogodbeno določenem roku (individualno izdelani MP in individualno prilagojeni serijsko izdelani MP).

Črta se dosedanji drugi odstavek, saj se ne nanaša na pravice zavarovanih oseb.

V novem petem odstavku je določeno, da ima zavarovana oseba pravico, da se ji na njeno pisno zahtevo izda manjša količina medicinskih pripomočkov od predpisane količine. V praksi je prišlo do primerov, kjer je zavarovana oseba sama želela, da ji dobavitelj izda manj MP, kot jih ji bilo predpisanih, a dobavitelj tega ni smel storiti, saj je to celo kršitev pogodbe med zavodom in dobaviteljem. Še naprej pa dobavitelj ne bo smel sam (brez zahteve zavarovane osebe) izdati manj MP, kot jih je zavarovani osebi predpisanih.

Ob tem je pojasnjeno, da v takem primeru zavarovana oseba na isto naročilnico nima pravice do naknadnega prevzema preostale predpisane količine. To pomeni, da bo morala zavarovana oseba, če bo naknadno hotela prejeti dodatno število MP, iti k pooblaščenemu zdravniku, ki ji bo po izteku dobe trajanja MP (doba trajanja se šteje glede na izdano, ne predpisano količino MP) lahko izdal novo naročilnico za MP.

Finančne posledice:

Zaradi možnosti izdaje manjšega števila MP od predpisane se pri potrošnih materialih pričakuje zmanjšanje odhodkov na strani zavoda, a višine tega zmanjšanja vnaprej ni mogoče oceniti. Zaradi prevzema manjše količine MP od predpisane in potrebe po dodatnih kosih MP se lahko zgodi, da bo nekaj zavarovanih oseb moralo večkrat obiskati pooblaščenega zdravnika.

1. **(217. člen)**

Spremeni se določba, na podlagi katere je bila zavarovana oseba upravičena do vzdrževanj in popravil določenih MP (MP iz 66. člena pravil) na podlagi predhodne odobritve zavoda. Zavarovana oseba po novem pravico do vzdrževanj in popravil teh MP uveljavi brez predhodne odobritve zavoda (in brez naročilnice), s čimer se bodo postopki uveljavitve pravic za zavarovano osebo pospešili, na zavodu pa se bo vodilo približno 1.000 do 1.500 manj postopkov letno. V teh postopkih, kjer zavod praviloma zgolj potrjuje predračune, ni bilo večje dodane vrednosti, omejitve, kot so določene v pravilih (npr. omejitev 50 % vrednosti MP in določitev, pri katerih MP so popravila in vzdrževanje sploh dopustni) in v pogodbah z dobavitelji (npr. kateri sestavni deli in po kakšnih vrednostih se lahko zagotavljajo kot popravilo ali vzdrževanje), pa se bodo nadzorovale na drug način, pretežno s samodejnimi kontrolami.

Določbe pravil, na podlagi katere ne bo več postopkov predhodnega potrjevanja popravil in vzdrževanj s strani zavoda, se bodo začele uporabljati skladno s prehodno določbo te novele, saj je treba pred začetkom uporabe pri zavodu in pri dobaviteljih uskladiti informacijske sisteme.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(225. člen)**

Zaradi uskladitve z vrstami zdravstvenih storitev iz 23. člena ZZVZZ se napovedni stavek prvega odstavka 225. člena pravil spremeni tako, da se »zdravljenje« nadomešča z »zdravljenjem v tujini«.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(228.a člen)**

Zaradi uskladitve z ZZVZZ, ki ukinja DZZ, se v prvem odstavku 228.a člena pravil, kot obvezna sestavina zahteve črtajo podatki, ki so vezani na DZZ.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(228.b člen)**

Zaradi uskladitve z ZZVZZ, ki ukinja DZZ, se v prvem odstavku 228.b člena pravil, kot obvezna sestavina zahteve črtajo podatki, ki so vezani na DZZ.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(228.f člen)**

Uskladitvena 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 člena 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. Podatki o motnji v preskrbi z zdravilom v RS so sedaj dostopni v drugih informacijskih virih, kot na primer v Centralni bazi zdravil in je zato nepotrebno administrativno obremenjevati farmacevta v lekarnah (gl. tudi spremembo 135.f člena pravil). Tretji odstavek spremenjenega člena ostaja enak veljavnemu šestemu odstavku tega člena.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(229. člen)**

V četrtem odstavku 229. člena pravil se črta obveznost delodajalca, da refundacijskem zahtevku priloži potrdilo o prostovoljnem darovanju krvi, če gre za nadomestilo iz tega naslova. To potrdilo bo upravičencem do nadomestila in zavodu od 1. januarja 2024 dostopno v elektronski obliki, kar je bolj podrobno pojasnjeno v obrazložitvi k spremembi 230. člena pravil in v prehodni določbi novele pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(230. člen)**

* Poškodba pri delu:

Dne 1. septembra 2022 se je začel uporabljati Pravilnik o prijavi nezgode in poškodbe pri delu[[18]](#footnote-18), ki določa način, vsebino in postopek prijave nezgod in poškodb pri delu ter ravnanje deležnikov v primeru prijave nezgode in poškodbe pri delu. Od tega dne dalje morajo elektronsko prijaviti nezgodo in poškodbo pri delu tako delodajalci (izpolnitev splošnega dela obrazca prek sistema SPOT) kot tudi izvajalci (branje splošnega dela ter izpolnitev zdravstvenega dela prek sistema on-line). Priloga in sestavni del pravilnika je tudi obrazec Prijava nezgode in poškodbe pri delu, na katerem delodajalci prijavijo nezgodo in poškodbo pri delu, in sicer v skladu z Navodili za izpolnjevanje obrazca Prijave nezgode in poškodbe pri delu. Obrazec je sestavljen iz splošnega in zdravstvenega dela. Na ta način je elektronska Prijava nezgode in poškodbe pri delu nadomestila papirni obrazec Prijava nezgode-poškodbe pri delu (ER-8 obrazec). Delodajalec, ki je vpisan v Poslovni register Slovenije (v nadaljnjem besedilu: PRS), nezgodo in poškodbo pri delu prijavi elektronsko prek portala SPOT. Na portalu SPOT delodajalec izpolni podatke splošnega dela obrazca. Delodajalec, ki ni vpisan v PRS, prijavi nezgodo oziroma poškodbo pri delu tako, da izpolni splošni del obrazca v papirni obliki in ga osebno prinese, pošlje po pošti ali skeniran obrazec pošlje po elektronski pošti na zavod. Zavod bo v imenu takega delodajalca podatke iz splošnega dela obrazca vpisal v portal SPOT. Podatke splošnega dela obrazca, ki je s strani delodajalca ali zavoda vpisan v portal SPOT, z oddajo prijave prejmeta v svoj informacijski sistem tako Inšpektorat RS za delo kot zavod.

Podatke splošnega dela obrazca, ki jih je izpolnil delodajalec na portalu SPOT, prek zalednega informacijskega sistema zavoda (on-line sistem) prejme splošni osebni zdravnik zavarovanca oziroma poškodovanca. Po obvestilu zavarovanca oziroma poškodovanca oziroma druge osebe, da je pri določenem zavarovancu prišlo do poškodbe pri delu, splošni osebni zdravnik na podlagi podatkov iz splošnega dela obrazca in njegove ocene (npr. na podlagi zdravniškega pregleda, morebitne medicinske dokumentacije, pogovora z zavarovancem), izpolni podatke zdravstvenega dela obrazca, ugotovitve pa zapiše tudi v zdravstveno dokumentacijo ter označi razlog obravnave 04 – poškodba pri delu, ki se upošteva pri nadaljnjem uveljavljanju pravic, ta razlog pa označi tudi na vse izdane listine, s katerimi napotuje zavarovanca oziroma poškodovanca na nadaljnjo obravnavo. Podatke zdravstvenega dela obrazca prek sistema on-line prejme zavod.

Obveznost splošnega osebnega zdravnika, da izpolni podatke zdravstvenega dela obrazca, je po novem določena v prvem odstavku 230. člena pravil.

* Prostovoljno darovanje krvi

Drugi odstavek 167. člena Zakona o delovnih razmerjih[[19]](#footnote-19) določa, da ima delavec pravico do odsotnosti z dela zaradi darovanja krvi na dan, ko prostovoljno daruje kri, delodajalec pa izplača nadomestilo plače delavcu v breme zdravstvenega zavarovanja. Upravičenost do refundacije nadomestila delodajalec izkaže s potrdilom o prostovoljnem darovanju krvi na določen dan. Zavod Republike Slovenije za transfuzijsko medicino za delovno aktivne darovalce vzpostavlja informacijsko rešitev za elektronsko Potrdilo o odsotnosti z dela zaradi darovanja krvi, krvnih pripravkov oziroma krvotvornih matičnih celic (v nadaljnjem besedilu: ePotrdilo o darovanju krvi), ki bo nadomestil papirna potrdila, ki jih trenutno še izdajajo transfuzijske službe, kjer je posameznik daroval kri, krvne pripravke oziroma krvotvorne matične celice (v nadaljnjem besedilu: darovanje krvi). Izvajalci zdravstvenih storitev, ki opravljajo transfuzijsko službo, bodo s 1. januarjem 2024 začeli z zapisovanjem oziroma izdajo ePotrdil o darovanju krvi na način, da bodo dogovorjene podatke zapisali v on-line informacijski sistem zavoda (enako kot osebni zdravniki zapiše elektronski bolniški list). Zavarovanci bodo do svojih elektronskih potrdil dostopali na spletnem portalu zavoda za zavarovane osebe na naslovu <https://moj.zzzs.si>, in sicer z digitalnim potrdilom ali mobilno identiteto smsPass. Delodajalci bodo do podatkov iz ePotrdila o darovanju krvi dostopali prek portala SPOT, na enak način, kot dostopajo do elektronskih bolniških listov. Delavcu tako ne bo več potrebno dostaviti tega potrdila svojemu delodajalcu, pri katerem uveljavlja nadomestilo plače zaradi darovanja krvi. Zato je v tretjem odstavku 230. člena pravil po novem določeno, da delodajalci in zavarovanci, ki so sami zavezanci za plačilo prispevka in so vpisani v PRS, poleg potrdil o upravičeni zadržanosti od dela iz prvega odstavka 230. člena pravil, prek informacijskega sistema za podporo poslovnim subjektom prevzemajo tudi prijave nezgode in poškodbe pri delu in potrdila o prostovoljnem darovanju krvi.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(233. člen)**

Zaradi uskladitve z vrstami zdravstvenih storitev iz 23. člena ZZVZZ in tudi zaradi večje jasnosti (jasno navedeno, da se lahko odhod izven kraja bivanja dovoli le, kadar ne vpliva negativno na potek zdravljenja) se spremeni tretji stavek drugega odstavka 233. člena pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(252. člen)**

Zaradi uskladitve z ZZVZZ, ki ukinja kritje zdravstvenih storitev v odstotku vrednosti OZZ, se uskladi prvi odstavek 252. člena pravil tako, da se črta del določbe, ki odkazuje na vrednost iz prej veljavnega prvega odstavka 23. člena ZZVZZ.

Drugi odstavek 252. člena pravil določa, pod katerimi pogoji (na podlagi pisnega soglasja zavarovane osebe, ki ga ta poda po predhodni pisni informaciji izvajalca o predvidenih stroških zdravstvene storitve) in v katerih primerih lahko izvajalec od zavarovane osebe zahteva plačilo zdravstvene storitve v višini t. i. pogodbene cene (1. točka), izvajalčeve cene (2. točka) ali doplačila, tj. dela cene zdravstvene storitve v višini razlike med izvajalčevo in pogodbeno ceno (3. točka). Poleg primerov iz 2. točke in prve do pete alineje 3. točke lahko izvajalec od zavarovane osebe zahteva doplačilo za zdravstveno storitev tudi v vseh drugih primerih, ko je zdravstvena storitev opravljena v drugačnem ali višjem standardu, pri tem pa je za ta primer določen pogoj, da »je na podlagi pogodbe z zavodom izvajalčeva cena višja od pogodbene cene«. Zavod meni, da navedena določba ni v skladu z ZZVZZ, ki v 63. členu določa, da se deležniki v zdravstvu dogovorijo o programu storitev iz OZZ, opredelijo zmogljivosti, potrebne za njegovo izvajanje, in določijo obseg sredstev (v nadaljnjem besedilu: dogovor). V dogovoru določijo izhodišča za izvajanje programov in za oblikovanje cen programov oziroma storitev ter druge podlage za sklepanje pogodb med zavodom in izvajalci. Predmet dogovora med deležniki v zdravstvu so torej izhodišča za oblikovanje cen zdravstvenih storitev, ki štejejo za standard iz OZZ in ne izhodišča za cene nadstandardnih zdravstvenih storitev (tj. opravljenih v drugačnem ali višjemu standardu, kot je standard iz OZZ). Poleg tega Zakon o zdravniški službi[[20]](#footnote-20) v 67. členu določa, da metodologijo za določanje cen zdravniških storitev, ki niso predmet OZZ, določi minister za zdravje na predlog Zdravniške zbornice Slovenije. Glede na navedene zakonske podlage zavod meni, da deležniki v zdravstvu niti zavod sam niso pristojni niti za dogovarjanje in oblikovanje cen samoplačniških storitev oziroma nadstandardnih zdravstvenih storitev niti, da bi dopustnost doplačil nadstandardnih zdravstvenih storitev pogojevali z dogovorom v pogodbah med zavodom in izvajalci. Zato se predlaga črtanje dela določbe, ki odkazuje na ureditev doplačila v pogodbi z zavodom. V tej zvezi je treba izpostaviti tudi ureditev seznanitve s stroški na podlagi 26. člena Zakona o pacientovih pravicah[[21]](#footnote-21), ki določa, da če zdravstveno storitev pacient delno ali v celoti plača sam, mu je izvajalec zdravstvene dejavnosti dolžan predhodno predloži pisno informacijo o predvidenih stroških zdravstvenih storitev, po opravljeni zdravstveni storitvi je pacientu dolžan izdati račun za opravljene zdravstvene storitve ter uporabljena zdravila in MP, na zahtevo pacienta pa je dolžan pacientu račun tudi obrazložiti. Na ta način je zagotovljena pravočasna informiranost pacienta o stroških zdravstvene storitve, če so odloči za samoplačniško oziroma nadstandardno zdravstveno storitev.

V tretjem odstavku 252. člena pravil, ki se nanaša na plačila zavarovanih oseb za MP, se poleg dosedanjega pogoja, da dobavitelj lahko zahteva plačilo v celoti, če zavarovana oseba izbere artikel tiste vrste MP, ki je pravica, izbrani artikel pa ni na seznamu MP, doda nov kumulativno določen pogoj, da tak artikel ne izpolnjuje osnovnih zahtev kakovosti. To pomeni, da bo zavarovana oseba plačala v celoti za artikel, ki ni na seznamu in če ta ne izpolnjuje osnovnih zahtev kakovosti. Navedeno hkrati pomeni, da če bo zavarovana oseba sicer izbrala artikel, ki ne bo na seznamu MP, čeprav bo izpolnjeval osnovne zahteve kakovosti, bo v takem primeru le doplačala razliko med izbranim artiklom in cenovnim standardom (oziroma drugače določeno vrednostjo) za tovrstni MP, kar določa nov peti odstavek 252. člena pravil (dosedanji peti odstavek zato postane šesti odstavek). Ker seznam MP še ne obstaja, se bo spremenjena določba četrtega odstavka 252. člena pravil začela uporabljati, ko bo na seznam MP v posamezno vrsto uvrščen prvi artikel, kot je to določeno v noveli pravil iz leta 2020[[22]](#footnote-22). Pod tem pogojem se bo začel uporabljati tudi nov peti odstavek 252. člena pravil (gl. prehodno določbo te novele pravil).

Zaradi uskladitve z dopolnjenim 113. členom pravil z novo vrsto cenovnega standarda za artikle (ne zgolj za vrsto MP) se sočasno dopolnjuje prva alineja tretjega odstavka 252. člena pravil, saj ta cenovni standard ne bo določen za vrsto MP, kot je trenutno določeno v navedeni alineji.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(254. člen)**

Zaradi uskladitve z vrstami zdravstvenih storitev iz 23. člena ZZVZZ in notranje skladnosti pravil se v 254. členu pravil izraz »zdravljenje« nadomešča z izrazom »zdravstvene storitve«.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(258. člen)**

Zaradi uskladitve z vrstami zdravstvenih storitev iz 23. člena ZZVZZ se spremeni drugi odstavek 258. člena pravil in se besedilo »zdravljenja ali rehabilitacije ter o drugih storitvah« nadomesti z besedilom »zdravstvenih in drugih storitev«.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(259. člen)**

Zaradi uskladitve z vrstami zdravstvenih storitev iz 23. člena ZZVZZ in večje jasnosti se drugi odstavek 259. člena pravil spremeni tako, da se imenovani zdravniki ali zdravstvena komisija izjemoma napotijo zavarovance na »pregled zaradi pridobitve mnenja« (trenutno navedeno »posvet«) ali »diagnostično zdravstveno storitev« (trenutno navedeno, da se zavarovanec napoti na preiskavo). Določba se vsebinsko ne spreminja, je le bolj jasno in terminološko bolj pravilno zapisana.

Zaradi uskladitve s 23. členom ZZVZZ se črta tretji odstavek 259. člena pravil, saj izjemne odobritve ureja ZZVZZ v sedmem do enajstem odstavku 23. člena, natančneje pa bodo pogoji in postopek določeni v splošnem aktu zavoda.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(264. člen)**

Zaradi uskladitve z vrstami zdravstvenih storitev iz 23. člena ZZVZZ bi se moral spremeniti del prvega odstavka 264. člena pravil, kolikor navaja »pregled ali preiskavo«, vendar je ta del določbe črtan, saj je »neupravičeno podaljševanje čakanja na pregled ali preiskavo« zajeto v »podaljševanju čakalnih dob«.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(265. člen) in**
2. **(267. člen)**

Določbe glede nadzora nad izvajalci in dobavitelji ne spadajo v pravila in bodo prenesena v določbe ustreznih pravilnikov o nadzorih.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

**PREHODNE IN KONČNA DOLOČBA**

1. **(podaljšana roditeljska pravica)**

Obrazložite te prehodne določbe, je navedena pri spremenjenem 40. in 138. členu pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(prehodna ureditev dobe trajanja za posamezne MP)**

Doba trajanja MP, ki je bila skrajšana pri trapezu za obračanje, inhalatorju s funkcijo upora pri izdihu, inhalatorju za prilagodljivo dovajanje razpršil in vakuumski opornici za zdravljenje rane na stopalu, se tudi za te MP, ki so jih zavarovane osebe prejele pred uveljavitvijo te novele pravil, upošteva po novem, torej bo iztekla prej, kot je bilo predvideno ob njihovem prejemu, kar je določeno v korist zavarovanih oseb.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(splošni akt iz spremenjenega tretjega odstavka 94. člena pravil)**

Na podlagi spremenjenega tretjega odstavka 94. člena pravil skupščina zavoda s soglasjem ministra, pristojnega za zdravje, s splošnim aktom določi natančnejše pogoje in način ugotavljanja pogojev iz prvega odstavka 94. člena pravil. Ta akt bo skupščina zavoda izdala v enem letu od začetka uporabe te novele pravil, do njegove uveljavitve pa se uporablja zdaj veljavni sklep upravnega odbora zavoda, ki je objavljen na spletni strani zavoda.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(začetek uporabe spremenjenega četrtega odstavka 66. člena pravil)**

Vzdrževanje MP za [sluh in govor](http://www.pisrs.si/Pis.web/npb/2022-01-4210-2021-01-1240-npb2-p16.pdf) iz 66. člena pravil, pri katerih se vzdrževanje zagotovi v okviru cenovnega standarda oziroma cene, se začne uporabljati, ko bodo cenovni standardi zanje določeni po novem, kakor jih bo določil spremenjeni ustrezni splošni akt (trenutno je to Pravilnik o seznamu in izhodiščih za vrednosti medicinskih pripomočkov iz obveznega zdravstvenega zavarovanja). Do nove ureditve vzdrževanja teh MP se bo uporabljal režim vzdrževanja in popravil teh MP, kot je bilo to določeno predhodno, v prehodni določbi 54. člena Sprememb in dopolnitev pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. [61/21](https://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2021-01-1241)), tako da dobavitelj, pri katerem je zavarovana oseba nazadnje prejela tak MP kot pravico, krije stroške njegovega vzdrževanja in popravil v okviru do takrat veljavnega cenovnega standarda, in sicer najmanj v obsegu iz 66. člena pravil, če ni s pogodbo med dobaviteljem in zavodom dogovorjen širši obseg pravice do vzdrževanj in popravil medicinskega pripomočka.

Ureditev glede spremembe nazivov pri slušnih aparatih (»zahtevni slušni aparat«) bo začela veljati že z uveljavitvijo te novele pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(začetek uporabe posameznih določb glede MP s 1. oktobrom 2024)**

Novela pravil se bo začela uporabljati 1. januarja 2024, razen posameznih določb, ki se začnejo uporabljati 1. oktobra 2024, saj je treba pri zavodu in dobaviteljih v skladu s to novelo pravil dopolniti oziroma uskladiti informacijske sisteme oziroma uskladiti pogodbe med zavodom in dobavitelji. Dne 1. oktobra 2024 se začnejo uporabljati naslednje določbe te novele pravil:

1. sprememba režima zagotavljanja akumulatorjev (črtani deseti odstavek 72. člena, vključno s črtanjem trajnostne dobe v 115. členu pravil);
2. spremenjeni MP za zaščito ustne sluznice (sprememba naziva v 89. členu, posledično še v 65. členu, spremembe pri dobi trajanja v 116. in 117. členu ter spremembe pooblaščenih zdravnikov za predpis v 212. členu);
3. spremembe MP pri sladkorni bolezni (novi MP v 91. členu, črtane dobe trajanja v 115. in 116. členu pravil);
4. nova cenovna standarda iz 113. člena pravil;
5. nova doba trajanja – življenjska doba artikla iz 117.a člena pravil in MP, do katerih bodo zavarovane osebe upravičene na tej podlagi (v povezavi s tem še četrti in peti odstavek 64.a člena in 114. člen);
6. spremenjena določba glede obnovljive naročilnice (119. člen pravil);
7. spremenjena določba glede ponovne izdaje MP (spremenjeni 213.a člen pravil, v povezavi s tem še spremenjena 5. točka prvega odstavka 212. člena pravil);
8. možnost izdaje manjše količine MP od predpisane (nov peti odstavek 216. člena pravil);
9. ukinitev postopkov predhodnega potrjevanja popravil in vzdrževanj MP s strani zavoda (217. člen pravil).

Določbe pravil, ki se nanašajo na spremenjen način določitve osnovnih zahtev kakovosti za MP (sprememba tretjega odstavka 64.a člena ter črtana četrti in peti odstavek 111. člena pravil), se začnejo uporabljati ob uveljavitvi sprememb trenutno veljavnega Pravilnika o seznamu in izhodiščih za vrednosti medicinskih pripomočkov iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Prav tako je odložen začetek uporabe novega petega odstavka 252. člena pravil (doplačilo za artikel, ki sicer sodi v vrsto MP, ki je pravica, vendar ni na seznamu MP, čeprav izpolnjuje osnovne zahteve kakovosti). Določba se bo začela uporabljati z vzpostavitvijo seznama MP za posamezno vrsto MP.

Do začetka uporabe določb pravil iz tega člena se bo uporabljala dosedanja ureditev na podlagi drugega odstavka 120. člena te novele pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(začetek uporabe spremenjene ureditve napotnice)**

S to novelo spremenjene določbe pravil o napotnici glede obsega pooblastil in veljavnosti napotnice se bodo začele uporabljati, ko bo NIJZ vzpostavil tehnične možnosti, ki bodo omogočale izvajanje spremenjene ureditve v sistemu eZdravje. Šele takrat se bo začela uporabljati spremenjena ureditev, da se na napotnicah:

* ne določa več obsega pooblastil, saj ima napotni zdravnik na podlagi izdane napotnice vsa pooblastila, ki mu omogočajo izvedbo zdravstvenih storitev z njegovega delovnega področja,
* ne določa več obdobja veljavnosti napotnice, saj napotnice velja vse, dokler napotni zdravnik ne bo izvedel zdravstvenih storitev in napotnice zaključil (sam ali bo ta po določenem obdobju programsko zaključena).

Ta spremenjena ureditev napotnic se bo uporabljala tudi za napotnice, ki bodo izdane, preden se bo začela uporabljati spremenjena ureditev, bodo pa na ta dan še veljavne, torej ne glede na obseg pooblastil in obdobje veljavnosti, ki je bilo določeno ob njihovi izdaji. S tem se zagotavlja enakopravna obravnava vseh zavarovanih oseb.

Do začetka uporabe te nove ureditve napotnice se bo uporabljala dosedanja ureditev napotnice na podlagi drugega odstavka 120. člena te novele pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(postopki izjemnih odobritev)**

Postopki odločanja o izjemnih odobritvah, ki se začnejo pred 1. januarjem 2024, se zaključijo po dosedanji ureditvi, tj. na podlagi dosedanjega tretjega odstavka 259. člena pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. **(začetek veljavnosti in uporabe)**

S končno določbo novele pravil je določen osemdnevni rok začetka veljavnosti novele pravil od dneva objave v Uradnem listu Republike Slovenije, začela pa se bo uporabljati 1. januarja 2024, razen določb, ki se v skladu s to novelo začnejo uporabljati pozneje. Novela pravil se objavi, ko da nanjo soglasje minister za zdravje, saj se pravila sprejemajo na podlagi 26. člena ZZVZZ.

Do zdaj veljavne določbe pravil se bodo uporabljale do začetka uporabe te novele pravil, to pomeni do 1. januarja 2024, nekatere določbe do zdaj veljavnih pravil pa se bodo uporabljale še dlje, in sicer tiste, ki so vezane na poznejši začetek uporabe na podlagi 116., 117. in 118. člena te novele pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

1. 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, [64/18](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2018-01-3053), [4/20](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2020-01-0107), [42/21](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2021-01-0857) – odl. US, [61/21](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2021-01-1241), [159/21](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2021-01-2989) – ZZVZZ-P, [183/21](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2021-01-3613), [196/21](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2021-01-3898) – ZDOsk, 142/22 – odl. US in 163/22 [↑](#footnote-ref-1)
2. 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, 64/17 – ZZDej-K, 36/19, 189/20 – ZFRO, 51/21, 159/21, 196/21 – ZDOsk, 15/22, 43/22, 100/22 – ZNUZSZS, 141/22 – ZNUNBZ, 40/23 – ZČmIS-1 in 78/23 [↑](#footnote-ref-2)
3. Uradni list RS, št. 87/01 in 1/02 – popr. [↑](#footnote-ref-3)
4. Uradni list RS, št. 78/23 [↑](#footnote-ref-4)
5. Uradni list RS, št. 8/23 in 52/23 [↑](#footnote-ref-5)
6. 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 [↑](#footnote-ref-6)
7. 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, 57/18, 57/21, 162/21, 39/23 in 93/23 [↑](#footnote-ref-7)
8. Uradni list RS, št. [4/20](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2020-01-0108) [↑](#footnote-ref-8)
9. Uradni list RS, št. 61/21, 183/21 in 163/22 [↑](#footnote-ref-9)
10. Sprememba in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 64/18) [↑](#footnote-ref-10)
11. Uradni list RS, št. 159/21 [↑](#footnote-ref-11)
12. Gl. 4. člen ZZVZZ-P in 5. člen Zakona o nujnih ukrepih za zajezitev širjenja in blaženja posledic nalezljive bolezni COVID-19 na področju zdravstva (Uradni list RS, št. 141/22) [↑](#footnote-ref-12)
13. Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 183/21) [↑](#footnote-ref-13)
14. Uradni list RS, št. 142/22 [↑](#footnote-ref-14)
15. Uradni list RS, št. 15/08, 55/17, 177/20 in 100/22 – ZNUZSZS [↑](#footnote-ref-15)
16. Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (Uradni list RS, št. 65/00, 47/15, 31/18, 152/20 – ZZUOOP, 175/20 – ZIUOPDVE, 203/20 – ZIUPOPDVE, 112/21 – ZNUPZ, 196/21 – ZDOsk, 206/21 – ZDUPŠOP, 141/22 – ZNUNBZ in 18/23 – ZDU-1O) [↑](#footnote-ref-16)
17. Predlog zakona o digitalizaciji v zdravstvu (EPA 872 – IX; ZDigZ) [↑](#footnote-ref-17)
18. Uradni list RS, št. 78/22 [↑](#footnote-ref-18)
19. Uradni list RS, št. 21/13, 78/13 – popr., 47/15 – ZZSDT, 33/16 – PZ-F, 52/16, 15/17 – odl. US, 22/19 – ZPosS, 81/19, 203/20 – ZIUPOPDVE, 119/21 – ZČmIS-A, 202/21 – odl. US, 15/22 in 54/22 – ZUPŠ-1 [↑](#footnote-ref-19)
20. Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 58/08, 107/10 – ZPPKZ, 40/12 – ZUJF, 88/16 – ZdZPZD, 40/17, 64/17 – ZZDej-K, 49/18, 66/19 in 199/21 [↑](#footnote-ref-20)
21. Uradni list RS, št. 15/08, 55/17, 177/20 in 100/22 – ZNUZSZS [↑](#footnote-ref-21)
22. Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 4/20) [↑](#footnote-ref-22)