



ZDRAVNIŠKA ZBORNICA SLOVENIJE
MEDICAL CHAMBER OF SLOVENIA

Dunajska cesta 162, 1000 Ljubljana

✉ gp.zzs@zss-mcs.si

📞 +386 (0) 1 30 72 100



180-2/2019-1

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
DI@zss.si

Ministrstvo za zdravje
gp.mz@gov.si

Številka: 180-2/2019-1

Datum: 27. 06. 2019

ZADEVA: Javna razprava o Predlogu sprememb in dopolnitev Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja

Spoštovani,

Na spletni strani eUprava je bil v javno razpravo posredovan Predlog sprememb in dopolnitev Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zdravniška zbornica Slovenije (v nadaljevanju: zbornica) vam v okviru javne razprave pošilja svoje predloge za katere meni, da jih je potrebno umestiti v Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 30/03 – prečiščeno besedilo, 35/03 – popr., 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 – popr., 64/07, 33/08, 7/09, 88/09, 30/11, 49/12, 106/12, 99/13 – ZSVarPre-C, 25/14, 85/14, 10/17 – ZČmIS in 64/18; v nadaljevanju: Pravila OZZ).

Glavni namen predlogov zbornice je racionalizacija, saj bi dela, za katera so bolj usposobljeni delavci Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, opravljali oni. Tako bi zdravnikom, razbremenjenim opravljanja administrativnih del, zagotovili več časa za dejansko obravnavo pacientov. Ukrepi s katerimi bi zbornica zagotovila racionalizacijo dela so:

- vse aktivnosti v zvezi z odobritvijo upravičenosti do potnih stroškov bi postale pristojnost Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije,
- ugotavljanje pogojev o upravičenosti do nege in spremstva otroka bi postala pristojnost Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, z izjemo ugotavljanja s tem povezanih medicinskih dejstev – za to bi še vedno skrbel izbrani osebni otroški zdravnik,
- obdobje trajanja veljavnosti napotnice bi lahko bilo daljše od enega leta, izjemoma bi bilo obdobje trajanja veljavnosti napotnice lahko nedoločno dolgo,
- napotnica s stopnjo nujnosti »nujno« se bi lahko izdala za daljše časovno obdobje – ne bi imela le »enkratne« veljavnosti,

- medicinske pripomočke bi predpisoval delavec zaposlen pri Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije na podlagi diagnoze zdravnika,
- sodobne obloge za rane bi naročali neposredno tisti izvajalci, ki bi ugotovili potrebo po njih.

Zmanjšanje obremenitev osebnih zdravnikov zavarovanih oseb bi zbornica zagotovila tudi tako, da bi bilo odločanje o krajših odsotnostih od dela (tj. do pet dni) zaradi bolezni ali poškodbe zavarovane osebe predmet dogovora med zavarovano osebo in njenim delodajalcem.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije je z zadnjo novelo Pravil OZZ neupravičeno odvzel pravico do recepta za osebno rabo nekaterim skupinam zdravnikov (npr. zdravnikom, ki delajo pri izvajalcih zunaj javne zdravstvene mreže), kar povzroča dodatne obremenitve pri ambulantah splošne medicine, zato zbornica predlaga spremembo Pravil OZZ. S spremembo bi se poleg zmanjšanja preobremenjenosti družinskih zdravnikov zagotovilo tudi znižanje finančnih izdatkov Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Poleg predlogov, s katerimi želimo zagotoviti racionalizacijo dela in zmanjšanje preobremenjenosti zdravnikov, zbornica predlaga sprejetje določenih ukrepov na področju zobozdravstva:

- sprememba obravnave zobnega vsadka pri uveljavljanju pravic do zobno-protetičnih pripomočkov,
- uporaba glasionomera pri otroku, mlajšemu od 15 let, nosečnici in doječi materi v primerih, ko kompozitni material ni primeren zaradi zdravstvenih razlogov,
- izključitev pravice do storitev fiksne protetike iz Pravil OZZ ter dvig odstotka zobno-protetičnega zdravljenja odraslih z 10 na 50,
- dajanje informacij glede upravičenosti do storitev zobno-protetične rehabilitacije s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije,
- večji obseg pravic ranljivim skupinam prebivalstva.

Predlogi sprememb členov

1. Šesti odstavek 29. člena se spremeni tako, da se glasi:

»(6) Zobni vsadek, ki ni pravica na podlagi 30. člena pravil, se pri uveljavljanju pravic do zobno-protetičnih pripomočkov v skladu s tem členom ne šteje kot lastni zob.«.

Obrazložitev:

Zavod za zdravstveno zavarovanje je s Spremembami in dopolnitvami Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 64/18) v šestem odstavku 29. člena določil:

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

V okviru razpoložljivih sredstev je potrebno zagotoviti dostop do drugih zdravstvenih storitev, zato zbornica predlaga ZZS, da se ta širitev pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki je bila uvedena 2018, odpravi.

2. Za 7. točko sedmega odstavka 89. člena se doda nova 8. točka, ki se glasi:
»8. sodobne obloge za rane na podlagi naročilnice specialista ustrezne stroke.«.

Obrazložitev:

Gre za ukrep racionalizacije, saj bodo sodobne obloge za rane lahko naročili specialisti ustrezne stroke, ki bodo ugotovili potrebo za njihovo uporabo.

3. Za 8. točko tretjega odstavka 103. člena se doda nova 9. točka, ki se glasi:
»9. sodobnih oblog za rane na podlagi naročilnice specialista ustrezne stroke.«.

Obrazložitev:

Gre za ukrep racionalizacije, saj bodo sodobne obloge za rane lahko naročili specialisti ustrezne stroke, ki bodo ugotovili potrebo za njihovo uporabo.

4. 3. točka prvega odstavka 112. člena se spremeni tako, da se glasi:

»3. zalivko v stranskem (transkaninem) sektorju na mlečnem zobu, na zobu otroka, mlajšega od 15 let, nosečnice in doječe matere – kompozitni material, glasionomer pa le, če je to nujno potrebno zaradi zdravstvenih razlogov. V kolikor zaradi zdravstvenih razlogov ni primeren ne kompozitni material, ne glasionomer pa se uporabi amalgam;«.

Obrazložitev:

Zbornica ugotavlja, da v praksi doktorji dentalne medicine pri otrocih mlajših od 15 let, nosečnicah in doječih materah uporabljajo kompozitni material, če pa je to nujno potrebno zaradi zdravstvenih razlogov, uporabijo glasionomer, v kolikor pa tudi glasionomer ni primeren se uporabi amalgam. Zbornica zato želi s spremembo Pravil OZZ le uskladiti pravno ureditev z dejanskim stanjem.

Ocena finančnih posledic:

Zbornica ugotavlja, da sprememba ne bi imela finančnih posledic, saj gre le za uskladitev pravne ureditve s stanjem, ki se v praksi že izvaja.

5. Za 161. členom se dodata nova 161.a člen in 161.b člen, ki se glasita:

»161.a člen

(1) Zavod tri mesece preden zavarovana oseba dopolni 19 let, pisno pozove zavarovano osebo, katere osebni otroški zdravnik je specialist pediater ali specialist šolske medicine, k izbiri novega osebnega zdravnika iz tretjega odstavka prejšnjega člena. K pisnemu pozivu zavod priloži seznam petih, glede na naslov stalnega oziroma začasnega prebivališča zavarovane osebe, najbližjih izvajalcev zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe na področju splošne (družinske) medicine.

(2) Zavod pri zavarovani osebi, ki do dopolnjenega 20. leta starosti navkljub pozivu iz prejšnjega odstavka ne izbere novega osebnega zdravnika, izvede postopek prekinitve izbire osebnega otroškega zdravnika.

(3) Zavod o postopku prekinitve izbire iz prejšnjega odstavka pisno obvesti zavarovano osebo in njenega dotedanjega osebnega otroškega zdravnika. K pisnem obvestilu zavarovani osebi zavod priloži seznam petih, glede na naslov stalnega oziroma začasnega prebivališča zavarovane osebe, najbližjih izvajalcev zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe na področju splošne (družinske) medicine.

161.b člen

(1) Ne glede na določbe 161. in 161.a člena teh pravil, lahko zavarovana oseba pisno predlaga izbranemu osebnemu otroškemu zdravniku specialistu pediatru ali specialistu šolske medicine, da poda soglasje k podaljšanju izbire osebnega otroškega zdravnika.

(2) Zdravnik iz prejšnjega odstavka v petnajstih dneh po prejemu predloga pisno poda oziroma zavrne soglasje k podaljšanju izbire osebnega otroškega zdravnika. V soglasju navede podatke o zavarovani osebi in čas trajanja soglasja k podaljšanju izbire osebnega otroškega zdravnika.

(3) Zoper zavrnitev ali čas trajanja soglasja iz prejšnjega odstavka ni dovoljena pritožba.

(4) Zavarovana oseba predlog in soglasje k podaljšanju izbire osebnega otroškega zdravnika vloži pri zavodu najkasneje v roku iz prvega odstavka 161.a člena teh pravil.

(5) Po preteku soglasja iz drugega odstavka tega člena se smiselno uporabljajo določbe 161.a člena teh pravil.«.

Obrazložitev:

Trenutno veljavna 161. in 166. člen Pravil OZZ določata, da je osebni zdravnik zavarovane osebe do 19 let praviloma specialist pediater ali specialist šolske medicine. Ko oseba dopolni 19 let, osebni otroški zdravnik – pediater ali specialist šolske medicine – lahko predlaga zavarovani osebi prekinitve izbire, vendar pa jo v to ne more prisiliti. Zbornica zato predlaga spremembo Pravil OZZ tako, da bi Zavod za zdravstveno zavarovanje pozval

zavarovano osebo, ki bo kmalu dopolnila 19 let, naj izbere novega osebnega zdravnika praviloma izmed zdravnikov specialistov družinske medicine. V kolikor oseba tega do svojega 20. leta ne bo storila, bo Zavod za zdravstveno zavarovanje po uradni dolžnosti izvedel postopek prekinitve izbire tega osebnega zdravnika.

Sprememba zasleduje cilj varstva pacientov, saj so specialisti pediatri (oz. specialisti šolske medicine) specializirani za obravnavo otrok oz. oseb v času njihovega razvoja (tj. pubertete). Oseba, ki je dopolnila 19 let, je običajno že prerasla obdobje adolescence, zato je za njihovo obravnavo oseb, strokovno ustrežnejše usposobljen specialist družinske oz. zdravnik splošne medicine.

Prav tako Zakon o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 72/06 - uradno prečiščeno besedilo, s spremembami, v nadaljevanju: ZZdrS) določa, da sme zdravnik opravljati zdravniško službo le na tistem strokovnem področju za katerega ima podeljeno licenco. Zdravniku, ki je opravil specializacijo s področja pediatrije (oz. šolske medicine), je v skladu z določili ZZdrS dovoljeno opravljati zdravniško službo le na strokovnem področju obravnave otrok ter mladostnikov. Za starejše osebe (tj. osebe starejše od 19 let) so v skladu z opravljeno specializacijo strokovno usposobljeni specialisti družinske medicine. Določba, ki zavarovani osebi starejši od 19 let ne nalaga obveznosti zamenjave osebnega otroškega zdravnika – specialista pediatra ali specialista šolske medicine, je tako v neskladju z ZZdrS. V hierarhiji pravnih aktov so Pravila OZZ podzakonski akt, ki mora biti v skladu z zakonom, zato je nujno potrebno, da Zavod za zdravstveno zavarovanje omenjeni določbi spremeni.

Predlagani 161.a člen ne posega v pravico zavarovane osebe do proste izbire osebnega zdravnika, saj le razčlenjuje določbe Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 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 in 36/19; v nadaljevanju: ZZVZZ), ki v 80. členu določa, da je izbrani osebni zdravnik za zavarovane osebe do dopolnjenega 19. leta starosti specialist pediater ali specialist šolske medicine, izjemoma specialist splošne medicine (družinske medicine), ali zdravnik splošne medicine s podiplomskim študijem iz zdravstvenega varstva žensk, otrok in mladine. Za zavarovane osebe starejše od 19 let pa je izbrani osebni zdravnik specialist splošne medicine (družinske medicine) ali specialist medicine dela, prometa in športa, izjemoma tudi zdravnik splošne medicine s podiplomskim študijem socialne medicine. Predlagani 161.a člen Pravil OZZ bi bil tako skladen z zakonskimi okviri.

Predlagani 161.b člen ureja izjemo od splošnega pravila – obveznosti zavarovane osebe, da izbere novega osebnega zdravnika – saj določa, da lahko zavarovana oseba predlaga osebemu otroškemu zdravniku specialistu pediatru oz. specialistu šolske medicine naj poda soglasje k podaljšanju izbire. Ta oceni, ali je podaljšanje izbire smiselno, zlasti npr. zaradi nadaljevanja zdravljenja oz. obravnave zavarovane osebe. V kolikor bo soglasje podano, bo zavarovana oseba predlog in soglasje poslala Zavodu za zdravstveno

zavarovanje ter s tem preprečila začetek postopka prekinitve izbire. Predlagani 161.b člen ne posega v pravice in obveznosti zavarovanih oseb ali izbranih osebnih otroških zdravnikov specialistov pediatrov oz. specialistov šolske medicine, saj je podaljšanje izbire predmet dogovora (soglasja) obeh relevantnih subjektov.

6. V 166. členu se črta drugi odstavek.

Obrazložitev:

Črtanje drugega odstavka 166. člena je potrebno zaradi uskladitve člena z novim (predlaganim) 161.a členom.

7. Peta točka prvega odstavka 174. člena se spremeni tako, da se glasi:

»izstavlja listine za uveljavljanje pravic, razen o uveljavljanju pravice do potnih stroškov;«

Za drugim odstavkom se dodata tretji in četrti odstavek, ki se glasita:

»(3) Potrdilo o upravičenosti do potnih stroškov izstavlja zavod na zahtevo zavarovane osebe. Zavarovana oseba k zahtevi iz prejšnjega stavka priloži napotnico, vrsto prevoza in druge podatke, ki jih v posebnem sklepu določi zavod.

(4) Zavod na podlagi zahteve iz prejšnjega odstavka izpolni potrdilo o upravičenosti do potnih stroškov in jo v petih dneh od prejema zahteve pošlje zavarovani osebi.«.

Obrazložitev:

Zavarovana oseba ima pravico do povračila potnih stroškov, ki obsegajo prevozne stroške ter stroške prehrane in nastanitve med potovanjem in bivanjem v drugem kraju, kadar uveljavlja pravice iz 1., 2. in 3. točke 23. člena ZZVZZ, če mora potovati k izvajalcu v drug kraj, ker v kraju zaposlitve ali prebivališča zavarovane osebe ni izvajalca ali če jo izvajalec ali ZZS napoti ali pokliče v kraj zunaj kraja zaposlitve ali prebivališča zavarovane osebe. V teh primerih ima zavarovana oseba pravico do povračila potnih stroškov za najkrajšo razdaljo od kraja prebivališča do najbližjega izvajalca. Zavarovana oseba od osebnega zdravnika, če jo ta napoti, pridobi potrdilo o upravičenosti do potnih stroškov. Na navedenem potrdilu mora osebni zdravnik označiti razdaljo med stalnim prebivališčem zavarovanca in najbližjim ustreznim izvajalcem zdravstvene dejavnosti znotraj javne mreže.

Zbornica ugotavlja, da izbrani osebni zdravniki zavarovanih oseb nimajo potrebnih informacij, da bi ugotavljali razdaljo med krajem prebivališča in najbližjim ustreznim izvajalcem zdravstvene dejavnosti, zato si morajo pomagati z nepreverjenimi načini ugotavljanja razdalje, hkrati pa jim opravljanje administrativnih obveznosti po nepotrebem jemlje čas za opravljanje osnovne dejavnosti.

Zbornica zaradi zgoraj navedenega predlaga Zavodu za zdravstveno zavarovanje, da spremeni Pravila OZZ tako, da potrdila o upravičenosti do potnih stroškov ne bo več potrebno izpolnjevati osebnim zdravnikom, ampak bo to obveznost nosil Zavod za zdravstveno zavarovanje. Navedeno je smiselno, saj zavod razpolaga s podatki o vseh izvajalcih zdravstvene dejavnosti znotraj javne mreže. S predlogom zbornice bi se kot že povedano v uvodu zagotovila večja racionalizacija dela. Zavod za zdravstveno zavarovanje pa bi navedena potrdila izdajal le v primeru, da bi zavarovana oseba podala zahtevo.

8. Prvi odstavek 175. člena se spremeni tako, da se glasi:

»(1) Osebni otroški zdravnik ugotavlja tudi, če otrok potrebuje nego ali spremstvo, zaradi katerih je potrebna začasna zadržanost zavarovanca od dela. Pri tem osebni otroški zdravnik ne ugotavlja drugih pogojev o upravičenosti začasne zadržanosti od dela zavarovanca, temveč je to v pristojnosti zavoda.«.

Obrazložitev:

Osebni otroški zdravniki so zaradi svoje obveznosti, da odločajo o upravičenosti začasne zadržanosti od dela staršev (oz. drugih upravičenih oseb) zaradi nege ali spremstva otrok, nerazumno obremenjeni, saj morajo poleg otrokovega zdravstvenega stanja preverjati zaposlitev in delovne obveznosti staršev. Pri tem ne razpolagajo s potrebnimi podatki, temveč morajo upravičenci podajati pisne izjave, s katerimi jamčijo, da so podatki, ki jih navedejo resnični. Hkrati morajo osebni otroški zdravniki izdati več potrdil o upravičeni odsotnosti z dela, saj se upravičenci običajno izmenjujejo pri negi/spremembi otroka, kar terja dodatni čas, ki bi ga lahko namenili za dejansko zdravstveno obravnavo svojih pacientov. Zbornica meni, da je Zavod za zdravstveno zavarovanje (t.s. referenti zavoda) bolj primerni za ugotavljanje ostalih pogojev upravičenosti do začasne zadržanosti od dela zavarovane osebe zaradi nege otroka. Osebni otroški zdravniki pa bodo še naprej ugotavljali, če otrok potrebuje nego ali spremstvo, da je potrebna začasna zadržanost od dela zavarovane osebe.

S tem predlogom zbornica kot že povedano v uvodu želi zagotoviti racionalizacijo dela ter hkrati osebnim otroškim zdravnikom z odvzemom administrativnega dela zagotavlja več časa za dejansko obravnavo pacientov.

9. Prvi odstavek 177. člena se spremeni tako, da se glasi:

»(1) Na napotnici iz prejšnjega odstavka se označi obdobje njene veljavnosti. Osebni zdravnik lahko določi, da je napotnica veljavna nedoločno dolgo, če glede na okoliščine primera, ne more oceniti čas trajanja zdravstvenih storitev, katerih izvajanje prenaša na napotnega zdravnika.«.

Obrazložitev:

Trajna veljavnost napotnice je namenjena zagotovitvi zmanjšanja nepotrebnih administrativnih obremenitev osebnih zdravnikov, ki so posledica izdaje novih napotnic, zato ker stare napotnice potečejo. Zdravnik, ki izdaja napotnico (tj. običajno osebni zdravnik) bo načeloma še vedno določil obdobje veljavnosti napotnice do enega leta, vendar pa mu predlagana sprememba omogoča tudi, da v primerih, pri katerih je napotitev daljša od roka enega leta (npr. Crohnova bolezen, hematološke diagnoze, diabetes mellitus na inzulinu), določi tudi daljše obdobje veljavnosti napotnice – izjemoma nedoločeno obdobje veljavnosti napotnice.

Zbornica Zavodu za zdravstveno zavarovanje predlaga tudi naj se črta drugi, tretji in sedmi odstavek 14. člena Navodila za uveljavljanje pravice do zdravstvenih storitev z napotnico.¹ Posledično naj četrti, peti, šesti, osmi in deveti odstavek postanejo novi drugi, tretji, četrti, peti in šesti odstavek. Drugi in tretji odstavek namreč urejata, da je časovna veljavnost napotnice (razen pri ortodontskem zdravljenju) lahko največ eno leto. Sedmi odstavek pa določa, da se napotnica s stopnjo nujnosti »nujno« izda le z »enkratno« veljavnostjo. Tudi pri napotnicah s stopnjo nujnosti »nujno« ne gre vedno za enkratne zdravstvene storitve zato je dodatno izdajanje napotnic s stopnjo nujnosti »zelo hitro« oz. »hitro ali redno« po tem, ko je napotnica s stopnjo nujnosti »nujno« že uporabljena (in posledično preneha veljati), nepotrebno dodatno delo za izbrane osebne zdravnike, ki običajno izdajajo napotnice. V kolikor osebni zdravnik oceni, da je tudi pri stopnji nujnosti »nujno« potrebna daljša obravnava pri napotnem zdravniku, mu je potrebno omogočiti, da določi daljše obdobje veljavnosti napotnice.

Poleg tega zbornica predlaga naj se v Pravilniku o obrazcih in listinah za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 104/13, 8/15, 1/16, 57/18 in 30/19) spremeni priloga »Obr. NAP: Napotnica« tako, da bo pri veljavnosti napotnice mogoče določiti trajno veljavnost.

Predloga zasledujeta cilj zmanjšanja nepotrebnih obremenitev osebnih zdravnikov.

10. Za 187. členom se doda nov 187.a členi, ki se glasi:

»(1) Zavarovana oseba lahko pred začetkom izdelave predloga načrta zobno-protetične rehabilitacije od zavoda pisno zahteva, da ji poda informacije, iz katerih izhaja katere konkretne zobozdravstvene storitve in v kakšnem obsegu so krite iz obveznega ter dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (informacije zobno-protetične rehabilitacije).

(2) Zavod na podlagi informacij, ki so navedene v zahtevi iz prejšnjega odstavka, zavarovani osebi v 15 dneh poda pisne informacije, iz katerih izhaja katere konkretne zobozdravstvene storitve in v kakšnem obsegu so krite iz obveznega ter dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (informacije zobno-protetične rehabilitacije).

¹ URL: <http://www.zzzs.si/Zzss/info/egradiva.nsf/o/38FF11568D0E77C7C12577FB00426E00>.

(3) Zavod je vezan na pisne informacije iz prejšnjega odstavka.«.

Obrazložitev:

Ker gre za pristojnost Zavoda za zdravstveno zavarovanje, da odloči katere storitve bo zavarovani osebi kril iz obveznega in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja in katerih ne, zbornica v ta namen predlaga določbo, da se zavarovana oseba lahko obrne na Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije z namenom pridobitve informacij o obsegu kritja zobozdravstvenih storitev iz obveznega in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Zavod bo moral v 15 dneh od prejema zahteve podati pisne informacije, iz katerih izhaja katere konkretne zobozdravstvene storitve in v kakšnem obsegu so krite iz obveznega ter dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (informacije zobno-protetične rehabilitacije). Zavarovana oseba se bo lahko na informacije zanesla, saj bodo Zavod za zdravstveno zavarovanje vezale do spremembe okoliščin.

11. Peti odstavek 210. člena se spremeni tako, da se glasi:

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

1. je evidentiran v zbirki podatkov pod zaporedno številko 16 "Evidenca gibanja zdravstvenih delavcev in mreža zdravstvenih zavodov" iz Priloge 1 Zakona o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (Uradni list RS, št. 65/00, 47/15 in 31/18) in

2. ima opravljen strokovni izpit in

3. je član Zdravniške zbornice Slovenije.«.

Obrazložitev:

Pravila OZZ v 210. členu urejajo pravico zdravnikov do predpisovanja posebnih listin zavoda: »recept za osebno rabo«. Skupščina Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije je 17. 9. 2018 sprejela novelo Pravil OZZ, v kateri je z novim 210. členom številnim zdravnikom odvzela pravico do predpisovanja receptov za osebno rabo. Pri tem gre predvsem za zdravnike, ki imajo opravljen strokovni izpit, nimajo pa zdravniške licence, in za zdravnike, ki sicer imajo licenco, vendar pa ne opravljajo storitev v okviru mreže javne zdravstvene službe.

Institut recepta za osebno rabo predstavlja način racionalizacije sredstev v javnem zdravstvu, saj zdravnikom, ki jim je skladno s področnimi predpisi dovoljeno predpisovanje zdravil, omogoča, da z uporabo posebne listine predpisujejo zdravila tudi sami sebi in svojim družinskim članom. S tem zdravniki razbremenjujejo sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja, saj so ta obremenjena zgolj s stroškom predpisanega zdravila na recept za osebno rabo, prihranjeni pa so stroški zdravstvene storitve, ki bi bila obračunana v breme Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, kolikor bi morali biti zdravniki in njihovi družinski člani za pridobitev istih zdravil predhodno obravnavani pri enemu izmed izvajalcev zdravstvenih storitev v javni zdravstveni mreži.

Po trenutno veljavnem 5. odstavku 210. člena Pravil OZZ lahko Zavod za zdravstveno zavarovanje zdravniku dodeli recepte za osebno rabo, če zdravnik (med ostalim) izpolnjuje poseben pogoj – da ima licenco Zdravniške zbornice Slovenije in ima hkrati enega izmed statusov iz 3. točke 5. odstavka.

Zavod za zdravstveno zavarovanje je v obrazložitvi pogoja veljavne licence navedel, da se bo z navedenim pogojem zagotovila primernejša, kakovostnejša in varnejša zdravstvene obravnava zavarovanih oseb, katerim se predpiše recept za osebno rabo.² Navedena obrazložitev je po mnenju Zbornice pavšalna, saj Zavod za zdravstveno zavarovanje ne navede na kakšen način naj bi navedeni pogoj prispeval k varnejšem in kakovostnejšem predpisovanju zdravil za osebno rabo.

Pogoj, da mora imeti zdravnik licenco Zdravniške zbornice Slovenije, je pravno sistemsko neskladen s siceršnjo ureditvijo kompetenc zdravnikov po področnih predpisih. Zakon o zdravniški službi (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 in 49/18; v nadaljevanju: ZZdrS) namreč v 10.a členu določa, da sme zdravnik s strokovnim izpitom samostojno opravljati vse dejavnosti, ki so navedene v programu pripravništva za poklic zdravnik, ter v obsegu teh dejavnosti predpisovati zdravila in medicinske pripomočke. Dodatno ne gre spregledati tudi dejstva, da Zakon o delovnih razmerjih (Uradni list RS, št. 21/13, 78/13 – popr., 47/15 – ZZSDT, 33/16 – PZ-F, 52/16 in 15/17 – odl. US) v 120. členu eksplicitno določa namen opravljanja pripravništva, in sicer, da se posameznik, ki prvič začne opravljati delo, ustrezno vrsti in ravni njegove strokovne izobrazbe, usposobi za samostojno opravljanje dela v delovnem razmerju. Pripravništvo se zaključi z izpitom (v konkretnem primeru strokovni izpit, ki se opravlja na Ministrstvu za zdravje), po katerem se šteje, da je posameznik usposobljen za samostojno opravljanje dela,³ zato je po mnenju Zbornice in v skladu s predpisi, ki urejajo opravljanje zdravniške službe, pogoj za predpisovanje zdravil v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja ali samoplačniških zdravil (beli recepti), opravljen strokovni izpit zdravnika.

Dalje je potrebno opozoriti, da je v skladu z ZZdrS licenca javna listina, ki se zdravniku podeli po opravljeni specializaciji in dokazuje strokovno usposobljenost zdravnika za samostojno opravljanje zdravniške službe, vendar zgolj na določenem strokovnem področju (npr. torakalne kirurgije). Specializacijo je pri tem mogoče razumeti zgolj kot ozko usmerjeno izobraževanje s katerim se zdravnik usposobi za opravljanje zdravstvenih storitev zgolj in le na enem področju, tj. na področju za katerega je specializiral (npr. torakalne kirurgije), zato za razlikovanje med zdravnikom brez licence in zdravnikom z licenco po mnenju Zbornice ni utemeljenega razloga. S predlagano spremembo v 2. točki 5. odstavka 210. člena se kompetence za predpisovanje receptov za osebno rabo usklajuje

² Predlog ZZS za javno razpravo z dne 18. 1. 2018, URL: <https://e-uprava.gov.si/download/edemokracija/datotekaVsebina/336850?disposition=inline>, str. 55.

³ Ta namen izhaja tudi iz ocene stanja in razlogov za sprejetje Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravniški službi (ZZdrS-E, EVA 2006-2711-0201), ki je uvedel 10.a člen.

s splošno ureditvijo kompetenc zdravnikov za predpisovanje zdravil, in sicer se kot pogoj določa, da ima zdravnik opravljen strokovni izpit.

Na novo se v 3. točki dodaja tudi pogoj, da mora biti zdravnik član Zdravniške zbornice Slovenije, s čimer bo zagotovljeno, da bo vsak zdravnik, ki predpisuje recepte za osebno rabo, podvržen ustreznemu nadzoru nad spoštovanjem poklicnih pravil. V novem 5. odstavku 210. člena Pravil OZZ je opuščena do sedaj veljavna 3. točka, ki določa »status« zdravnikov, ki so upravičeni do receptov za osebno rabo.⁴

Pravica do predpisovanja receptov za osebno rabo mora namreč slediti osnovnemu izhodišču, da so zdravniki, ki predpisujejo te recepte, tudi sami hkrati obvezno zdravstveno zavarovane osebe (neglede na to, kje so zaposleni, oziroma ali kot zasebniki opravljajo javno zdravstveno službo ali ne). Kot navedeno zgoraj, so ravno v tem recepti za osebno rabo sredstvo racionalizacije v javnem zdravstvu, saj pridejo zdravniki in njihovi družinski člani prek teh receptov do zdravil, ki jih glede na svoje zdravstveno stanje potrebujejo, ne da bi hkrati zdravstveno blagajno bremenili še za stroške zdravstvenih storitev, ki jih je potrebno sicer opraviti preden se v ostalih primerih pacientom predpiše zdravila. Trenutna ureditev iz 3. točke 5. odstavka krog upravičencev (od vseh zdravstveno zavarovanih zdravnikov z opravljenim strokovnim izpitom) zožuje na posebne kategorije statusov zdravnikov, kar pa je s samim namenom instituta nezdržljivo, saj zdravnike, ki imajo isti status (tj. obvezno zdravstveno zavarovanih oseb), razločuje po kriterijih (od 1. do 3. alineje 3. točke), ki s tem statusom (in torej s predpisovanjem receptov za osebno rabo) niso v nobeni vsebinski povezavi. Pravila OZZ tako kršijo 14. člen Ustave republike Slovenije (Uradni list RS, št. 33/91-I, 42/97 – UZS68, 66/00 – UZ80, 24/03 – UZ3a, 47, 68, 69/04 – UZ14, 69/04 – UZ43, 69/04 – UZ50, 68/06 – UZ121,140,143, 47/13 – UZ148, 47/13 – UZ90,97,99 in 75/16 – UZ70a; v nadaljevanju: URS), saj kot razlikovalni element na podlagi katerega razlikujejo zdravnike, ki so ali niso upravičeno do receptov za osebno rabo, določajo osebno okoliščino sedanje ali pretekle zaposlitve v okviru javne zdravstvene službe ali pri Zavodu za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, Ministrstvu za zdravje, medicinski fakulteti, Nacionalnemu inštitutu za javno zdravje ali Nacionalnemu laboratoriju za zdravje, okolje in hrano. Prepoved diskriminacije na podlagi osebne okoliščine velja tudi na splošni ravni – pri sprejemanju zakonov in podzakonskih predpisov. Zavod bi moral s sprejetjem novele Pravil OZZ navedeno neustavnost odpraviti.

Razlog, zaradi katerega je Zavod za zdravstveno zavarovanje z zadnjo spremembo Pravil OZZ omejil upravičence za izdajo receptov za osebno rabo, je preprečevanje domnevnih zlorab pri predpisovanju receptov, o čemer pa jasne statistike ne obstajajo. Sicer pa menimo, da presoja ukrepa (tudi, če bi Zavod za zdravstveno zavarovanje zasledoval legitimen cilj) ne bi prestala strogega testa sorazmernosti, ki ga Ustavno sodišče RS

⁴ Zavod v obrazložitvi člena ne navedene razloga, zakaj je le določenim skupinam zdravnikom podeljena pravica do recepta za osebno rabo, zato Zbornica sklepa, da je razlog za razlikovanje med zdravniki v javni mreži in zdravniki zunaj nje le osebna okoliščina zaposlitve.

uporablja v svojih odločbah.⁵ Ukrep Zavoda za zdravstveno zavarovanje namreč očitno ni primeren za doseg cilja, hkrati je preprečevanje zlorab (če te res so) mogoče doseči z blažjimi ukrepi.

V skladu z navedenim Zbornica predlaga, da Zavod za zdravstveno zavarovanje spremeni Pravila OZZ tako, da bo vsem zdravnikom s strokovnim izpitom in članstvom v Zbornici omogočeno pisanje receptov za osebno rabo.

Ocena finančnih posledic:

Predlog predvideva razbremenitev finančnih obveznosti Zavoda za zdravstveno zavarovanje, saj se sorazmerno s širitvijo kroga zdravnikov, ki bodo upravičeni do predpisovanja receptov za osebno rabo, zmanjšuje potreba zavarovanih oseb, ki bodo prejele zdravila na ta recept, za predhodno zdravstveno obravnavo pri izvajalcih zdravstvenih storitev. Ocenjujemo, da se bo v Sloveniji zmanjšalo število obravnav za približno 100.000 letno. Tako se bo preobremenjenost zdravnikov v osnovnem zdravstvu zmanjšala – ocenjujemo, da se bo število obiskov zmanjšalo za približno 1 %.

12. Za 234. členom se doda nov 234.a člen, ki se glasi:

»234.a člen

(1) Ne glede na določbe 232. do 234. člena pravil, je začasna zadržanost od dela zaradi bolezni ali poškodbe in za katero se utemeljeno pričakuje, da ne bo daljša od petih dni, predmet dogovora med zavarovano osebo in delodajalcem.

(2) Zavarovana oseba, ki utemeljeno pričakuje, da njena začasna zadržanost od dela ne bo daljša od petih dni, delodajalca nemudoma obvesti o svoji začasni zadržanosti, pri čemer obvestilo ne vsebuje zdravstvenih razlogov začasne zadržanosti. Delodajalec na podlagi obvestila najkasneje v dveh delovnih dneh poda pisno soglasje v katerem navede:

- osebne podatke zavarovane osebe,
- datum in uro, ko je bil s strani zavarovane osebe obveščen o začasni zadržanosti od dela,
- datum začetka začasne zadržanosti od dela,
- predviden datum zaključka začasne zadržanosti od dela.

(3) Če delodajalec izdajo soglasja zavrne oziroma v dveh delovnih dneh ne poda pisnega soglasje, zavarovana oseba uveljavlja pravico do začasne zadržanosti od dela na podlagi določb tega oddelka pravil.

(4) Če zavarovana oseba tudi po preteku predvidenega datuma zaključka začasne zadržanosti od dela ne more priti na delo, se o njeni nadaljnji začasni zadržanosti odloča na podlagi določb tega oddelka pravil.«.

⁵ Npr. US RS U-I-194/17-21, U-I-219/03, U-I-290/96.

Obrazložitev:

Manjše začasne zadržanosti od dela predstavljajo velik del zadržanosti od dela zavarovanih oseb. Zavarovana oseba pogosto ve, da je njeno slabše zdravstveno stanje krajše narave, zato je po mnenju zbornice nesmiselno, da bi v takšnih primerih moral o upravičenosti odsotnosti odločati osebi zdravnik zavarovane osebe. Za obravnavo pacientov in pisanje potrdil o upravičeni začasni zadržanosti od dela, ki je krajše narave, zdravniki porabijo precej časa, ki bi ga lahko namenili za obravnavo resnejših primerov. Obravnavanje krajših odsotnosti od dela s strani zdravnikov namreč ni namenjeno dejanskemu zdravljenju pacienta, ampak zgolj pisanju potrdil o upravičeni zadržanosti od dela, zato pomeni le dodatno delo, s katerim pa se ne zagotavlja izboljšanja zdravstvenega stanja pacienta.

Predlog člana prispeva k razbremenitvi družinskih zdravnikov, hkrati pa v nobenem delu ne posega v pravice in obveznosti zavarovane osebe oz. njenega delodajalca, saj v primeru, da delodajalec ne poda soglasja delavcu, o začasni zadržanosti od dela še vedno odloča osebni zdravnik zavarovane osebe.

Kot standard utemeljenega pričakovanja, da bo odsotnost krajše narave, je po mnenju zbornice treba razumeti bolezní oz. poškodbe, kjer je laiku že na prvi pogled jasno, da gre le za manj resne in krajše odsotnosti od dela (npr. prehladi).

Drugi predlogi zbornice

Zbornica poleg konkretnih predlogov sprememb členov predlaga Zavodu za zdravstveno zavarovanje:

- naj medicinske pripomočke predpisujejo osebe zaposlene pri Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije na podlagi diagnoze pooblaščenega zdravnika, ki je običajno osebni ali napotni zdravnik zavarovane osebe,
 - osebe zaposlene pri Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije bi lahko bile locirane v zdravstvenih domovih ali splošnih bolnišnicah, tako bi lahko tudi poučevale pacienta o njegovi pravici do medicinskih pripomočkov;
 - zdravnik bi še vedno ocenil, ali je zdravstveno stanje zavarovane osebe tako, da potrebuje medicinski pripomoček;
 - s predlogom se zasleduje cilj racionalizacije, saj bi zdravniki opravljali zdravstvene storitve, administrativni delavci pa bi bili zadolženi za administrativno-tehnične naloge,
 - s predlogom bi se zagotovilo tudi zmanjšanje preobremenjenosti zdravnikov splošne medicine,
 - zbornica ugotavlja, da bi moral Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije spremeniti večji obseg Pravil OZZ – zlasti pa naslednje člene, ki določajo obveznosti pooblaščenega zdravnika (tj. zlasti osebnega oz. napotnega

zdravnika, ki je z zakonom ali s splošnim aktom zavoda pooblaščen za izvedbo določenih zdravstvenih storitev) v zvezi s predpisovanjem medicinskih pripomočkov: 97.a, 114. ,116. , 117., 119. , 120. , 117. , 174. , 176.

- izključitev pravice do storitev fiksne protetike iz Pravil OZZ ter dvig odstotka zobnoprostetičnega zdravljenja odraslih z 10 na 50, kot to še dopušča Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju v šesti točki prvega odstavka 23. člena,
 - namesto storitev fiksne protetike bi Zavod za zdravstveno zavarovanje kril le snemno protetične rešitve in rešitve snemne protetike z dolgotrajnim provizorijem ter s prihranjenim denarjem zagotovil zobno-protetično zdravljenje odraslih v višjem odstotku (z 10% na 50%)
 - s tem se bo posledično zagotovila tudi večja dostopnost storitev zobno-protetičnega zdravljenja;
- v Pravilih OZZ naj se uredi oz. zagotovi večji obseg pravic na področju zobozdravstva, ki bodo pripadale ranljivim skupinam iz obveznega zdravstvenega zavarovanja,
 - zavod kot javnopravni subjekt mora zagotavljati varstvo ranljivih skupin prebivalstva med katere se štejejo zlasti otroci mlajši od 18 let, osebe starejše od 65 let ipd,
- naj si v okviru svojih pristojnosti prizadeva za spremembo Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ki bi aktivnosti izbranega zdravnika zavarovane osebe v zvezi z začasno zadržanostjo od dela zaradi bolezni oz. poškodbe, ki traja več kot 30 dni, prenesla na zdravnika medicine dela, športa in prometa delodajalca zavarovane osebe.

S spoštovanjem,



dr. Zdenka Čebašek-Travnik, dr. med.
Predsednica

Vročiti:

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije – DI@zzzs.si

Ministrstvo za zdravje – gp.mz@gov.si

