

Opozorilo: Neuradno prečiščeno besedilo predpisa predstavlja zgolj informativni delovni pripomoček, glede katerega organ ne jamči odškodninsko ali kako drugače.

Neuradno prečiščeno besedilo Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja obsega:

- Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 79/94 z dne 21. 12. 1994),
- Spremembe in dopolnitve pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 73/95 z dne 22. 12. 1995),
- Spremembe in dopolnitve pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 39/96 z dne 26. 7. 1996),
- Spremembe in dopolnitve pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 70/96 z dne 6. 12. 1996),
- Spremembe in dopolnitve pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 47/97 z dne 1. 8. 1997),
- Spremembe in dopolnitve pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 3/98 z dne 17. 1. 1998),
- Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (prečiščeno besedilo) (Uradni list RS, št. 3/98 z dne 17. 1. 1998),
- Odločbo Ustavnega sodišča o razveljavitvi dela besedila 257. člena pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 51/98 z dne 17. 7. 1998),
- Odločbo Ustavnega sodišča o delni razveljavitvi 2. člena sprememb in dopolnitev pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 73/98 z dne 30. 10. 1998),
- Spremembe in dopolnitve pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 90/98 z dne 28. 12. 1998),
- Popravek sprememb in dopolnitev pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 6/99 z dne 29. 1. 1999),
- Odločbo Ustavnega sodišča o razveljavitvi 2. točke 145. člena pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 109/99 z dne 29. 12. 1999),
- Spremembe in dopolnitve pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 61/00 z dne 6. 7. 2000),
- Popravek sprememb in dopolnitev pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 91/00 z dne 6. 10. 2000),
- Spremembe in dopolnitev pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 59/02 z dne 5. 7. 2002),
- Spremembe in dopolnitve pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 18/03 z dne 21. 2. 2003),

- Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (prečiščeno besedilo) (Uradni list RS, št. 30/03 z dne 27. 3. 2003),
- Popravek Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 35/03 z dne 11. 4. 2003),
- Spremembe in dopolnitve pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 78/03 z dne 8. 8. 2003),
- Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 84/04 z dne 30. 7. 2004),
- Spremembe in dopolnitve pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 44/05 z dne 5. 5. 2005),
- Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 86/06 z dne 11. 8. 2006),
- Popravek Sprememb in dopolnitev Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 90/06 z dne 25. 8. 2006).

PRAVILA

OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

(neuradno prečiščeno besedilo št. 18)

I. SPLOŠNE DOLOČBE

1. člen

Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu: pravila) podrobneje urejajo:

1. vrste in obseg pravic,
2. obveznosti zavezancev in zavarovanih oseb,
3. pogoje in postopke za uresničevanje pravic,
4. standarde zdravstvenih storitev in medicinsko-tehničnih pripomočkov,
5. varstvo pravic zavarovanih oseb,
6. nadzor uresničevanja pravic in obveznosti.

2. člen

V pravilih pomenijo:

1. zavod – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije;

2. zakon – zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju;
3. dogovor – dogovor o programu zdravstvenih storitev in o izhodiščih za njegovo izvajanje iz 63. člena zakona;
4. obvezno zavarovanje – obvezno zdravstveno zavarovanje;
5. zavarovana oseba – zavarovanec iz 15. člena zakona in družinski člani iz 20. člena zakona;
6. status zavarovane osebe – lastnost zavarovane osebe po zakonu in pravilih;
7. nosilec zavarovanja – zavarovanec, po katerem so zavarovani družinski člani;
8. zavezanec – pravna ali fizična oseba, ki je zavezanec za prijavo oseb v zavarovanje in za plačilo prispevkov za obvezno zavarovanje;
9. osebni zdravnik – osebni zdravnik, osebni zobozdravnik, osebni ginekolog in osebni otroški zdravnik;
10. osebni zdravnik – zdravnik, ki si ga zavarovana oseba izbere v skladu s pravili v splošni medicini, medicini dela, otroškem ali šolskem dispanzerju;
11. osebni zobozdravnik – zobozdravnik, ki si ga zavarovana oseba izbere v skladu s pravili;
12. osebni ginekolog – zdravnik, ki si ga ženska izbere za zagotavljanje storitev v dispanzerski ginekološki dejavnosti;
13. nadomestni zdravnik – zdravnik, ki nadomešča odsotnega osebnega zdravnika;
14. napotni zdravnik – zdravnik pri katerem zavarovana oseba uveljavlja pravice do storitev na podlagi napotnice osebnega ali napotnega zdravnika;
15. izvajalec – javni zdravstveni zavod in druge fizične ali pravne osebe, ki imajo pogodbo z zavodom za opravljanje zdravstvene dejavnosti;
16. standard – vrsta in količina storitev, ki sodijo v obvezno zdravstveno zavarovanje, normativi zdravstvenih storitev, njihova vrednost ter postopki in pogoji;
17. kartica zdravstvenega zavarovanja – identifikacijski dokument zavarovane osebe;
18. napotnica – listina, s katero osebni zdravnik prenaša pooblastila na druge zdravnike, ki so na isti ali višji ravni kot on;
19. delovni nalog – listina, s katero zdravnik naroča laboratorijske, rentgenske, fizioterapevtske, ultrazvočne, zobotehnične, citološke in druge preiskave, prevoze z reševalnimi in drugimi vozili, zdravljenje ter nego na domu, storitve s področja psihologije, logopedije, defektologije in druge storitve, ki niso vezane na zdravniške preglede;
20. medicinsko-tehnični pripomočki so:
 - proteze, ortoze in ortopedski čevlji;
 - vozički in drugi pripomočki za gibanje, stojo in sedenje;
 - pripomočki za vid;
 - pripomočki za sluh in govor;

- zobnoprostetični pripomočki;
 - drugi medicinski pripomočki;
21. nujna medicinska pomoč – zdravstvene storitve, ki jih krije obvezno zdravstveno zavarovanje v celoti in so opredeljene v prvem odstavku 103. člena pravil;
 22. nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene storitve – zdravstvene storitve, ki jih uveljavljajo zavarovane osebe na podlagi 25. člena zakona in so podrobneje opredeljene v 101., 102., 103. in 104. členu pravil;
 23. pravni red EU – pravni predpisi Evropskih skupnosti na področju koordinacije sistemov socialne varnosti, ki so neposredno uporabljivi v slovenski zakonodaji;
 24. meddržavna pogodba – dvostranski sporazum o socialni varnosti oziroma socialnem zavarovanju.

3. člen

(1) Pravice iz obveznega zavarovanja imajo osebe, ki izpolnjujejo z zakonom določene pogoje za pridobitev lastnosti zavarovanca oziroma njegovega družinskega člana v Republiki Sloveniji. Vse te osebe morajo biti obvezno zavarovane pri zavodu.

(2) Zavarovane osebe in zavezanci so za izvajanje obveznega zavarovanja dolžni izpolnjevati obveznosti po zakonu in splošnih aktih zavoda.

(3) Pravila so dolžni upoštevati tudi izvajalci.

4. člen

(1) Zavod ima od zavarovane osebe, zavezanca ali izvajalca pravico zahtevati povrnitev izdatkov za storitve oziroma za pravice, ki jih je povzročil, če ni upošteval pravil.

(2) Zavod ima pravico zavrniti plačilo stroškov za storitve, pripomočke ali druge pravice, katerih uveljavljanje ni v skladu s standardi, ki so določeni v pravilih.

(3) Zavod ima pravico razdreti pogodbo o opravljanju in financiranju zdravstvenih storitev z izvajalcem, pri katerem se večkrat pojavljajo primeri iz prejšnjega odstavka.

II. PRIDOBITEV, SPREMEMBA OZIROMA IZGUBA LASTNOSTI ZAVAROVANE OSEBE

5. člen

(1) Zavarovane osebe so zavarovanci iz 15. člena zakona ter njihovi družinski člani, ki jih opredeljuje 20. člen zakona in 9. člen pravil.

(2) Osebe iz prejšnjega odstavka, ki so na usposabljanju ali opravljajo delo oziroma izvajajo aktivnosti iz 17. in 18. člena zakona, so iz tega naslova obvezno zdravstveno zavarovane tudi za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni.

6. člen

(1) Lastnost zavarovane osebe v obveznem zavarovanju pridobi oseba z dnem, ko so pri njej izpolnjeni pogoji za vključitev v obvezno zavarovanje po zakonu in pravilih, in jo izgubi z dnem, ko za takšno zavarovanje ne izpolnjuje pogojev.

(2) Zavod ugotavlja, če oseba izpolnjuje pogoje za vstop v obvezno zavarovanje, ko le-ta vloži prijavo. Pogoje za vstop v obvezno zavarovanje je zavezanec dolžan izkazati z javnimi listinami in z drugimi dokumenti, na podlagi katerih lahko zavod ugotovi, ali so izpolnjeni pogoji za obvezno zavarovanje.

7. člen

Zavod prizna lastnost zavarovane osebe z izdajo kartice zdravstvenega zavarovanja.

8. člen

Zavod lahko zavrne sprejem v obvezno zavarovanje osebam, ki ne izpolnjujejo pogojev, ki so predpisani z zakonom in pravili. Zavrnitev prijave zavod ugotovi z odločbo.

9. člen

Lastnost zavarovane osebe ob pogoju prijave pridobijo:

1. osebe v delovnem razmerju v Republiki Sloveniji – z dnem, ko so sklenile delovno razmerje;
2. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki so zaposlene pri tujem delodajalcu in niso zavarovane pri tujem delodajalcu – z dnem, ko so sklenile delovno razmerje;
3. osebe, ki v Republiki Sloveniji opravljajo gospodarsko ali poklicno dejavnost kot edini ali glavni poklic in poslovodne osebe in družbeniki, katerih osnova za obračun davka dosega najmanj znesek minimalne plače v Republiki Sloveniji, če niso obvezno zavarovani na drugi podlagi – z dnem vpisa v predpisani register oziroma z dnem, ki je na odločbi upravnega organa naveden kot pričetek opravljanja dejavnosti;
4. kmetje – z dnem, ko začnejo opravljati kmetijsko dejavnost kot edini ali glavni poklic;
5. vrhunski športniki in vrhunski šahisti – z dnem, ko pridobijo status vrhunskega športnika ali vrhunskega šahista;
6. prejemniki denarnega nadomestila ali denarne pomoči za brezposelnost – z dnem, ko pridobijo pravico do denarne dajatve;
7. upravičenci do pravic po zakonu o starševskem varstvu in družinskih prejemkih – z dnem, ko pridobijo pravico po tem zakonu;
8. prejemniki denarnega nadomestila po zakonu o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih odraslih oseb – z dnem, ko pridobijo pravico do nadomestila;
9. prejemniki stalne denarne pomoči kot edinega vira preživljanja – z dnem, ko pridobijo to pravico;
10. upokojenci, ki prejemajo pokojnino po predpisih Republike Slovenije, in prejemniki preživnin po zakonu o preživninskem varstvu kmetov – z dnem, ko pridobijo pravico do pokojnine oziroma preživnine;

11. upokojenci s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki prejemajo pokojnino iz tujine - z dnem, ko pridobijo stalno prebivališče v Republiki Sloveniji;
12. prejemniki nadomestil po zakonu o pokojninskem in invalidskem zavarovanju s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji (delavci na prekvalifikaciji oziroma dokvalifikaciji, invalidi II. in III. kategorije, ki čakajo na zaposlitev po prekvalifikaciji oziroma dokvalifikaciji, invalidi II. in III. kategorije, ki čakajo na delo, ko jim preneha pravica do nadomestila iz naslova brezposelnosti) – z dnem, ko pridobijo pravico do nadomestila;
13. prejemniki invalidnin po 15. točki in priznavalnin po 18. točki 15. člena zakona – z dnem, ko pridobijo pravico;
14. vojaški obvezniki, ki so v civilni službi kot nadomestilu vojaškega roka- z dnem, ko začnejo opravljati civilno službo;
15. vojaški obvezniki s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji med služenjem vojaškega roka oziroma med usposabljanjem za rezervno sestavo policije – z dnem, ko nastopijo služenje vojaškega roka oziroma z dnem začetka usposabljanja;
16. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja, ki med bivanjem v Republiki Sloveniji ne morejo uveljavljati pravic iz tega zavarovanja – z dnem, ko pridejo v Republiko Slovenijo;
17. družinski člani osebe, zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja, ki imajo stalno prebivališče v Republiki Sloveniji in v tujini ne morejo biti zavarovani kot družinski člani – z dnem, ko nosilec zavarovanja vstopi v zavarovanje v drugi državi;
18. tujci na izobraževanju ali izpopolnjevanju v Republiki Sloveniji – z dnem, ko se pričnejo izobraževati oziroma izpopolnjevati v Republiki Sloveniji;
19. osebe z določenimi dohodki in stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji – z dnem, ko ne izpolnjujejo več pogojev za zavarovanje po kateri od drugih točk iz 15. člena zakona;
20. osebe iz 21. točke 15. člena zakona – z dnem, ko se prijavijo v zavarovanje;
21. prejemniki nadomestil iz tretjega in četrtega odstavka 34. člena zakona – z dnem, ko jim je prenehalo delovno razmerje, in nadomestil po drugih zakonih – z dnem, ko pričnejo prejemati nadomestilo;
22. družinski člani zavarovancev iz prejšnjih točk tega člena, ki ne morejo biti zavarovanci po kateri od teh točk, z dnem, ko izpolnijo pogoje za obvezno zavarovanje po zakonu in pravilih.

10. člen

(1) Zavarovanec lahko zavaruje širšega družinskega člana na osnovi pogojev iz 20. člena zakona. Pogoj preživljanja je izpolnjen, če dohodki nosilca zavarovanja in njegove družine, preračunani na družinskega člana, na dan prijave za obvezno zavarovanje, presegajo cenzus, določen po zakonu o socialnem varstvu za pridobitev pravice do denarne socialne pomoči.

(2) Zavarovanec lahko kot družinskega člana zavaruje osebo, ki je najmanj 2 leti pred vložitvijo prijave za obvezno zavarovanje živela z njim v življenjski skupnosti, ki je po predpisih o zakonski zvezi in družinskih razmerjih v pravnih posledicah izenačena z zakonsko zvezo.

11. člen

(1) Prijavo za zavarovanje je zase ali za druge osebe dolžna vložiti pravna oziroma fizična oseba, ki je po zakonu zavezanec.

(2) Zavezanec je dolžan prijavo vložiti najpozneje v osmih dneh od nastanka z zakonom in pravili predpisanih pogojev za vključitev osebe v obvezno zavarovanje.

(3) Nosilci usposabljanja oziroma organizatorji aktivnosti ali del, iz drugega odstavka 5. člena teh pravil, so dolžni zavarovati svoje udeležence za poškodbe pri delu in poklicne bolezni ter jih prijaviti zavodu pred začetkom del, izjemoma pa najpozneje v 3 dneh po njihovem zaključku. V primeru, ko gre za enkratno akcijo in je njeno trajanje znano vnaprej, lahko prijavitelj udeležence hkrati tudi odjavi iz zavarovanja.

12. člen

(1) Prijavo v zavarovanje lahko zahteva tudi oseba sama, če meni, da izpolnjuje predpisane pogoje in je ne prijavi zavezanec, ki bi to moral storiti. Prijavo za zavarovanje lahko zahteva od zavezanca tudi zavod, če ugotovi, da ni prijavil oseb, ki bi jih moral obvezno zavarovati.

(2) Zavod ugotovi ali je zahteva za prijavo osebe za zavarovanje utemeljena v upravnem postopku z odločbo, v kateri naloži zavezancu tudi obveznost plačila prispevka za ves čas, za katerega bi bil moral osebo prijaviti v zavarovanje. Po dokončnosti odločbe zavod prijavi osebo za zavarovanje po uradni dolžnosti, če tega ne stori zavezanec.

(3) Če zavezanec ne prijavi osebe sam, stori to zavod na podlagi pravnomočne odločbe.

(4) Ob spremembi sedeža poslovanja samostojnega podjetnika zavod na podlagi podatkov in javnih listin oziroma uradnih evidenc po uradni dolžnosti uskladi podatke v evidenci zavezancev in zavarovanih oseb na način in po postopku, ki ga določi.

13. člen

Za fizično osebo, ki je sama zavezanec za prijavo in za katero zavod ugotovi, da izpolnjuje pogoje za obvezno zavarovanje ali da bi oseba morala biti zavarovana po drugačnem statusu kot je prijavljena v zavarovanje, zavod izda odločbo in po njeni dokončnosti po uradni dolžnosti prijavi osebo za obvezno zavarovanje oziroma uskladi njen status z zakonom in pravili, če tega ne stori oseba sama.

14. člen

Osebe pridobijo lastnost zavarovanca ali družinskega člana z dnem, ki je naveden kot dan vstopa v obvezno zavarovanje po 9. členu pravil tudi v primeru, če zavezanec vloži prijavo po roku, ki je določen z zakonom in pravili, ali pa jo po uradni dolžnosti vloži zavod na podlagi dokončne odločbe zavoda oziroma pravnomočne odločbe sodišča.

15. člen

(1) Zavezanec je dolžan zavodu sporočiti spremembe podatkov o zavarovani osebi med obveznim zavarovanjem (priimek, naslov ipd.) in odjaviti iz obveznega zavarovanja

zavarovane osebe, ki zanj ne izpolnjujejo več pogojev. Odjavo iz obveznega zavarovanja in prijavo sprememb med njim so zavezanci dolžni posredovati zavodu najpozneje v osmih dneh po nastopu novih okoliščin.

(2) Zavarovano osebo lahko odjavi iz obveznega zavarovanja tudi zavod, če ugotovi, da ne izpolnjuje več predpisanih pogojev. Neizpolnjevanje pogojev oziroma izgubo lastnosti zavarovane osebe zavod ugotovi z odločbo. Po dokončnosti odločbe zavod odjavi osebo po uradni dolžnosti, če tega ne stori zavezanec sam.

(3) V primeru, da je zavarovanec, ki je hkrati zavezanec za odjavo, umrl, ga zavod odjavi iz obveznega zavarovanja po uradni dolžnosti na podlagi izpisa iz matične knjige.

16. člen

(1) Zavezanci iz 11. in 15. člena pravil prijavljajo in odjavljajo osebe za obvezno zavarovanje ter sporočajo spremembe podatkov med obveznim zavarovanjem na predpisanih obrazcih, lahko pa se vlagajo tudi v elektronski obliki. Način in pogoje za vlaganje prijav, odjav in sprememb v elektronski obliki določi zavod. Pri tem so zavodu dolžni predložiti tudi druge listine, ki so pomembne za ugotavljanje pogojev za obvezno zavarovanje oziroma za določitev lastnosti zavarovane osebe. Zavod pridobiva podatke o dejstvih potrebnih za prijavljanje, odjavljanje in spremembe med obveznim zdravstvenim zavarovanjem iz uradnih evidenc, ki jih vodijo državni organi, uprave lokalnih skupnosti in drugi nosilci javnih pooblastil. Te podatke pa zavarovana oseba lahko predloži tudi sama.

(2) Zavezanci vlagajo prijave, odjave in sporočajo spremembe med obveznim zdravstvenim zavarovanjem pri območni enoti oziroma izpostavi Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

17. člen

(1) Zavezanci so dolžni plačevati zavodu prispevke od osnov, ki jih določa zakon in po stopnjah, ki jih določi odlok Državnega zbora Republike Slovenije oziroma sklepi skupščine zavoda.

(2) Zavod ima pravico in dolžnost zahtevati plačilo prispevkov od posameznega zavezanca, tudi za nazaj, za osebe, ki bi jih bil le-ta moral prijaviti v obvezno zavarovanje, pa jih ni, in sicer za ves čas, ko so bili izpolnjeni pogoji za prijavo.

(3) Če zavod v revizijskem postopku ugotovi, da zavezanec ne plačuje prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje določenih z zakonom, ima pravico in dolžnost zahtevati plačilo. Kot osnova za obračun prispevkov se za zavezance iz 6. točke prvega odstavka 15. člena zakona upošteva osnova iz 209. člena zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju, za zaposlene delavce pa minimalna plača.

(4) Obveznost zavezancev v primerih iz prejšnjega odstavka zavod ugotovi z odločbo. Pri tem upošteva osnovo za plačilo prispevka in višino prispevne stopnje oziroma pavšalni znesek prispevka, ki velja na dan izdaje odločbe. Če v spornem obdobju zavarovanec ni prejemal plače ali ni imel zavarovalne osnove, se kot osnova upošteva minimalna plača, ki velja na dan izdaje odločbe.

III. IZKAZOVANJE ZAVAROVANIH OSEB

18. člen

(1) Zavarovane osebe se pri uveljavljanju pravic do zdravstvenih storitev izkazujejo s kartico zdravstvenega zavarovanja, ki jo izstavi zavod. Kartica zdravstvenega zavarovanja je javna listina in identifikacijski dokument zavarovane osebe v obveznem zavarovanju. Zavarovane osebe so dolžne same potrjevati veljavnost kartice, hkrati pa so dolžne sporočati vse spremembe, nastale med zavarovanjem. Zavarovane osebe so jo pri uveljavljanju zdravstvenih storitev dolžne pokazati izvajalcem ter delavcem zavoda pri preverjanju lastnosti zavarovane osebe in utemeljenosti zahtev do pravic iz obveznega zavarovanja.

(2) Izvajalci in delavci zavoda lahko zaradi preverjanja podatkov zahtevajo od zavarovane osebe tudi osebno izkaznico ali drug osebni dokument.

19. člen

Zavarovana oseba mora ob izbiri osebnemu zdravniku izročiti poleg kartice zdravstvenega zavarovanja tudi listino o izbiri. S tem se odloči, da bo pri njem uveljavljala pravice do zdravstvenih storitev v skladu s pravili.

20. člen

Zavarovana oseba lahko izjemoma uveljavlja brez kartice zdravstvenega zavarovanja le storitve nujne medicinske pomoči in nujnega zdravljenja. V tem primeru lahko izvajalec zahteva drug dokument, na podlagi katerega je možno ugotoviti identiteto zavarovane osebe, naknadno pa tudi lastnost zavarovane osebe.

21. člen

(1) Zavod določi obliko in vsebino kartice zdravstvenega zavarovanja ter listino za izbiro osebnega zdravnika. Zavod zagotovi zavarovani osebi ob sprejemu v obvezno zavarovanje kartico zdravstvenega zavarovanja.

(2) Stroške za kartico zdravstvenega zavarovanja, ki jo mora zavod izdati, ker je zavarovana oseba prvo izgubila, uničila ali kako drugače poškodovala, nosi zavarovana oseba.

IV. PRAVICE ZAVAROVANIH OSEB

22. člen

(1) Obvezno zavarovanje obsega pravice zavarovanih oseb do:

1. zdravstvenih storitev osnovne, zobozdravstvene, lekarniške, specialistično-ambulantne, bolnišnične, zdraviliške in terciarne zdravstvene dejavnosti ter do zdravstvene nege. Pri tem so zagotovljene preventivne storitve po sprejetem republiškem programu ter storitve s področja diagnostike, zdravljenja in medicinske rehabilitacije bolnih in poškodovanih;
2. zdravstvenih storitev v zvezi s porodom, umetno prekinitvijo nosečnosti, umetno oploditvijo in sterilizacijo;
3. obnovitvene rehabilitacije, organiziranega usposabljanja za življenje z določeno boleznijo po posebnih programih;
4. nujnih in drugih prevozov z reševalnimi ter drugimi vozili;

5. zdravil, ki so predpisana na recept, v skladu z razvrstitvijo v liste, ki jo določi zavod;
6. živil za posebne zdravstvene namene z medicinsko indikacijo z odstranjenimi specifičnimi aminokislinami in drugimi selektivno odstranjenimi sestavinami za zdravljenje bolnikov z vrojenimi motnjami presnove, v skladu z razvrstitvijo v liste, ki jo določi zavod;
7. medicinsko-tehničnih pripomočkov;
8. nadomestila plače zavarovancev v delovnem razmerju in z njimi izenačenih zavarovancev v času, ko so začasno zadržani od dela zaradi bolezni, poškodbe pri delu in izven dela, poklicne bolezni, presaditve živega tkiva in organov v korist druge osebe, posledic dajanja krvi, izolacije, spremstva in nege ožjega družinskega člana;
9. pogrebnine;
10. posmrtnine;
11. povračila potnih stroškov ob potovanju oziroma bivanju v drugem kraju.

(2) Zdravstvene storitve iz obveznega zavarovanja se nanašajo na zdravljenje bolezni, poklicnih bolezni, poškodb pri delu ter poškodb izven dela.

(3) Poškodbe pri delu in poklicne bolezni se opredeljujejo s predpisi pokojninskega in invalidskega zavarovanja.

(4) Zavarovana oseba ima tudi pravico, da se vključuje v zdravstveno-prosvetne in vzgojne aktivnosti, ki so sestavni del preventivnega programa in dogovora o programu zdravstvenih storitev v Republiki Sloveniji.

23. člen

(1) Zavarovane osebe uveljavljajo pravice iz prejšnjega člena iz obveznega zavarovanja v njihovi celotni vrednosti ali v odstotnem deležu teh vrednosti oziroma v višini, kot to določa zakon oziroma za posamezna obdobja opredeli zavod v soglasju z Vlado Republike Slovenije.

(2) Razliko do polne vrednosti storitev v primerih, ko te niso v celoti zajete v obvezno zavarovanje, plača zavarovana oseba sama ali pravna oseba, pri kateri je prostovoljno zavarovana.

24. člen

Pravice iz 22. člena pravil so predmet obveznega zavarovanja, če osebni ali drugi zdravnik ugotovi, da so utemeljene in opravljene v skladu s standardi, ki so določeni v pravilih in drugih splošnih aktih zavoda.

25. člen

Med pravice iz obveznega zavarovanja ne sodijo:

1. storitve estetskih operacij, razen če so potrebne zaradi posledic poškodb, okvar ali bolezni in so povezane tudi z odpravo funkcionalnih prizadetosti;
2. storitve, ki so povezane z iztreznitvijo ob akutnem alkoholnem opoju;

3. storitve neobveznega cepljenja;
4. storitve ugotavljanja zdravstvenega stanja, ki jih zavarovana oseba uveljavlja zaradi zahtev ali predpisov na drugih področjih ali pri drugih organih (pri zavarovalnicah, sodiščih, v kazenskem postopku, izdaja potrdil za voznike motornih vozil, ukrepi v zvezi z varstvom pri delu itd.);
5. storitve, potrebne za uveljavljanje pravic iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja, ki presegajo obseg storitev, opredeljenih v seznamu obvezne medicinske dokumentacije za uveljavljanje pravic na podlagi invalidnosti in preostale delovne zmožnosti in storitve na zahtevo invalidske komisije;
6. storitve alternativne diagnostike, zdravljenja ali rehabilitacije, za katere ni dal soglasja minister, ki je pristojen za zdravje;
7. storitve, ki se izvedejo na zahtevo zavarovane osebe in ki po mnenju osebnega ali napotnega zdravnika, glede na njeno zdravstveno stanje, niso potrebne;
8. storitve, ki so potrebne za odpravo škode, ki si jo je zavarovana oseba povzročila sama;
9. stroški prevoza zavarovane osebe iz tujine v domovino.

IV/1. PRAVICA DO STORITEV OSNOVNE ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

26. člen

Pravice zavarovanih oseb do storitev osnovne zdravstvene dejavnosti obsegajo:

1. zdravniške kurativne preglede in preiskave ter zdravstveno nego, z namenom, da bi odkrili, preprečili ali zdravili bolezni ter poškodbe in medicinsko rehabilitacijo zbolelih, poškodovanih in oseb z motnjami v razvoju. V odkrivanje bolezni štejejo kurativni pregledi, storitve diagnostike, ki jih določi zdravnik, presejalni testi in programirana zdravstvena vzgoja;
2. zdravljenje na domu zbolelih in poškodovanih ter oseb z motnjami v razvoju;
3. zdravstveno nego na njihovem domu, v domovih za starejše, v posebnih socialno-varstvenih zavodih in zavodih za usposabljanje;
4. sistematične in preventivne preglede, laboratorijske storitve, rentgenska slikanja in ultrazvočne preiskave, ki so v skladu s programom;
5. ugotavljanje začasne zadržanosti od dela;
6. patronažna zdravstvena nega;
7. hišne obiske zdravnikov in članov tima razvojne medicine, kadar zavarovana oseba zaradi svojega zdravstvenega stanja ali drugih okoliščin ne more priti k zdravniku v ambulantno ali razvojno ambulantno;
8. zagotavljanje storitev nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči;
9. prevoze z reševalnimi vozili;

10. storitve osnovne funkcionalne in korektivne fizioterapije. Zavarovane osebe s kroničnimi bolečinami v hrbtenici, z degenerativnimi revmatskimi spremembami velikih sklepov spodnjih udov, z osteoporozo oziroma pri katerih je pričakovati nastanek in slabšanje osteoporoze ter z vnetnimi revmatičnimi boleznimi, ki so bile vključene v ustrezni edukacijski program, so po presoji osebnega zdravnika v koledarskem letu upravičene do največ 10 dni fizioterapevtske obravnave.

27. člen

Preventivne storitve, ki jih zavarovane osebe uveljavljajo pri izvajalcih osnovne dejavnosti, so pri:

1. dojenčkov in predšolskih otrocih do 6. leta starosti:
 - sistematični pregledi dojenčkov v 1., 3., 6., 9., 12. in 18. mesecu starosti;
 - ultrazvočna preiskava kolkov ob rojstvu in v 3. mesecu;
 - sistematični pregledi malih otrok v 3. letu s psihološkim testiranjem in 5. letu starosti z logopedskim presejanjem;
 - Denverski razvojno-presejalni test pri vseh pregledih v prvem, tretjem in petem letu starosti;
 - namenski pregledi dojenčkov v 2. mesecu starosti in pred vstopom v vrtec in namenski pregled pred odhodom na organizirano zdravstveno letovanje;
 - 8 patronažnih obiskov v družini z dojenčkom v starosti do enega leta, dva dodatna patronažna obiska pri dojenčkih slepih in invalidnih mater do 12. meseca otrokove starosti in po en obisk v 2. in 3. letu starosti;
 - cepljenja in druge storitve, s katerimi se preprečujejo širjenja nalezljivih bolezni, ki jih določa republiški imunizacijski program;
2. šolskih otrocih, mladini in študentih:
 - sistematični pregled v času do šest mesecev pred vstopom v osnovno šolo (če se ne pokriva s pregledom v 5. letu starosti);
 - sistematični pregledi v 1., 3., 5. in 7. razredu osnovne šole;
 - sistematični pregled v 1. in 3. letniku srednje šole;
 - sistematični pregledi študentov prvih in zadnjih letnikov višjih in visokih šol;
 - sistematični pregledi mladine, ki se ne šola redno, v 18. letu starosti;
 - namenski pregled pred odhodom na organizirano zdravstveno letovanje;
 - cepljenja in druge storitve za preprečevanje širjenja nalezljivih bolezni, ki jih določa republiški imunizacijski program;
 - izdaja zdravniškega mnenja o sposobnosti otroka za začetek šolanja, ki ga vključuje sistematični pregled šolskega novince pred vstopom v osnovno šolo (medicinsko svetovanje šolskemu novincu in njegovim staršem);

- izdaja zdravniškega mnenja, potrebnega za nadaljnje šolanje, ki ga vključuje zadnji sistematični pregled v času šolanja (medicinsko svetovanje učencu in njegovim staršem);
- dva patronažna obiska na leto pri slepih in slabovidnih z dodatnimi motnjami v starosti od 7 do 25 let, ki so v domači oskrbi in se ne šolajo;

3. ženskah:

- pregledi in nasveti za načrtovanje družine, za rabo kontracepcije, proti spolno prenosnim okužbam in posledični neplodnosti;
- kontracepcijska sredstva;
- do 10 sistematičnih pregledov v nosečnosti in dve ultrazvočni preiskavi;
- odkrivanje nosilk HBs antigena, okuženih s toksoplazmozo in sifilisom;
- en obisk pri nosečnici v drugi polovici nosečnosti;
- zdravniški pregled 6 tednov po porodu ali 3 tedne po spontani ali umetni prekinitvi nosečnosti;
- desenzibilizacija Rh negativnih žensk z gamaglobulini po porodu ali prekinitvi nosečnosti;
- indirektni Coombsov test pri vsaki nosečnici in Rh desenzibilizacija v 28. tednu nosečnosti;
- pregled za zgodnje odkrivanje raka vratu maternice enkrat na tri leta pri ženskah, starih med 20. in 75. letom, če sta dva izvida testa PAP v obdobju enega leta negativna;
- klinični pregled dojk enkrat na tri leta pri ženskah med 20. in 50. letom in enkrat na dve leti pri ženskah po 50. letu starosti;
- amniocenteza in kariotipizacija pri pozitivnem testu merjenja nuhalne svetline ali trojnega hormonskega testa, ki ga je plačala nosečnica sama pri nosečnicah mlajših od 35 let;
- merjenje nuhalne svetline ali trojni hormonski test pri nosečnicah, starih med 35. in 37. letom ter v primerih, če je ta pozitiven, tudi amniocenteza in kariotipizacija;
- horionska biopsija ali amniocenteza za kariotipizacijo pri nosečnicah, starih nad 37 let;
- svetovalni preventivni patronažni obisk za ženske, ki se po treh letih ne odzovejo vabilu na preventivni pregled (27. 10. 2002);
- prvo svetovanje in predpisovanje hormonskih nadomestnih preparatov pri ženskah brez kroničnih bolezni;
- mamografija enkrat na dve leti pri ženskah po 50. letu starosti in enkrat letno pri ženskah, ki jemljejo hormonske nadomestne preparate več kot 5 let;
- ultrazvočna ocena debeline endometrije enkrat letno pri ženskah, ki kontinuirano jemljejo hormonske nadomestne preparate;

4. zavarovanih osebah, starih 25 let in več:

- preventivni pregled za srčnožilne in druge kronične bolezni vsakih 5 let pri moških v obdobju od 35 do 65 let in pri ženskah od 45 do 70 let, ter pri posameznikih, ki so družinsko obremenjeni z boleznimi srca in ožilja, tudi pred 35. in 45. letom in po potrebi pogosteje;
 - dva patronažna obiska na leto v družini bolnika z aktivno tuberkulozo;
 - dva patronažna obiska na leto pri kronično bolnih osebah in težkih invalidih, ki so osameli in socialno ogroženi ter pri osebah z motnjami v razvoju;
 - aktivnosti oziroma storitve v okviru samozaščite ali sozaščite zavarovanih oseb za premagovanje določenih kroničnih bolezni in stanj oziroma bolezni zasvojenosti, kar je v skladu s programom storitev in dogovorom, po pogodbi z izvajalci;
 - storitve in ukrepi za preprečevanje, odkrivanje in zatiranje nalezljivih bolezni v skladu z določili imunizacijskega programa;
5. pri amaterskih kategoriziranih športnikih, ki jim status podeli Olimpijski komite Slovenije – Združenje športnih zvez:
- predhodni pregled pred začetkom ukvarjanja z izbrano športno panogo z namenom ugotovitve sposobnosti za obremenitve te športne panoge, če pri zavarovani osebi ni bil opravljen sistematični pregled, predviden za šolsko mladino in študente v času 6 mesecev pred začetkom ukvarjanja z določeno športno panogo;
 - obdobjni pregledi enkrat letno s katerimi se preverja, ali zdravstveno stanje osebe še ustreza zahtevam in obremenitvam izbrane športne panoge, če v zadnjih 6 mesecih ni bil opravljen sistematični pregled, predviden za šolsko mladino in študente;
6. druge zdravstvene storitve in vzgojni ukrepi za preprečevanje nalezljivih bolezni v skladu z republiškim imunizacijskim programom.

IV/2. PRAVICA DO STORITEV ZOBOZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

28. člen

Zavarovane osebe imajo pravice do storitev s področja zdravljenja zobnih in ustnih bolezni, in sicer:

1. pregled na zahtevo zavarovane osebe, vendar največ enkrat letno;
2. zdravljenje zob, njihovo polnjenje (plombiranje), nadgrajevanje, rentgenska diagnostika zobovja ali čeljustnic, zdravljenje vnetnih in drugih sprememb ustne sluznice ter oralnokirurške in maksilofacialne operativne storitve;
3. zobnoprostetični nadomestki, ki so opredeljeni s pravili;
4. kontrolni pregled šest mesecev po končanem konzervativnem ali zobnoprostetičnem zdravljenju.

29. člen

Zavarovane osebe nimajo pravice do:

1. odstranjevanja zobnega kamna in čiščenja zobnih oblog pri osebah, starejših od 18 let;
2. posegov, opravljenih zaradi implantacij nosilcev protetičnih nadomestkov, razen če gre za avto- oziroma homotransplantate kosti, ki so potrebni zaradi atrofije alveolarnih grebenov.

30. člen

Zavarovane osebe so upravičene do naslednjih zobnoprostetičnih storitev oziroma nadomestkov:

1. prevlek, kron, nazidkov ter vlitih zalivk v primerih, ko:
 - okvarjene zobne krone ni mogoče zadovoljivo obnoviti s plombiranjem;
 - je to potrebno zaradi dviga ugriza;
 - biomehanski vidiki narekujejo izdelavo takšnega nadomestka na podpornih, retencijskih zobeh za delne snemne proteze ali parodontološko podprte proteze ali za teleskopsko prevleko, ki je potrebna za izdelavo mostička oziroma proteze, ki je pravica po pravilih;
2. mostička, če manjkajo zavarovani osebi:
 - v vidnem sektorju do štirje zobje;
 - v eni vrzeli zapored najmanj trije zobje, ki niso na koncu zobne vrste;
 - pet zob v dveh ali več vrzelih v istem ali obeh kvadrantih iste čeljusti, če so vrzeli prekinjene s po enim prisotnim zobom;
3. snemne delne proteze, če manjkajo:
 - trije ali več zob zapored in izdelava mostička iz statičnih ali drugih strokovnih vidikov ni možna;
 - trije ali več zob na koncu zobne vrste (najmanj kočniki) enostransko in ob tem še najmanj dva zoba v istem ali drugem kvadrantu v isti čeljusti;
 - zobje v več vrzelih in vsaka od njih predstavlja pravico do mostička, a je cena za protezo nižja kot za mostiček;
4. totalne proteze, če manjkajo zavarovani osebi vsi zobje v eni čeljusti;
5. zavarovana oseba ima pravico do zobno-protetičnih nadomestkov na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja, če se ob tem zagotovi celovita rehabilitacija v obeh čeljustih v okviru pravic iz tega člena.

31. člen

(1) Zavarovane osebe do dopolnjenega 18. leta starosti in študentje imajo ne glede na opredelitve iz prejšnjega člena pravico do strokovno indiciranih zobnoprostetičnih nadomestkov, če jim manjka en zob v vidnem področju ali najmanj dva zaporedna zoba v eni čeljusti.

(2) Pravice iz prejšnjega odstavka imajo tudi zavarovane osebe, ki so:

1. se med obveznim šolanjem zadnjih 5 let redno udeleževale sistematičnih zobozdravstvenih pregledov ter zdravljenja zob in jim je bila opravljena fluorizacija zobovja, v skladu z republiškim preventivnim programom;
2. imele ob končanem šolanju primarno ali sekundarno zdravo zobovje.

32. člen

(1) Zavarovane osebe lahko uveljavljajo pravice do zobnoprostetičnih nadomestkov iz 30. člena pravil, če so izpolnjene statične, biološke in funkcionalne strokovne zahteve za njihovo izdelavo.

(2) Kadar je zavarovana oseba po določilih 30. člena pravil hkrati upravičena do mostička in delne snemne proteze v isti čeljusti, ima pravico do proteze, ki nadomesti vse vrzeli v čeljusti.

33. člen

(1) (črtan).

(2) Zavarovani osebi so zagotovljene glede na zdravstveno stanje in potrebe tudi pravice do obturatorjev ter opornic pri parodontopatijah. Slednje so lahko kombinirane tudi z zobnoprostetičnimi nadomestki, ki so pravica po pravilih.

34. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do ortodonskega zdravljenja, ki vključuje tudi izdelavo ustreznega ortodonskega aparata, če je po doktrinarnih opredelitvah ortodonske stroke pri osebi prisotna srednja, težja ali zelo težka oblika nepravilnosti zob in čeljusti. Pravico do takšnega zdravljenja imajo zavarovane osebe do dopolnjenega 18. leta starosti oziroma tudi po tej starostni dobi, če je bila potreba po zdravljenju ugotovljena vsaj 2 leti prej, preden je oseba dopolnila 18. leto starosti.

(2) Zavarovana oseba ima pravico do zdravljenja iz prvega odstavka tega člena praviloma s snemnim aparatom oziroma z nesnemnim aparatom, le če gre za stanje, ko s snemnim aparatom ni mogoče doseči ustrezne korekture nepravilnosti zob in čeljusti. Če nesnemni aparat zahteva zavarovana oseba sama ali njeni starši, pa do njega ni upravičena, ker bi bilo možno nepravilnost zdraviti tudi s snemnim aparatom, ji krije Zavod le stroške za izdelavo in zdravljenje s snemnim aparatom.

(3) Stroške ortodonskega zdravljenja zavarovane osebe, ki je dopolnila 15 let in je zavarovana po eni od točk prvega odstavka 15. člena Zakona, krije obvezno zdravstveno zavarovanje v višini, ki je določeno za zobnoprostetično zdravljenje.

34.a člen

(1) Ortodont je dolžan zavarovani osebi pred začetkom zdravljenja pisno pojasniti vse možnosti ortodonskega zdravljenja, njegovo trajanje, nujnost sodelovanja zavarovane osebe glede vzdrževanja ustne higiene, nošenja aparata in prihajanja na kontrolne obiske in zdravstvene ter finančne posledice v primeru, da ne bi spoštovala njegova navodila. Zdravljenje lahko začne, če zavarovana oseba ali njeni straši s temi navodili oziroma zahtevami soglašajo in to potrdijo tudi s svojim podpisom v medicinski dokumentaciji.

(2) Če pozneje med zdravljenjem zavarovana oseba ne ravna po navodilih ortodonta iz prvega odstavka tega člena, lahko ortodont prekine z zdravljenjem na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja. V vsakem primeru pa je dolžan to storiti, če zavarovana oseba:

- več kot 6 mesecev brez upravičenega razloga ne pride na kontrolni pregled, na katerega je bila naročena,
- kljub večkratnim opozorilom osebe ali njenih staršev, ki so tudi evidentirana v dokumentaciji, ne nosi aparata po ortodontovih navodilih;
- ne vzdržuje ustrezne ustne higiene in s tem ogroža lastno oralno zdravje.

(3) O prekinitvi zdravljenja obvesti ortodont osebnega zobozdravnika zavarovane osebe, ki ji na račun Zavoda ne sme izdati nove napotnice za zdravljenje pri drugem ortodontu.

35. člen

Preventivne storitve s področja zobozdravstvenih dejavnosti so pri:

1. predšolskih otrocih:

- preventivni zobozdravstveni pregled dojenčka v starosti od 6 do 12 mesecev;
- preventivni zobozdravstveni pregled otrok v prvem, drugem in tretjem letu starosti;
- preventivni zobozdravstveni pregled otrok v četrtem, petem in šestem letu starosti;
- indicirano zalitje mlečnih kočnikov;
- fluorizacija s tabletami po prenehanju dojenja;
- fluorizacija s premazi, raztopinami ali želeji do dvakrat mesečno ali s kombinacijo te metode z jemanjem fluorjevih tablet;
- preventivni pregled eno leto pred vstopom v šolo in indicirano zalitje fisur na prvih stalnih kočnikih.

2. mladini do 19. leta starosti in študentih:

- preventivni zobozdravstveni pregled v vsakem razredu osnovne šole;
- preventivni zobozdravstveni pregled v 1. in 3. razredu srednje šole;
- preventivni zobozdravstveni pregled študentov v 1. in 3. letniku višje in visoke šole;
- fluorizacija s tabletami, premazi ali želeji do dvakrat na mesec ali s kombinacijo obeh metod fluorizacije;
- indicirano zalitje fisur na stalnih kočnikih in ličnikih.

IV/3. PRAVICA DO STORITEV V DOMOVIH ZA STAREJŠE, POSEBNIH SOCIALNO-VARSTVENIH ZAVODIH IN ZAVODIH ZA USPOSABLJANJE

36. člen

(1) Zavarovani osebi so zagotovljene pravice do:

1. zdravljenja in zdravstvene nege v primeru kronične bolezni ter pri premestitvi iz bolnišnice v skladu z merili, ki jih določijo Ministrstvo za zdravstvo, zavod in skupnost socialnih zavodov;
2. fizioterapije in storitev z drugih področij, ki jih, glede na zdravstveno stanje varovancev, določa pogodba med zavodom in izvajalcem v domu za starejše, posebnem socialno-varstvenem zavodu oziroma zavodu za usposabljanje.

(2) Med pravice iz prejšnjega odstavka so vključena tudi zdravila, obvezilni material in medicinsko-tehnični pripomočki v skladu s pravili in pogodbo z zavodom.

IV/4. PRAVICA DO STORITEV SPECIALISTIČNO-AMBULANTNE, BOLNIŠNIČNE IN TERCIARNE ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

37. člen

(1) Zavarovane osebe imajo pravico do storitev specialistično-ambulantne dejavnosti, ki obsegajo:

1. specialistične preglede;
2. zahtevnejše storitve s področja diagnostike, zdravljenja, in rehabilitacije, ki ne sodijo v osnovno zdravstveno dejavnost in se lahko opravijo na ambulantni način.

(2) V okviru specialistično-ambulantne dejavnosti imajo ženske tudi pravico do oploditve z biomedicinsko pomočjo in sicer do največ štirih ciklov inseminacije, v rodnem obdobju za vsak porod živega otroka, če pa ta ni uspešna, pa do štirih ciklov IVF – ET glede na indikacijo. Postopki oploditve z biomedicinsko pomočjo se izvajajo od dopolnjenega 18. leta starosti do dopolnjenega 43. leta starosti.

38. člen

(1) Zavarovane osebe imajo pravico do bolnišničnega zdravljenja, ki obsega:

1. strokovno, tehnološko in organizacijsko zahtevnejše storitve diagnostike in zdravljenja ter medicinske rehabilitacije, ki jih ni mogoče opraviti v osnovni ali specialistično-ambulantni dejavnosti oziroma v zdraviliščih;
2. zdravstveno nego med bolnišničnim zdravljenjem;
3. nastanitev in prehrano med bivanjem v bolnišnici;
4. nastanitev in prehrano v bolnišnici samo podnevi (dnevna bolnišnica);
5. zagotavljanje zdravil in obvezilnega materiala;
6. pripomočke, ki so potrebni za opravljanje storitev, zaradi katerih je bila zavarovana oseba sprejeta na zdravljenje;

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

39. člen

(1) Bolnišnično zdravljenje je omejeno na najkrajši možni čas, ki je potreben za izvršitev posegov oziroma storitev.

(2) Pravica do bolnišničnega zdravljenja preneha, ko je možno diagnostične, terapevtske in rehabilitacijske storitve zavarovani osebi zagotoviti v osnovni, specialistično-ambulantni ali zdraviliški dejavnosti oziroma z zdravljenjem na domu.

(3) Oskrbni dnevi, ko niso bile opravljene nobene zdravstvene storitve ali so bile opravljene storitve, ki bi jih bilo mogoče opraviti v specialistično-ambulantni ali osnovni dejavnosti, ne štejejo med pravice iz obveznega zavarovanja.

40. člen

(1) Mati, ki doji hospitaliziranega otroka, ima v tem času pravico do bivanja v bolnišnici. V primeru, da je hospitalizirana mati, ki otroka doji ima pravico, da ob njej v bolnišnici biva tudi otrok. Zavod krije stroške nastanitve in prehrane v višini cene oskrbnega dne, ki je določena s pogodbo med njim in bolnišnico.

(2) Pri otrocih s težjo okvaro oziroma poškodbo možganov ali hrbtenjače, pri katerih je potrebno usposabljanje staršev za poznejšo rehabilitacijo na domu, ima eden od staršev pravico do bivanja v bolnišnici. Dolžina usposabljanja je odvisna od programa, vendar traja lahko v posameznem primeru največ 30 dni.

(3) Pri otrocih s kroničnimi boleznimi ali okvarami ima eden od staršev v času usposabljanja za poznejšo rehabilitacijo otroka na domu pravico do bivanja v bolnišnici, vendar največ 14 dni v posameznem primeru.

(4) V primerih iz prejšnjih dveh odstavkov krije zavod stroške v višini 70% cene nemedicinskega oskrbnega dne, določenega s pogodbo med zavodom in bolnišnico.

41. člen

Zavarovani osebi so, glede na njeno zdravstveno stanje, zagotovljene tudi pravice do najzahtevnejših storitev, ki jih opravljajo le klinike in inštituti (terciarne storitve).

42. člen

Novorojeni otroci imajo pravico do presejalnih testov na fenilketonurijo, hipotireozo in mukoviscidozo, ki jih zagotavljajo porodnišnice oziroma bolnišnice s porodniškimi oddelki in oddelki za novorojence.

IV/5. PRAVICA DO ZDRAVILIŠKEGA ZDRAVLJENJA

43. člen

(1) Zavarovani osebi so zagotovljene storitve zahtevnejše medicinske rehabilitacije, ki se izvajajo s souporabo naravnih zdravilnih sredstev v naravnih zdraviliščih.

(2) Zdraviliško zdravljenje je:

1. nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja po zaključenem zdravljenju v bolnišnici, na kliniki ali inštitutu. Šteje se, da gre za nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja v naravnem zdravilišču, če se to nadaljuje neposredno po končanem zdravljenju v bolnišnici ali najpozneje pet dni po odpustu. Izjemoma je ta doba lahko daljša, ko iz medicinskih razlogov ni možno prej pričeti z rehabilitacijo v zdravilišču, ker bi to škodilo zavarovani osebi. V teh primerih se mora rehabilitacija začeti z datumom prenehanja kontraindikacij za zdraviliško zdravljenje;
2. zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja in se izvaja na:
 - stacionarni način, ko mora zavarovana oseba zaradi svojega zdravstvenega stanja in drugih pogojev med rehabilitacijo bivati v zdravilišču;
 - ambulantni način, ko zavarovana oseba glede na svoje zdravstveno stanje in druge pogoje dnevno prihaja v zdravilišče.

(3) Zdravljenje v zdravilišču brez souporabe naravnega zdravilnega sredstva ne šteje za zdraviliško zdravljenje.

44. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do zdraviliškega zdravljenja, če imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija zavoda odločita, da je le-to utemeljeno.

(2) Pravica iz prejšnjega odstavka je zagotovljena pri bolezenskih stanjih, ki so določena s pravili, če zdraviliško zdravljenje zagotavlja izpolnitev vsaj še enega od naslednjih pogojev:

1. bistveno izboljšanje zdravstvenega stanja za daljši čas;
2. povrnitev funkcionalnih in delovnih sposobnosti;
3. preprečitev napredovanja bolezni ali slabšanja zdravstvenega stanja za daljši čas;
4. zmanjšanje pogostnosti zadržanosti od dela zaradi bolezni ali zdravljenja v bolnišnici.

45. člen

(1) Zavarovana oseba je ob upoštevanju pogojev iz prejšnjega člena upravičena, do zdraviliškega zdravljenja pri naslednjih bolezenskih stanjih:

1. Bolezni gibalnega sistema:
 - stanja po hujših poškodbah, težjih operacijah in opeklinah na gibalnem sistemu s funkcijsko prizadetostjo, s popravljivimi funkcionalnimi motnjami, in sicer neposredno po bolnišničnem zdravljenju, kot nadaljevanje zdravljenja zaradi rehabilitacije;
 - težke bolezni in stanja hrbtenice po poškodbah ter operativnih posegih na hrbtenici;
 - vnetne revmatične bolezni, kot so: juvenilni kronični artritis, revmatoidni artritis, serološko negativni spondilartritis (ankilozirajoči spondilitis, psoriatični artritis ali spondilartritis, Reiterjeva bolezen, enteropatski spondilartritis), stanja po operacijah na sklepih zaradi revmatizma (sinovektomija, artroplastika, druge korektivne operacije na sklepih in hrbtenici), po izotopski sinovektomiji velikih sklepov (praviloma 7 dni po aplikaciji izotopa);

- degenerativne revmatične bolezni sklepov in hrbtenice, kot so artroze velikih sklepov (kolki, kolena)-s funkcionalno prizadetostjo ter generalizirana spondiloza hrbtenice s težjo funkcionalno prizadetostjo;
- zunajsklepni revmatizem, ko je prizadeta funkcija ramena, kolka ali kolena;
- sistemske vezivnotkivne bolezni (sistemska skleroza s hitrim slabšanjem kožne simptomatike ter nastajanjem kontraktur sklepov).

2. Bolezni živčnega sistema:

- organske pareze in paralize s hujšo motnjo funkcije pri dnevnih aktivnostih praviloma neposredno po bolnišničnem zdravljenju;
- stanja po poškodbah in nevrokirurških operacijah na osrednjem in perifernem živčevju po operativnem zdravljenju in pri popravljivih funkcionalnih motnjah.

3. Bolezni prebavnega sistema:

- bolezni požiralnika, in sicer hiatalna kila s težjo obliko vnetja požiralnika, če še ni predviden operativni poseg, ter stanja po operativnih posegih na požiralniku;
- bolezni želodca in dvanajstnika: kronična razjeda želodca ali dvanajstnika s pogostimi recidivi, hujšanjem in funkcionalnimi motnjami; težja erozivna gastroduodenopatija in stanja po operativnih posegih na želodcu ali dvanajstniku s posledičnimi funkcionalnimi motnjami, pri stomalni razjedi, anastomozitisu ter erozivnem hemoragičnem gastritisu krna želodca in različnih postresekcijskih sindromih;
- bolezni ozkega in širokega črevesa, kot so maldigestija in malabsorbcija z znatno izgubo telesne teže, po odstranitvi vzroka, Crohnova bolezen, ulcerozni kolitis s težkimi funkcionalnimi motnjami, divertikuloza črevesja s težkimi funkcionalnimi motnjami in stanja po resekcijah ozkega in širokega črevesa oziroma anorektuma.

4. Bolezni jeter, žolčnika in pankreasa:

- stanja po toksičnih ali medikamentnih okvarah jeter, pri kroničnem aktivnem ali persistentnem hepatitisu, primarni biliarni jetrni cirozi, stanjih po operativnem posegu na žolčniku, žolčnih izvodilih in jetrih, ki so jim sledile komplikacije; stanja po jetrnih transplantacijah;
- stanja po akutnem pankreatitisu po odstranitvi vzroka oziroma pri kroničnem pankreatitisu z izrazito maldigestijo, stanja po operaciji na trebušni slinavki, stanja pri osebah, zdravljenih s kemoterapijo.

5. Endokrinološke bolezni in bolezni presnove:

- sladkorna bolezen s težjimi komplikacijami;
- akutna hepatična porfirija;
- rehabilitacija po operacijah obsežnih tumorjev v hipofizno – hipotalamičnem območju.

6. Bolezni srca in ožilja:

- stanja po akutnem srčnem infarktu po končanem bolnišničnem zdravljenju v drugi fazi rehabilitacije, če ni izvedljiva ambulantna rehabilitacija zaradi oddaljenosti zavoda, ki jo izvaja;

- stanja po operaciji na srcu in ožilju neposredno po bolnišničnem zdravljenju.
7. Kronična obstruktivna pljučna bolezen in astma s pogostimi napadi:
- stanja z močno zmanjšano pljučno funkcijo;
 - juvenilna astma s pogostimi napadi.
8. Ginekološke bolezni:
- stanja po radikalnih operacijah na rodilih zaradi malignomov;
 - stanja po operacijah malignomov na rodilih in postoperativni radioterapiji ali obsevalni terapiji;
 - stanja po popolni odstranitvi maternice, jajcevodov in jajčnikov s komplikacijami;
 - stanja po operativnem zdravljenju malignoma dojke;
 - endokrinološke motnje, pri katerih je zdraviliško zdravljenje uspešnejše od drugih metod zdravljenja (hipergonadotropna ovarioplegična ali Netterjeva amenoreja).
9. Kožne bolezni:
- generalizirana oblika psoriaze in nevrodermitisa.
10. Rakaste bolezni:
- stanja po radikalnih operacijah malignomov po operaciji ali obsevalni terapiji oziroma kemoterapiji, če je pričakovati odpravo funkcijskih motenj.

(2) Pri otrocih so razlog za zdraviliško zdravljenje tudi:

1. kronične bolezni dihal;
2. težke oblike anemij;
3. rekonvalescenca po težkih operativnih posegih;
4. hujše dermatoze (epidermolysis bullosa, sclerodermia);
5. ichthyosis vulgaris;
6. rekonvalescenca po tuberkulozi in hujših boleznih dihal.

46. člen

Šteje se, da zdraviliško zdravljenje ni strokovno utemeljeno in zato ni pravica iz obveznega zavarovanja, kadar so v času predvidenega zdraviliškega zdravljenja pri zavarovani osebi prisotne:

1. hude duševne motnje ali motnje osebnosti, zaradi katerih zavarovana oseba ni sposobna sodelovati v postopku zdraviliškega zdravljenja;
2. toksikomanije in kronični etilizem;
3. slabo urejena epilepsija;

4. nalezljive bolezni (akutne in kronične v kužnem stanju);
5. aktivne in evolutivne oblike pljučne in izvenpljučne tuberkuloze;
6. kronične organske bolezni v fazi akutnega poslabšanja, ki lahko povzroči dekompenzacijo vitalnih organov;
7. diabetična ketoacidoza in hiperozmolarni sindrom;
8. pogoste in močnejše krvavitve;
9. rakaste novotvorbe, ki niso bile operativno odstranjene ali zaustavljene v rasti z obsevanjem;
10. nosečnost;
11. senilni marazem in težje oblike generalizirane ateroskleroze.

47. člen

(1) Zdraviliško zdravljenje vključuje storitve rehabilitacije ter pripomočke in zdravila za njeno izvajanje, v primeru stacionarne rehabilitacije pa tudi nastanitev in prehrano med bivanjem v zdravilišču. Med bivanjem v zdravilišču je zavarovani osebi zagotovljena tudi nujno zdravljenje in nujna medicinska pomoč.

(2) Zdravila na recept, ki jih je zavarovana oseba uporabljala že pred začetkom zdraviliškega zdravljenja, niso pravica iz zdraviliškega zdravljenja.

(3) Če oseba med bivanjem v zdravilišču zboli zaradi druge bolezni, kot je bil razlog za zdraviliško zdravljenje, in ni mogoče izvajati programa rehabilitacije, se zdraviliško zdravljenje prekine in se lahko nadaljuje v skladu s pravili.

(4) Če je kljub bolezni izvajanje rehabilitacije možno, zagotavlja neodložljive zdravstvene storitve območni izvajalec s področja osnovne zdravstvene dejavnosti.

48. člen

(1) Zdraviliško zdravljenje traja praviloma 14 dni. Izjemoma sme imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija predlagati daljše zdravljenje ali ga na predlog zdravilišča podaljšati do 28 dni, če je s tem pričakovati občutno boljši uspeh rehabilitacije. Zdraviliško zdravljenje se izvaja v določenem trajanju brez prekinitev. Če prekinitev zahteva zavarovana oseba, izgubi pravico do nadaljevanja zdraviliškega zdravljenja.

(2) Zdraviliško zdravljenje otrok traja praviloma 21 dni.

(3) Zavarovana oseba lahko uveljavlja pravico do zdraviliškega zdravljenja zaradi iste bolezni oziroma enakega stanja največ enkrat na dve leti, otroci pa največ enkrat letno.

49. člen

(1) Zavarovana oseba ima v okviru zdraviliškega zdravljenja pravico do vrste in obsega storitev, ki jih določi imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija v skladu s standardi. Standarde storitev po posameznih bolezenskih stanjih določita zavod in Ministrstvo za zdravje v sodelovanju s skupnostjo slovenskih naravnih zdravilišč.

(2) Obseg storitev iz prejšnjega odstavka se lahko spremeni na predlog zdraviliškega zdravnika in s soglasjem imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije, ki je zavarovano osebo napotila na zdraviliško zdravljenje.

IV/6. PRAVICA DO OBNOVITVENE REHABILITACIJE INVALIDOV, UDELEŽBE V ORGANIZIRANIH SKUPINAH ZA USPOSABLJANJE TER LETOVANJA OTROK IN ŠOLARJEV

50. člen

Zavod bo skladno s svojim letnim programom zagotovil zavarovanim osebam z mišičnimi in živčno-mišičnimi boleznimi, s paraplegijo, cerebralno paralizo, z najtežjo obliko generalizirane psoriaze, multiplo sklerozo in paralizikom ob določeni funkcionalni okvari možnost udeležbe v skupinski ter njim prilagojeni rehabilitaciji, ki jo strokovno vodi ustrezna klinika ali inštitut ali drug zdravstveni zavod. Udeleženci rehabilitacije imajo zagotovljeno sofinanciranje fizioterapije in stroške bivanja, ki ga s pogodbo določita zavod in organizator skupinske rehabilitacije. V tem programu zavod določi število dni skupinske rehabilitacije in sredstva za njeno izvajanje v posameznem letu.

51. člen

(1) Otrokom in mladostnikom s cerebralno paralizo, drugimi težjimi in trajnimi telesnimi okvarami ali kroničnimi boleznimi (za otroke z juvenilnim revmatoidnim artitisom, sladkorno boleznijo, fenilketonurijo in celiakijo) je zagotovljena udeležba na organiziranih skupinskih usposabljanjih za obvladovanje bolezni oziroma stanja, ki jih strokovno vodijo ustrezne klinike, inštituti ali drugi zdravstveni zavodi. V tem okviru zavod sofinancira potrebne zdravstvene storitve, stroške terapevtskih delovnih skupin ter stroške bivanja. Izjemoma se takšnega usposabljanja lahko udeleži eden izmed staršev otroka oziroma mladostnika, če bo ta po končanem usposabljanju skrbel za izvajanje rehabilitacije otroka na domu. V tem primeru zavod sofinancira stroške bivanja enemu izmed staršev na enak način kot za otroka oziroma mladostnika.

(2) Usposabljanje traja največ 14 dni na leto.

(3) Otroci in mladostniki, ki so med letom v oskrbi v ustreznih zdravstvenih, vzgojnih ali socialno-varstvenih zavodih oziroma v zavodih za usposabljanje, ne morejo uveljavljati pravice po tem členu.

52. člen

(1) Otroku, ki je bil večkrat hospitaliziran ali je pogosteje bolan, zavod sofinancira letovanje v organizirani in strokovno vodeni zdravstveni koloniji.

(2) Zavod določi letni program za letovanje iz prejšnjega odstavka, v katerem opredeli število udeležencev in višino sredstev, ki jih nameni za sofinanciranje dela stroškov letovanja. Zavod sklene pogodbe o sofinanciranju z organizatorji zdravstvenih letovanj, ki izberejo udeležence na podlagi predlogov osebnih zdravnikov otrok.

53. člen

Če je zavarovana oseba uveljavila pravico iz 50. in 51. člena pravil, lahko zaradi iste bolezni ali stanja uveljavi pravico do zdraviliškega zdravljenja šele po preteku dveh let. Organizatorji pravice iz 50. in 51. člena predložijo poimenske sezname udeležencev.

IV/7. PRAVICA DO PREVOZA Z REŠEVALNIMI IN DRUGIMI VOZILI

54. člen

Zavarovana oseba ima pravico do prevoza z reševalnimi in drugimi vozili, kadar iz zdravstvenih ali drugih razlogov ni mogoče opraviti prevoza z javnim prevoznim sredstvom. Ti prevozi so:

1. nujni prevozi, ko je potrebno zagotoviti čimprejšnjo zdravniško pomoč in preprečiti najhujšo možno posledico za življenje ali zdravje zavarovane osebe, za zdravje drugih in v vseh primerih, ko zavarovana oseba potrebuje takojšnje nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč;
2. prevozi, ki niso nujni, ker ne gre za reševanje življenja ali prevoz zaradi nujnega medicinskega posega, ampak za prevoz nepokretne zavarovane osebe do zdravstvenega zavoda ali zdravnika in nazaj ali prevoz osebe na in z dialize;
3. v primeru, ko bi bil prevoz z javnim prevoznim sredstvom ali osebnim avtomobilom lahko škodljiv;
4. prevozi zavarovane osebe s spremstvom zdravstvenega delavca.

55. člen

Nujni prevozi se opravljajo s primerno opremljenimi reševalnimi avtomobili. Če zaradi težko dostopnega terena, prometnih ovir ali drugih razlogov ni možen nujni prevoz z reševalnim avtomobilom, se lahko opravi tudi s helikopterjem ali drugim prevoznim sredstvom.

56. člen

Nujni prevozi vključujejo tudi reševanje poškodovanih zavarovanih oseb z gora, morja, voda in jam in njihov prevoz do najbližjega zdravstvenega zavoda, ki lahko zagotovi ustrezno medicinsko pomoč. Nujnost reševanja in prevoza mora potrditi zdravnik, ki je sodeloval pri reševanju poškodovanca, ali zdravnik, ki ga je sprejel na zdravljenje.

IV/8. PRAVICA DO ZDRAVIL, KI SO PREDPISANA NA RECEPT

57. člen

(1) Zavarovani osebi so, v skladu s pravili, zagotovljena zdravila, predpisana na recept.

(2) Ta pravica se nanaša na zdravila z lastniškimi imeni in na zdravila z nelastniškimi imeni, ki imajo dovoljenje za promet v Republiki Sloveniji ali za zdravila s

seznama nujnih zdravil, ki nimajo dovoljenja za promet, imajo pa posebno dovoljenje za uvoz, so razvrščena na pozitivno ali vmesno listo zdravil zavoda in jih je predpisal osebni zdravnik zavarovane osebe ali po njem pooblaščen zdravnik.

(3) Zavod lahko določi najvišjo priznano vrednost za skupine zdravil. Ta najvišja priznana vrednost je podlaga za določanje plačila iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, pri čemer obvezno zdravstveno zavarovanje krije odstotni delež najvišje priznane vrednosti zdravila glede na odstotne deleže, opredeljene v zakonu in glede na razvrstitev, vendar največ do s predpisi določene cene. Opredelitev najvišje priznane vrednosti sprejme upravni odbor zavoda.

58. člen

(1) Na recept je v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja mogoče predpisati, v lekarni pa izdati le naslednja zdravila:

- lastniška in galensko izdelana, na listo zdravil razvrščena zdravila;
- magistralno pripravljena zdravila, ki se izdelajo v lekarni po predpisu zdravnika v skladu z navodilom zavoda;

Na recept se lahko predpišejo tudi zdravila z nelastniškimi imeni.

Na recept se lahko predpisujejo tudi živila za posebne zdravstvene namene, ki so razvrščena na listo zdravil.

(2) Na recept je mogoče predpisati naslednje količine zdravila:

1. pri akutnih stanjih za največ 10 dni;
2. ob uvedbi novega zdravila v primeru dolgotrajnega zdravljenja iste osebe, je možno zavarovani osebi praviloma predpisati le eno, najmanjše pakiranje zdravila. Izjemoma je mogoče predpisati zdravilo v količini, ki zadostuje za enomesečno zdravljenje;
3. pri kroničnih boleznih oziroma stanjih, pri katerih je potrebna dolgotrajna uporaba zdravil, najmanjšo potrebno količino, vendar največ za obdobje do 3 mesecev oziroma do enega leta na obnovljiv recept.
4. magistralnega zdravila v količini, ki zadostuje največ za 1-mesečno zdravljenje;
5. živil za posebne zdravstvene namene v količini za največ tri mesece za otroke do 15. leta starosti. Za bolnike s fenilketonurijo se lahko predpisujejo pripravki z odstranjenimi specifičnimi aminokislinami in z drugimi selektivno odstranjenimi sestavinami tudi po 15. letu starosti.

59. člen

(1) Zavarovani osebi ni mogoče predpisati na recept v breme zavoda:

1. zdravil, ki nimajo dovoljenja za promet v Republiki Sloveniji ali niso na seznamu nujnih zdravil, ki nimajo dovoljenja za promet, imajo pa posebno dovoljenje za uvoz. Ta zdravila zagotovi zavarovani osebi v nujnih primerih ustrezna klinika ali inštitut, če odloči, da jih ni mogoče nadomestiti z ustreznim razvrščenim zdravilom;
2. (črtana);

3. zdravil, ki se uporabljajo pri nujnem zdravljenju in nujni medicinski pomoči;
4. zdravil, ki se uporabljajo med stacionarnim zdravljenjem v bolnišnicah, klinikah in inštitutih;
5. materialov, ki se uporabljajo za obvezovanje ran ali za trdno obvezo;
6. kontrastnih ali drugih diagnostičnih kemičnih sredstev;
7. cepiv, serumov in infuzijskih raztopin;
8. intrauterinih in mehanskih kontracepcijskih sredstev;
9. homeopatskih pripravkov.

(2) Zdravila, obvezilni material in pripomočke, navedene v prejšnjem odstavku, mora zagotoviti izvajalec.

(3) V nujnih primerih posamičnega zdravljenja lahko zavarovane osebe dobijo tudi zdravila, za katera ni bilo izdano dovoljenje za promet v Sloveniji. Na predlog ustrezne klinike oziroma inštituta lahko dovoli Urad RS za zdravila izjemoma uvoz takšnih zdravil. Ta zdravila se ne predpisujejo na recept. Uporabljajo jih lahko poleg klinik in inštitutov zdravstveni zavodi oziroma zdravniki, ki jih za dajanje teh zdravil pooblastijo klinike ali inštituti. Stroške za ta zdravila poravnava izvajalcem zavod v skladu z določili pogodbe o izvajanju programa zdravstvenih storitev.

V breme obveznega zdravstvenega zavarovanja ni mogoče predpisovati in izdajati naslednjih magistralno pripravljenih zdravil:

1. magistralnih pripravkov, ki niso posebej navedeni v navodilu;
2. magistralnih pripravkov, katerih sestavni del so tudi nerazvrščena zdravila;
3. farmacevtskih oblik za oralno, dermalno in vaginalno uporabo, ki v svoji sestavi vsebujejo borovo kislino in derivate;
4. mazil, raztopin in emulzij s protimikrobnimi zdravili za lokalno uporabo razen izjem, določenih v navodilu;
5. razredčenih lastniških protimikrobnih mazil vključno z antimikotičnimi mazili;
6. razredčenih lastniških glukokortikoidnih mazil v kombinaciji z eno ali več zdravilnimi učinkovinami;
7. razredčenih lastniških glukokortikoidnih mazil z mazilno podlago, ki ima različen emulzijski sistem kot gotovo mazilo;
8. kombinacij lastniških glukokortikoidnih mazil z gotovimi protimikrobnimi mazili vključno z antimikotičnimi;
9. tonikov in roboransov;
10. farmacevtskih oblik za dermalno uporabo, namenjenih negi.

60. člen

(1) Zavod krije stroške za zdravila, ki so predpisana na recept:

1. v njihovi celotni vrednosti, ko gre za zdravila s pozitivne liste in so potrebna za zdravljenje oseb oziroma stanj, opredeljenih od prve do desete alinee 1. točke 23. člena zakona ter za nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč po 25. členu zakona in pravilih ter z vmesne liste za zavarovane osebe iz tretje alinee 1. točke prvega odstavka 23. člena zakona;
2. za zdravila iz prejšnje točke tega odstavka, za katera je določena najvišja priznana vrednost, krije zavod najvišjo priznano vrednost, vendar največ do s predpisi določene cene, če je ta nižja;
3. v odstotnem deležu zdravil s pozitivne in vmesne liste v vseh drugih primerih, oziroma v odstotnem deležu do najvišje priznane vrednosti, vendar največ do ustreznega deleža s predpisi določene cene zdravil;
4. ne glede na določila 1., 2. in 3. točke tega odstavka, krije zavod stroške za zdravila v ustreznih odstotnih deležih s predpisi določene cene, kadar so le-ta predpisana in izdana v skladu z določili drugega odstavka 206. člena in prve točke prvega odstavka ter drugega odstavka 207. člena teh pravil.

(2) Odstotne deleže vrednosti zdravil iz prejšnjega odstavka določi zavod v soglasju z Vlado Republike Slovenije.

(3) Kriterije za razvrščanje zdravil na liste ter postopke razvrščanja in določanja najvišjih priznanih vrednosti določi zavod s svojimi akti. Razvrstitev zdravil na liste na podlagi sprejetih kriterijev sprejme upravni odbor zavoda v soglasju z ministrom, pristojnim za zdravje.

IV/9. PRAVICA DO SPREMSTVA

61. člen

(1) Zavarovana oseba, ki je napotena k izvajalcu izven kraja prebivališča, ima pravico do spremstva na poti, če zaradi svojega zdravstvenega stanja ali drugih razlogov ni sposobna sama potovati. Potrebo po spremstvu ugotovi osebni zdravnik, od njega pooblaščen zdravnik ali imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija, v primerih nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči pa tudi drug zdravnik.

(2) Zavarovano osebo spremlja zdravstveni delavec, če bi ji bilo treba med potjo zagotoviti medicinsko pomoč, v drugih primerih pa druga oseba.

62. člen

Ne glede na določbo prvega odstavka prejšnjega člena ima otrok do 15. leta starosti pravico do spremstva na vsakem potovanju na zdravljenje do izvajalca, težje ali težko duševno in telesno prizadeti otrok in mladostnik pa do 18. leta.

63. člen

(1) Spremstva ni mogoče odrediti med bolnišničnim ali zdraviliškim zdravljenjem.

(2) Izjemoma se med zdraviliškim zdravljenjem odobri spremstvo slepi zavarovani osebi. V tem primeru ima spremljevalec pravico do pokritja stroškov nastanitve in prehrane največ v višini cene nemedicinskega (hotelskega) dela oskrbnega dne zdravilišča.

64. člen

(1) Zavarovani osebi so zagotovljeni medicinsko-tehnični pripomočki, potrebni za zdravljenje in medicinsko rehabilitacijo. Zavod podrobneje opredeli bolezni in stanja zavarovanih oseb, pri katerih jim je zagotovljen posamezni medicinsko-tehnični pripomoček. Odločitve o tem sprejme upravni odbor zavoda.

(2) Med medicinsko-tehnične pripomočke ne štejejo pripomočki, ki se vgrajujejo v telo ali se uporabljajo v času zdravljenja v bolnišnici oziroma pri zdravstveni negi in usposabljanju v domovih za starejše, posebnih socialnovarstvenih zavodih in zavodih za usposabljanje. Zavodi v teh primerih zagotavljajo pripomočke v okviru materialnih stroškov, razen medicinsko-tehničnih pripomočkov, ki morajo biti individualno prilagojeni.

(3) Medicinsko-tehnični pripomočki so praviloma individualna pravica zavarovane osebe in postanejo njena last, razen v primerih iz 97. člena pravil in iz 94. člena pravil.

65. člen

(1) V času zdravljenja v bolnišnici, kliniki, inštitutu ali v času zdraviliškega zdravljenja, zagotovi izvajalec zavarovani osebi:

1. voziček za prevoz bolnika;
2. otroški tricikel;
3. sobno dvigalo;
4. trapez za obračanje;
5. negovalno posteljo, varovalno posteljno ograjo, posteljno mizico;
6. prenosni nastavljiv hrbtni naslon;
7. blazine za preprečevanje preležanin;
8. toaletni stol;
9. dvigalo za kopalnico;
10. nastavek za toaletno školjko;
11. sedež za kopalno kad;
12. raztopine in materiale za zdravstveno nego iz sedmega in osmega odstavka 89. člena pravil;
13. predloge, hlačne predloge (plenice) za enkratno uporabo ali vpojne in nepropustne hlačke za večkratno uporabo pri bolezenski inkontinenci;
14. katetre iz prvega, četrtega in petega odstavka 89. člena pravil;
15. terapevtski valj, žogo, gibalno desko in blazine;
16. navadna stojka;

17. bergle;

18. hodulje.

(2) Izvajalec je dolžan zagotoviti zavarovani osebi pri nujnem zdravljenju in nujni medicinski pomoči poškodb tudi druge pripomočke, ki jih potrebuje v okviru nujnega ambulantnega zdravljenja.

(3) Domovi za starejše, drugi splošni in posebni socialni zavodi in zavodi za usposabljanje morajo zavarovani osebi zagotoviti pripomočke iz prvega odstavka iz svojih materialnih stroškov razen pripomočkov iz 13. točke, ki jih zagotavljajo domovi za starejše, drugi splošni in posebni socialni zavodi in zavodi za usposabljanje v skladu s Pravili.

66. člen

(1) Pravica do pripomočkov vključuje tudi stroške rednega vzdrževanja vozičkov, pripomočkov za sluh in govor, pripomočkov za vid, koncentratorjev kisika in drugih aparatov za vzdrževanje stalnega pritiska v dihalnih poteh, protez ter ortoz. Zavod poravnava tudi stroške popravil in zamenjav delov teh pripomočkov. Zavod poravnava stroške rednega vzdrževanja teh pripomočkov po izteku garancijske dobe v celoti, stroške popravil in zamenjave dotrajanih delov do vrednosti 50% vrednosti cenovnega standarda ali nabavne vrednosti pripomočka. Redno vzdrževanje je zamenjava delov potrošnega značaja in dela, ki jih kot potrebna v določenem obdobju opredeli proizvajalec. Strošek popravila vključuje delo serviserja, ki nastane pri popravilu in zamenjavi dotrajanega dela pripomočka.

(2) Zavarovana oseba plača stroške popravil, ki so potrebna, če je le-ta neustrezno ravnala z njimi ali je iz malomarnosti poškodovala pripomoček.

(3) Zavarovana oseba krije strošek zamenjave akumulatorja pri vozičku na elektromotorni pogon v prvih dveh letih, nato pa ga krije zavod, če akumulator ni več uporaben.

(4) Lekarna ali pravna ali fizična oseba, ki opravlja promet z medicinsko-tehničnimi pripomočki na drobno v specializirani prodajalni krije v garancijskem roku stroške popravil, ki so potrebna zaradi neustrezne kakovosti ali napak v materialu.

V/1. PRAVICA DO PROTEZ, ORTOZ (OPORNIC) IN ORTOPEDSKIH ČEVLJEV

67. člen

(1) Zavarovana oseba, ki ji manjka zgornji ud ali njegov del, ima pravico do proteze za manjkajoči oziroma prizadeti ud. V tem primeru je upravičena do funkcionalnega in delovnega nastavka, navlek za krn in nepodloženih usnjenih rokavic.

(2) Zavarovana oseba, ki ji manjka spodnji ud ali njegov del, ima pravico do proteze za manjkajoči oziroma prizadeti ud. V tem primeru je upravičena do navlek za krn in proteze za kopanje.

68. člen

(1) Zavarovani osebi je zagotovljena tudi pravica do ortoze (opornice) za preprečitev ali korekcijo deformacij, kontrolo gibov in doseg stabilizacije ali razbremenitev udov in hrbtenice.

(2) Zavarovani osebi, ki se zdravi zaradi hemofilije, je zagotovljena pravica do ščitnikov za kolena in komolce.

69. člen

Otrok ali mladostnik, ki se redno šola ali usposablja za poklic, ima pravico do električne proteze.

70. člen

(1) Če zavarovana oseba zaradi okvare stopala ne more uporabljati navadnih čevljev in za korekcijo funkcije stopala ne zadostujejo posebej izdelani vložki, lahko uveljavlja pravico do posebej izdelanih čevljev.

(2) Zavarovana oseba ima pravico do posebej izdelanih čevljev, če:

1. gre za otroke do dopolnjenega 15. leta starosti, ki imajo več kot 1,5 cm krajšo nogo oziroma starejše zavarovane osebe z več kot 2,5 cm krajšo nogo;
2. imajo zaradi izpaha, preloma ali večjih kostnih izrastkov močnejše deformiran skočni sklep in stopalo, všteti močnejšo deformacijo nožnih palcev in je potrebno izdelati obutev po mavčnem odlitku;
3. imajo prirojeno ali pridobljeno močnejše dvignjeno stopalo, petno stopalo, konjsko stopalo, navznoter obrnjeno oziroma izrazito navzven obrnjeno stopalo, paralitično ali paretično stopalo;
4. imajo močno deformirane prste stopala, tako da posamezni prsti segajo čez druge prste oziroma manjkata na stopalu dva prsta ali del stopala;
5. so na stopalu izrazite trofične spremembe, diabetično stopalo IV. rizične skupine in z II. stopnjo deformiranosti;
6. imajo elefantiazo.

(3) Zavarovane osebe, opredeljene v drugem odstavku tega člena, ki ne morejo uporabljati posebej izdelanih čevljev, lahko uveljavljajo pravico do začasnih čevljev (healing shoe).

(4) Zavod krije stroške izdelave oziroma prilagoditve čevljev v višini nad povprečno ceno enega para čevljev, ki so na razpolago na slovenskem trgu. Ceno povprečnega čevlja, ki jo določi upravni odbor, krije zavarovana oseba sama.

(5) Otrok do 1. leta starosti, ki se zaradi hude deformacije stopal zdravi konzervativno, je upravičen do ortopedskih čevljev po Schejnu.

71. člen

Zavarovana oseba ima v primeru izgube posameznih delov telesa pravico do naslednjih estetskih protez: obrazne proteze, proteze za nos, proteze za uho, prsne proteze, proteze za dlan in prste in do lasulje.

V/2. PRAVICA DO VOZIČKOV IN DRUGIH PRIPOMOČKOV ZA GIBANJE, STOJO IN SEDENJE

72. člen

(1) Zavarovani osebi s težjo funkcijsko prizadetostjo, ki lahko samostojno in stalno uporablja voziček je zagotovljen voziček na ročni pogon če:

1. ima amputirani obe nogi nad kolenom ali sta amputirani obe nogi pod kolenom in je aplikacija protez kontraindicirana;
2. ima amputirano eno nogo in ji zaradi napredovanja bolezni na drugi nogi ni mogoče napraviti proteze in omogočiti hoje;
3. ima popolnoma ohromela spodnja uda oziroma takšne motorične motnje, ki onemogočajo hojo ter mora prebiti večino časa na vozičku;
4. ima amputirano eno nogo in eno roko;
5. ima težke deformativne ali vnetne procese na velikih sklepih spodnjih udov ali težke posledice politravm na teh sklepih;
6. ima na isti strani popolnoma hromo roko in nogo, hoja pa ni možna zaradi drugih bolezni ali drugih medicinskih razlogov;
7. ima eksartikulirano nogo v kolku;
8. ne sme obremenjevati spodnjih udov, ker ima v njih zasevke novotvorb.

(2) Voziček na elektromotorni pogon je zagotovljen osebam, ki imajo zaradi bolezni ali poškodbe močno zmanjšano mišično moč vseh štirih udov in ne morejo uporabljati vozička na ročni pogon.

(3) Zavarovana oseba je upravičena do vozička za prevoz v primeru, če gre za začasno funkcijsko prizadetost, ali če ni upravičena do vozička iz prvega oziroma drugega odstavka tega člena.

(4) Pravica do vozička na ročni pogon, vozička za prevoz bolnika in vozička na elektromotorni pogon vključuje tudi pravico do dodatka za voziček, če to narekuje zdravstveno stanje zavarovane osebe.

(5) Motorično prizadeti otroci do 15. leta starosti, ki imajo pravico do vozička, so upravičeni tudi do prilagojenega otroškega tricikla.

73. člen

Zavarovana oseba, ki zaradi narave svoje prizadetosti ne more uporabljati navadnih sanitarno-higienskih prostorov, ima pravico do toaletnega stola.

74. člen

Zavarovana oseba, ki ima na podlagi določbe 72. člena pravil pravico do vozička na ročni pogon in ima več kot 50% izgubo mišične moči rok, je upravičena do gonilnika za voziček pri ohranjeni 15% mišični moči vsaj ene roke in ohranjene najmanj 15% gibljivosti te roke.

75. člen

Zavarovana oseba ima pravico do:

1. trapeza za obračanje v postelji ob dvojni amputaciji, paraplegiji, hemiplegiji in podobnih stanjih pri zdravljenju in negi na domu;
2. bergel ali trinožne oziroma štirinožne palice za dodatno oporo in razbremenitev spodnjih udov;
3. hodulj, če gre za oslABLJENO mišičje nog, slabo usklajenost korakov zaradi prirojenih in pridobljenih sprememb velikih sklepov, ki motijo in otežujejo hojo;
4. navadne stojke, če ima ohromele spodnje ude;
5. bele palice za slepe;
6. ultrazvočne palice, če je zavarovana oseba hkrati slepa in gluha;
7. stolčka, kadar gre za motorično prizadetega otroka;
8. terapevtskega valja, žoge, gibalne deske in blazine, če gre za motorično prizadetega otroka do dopolnjenega 15. leta starosti.

76. člen

Zavarovana oseba ima pravico do posebnega prenosnega sedeža s podvozjem, kadar zaradi narave prizadetosti ne more uporabljati pripomočkov iz 72. in 73. člena pravil.

77. člen

Zavarovana oseba, ki je trajno nepokretna in v stalni domači negi, ima pravico do sobnega dvigala ali dvigala za kopalnico, če so na njenem domu za to dani pogoji.

V/3. PRAVICA DO PRIPOMOČKOV ZA VID

78. člen

Zavarovana oseba ima pravico do:

1. očal s korekcijskimi stekli za izboljšanje vida zaradi nepravilnega lomljenja žarkov (ametropije), zaradi starovidnosti (presbiopije) pri starosti nad 63 let;
2. očal z mlečnimi stekli pri dvojnem videnju (diplopiji) in pri enostranski brezlečnosti v primeru večje razlike v dvojnem videnju med obema očesoma (monokularni afakiji in v primeru anizometropije);

3. specialnega sistema leč (teleskopska očala) pri visoki stopnji slabovidnosti, pri kateri ostrine vida ni mogoče izboljšati z navadnimi stekli za korekcijo in je s takimi očali (sistemom leč) mogoče doseči uporabno ostrino vida;
4. očal s stanjšanimi (lentikularnimi) stekli pri ametropiji 8,0 in več dioptrij;
5. očal z mnogožariščnimi (multifokalnimi) stekli za korekcijo brezlečnosti (afakije) pri otrocih do 15. leta starosti.

79. člen

Zavarovana oseba ima pravico do temnih očal:

1. brez dioptrije pri:
 - spačenosti zunanjih delov očesa oziroma vek (entropija, ektropija večje stopnje, večje motnjave roženice)
 - pri kroničnih očesnih boleznih s fotofobijo (kronični blefarokonjunktivitis, keratitis, iritis, iridociklitis);
 - skrofuloznem vnetju roženice in veznice (fliktenuloznem keratokonjunktivitisu), po nepretrganem najmanj enomesečnem zdravljenju ali po recidivu te bolezni;
 - boleznih očesnega ozadja in očesnega živca, vnetju žilnice (horioiditisu), vnetju žilnice in mrežnice (horioretinitisu), vnetju mrežnice (retinitisu), vnetju živca (nevritisu), vnetju živca in mrežnice (nevroretinitisu), atrofiji očesnega živca in odstopu mrežnice ter po zapletih pri operaciji motnine očesne leče (katarakte), zvišanega tlaka v očesu (glavkoma), tujka v zraku (intrabulbarne tujke), pri vnetju šarenice (iritisu) in krvavitvi v steklovini (hemoftalmusu), bolezni očesa zaradi motenj žlez z notranjim izločanjem (endokrini oftalmopatiji);
2. v dioptrijah, ko je zavarovana oseba upravičena do očal s stekli z dioptrijo in zaradi narave bolezni potrebuje tudi temna očala;
3. s stranskimi ščitniki oziroma okluzijo pri odstopu mrežnice, krvavitvi v steklovino in pri spomladanskem katarju;
4. s temnimi stekli pri slepoti.

80. člen

Zavarovana oseba ima pravico do trdih, poltrdih ali mehkih leč pri naslednjih stanjih in boleznih:

1. stožčasti izboklini roženice (keratokonus);
2. brezlečnosti enega očesa (monokularna afakija);
3. razliki v dioptriji med očesoma, ki presega 3 dioptrije (anizometropija);
4. ametropiji, ki presega 8 dioptrij;
5. kombinirani brezžariščnosti, če kombinacija (vsota) ametropije in astigmatizma presega 8,0 dioptrij;

6. iregularnem astigmatizmu;
7. obojestranski afakiji;
8. psevdofakiji.

81. člen

Zavarovane osebe z ametropijo 5 in več dioptrij, otroci do 7. leta starosti z 1 in več dioptrij ter otroci, starejši od 7 let, s 3 in več dioptrijami, imajo pravico do očal z organskimi stekli (plastika).

82. člen

Zavarovana oseba ima pravico do povečevalnega stekla oziroma lupe, če ni mogoče doseči izboljšanja vida z drugimi očesnimi pripomočki.

83. člen

Zavarovana oseba ima pravico do:

1. prizmatičnih stekel v primeru heterotrofij;
2. terapevtskih prizem pri osebah, zdravljenih zaradi škiljenja (strabizma) ali dvojnega vida (diplopije).

84. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do:

1. polne očesne proteze, če nima zrkel;
2. delne, luskinaste proteze, ko ni potrebna enukleacija;
3. orbitalne proteze, ko je poleg atrofije očesnega zrkla skažen tudi zunanji del očesa ali po exenteraciji;
4. predvajalnika zvočnih zapisov, če gre za slepo ali slabovidno osebo s preostankom vida 20 odstotkov ($v = 0,2$) ali manj.

(2) Zavarovana oseba z izgubo vida iz 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), ki obvlada brajevo pisavo, je upravičena do brajevega pisalnega stroja ali brajeve vrstice, če je usposobljena za delo z brajevim pisalnim strojem oziroma brajevo vrstico.

V/4. PRAVICA DO PRIPOMOČKOV ZA SLUH IN GOVOR

85. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do slušnega aparata za eno ali obe ušesi, če gre za enostransko ali obojestransko izgubo sluha, ki je z zdravljenjem ni mogoče izboljšati in če je

s tonsko in govorno preiskavo sluha (avdiometrijo) in testiranjem karakteristik amplifikatorja ugotovljeno, da je s slušnim aparatom mogoče doseči zadovoljiv rehabilitacijski učinek.

(2) Do digitalnega slušnega aparata je upravičena naglušna zavarovana oseba do 20. leta starosti, če ji digitalni slušni aparat omogoči pomembno boljši razvoj govora, razumevanje in sporazumevanje od standardnega slušnega aparata.

(3) Zavarovana oseba je upravičena do slušnega aparata le, če ga tudi uporablja. Po prejemu testnega slušnega aparata in po opravljenih vajah za uporabo aparata, se mora zavarovana oseba v treh mesecih oglasiti pri dobavitelju, ki preveri, če ga je zavarovana oseba dejansko uporabljala. Po opravljenih vajah za uporabo aparata in ugotovitvi, da ga zavarovana oseba uporablja, izda napotni zdravnik naročilnico. Če zavarovana oseba slušnega aparata ne uporablja, ga je dolžna vrniti dobavitelju, ki v tem primeru od zavoda ne more zahtevati plačila za slušni aparat ali druge stroške.

86. člen

Zavarovana oseba, ki ji je vgrajen polžev vsadek, je upravičena do zamenjave zunanjih delov polževega vsadka, to so mikrofona, govorni procesor, oddajnik in vrvice.

87. člen

Šoloobvezni otroci do dopolnjenega 15. leta starosti z motnjami sluha, ki se šolajo v redni šoli, imajo pravico do aparata za boljše sporazumevanje (brežžični sistem s frekvenčno modulacijo).

88. člen

Če zavarovana oseba zaradi bolezni ali poškodbe v grlu trajno izgubi možnost govora, ima pravico do aparata za omogočanje glasnega govora, če je s testiranjem dokazano, da je z njim možno doseči zadovoljivo sposobnost sporazumevanja.

V/5. PRAVICA DO DRUGIH MEDICINSKO-TEHNIČNIH PRIPOMOČKOV

89. člen

(1) Zavarovana oseba ima glede na svoje zdravstveno stanje pravico tudi do:

1. rokavic za poganjanje vozička;
2. usnjenih rokavic za zaščito prizadete roke ali prstov;
3. elastičnih rokavic, če po radikalni operaciji dojke roka močno zateka;
4. kilnega pasu pri inoperabilni umbilikalni, ingvinalni ali femoralni kili;
5. elastične kompresijske nogavice pri klinično manifestni obliki limfedema spodnjega uda po tumorskih operacijah v mali medenici ali testisih, če jih predpiše specialist ustrezne specialnosti;
6. zaščitne čelade, če gre za otroka z epilepsijo ali težko prizadetostjo;
7. setov za samoinjiciranje;

8. urinskega katetra za enkratno uporabo;

(2) Zavarovana oseba s kolostomo, ileostomo ali urostomo ima pravico do:

1. vrečk za stomo ali vrečk za stomo z vgrajeno kožno podlogo;
2. kožnih podlog (ploščic) za stomo, če uporablja vrečke brez vgrajene kožne podloge;
3. pasu za stomo;
4. prevlek za zbirno vrečko;
5. paste in prahu za nego kože;
6. pripomočkov za irigacijo, ki obsega irigacijski sistem s konusom, rokavnik in zamašek za stomo če si zavarovana oseba irigira kolostomo;

(3) Zavarovana oseba s traheostomo je upravičena do:

1. endotrahealne kanile (kovinske, plastične ali silikonske);
2. kanile z govorno valvulo;
3. traku za fiksacijo kanile;
4. kožne podlage za zaščito kože ob kanili;
5. filter za traheostomo, če uporablja kanilo ali filter za traheostomo za lepljenje na kožo, če ne uporablja kanile;
6. rutke za traheostomo;
7. ščitnika za traheostomo pri tuširanju;

(4) Zavarovana oseba z dihalnimi težavami je upravičena do:

1. merilca pretoka zraka pri stalnih dihalnih težavah,
2. nastavka z masko ali ustnika za dajanje zdravila, če gre za otroka do 15. leta starosti, ki običajnega zdravila v obliki razpršila ne more uporabljati;
3. razpršilca zraka in zdravil (inhalatorja);
4. aspiratorja;
5. aspiracijskih katetrov;
6. katetrov za dovajanje kisika (nazalnih, binazalnih).

(5) Zavarovana oseba je pri inkontinenci urina upravičena do:

1. urinalkondomov s potrebnimi dodatki in zbiralnika za seč (urinala) ali
2. stalnega urinskega katetra in vrečk za seč ali
3. predlog, hlačnih predlog (plenic) za enkratno uporabo ali vpojnih in nepropustnih hlačk za večkratno uporabo pri bolezenski inkontinenci urina ali blata.

(6) Zavarovana oseba, ki se zdravi zaradi sladkorne bolezni je upravičena do:

1. diagnostičnih trakov za aparat za določanje glukoze v krvi, pri upravičenosti do aparata za določanje glukoze v krvi;
2. diagnostičnih trakov za optično čitanje glukoze v krvi in urinu;
3. prožilne naprave in lancet, kadar obvlada samokontrolo;
4. največ treh mehanskih injektorjev za zdravljenje sladkorne bolezni z inzulinom, glede na število inzulinov, ki se odmerjajo s pomočjo mehanskega injektorja;
5. brizg, igel za dajanje inzulina, kadar ne uporablja mehanskega injektorja.

(7) Zavarovana oseba ima pravico do materialov za zdravstveno nego na domu, ki jo izvajajo njeni svojci ali sama. Ti materiali so vata, gaza oziroma seti, krep povoji, komprese, vatiranci in lepilni trakovi za pritrditev povoja.

(8) Zavarovana oseba ima pravico do raztopin za zdravstveno nego na domu, ki jo izvajajo njeni svojci ali sama. Seznam teh raztopin določi upravni odbor zavoda.

90. člen

(1) Zavarovana oseba, ki je nepokretna in je trajno v domači negi, ima pravico do negovalne postelje, varovalne posteljne ograje in posteljne mizice.

(2) Zavarovana oseba, ki nima negovalne postelje, ima pravico do prenosnega nastavljivega hrbtnega naslona, če zaradi svoje prizadetosti ne more samostojno sedeti.

(3) Zavarovana oseba, ki mora zaradi bolezni ali poškodbe daljši čas ležati v postelji ali je trajno vezana na voziček, ima pravico do blazine za preprečevanje preležanin.

(4) Zavarovana oseba, ki ne more uporabljati običajnih sanitarno higienskih naprav, ima pravico do sedeža za kopalno kad ali tuš kabino in posebnega nastavka za toaletno školjko.

91. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do aparata za določanje glukoze v krvi:

1. kadar se zaradi nestabilne sladkorne bolezni trajno zdravi z inzulinom in je usposobljena za izvajanje samokontrole,
2. pri kombiniranem peroralnem zdravljenju, pri katerem je pričakovati prehod na inzulinsko zdravljenje, če je zavarovana oseba usposobljena spremljati zdravljenje na osnovi rezultatov samokontrole,
3. v času nosečnosti in dojenja pri gestacijskem diabetesu.

(2) Do inzulinske črpalke in pripadajočega potrošnega materiala je upravičen(a):

1. otrok do 15. leta starosti s sladkorno boleznijo tip 1 ter pogostimi in velikimi nihanji krvnega sladkorja kljub natančnemu zdravljenju z večkratnimi aplikacijami inzulina dnevno;
2. zavarovana oseba z neurejeno sladkorno boleznijo tip 1, pri kateri je bilo tudi 6-mesečno izvajanje funkcionalne inzulinske terapije (FIT) neuspešno;

3. zavarovana oseba s sladkorno boleznijo tip 1 in sindromom nezavedanja hipoglikemije kljub zdravljenju z večkratnimi aplikacijami insulina dnevno;
4. zavarovana oseba s sladkorno boleznijo, ki se zdravi z insulinom pred načrtovano nosečnostjo, med nosečnostjo in v času dojenja in ki nima dobro urejene sladkorne bolezni.

Za zavarovane osebe iz 2., 3. in 4. točke tega odstavka mora biti izpolnjen tudi pogoj, da so aktivno sodelovale pri dotedanjem zdravljenju v skladu z navodili zdravnika ter so usposobljene za samokontrolo in ravnanje s črpalko. Lečeči diabetolog to potrdi s posebno izjavo, ki jo skupaj z epikrizo poteka bolezni priloži predlogu imenovanemu zdravniku in potem hrani v dokumentaciji.

(3) Potrošni material za insulinsko črpalko obsega infuzijski set, rezervar oziroma komplet ampul in potisno paličico z navojem.

(4) Zavarovana oseba je upravičena do nadaljnjega zdravljenja z insulinsko črpalko tudi v primeru, če je insulinsko črpalko prejela v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja v skladu s 1. točko drugega odstavka tega člena in tretjega odstavka 259. člena, razen v primerih, ko je zavarovana oseba prejela insulinsko črpalko v izposajo in ne izpolnjuje katerega izmed pogojev iz 2. do 4. točke drugega odstavka tega člena teh pravil.

92. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do električnega stimulatorja pri inkontinenci urina ali blata, če s tem pričakuje izboljšanje funkcije sfinkterne miškulature ter do funkcionalnega eno- oziroma dvokanalnega električnega stimulatorja pri zunanji kontroli mišične skupine pri okvari zgornjih motoričnih nevronov in za stimulacijo mišic pri drugih perifernih okvarah živcev, če tak stimulator rabi trajno.

(2) Stimulatorji, ki se uporabljajo v bolnišnicah, zdraviliščih in drugih zavodih, ter stimulatorji, ki se vgrajujejo v telo, ne sodijo med pripomočke iz prejšnjega odstavka.

93. člen

Zavarovana oseba ima pravico do elastomerne črpalke za vnašanje učinkovin po epiduralnem katetru, v veno ali v podkožje. Do elastomerne črpalke je zavarovana oseba upravičena, če je negovana na domu in če ne more zaužiti zdravila in je zaradi tega potrebno trajno vnašanje zdravila po epiduralnem katetru v veno ali podkožje.

94. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do psa vodiča, 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.

(2) Zavarovani osebi iz prvega odstavka tega člena zagotovi zavod šolanega psa vodiča v uporabo, ne pa tudi sredstev za vzdrževanje psa. V primeru, da slepa oseba po svoji krivdi izgubi psa, ni upravičena do drugega najmanj do izteka 6 let od pridobitve.

(3) Način ugotavljanja pogojev iz prvega odstavka tega člena določi zavod v dogovoru z Zvezo društev slepih in slabovidnih Slovenije.

95. člen

(1) Zavarovani osebi, ki boleha za dolgotrajno respiratorno boleznijo s stalnimi dihalnimi težavami, je zagotovljena možnost zdravljenja s kisikom na domu s pomočjo koncentradorja kisika ali drugega vira kisika oziroma aparata za vzdrževanje stalnega pritiska v dihalnih poteh.

Zavarovana oseba z napredovanim pljučnim rakom, ima pa ob tem še kronično hipoksemično respiracijsko insuficienco zaradi spremljajoče KOPB je upravičena do zdravljenja s kisikom na domu s pomočjo koncentradorja kisika.

(3) Zavarovani osebi s stabilno kronično respiracijsko insuficienco, ki je v domači oskrbi in se zdravi zaradi kronične pljučne bolezni ali živčno mišične bolezni z oslabeleostjo dihalnih mišic, je zagotovljena možnost zdravljenja z mehanično ventilacijo na domu – ventilator.

96. člen

Zavod omogoči otroku s cerebralno paralizo ali drugi zavarovani osebi po bolezni ali poškodbi možganov, ki ima za posledico težko obliko afazije in težko telesno prizadetost, aparat za nadomestno sporazumevanje, če je z njim pričakovati zadovoljivo stopnjo komuniciranja in če je to, glede na življenjske in bivalne pogoje zavarovane osebe, utemeljeno.

V/6. PRIPOMOČKI, KI JIH ZAVAROVANE OSEBE DOBIJO V IZPOSJOJO

97. člen

(1) Zavod omogoči zavarovani osebi, da dobi v izposajo naslednje medicinsko-tehnične pripomočke potrebne pri zdravljenju, negi in rehabilitaciji na domu:

1. koncentrator kisika ali drug vir kisika;
2. aparat za vzdrževanje stalnega pritiska v dihalnih poteh (CPAP);
3. blazine za preprečevanje preležanin (posteljne in sedežne za voziček za prevoz bolnika);
4. prilagojeni otroški tricikli;
5. dvigalo za kopalnico (hidrolift);
6. ventilator;
7. voziček za prevoz bolnika;
8. varovalno posteljno ograjo;
9. trapez za obračanje;
10. aspirator;

11. hodulja;
12. sobno dvigalo;
13. negovalna postelja;
14. posteljna mizica;
15. prenosni hrbtni naslon;
16. voziček na ročni pogon;
17. voziček na elektromotorni pogon;
18. aparat za določanje glukoze v krvi v času nosečnosti in dojenja pri gestacijskem diabetesu;
19. inzulinsko črpalko zavarovani osebi iz 4. točke drugega odstavka 91. člena teh pravil, vendar največ skupaj za 18 mesecev;
20. električni stimulator pri inkontinenci urina.

(2) Natančnejše pogoje in način zagotavljanja pravice zavarovanih oseb do izposoje medicinsko-tehničnih pripomočkov določi zavod.

98. člen

(1) Pripomočke iz 97. člena zagotavlja zavarovanim osebam pravne ali fizične osebe, ki opravljajo promet z medicinsko-tehničnimi pripomočki na drobno v specializiranih prodajalnah, s katerimi sklene zavod posebno pogodbo. V skladu s pogodbo ti nabavljajo nove pripomočke, zbirajo od zavarovanih oseb že rabljene, jih popravijo, očisti in usposobijo za nadaljnjo uporabo in jih izposojajo. Poleg tega pravne ali fizične osebe, ki opravljajo promet z medicinsko-tehničnimi pripomočki na drobno v specializiranih prodajalnah:

- opravljajo servisiranje pripomočkov;
- zagotavljajo v pogodbeno določenem roku garancijo za pripomočke.

(2) Izposojanje pripomočkov lahko organizira tudi zavod, če na določenem območju ni mogoče skleniti pogodbe z ustrezno pravno ali fizično osebo, ki opravlja promet z medicinsko-tehničnimi pripomočki na drobno v specializirani prodajalni ali če je to finančno ugodneje za zavod.

(3) Pravna ali fizična oseba, ki opravlja promet z medicinsko-tehničnimi pripomočki na drobno v specializirani prodajalni je dolžan zavarovani osebi ob izposoji pripomočka dati navodilo za uporabo in navodilo o kraju ter možnostih servisiranja pripomočka.

(4) Pripomočki, ki jih izposojajo pravne ali fizične osebe, ki opravljajo promet z medicinsko-tehničnimi pripomočki na drobno v specializiranih prodajalnah, so njihova last.

99. člen

(1) Pravne ali fizične osebe, ki opravljajo promet z medicinsko-tehničnimi pripomočki na drobno v specializiranih prodajalnah, iz prejšnjega člena izbere zavod na podlagi razpisa.

(2) Zavarovane osebe so dolžne pravnim ali fizičnim osebam, ki opravljajo promet z medicinsko-tehničnimi pripomočki na drobno v specializiranih prodajalnah ob izposoji plačati

kavcijo, ki jo dobijo povrnjeno, ko vrnejo izposojeni pripomoček. Njeno višino določi upravni odbor zavoda in je po skupinah pripomočkov različna. Kavcije niso dolžne plačati zavarovane osebe iz 1. točke 23. člena zakona ter osebe, ki uveljavljajo nujne zdravstvene storitve po 101. členu pravil. Če zavarovana oseba ali njeni svojci pripomočka ne vrnejo, zadrži vplačano kavcijo pravna ali fizična oseba, ki opravlja promet z medicinsko-tehničnimi pripomočki na drobno v specializirani prodajalni.

(3) Varovanje pravic zavarovanih oseb, ki izhajajo iz njihovih razmerij do pravne ali fizične osebe, ki opravlja promet z medicinsko-tehničnimi pripomočki na drobno v specializirani prodajalni v zvezi z izposojno in pravico do vračila kavcije za izposojeni pripomoček, zagotavlja zavod.

100. člen

Zavarovana oseba mora vrniti izposojeni pripomoček pravni ali fizični osebi, ki opravlja promet z medicinsko-tehničnimi pripomočki na drobno v specializirani prodajalni, ko ga ne potrebuje več ali če je zaradi anatomskih oziroma funkcionalnih sprememb postal neuporaben. V primeru smrti zavarovane osebe morajo to storiti svojci ali zdravstveni oziroma socialni zavod, v katerem je bivala pred smrtjo.

VI. PRAVICE ZAVAROVANIH OSEB DO NUJNE MEDICINSKE POMOČI, NUJNEGA ZDRAVLJENJA IN NEODLOŽLJIVIH ZDRAVSTVENIH STORITEV

101. člen

Zavarovane osebe, ki uveljavljajo pravice na podlagi 25. člena zakona imajo pravice do nujnega zdravljenja in neodložljivih storitev brez doplačil za storitve iz 1., 2., 3. in 4. točke prvega odstavka 23. člena zakona, če gre za:

1. invalide in druge osebe, ki jim je priznana pomoč druge osebe za opravljanje večine ali vseh življenjskih funkcij po predpisih pokojninskega in invalidskega zavarovanja;
2. invalide z najmanj 70% telesno okvaro po predpisih pokojninskega in invalidskega zavarovanja;
3. zavarovane osebe, stare 75 in več let;
4. zavarovane osebe, ki izpolnjujejo dohodkovni pogoj za pridobitev dajatev po predpisih o socialnem varstvu.

102. člen

(1) Pravico do nujnega zdravljenja brez doplačil, imajo tudi zavarovane osebe, ki niso prostovoljno zavarovane, potem ko so v tekočem koledarskem letu že plačale za doplačila do polne vrednosti storitev:

1. dvakratni znesek letne premije za paket "POPOLNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE", določen v 1. trimesečju tekočega leta, če gre za zavarovane osebe, katerih dohodek, preračunan na družinskega člana, dosega do 150 odstotkov zneska, določenega kot cenzus za pridobitev denarnega dodatka po predpisih o socialnem varstvu;
2. trikratni znesek letne premije za paket "POPOLNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE", določen v 1. trimesečju koledarskega leta, če gre za zavarovane osebe, katerih dohodek,

preračunan na družinskega člana, znaša 150 do 250 odstotkov zneska, določenega za dohodkovni cenzus za pridobitev denarnega dodatka po predpisih o socialnem varstvu;

3. štirikratni znesek letne premije za paket "POPOLNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE", določen v 1. trimesečju tekočega leta, če gre za zavarovane osebe, katerih dohodek, preračunan na družinskega člana, presega 250 odstotkov zneska, določenega kot cenzus za pridobitev denarnega dodatka po predpisih o socialnem varstvu.

(2) V zneske plačanih doplačil iz prejšnjega odstavka ne štejejo doplačila za:

1. prevoze z reševalnimi vozili, ki niso bili nujni;
2. zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja;
3. zdravila z vmesne liste,
4. zobnoprótetične pripomočke in storitve;
5. očesne in slušne pripomočke ter pripomočke iz 75. člena pravil;
6. storitve, opravljene v višjem standardu ali obsegu oziroma po drugačnem postopku, kot določajo pravila;
7. druge storitve, ki niso pravica iz obveznega zavarovanja.

(3) Pravica iz prvega odstavka tega člena je omejena na koledarsko leto, na katero se nanašajo podatki.

102.a člen

Zavarovana oseba lahko uveljavlja pravice do nujnega zdravljenja in neodložljivih storitev po 25. členu zakona brez doplačil, če z ustreznimi dokazili utemelji razloge iz 101. in 102. člena pravil in s tem upravičenost do njihovega uveljavljanja pravic na tej podlagi. V tem primeru si mora predhodno pridobiti posebno potrdilo s strani zavoda in tudi soglašati z obsegom pravic, ki je opredeljen v 101. in 102. členu pravil.

103. člen

(1) Nujna medicinska pomoč iz 10. alinee prve točke prvega odstavka 23. člena zakona vključuje storitve oživljanja, storitve potrebne za ohranjanje življenjskih funkcij, za preprečitev hudega poslabšanja zdravstvenega stanja nenadno obolelih, poškodovanih in kronično bolnih. Storitve se zagotavljajo do stabilizacije življenjskih funkcij oziroma do začetka zdravljenja na ustreznem mestu. Nujni reševalni prevozi so vključeni v storitve nujne medicinske pomoči.

(2) Nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene storitve vključujejo:

- takojšnje zdravljenje po nudenju nujne medicinske pomoči, v kolikor je to potrebno,
- oskrbo ran, preprečitev nenadnih in usodnih poslabšanj kroničnih bolezni oziroma zdravstvenega stanja, ki bi lahko povzročilo trajne okvare posameznih organov ali njihovih funkcij,
- zdravljenje zvinov in zlomov ter poškodb, ki zahtevajo specialistično obravnavo,
- zdravljenje zastrupitev,

- storitve za preprečevanje širjenja infekcij, ki bi pri zavarovani osebi utegnile povzročiti septično stanje,
- zdravljenje bolezni, za katere je z zakonom predpisano obvezno zdravljenje ali storitve, ki so z zakonom opredeljene kot obvezne in za katere ni plačnik država, delodajalec ali zavarovana oseba sama,
- zdravila, predpisana na recept s pozitivne liste, potrebna za zdravljenje stanj iz predhodnih alinej,
- medicinske pripomočke, potrebne za obravnavo stanj iz predhodnih alinej in sicer v obsegu, standardih in normativih, kot jih določajo pravila.

(3) Zavarovana oseba iz 25. člena zakona ima poleg storitev iz prejšnjega odstavka tega člena pravico še do naslednjih pripomočkov:

1. trapeza za obračanja v postelji, če se zdravi na domu;
2. bergel ali trinožne oziroma štirinožne palice za dodatno oporo in razbremenitev spodnjih udov;
3. blazin za preprečevanje preležanin, če se zdravi na domu;
4. katetrov in kanil;
5. vozička za prevoz bolnika, če je v domači negi;
6. kompleta za nego vseh vrst stom, vključno z urinsko zbiralno vrečko;
7. razpršilca zraka (inhalatorja);
8. predlog, podlog, hlačnih predlog (plenic) za enkratno uporabo pri inkontinenci.

(4) Zavarovani osebi iz prejšnjega odstavka zavod omogoči tudi zdravljenje s kisikom na domu brez doplačil.

104. člen

(1) Njen osebni zdravnik ne glede na določbe prejšnjega člena nudi zavarovani osebi tudi druge storitve, če ugotovi razloge za nujnost le-teh.

(2) Zavarovana oseba iz 101. in 102. člena pravil ima pravico do nujnih storitev specialistično-ambulantne in bolnišnične dejavnosti, če jih ni mogoče zagotoviti v osnovni dejavnosti. To pravico uveljavlja po postopku, ki je določen s pravili.

VII. STANDARDI STORITEV, MEDICINSKO-TEHNIČNIH PRIPOMOČKOV IN MATERIALOV

105. člen

(1) Standardi zdravstvenih storitev v vseh zdravstvenih dejavnostih so strokovno – doktrinarno utemeljene storitve glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe, skladno s presojo zavarovančevega osebnega ali napotnega zdravnika. Za standard štejejo storitve, ki jih opravi ekipa, sestavljena v skladu z dogovorom.

(2) Standard zdravstvene nege v domovih za starejše, posebnih socialno-varstvenih zavodih in zavodih za usposabljanje je opredeljen z normativi kadrov po posameznih tipih oziroma zahtevnostih nege, v skladu z dogovorom.

106. člen

Standard storitev s področja preventive je opredeljen s številom pregledov, preiskav ali drugih storitev, ki jih določajo pravila in republiški imunizacijski program.

107. člen

V standard storitev po 105. in 106. členu pravil se všttevajo tudi:

1. zdravila, potrebna za diagnostiko in zdravljenje, ki jih v skladu s pravili ni mogoče predpisovati na recept;
2. medicinsko-tehnični pripomočki, obvezilni material in materiali, ki se občasno ali trajno vgrajujejo v telo ter jih izvajalci uporabljajo pri diagnostiki, zdravljenju, zdravstveni negi v zavodih in rehabilitaciji.

108. člen

(1) Storitve iz prvega odstavka 105. člena pravil, vključno s storitvami lekarniške dejavnosti in reševalnih prevozov štejejo v standard, če so opravljene ob delavnikih med 6. in 20. uro.

(2) Storitve, opravljene zavarovani osebi izven tega časa, štejejo za standard le, če gre za nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč.

109. člen

(1) Standard vsebuje tudi določbo o kraju in času uveljavljanja pravic.

(2) Za standardne storitve po kraju uveljavljanja štejejo storitve, ki jih zavarovana oseba uveljavlja pri najbližjem ustreznem izvajalcu, upošteva mrežo javne zdravstvene službe.

(3) Za standardne storitve po času uveljavljanja štejejo storitve, ki se opravijo:

1. takoj – v primerih nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči;
2. v najkrajšem možnem času v drugih primerih nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči;
3. po določenem času (čakalni dobi) pri storitvah, ki niso prioritete, jih je mogoče vnaprej načrtovati oziroma odložiti in so določene s pogodbo med zavodom in izvajalcem.

110. člen

(1) Standard nastanitve in prehrane v bolnišnicah, klinikah in inštitutih je nastanitev v tri- ali večposteljni sobi s praviloma najmanj tremi obroki hrane dnevno. V primerih izolacije je standard po strokovni presoji lahko drugačen.

(2) Standard nastanitve in prehrane pri zdraviliškem zdravljenju je nastanitev v dvo- ali večposteljni sobi s prehrano, v višini cene za nemedicinski del oskrbnega dne, ki ga določi zavod. V primeru, da je zavarovani osebi z njenim soglasjem omogočen višji standard, mora doplačati razliko v ceni.

111. člen

(1) Standardni material pri medicinsko-tehničnih pripomočkih je material, ki zagotavlja funkcionalno ustreznost pripomočka, je dosegljiv in najcenejši na slovenskem tržišču.

(2) Standardni materiali za izdelavo protez, ortoz in posebej izdelanih čevljev so:

1. pri protezah plastična masa, les ali usnje za izdelavo ležišča ter plastična masa, les, kovina, usnje, klobučevina in guma za izdelavo njihovih delov;
2. pri navleki za krn volna, bombaž ali sintetična vlakna;
3. pri ortozah kovina, plastična masa, usnje, guma ali tkanina;
4. pri posebej izdelanih čevljih in rokavicah usnje.

(3) Standardni materiali za okvirje za očala so plastične mase in krilca, okrepljena s kovinsko armaturo, za očesne proteze pa plastične mase, steklo, porcelan ali druga ustrezna snov.

(4) Pri slušnih aparatih velja za standard aparat brez daljinskega upravljalnika, ki omogoča zadovoljiv slušno-rehabilitacijski učinek.

112. člen

(1) Standardni materiali v zobozdravstveni dejavnosti so pri:

1. zalivkah v vidnem sektorju (oba sekalca in podočnik v posameznem kvadrantu) fosfatni, silikofosfatni, silikatni cementi ter kompozitni materiali;
2. zalivkah v stranskem (transkaninem) sektorju amalgam;
3. pri vlitih zalivkah, prevlekah, kronah in mostičkih srebropaladijeve, zlatopaladijeve oziroma druge polžlahtne zlitine, ki so najcenejše na tržišču. Pri tem šteje za standard dva grama kovine po členu, pri čemer ceno najcenejšega materiala določi zavod;
4. zobnih fasetah v prevlekah, kronah in mostičkih akrilat ali kompozitni materiali;
5. protezah akrilati. Zavarovani osebi, pri kateri je potrebno kombinirati protezo z opornico oziroma je možno s protezo nadomestiti več vrzeli, od katerih bi vsaka pomenila pravico do mostička, se sme izdelati proteza z vlito bazo iz kromkobaltnmolibdenove in drugih podobnih zlitin.

(2) Standardni material za obturatorje je akrilat in mehko obstojna silikonska polimera, pri opornicah pa kovina za vlivno tehniko ali akrilat, odvisno od vrste in narave opornice. Pri snemnih ortodontskih aparatih je standardni material akrilat, pri fiksni, pa konfekcijsko pripravljeni kovinski in drugi elementi.

113. člen

(1) Zavod lahko za posamezne medicinsko-tehnične pripomočke določi najvišjo vrednost pripomočka (cenovni standard).

(2) Cenovni standard vključuje tudi morebitno obvezno doplačilo v skladu s pravili.

(3) V primeru, ko pripomoček iz prvega odstavka tega člena glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe ne zagotavlja funkcionalne ustreznosti pripomočka, ali zanj ni določen cenovni standard, je zavarovana oseba upravičena do zahtevnejšega pripomočka iste vrste, ki je funkcionalno ustrezen in najcenejši na slovenskem trgu.

VIII. TRAJNOSTNE DOBE PRIPOMOČKOV IN ZOBOZDRAVSTVENIH STORITEV

114. člen

(1) Sestavni del standarda pripomočkov je tudi doba, po preteku katere lahko zavarovana oseba dobi nov pripomoček (trajnostna doba), ki je odvisna od vrste pripomočka in starosti zavarovane osebe.

(2) Trajnostne dobe posameznih pripomočkov po starostnih skupinah znašajo:

	Starost	
	do 18 leta	po 18. letu
- proteza za zgornji ud	10 mesecev	36 mesecev
- proteza za spodnji ud	10 mesecev	24 mesecev
- prva poskusna proteza za zgornji ud	5 mesecev	6 mesecev
- prva poskusna proteza za spodnji ud	5 mesecev	6 mesecev
- proteza za kopanje za spodnji ud	20 mesecev	60 mesecev
- posebej izdelani čevlji	8 mesecev	12 mesecev
- nepodložene usnjene rokavice	12 mesecev	24 mesecev
- kilni pas	8 mesecev	12 mesecev
- bergle	12 mesecev	36 mesecev

(3) Trajnostna doba drugih pripomočkov znaša najmanj:

1. opornice (ortoze) 2 leti
2. vozički 5 let,

razen za zavarovane osebe, ki so v delovnem razmerju ali opravljajo

samostojno dejavnost, se redno šolajo oziroma so na rehabilitaciji 3 leta

3.	stolček z dodatki	5 let	
4.	stojka	5 let	
5.	prilagojeni otroški tricikel	5 let	
6.	podvozje za posebni prenosni sedež	5 let	
7.	rokavice za poganjanje vozička	2 meseca	
8.	elastične rokavice	1 leto	
9.	usnjene rokavice	6 mesecev	
10.	bela palica za slepe	1 leto	
11.	ultrazvočna palica	3 leta	
12.	hodulja, tri- ali štirinožna palica	3 leta	
13.	estetske proteze	1 leto	
14.	električni stimulator	3 leta	
	navleke	3 mesece	
	elektrode	1 mesec	
	priključki	6 mesecev	
	- elektrode za rektalno in vaginalno stimulacijo	3 leta	
15.	aparat za določanje glukoze v krvi	5 let	
16.	mehanski injektor	3 leta	
17.	blazina za preprečevanje preležanin (posteljna, sedežna, za ude)	3 leta	
18.	razpršilec (inhalator)	5 let	
19.	merilec pretoka zraka	5 let	
20.	sobno dvigalo ali dvigalo za kopalnico	10 let	
21.	predvajalnik zvočnih zapisov	5 let	
22.	terapevtski valji, žoge, blazine in gibalne deske	3 leta	
23.	toaletni stol	5 let	
24.	stalni urinski kateter		
	- iz lateksa	14 dni	
	- iz silikona	42 dni	

25. kateter za dovajanje kisika	1 mesec	
26. endotrahealna kanila		
kovinska	6 mesecev	
plastična	1 mesec	
silikonska	3 mesece	
27. sprožilna naprava (za lancete)	3 leta	
28. aparat za nadomestno sporazumevanje	4 leta	
29. koncentrador kisika	6 let	
30. CPAP	8 let	
31. negovalna postelja	10 let	
32. trapez za obračanje	10 let	
33. zaščitno čelado	1 leto	
34. aspirator	5 let	
35. gonilnik za voziček	5 let	
36. irigacijski sistem s konusom in rokavnikom		18 mesecev
37. akumulator	3 leta	
38. kanila z valvulo	4 mesece	
39. ventilator	8 let	
40. elastične kompresijske nogavice	1 leto	
41. procesor za polžev vsadek	5 let	
42. mikrofona za polžev vsadek	5 let	
43. oddajnik za polžev vsadek	5 let	
44. vrvice za polžev vsadek	6 mesecev	
45. varovalna posteljna ograja	10 let	
46. sedež za kopalno kad	10 let	
47. nastavek za toaletno školjko	10 let	
48. posteljna mizica	10 let	
49. prenosni nastavljeni hrbtni zaslon	10 let	
50. inzulinska črpalka	8 let	
51. nastavek z masko ali ustnik za dajanje zdravila		1 leto

52. elastomerna črpalka največ 7 dni

53. navleke za krn 6 na leto.

(4) Zavarovana oseba s traheostomo, je upravičena do:

1. največ 30 kosov kožnih podlag za zaščito kože ob kanili na mesec,
2. največ 30 filtrov za traheostomo za kanilo na mesec ali
3. največ 30 kosov filtrov za traheostomo za lepljenje na kožo (ne na kanilo) na mesec,
4. največ 5 rutk za traheostomo na leto,
5. traku za fiksacijo kanile na 21 dni,
6. enega ščitnika za traheostomo pri tuširanju na eno leto.

115. člen

Medicinsko tehnična pripomočka, ki sta enkratna pravica in zato trajnostna doba ni določena, sta brajev pisalni stroj in brajeva vrstica.

116. člen

(1) Zavarovana oseba, ki je pri zdravljenju bolezenske inkontinence upravičena do predlog, hlačnih predlog (plenic), podlog za enkratno uporabo, ima pravico do skupaj največ 90 kosov na mesec, glede na kriterije predpisovanja pripomočkov za srednjo, težko in zelo težko inkontinenco. V primeru uporabe vpojnih in nepropustnih hlačk za lahko inkontinenco po kriterijih za predpisovanje pripomočkov, ima zavarovana oseba pravico do največ 7 kosov za 6 mesecev.

(2) Za medicinsko-tehnične pripomočke za nego stom, aspiracijskih katetrov ter pripomočke za samokontrolo in zdravljenje sladkorne bolezni, za katere trajnostna doba ni predpisana, velja kot standard predpis pooblaščenega zdravnika, ki mora biti v skladu s strokovno doktrino in zdravstvenim stanjem zavarovane osebe.

(3) Zavarovani osebi, ki je upravičena do inzulinske črpalke, predpiše potrebno količino potrošnih materialov pooblaščen zdravnik.

(4) Zavarovani osebi, ki se sama zdravi na domu ali jo zdravijo na domu njeni svojci, lahko zdravnik predpiše pripomočke in raztopine za zdravljenje in nego na domu v količini, ki je potrebna do prve kontrole pri zdravniku, vendar največ za dobo treh mesecev.

117. člen

Trajnostne dobe pripomočkov za vid znašajo najmanj:

1. očala 2 leti
- pri otrocih do 15. leta starosti in pri odraslih z ametropijo 10 in več ali izgubo vida 90% in več 1 leto
2. kontaktne leče 2 leti

- pri otrocih do 15. leta starosti in pri odraslih z ametropijo 10 in več ali izgubo vida 90% in več 1 leto

3. očesne proteze

iz stekla 1 leto

iz akrilata 5 let

4. povečevalno steklo (lupa) 3 leta

118. člen

(1) Trajnostna doba slušnih aparatov znaša najmanj:

1. za otroke do dopolnjenega 6. leta starosti 2 leti;
2. za otroke od 6. do dopolnjenega 15. leta starosti 3 leta;
3. za druge zavarovane osebe 6 let.

(2) Trajnostna doba aparata za boljše sporazumevanje (brežžični sistem s frekvenčno modulacijo) znaša najmanj 5 let.

(3) Trajnostna doba aparata za omogočanje glasnega govora je najmanj 4 leta.

(4) Trajnostna doba za digitalne slušne aparate za otroke do 15. leta starosti je najmanj 5 let.

119. člen

(1) Trajnostna doba zobozdravstvenih storitev in pripomočkov znaša za:

1. vlite inlaye iz standardnih materialov 3 leta.

(2) Trajnostna doba zobnoprostetičnih nadomestkov znaša pri:

1. prevlekah, kronah in mostičkih in povezanih solitarnih prevlekah iz polplemenitih zlitin in pri estetskih prevlekah 7 let;
2. prevlekah pri zobeh, ki nosijo delne proteze 3 leta;
3. delnih protezah iz akrilata 3 leta;
4. totalnih protezah z akrilatno bazo 5 let;
5. protezah s kovinsko ploščo 7 let;
6. opornicah pri parodontopatijah 3 leta;
7. začasnih totalnih ali delnih protezah 1 leto.

120. člen

(1) Trajnostna doba pripomočka začne teči od dneva, ko ga zavarovana oseba prejme.

(2) Lekarna ali pravna ali fizična oseba, ki opravlja promet z medicinsko-tehničnimi pripomočki na drobno v specializirani prodajalni je dolžna ob izročitvi ali namestitvi pripomočka zavarovani osebi posredovati navodila za uporabo in vzdrževanje ter garancijo za izdelek. Okvare pripomočka med garancijsko dobo, ki niso posledica neustreznega in nestrokovnega ravnanja zavarovane osebe, mora odpraviti lekarna ali pravna ali fizična oseba, ki opravlja promet z medicinsko-tehničnimi pripomočki na drobno v specializirani prodajalni s popravilom ali zamenjavo.

121. člen

(1) Trajnostna doba zobozdravstvenih storitev in pripomočkov teče od dneva opravljene storitve. Od tega dne do izteka garancijske dobe je izvajalec dolžan opraviti vsa morebitna potrebna popravila na svoj račun. Po izteku garancijske dobe krije stroške zamenjave in popravila zavod.

(2) Garancijska doba znaša za:

- zalivke 9 mesecev;
- prevleke, krone, mostičke in proteze 1 leto.

Za zalivke na mlečnih zobeh pri predšolskih otrocih ni garancijske dobe.

(3) Stroške zamenjave ali popravila sme zaračunati zavodu le, če je prišlo do anatomskih ali funkcionalnih sprememb, ki so povzročile poškodovanje ali prelom pripomočka. Če je bil pripomoček poškodovan zaradi neustreznega ravnanja zavarovane osebe, krije vse stroške popravila oseba sama.

122. člen

(1) Zavarovana oseba ima po izteku trajnostne dobe pravico do novega pripomočka, če je postal prejšnji zaradi anatomskih ali funkcionalnih sprememb neuporaben ali pa ga ni mogoče popraviti ali prilagoditi.

(2) Zavarovana oseba nima pravice zahtevati novega pripomočka, čeprav je njegova trajnostna doba potekla, če je pripomoček po mnenju pooblaščenega zdravnika še vedno funkcionalno ustrezen.

123. člen

(1) Zavarovana oseba, pri kateri je prišlo do takšnih anatomskih ali funkcionalnih sprememb, zaradi katerih je pripomoček postal neuporaben pred pretekom trajnostne dobe, je upravičena do predelave pripomočka, če je strošek predelave manjši od 50% vrednosti novega pripomočka.

(2) Zavarovana oseba lahko dobi nov pripomoček pred iztekom trajnostne dobe, če je pri njej prišlo do takšnih anatomskih in funkcionalnih sprememb, da ni mogoče usposobiti pripomočka glede na prvi odstavek tega člena.

IX. PREDHODNO ZAVAROVANJE

124. člen

Zavarovana oseba lahko uveljavlja pravico do pripomočka po preteku določene dobe od dneva, ko je pridobila lastnost zavarovane osebe (predhodno zavarovanje).

125. člen

Predhodno zavarovanje je:

1. za zobnoprótetične fiksne in snemne nadomestke ter za očesne in slušne pripomočke 6 mesecev;
2. za druge pripomočke 3 mesece.

126. člen

(1) Pogoje predhodnega zavarovanja velja za zavarovane osebe, ki se prvič prijavijo v obvezno zavarovanje v Republiki Sloveniji ali po več kot trimesečni prekinitvi tega zavarovanja.

(2) Pogoje predhodnega zavarovanja ne velja za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni.

X. PRAVICE DO ZDRAVSTVENIH STORITEV MED POTOVANJEM IN BIVANJEM V TUJINI

127. člen

Zavarovana oseba lahko uveljavlja pravico do zdravstvenih storitev v tujini v skladu z zakonom in pravili oziroma pravnim redom EU ali meddržavno pogodbo, in sicer:

1. v času, ko dela v tujini;
2. med službenim ali zasebnim potovanjem v tujino;
3. če je na strokovnem izpopolnjevanju v tujini ali tam študira;
4. če se za stalno naseli v tujini.

128. člen

(1) Delavci, ki so bili poslani na delo v tujino, delavci, ki jih je delodajalec napotil na strokovno izpopolnjevanje, delavci, zaposleni v tujini pri tujem delodajalcu, slovenskem organu ali organizaciji, pri delavcih slovenskih organov in mednarodnih organizacij in so zavarovanci v obveznem zavarovanju v Republiki Sloveniji, imajo pravice do zdravstvenih storitev v obsegu in standardu, ki je zagotovljen zavarovanim osebam v Sloveniji po zakonu in splošnih aktih zavoda, ter po povprečni ceni teh storitev v Sloveniji, razen če pravni red EU ali mednarodna pogodba ne določata drugače.

(2) Enake pravice kot zavarovanci iz prejšnjega odstavka imajo tudi po njih zavarovani družinski člani, ki bivajo z njimi v tujini.

129. člen

(1) Zavarovana oseba na zasebnem ali službenem potovanju v tujini ima pravico do nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči, razen če pravni red EU ali meddržavna pogodba na določala drugače.

(2) Za službeno potovanje šteje potovanje, na katerega je zavarovanec poslan, in traja toliko časa kot je opredeljeno na njegovem potnem nalogu, vendar ne dlje kot 3 mesece od začetka potovanja v tujino. Če traja službeno potovanje dalj časa, se šteje kot napotitev na delo v tujino.

130. člen

Zavarovani osebi je v času rednega šolanja in podiplomskega študija v tujini zagotovljeno nujno zdravljenje in nujna medicinska pomoč, razen če pravni red EU ali meddržavna pogodba ne določata drugače.

131. člen

Zavarovana oseba, ki se za stalno preseli v tujino in ni opredeljena v 128. in 130. členu pravil, ima pravico do zdravstvenih storitev v skladu s pravnim redom EU ali meddržavno pogodbo.

132. člen

(1) Zavarovana oseba, ki v tujini na lastno zahtevo uveljavlja zdravstvene storitve, ki ne štejejo za nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč, ni upravičena do povračila stroškov.

(2) Zavarovana oseba ni upravičena do zdravstvenih storitev v tujini kadar le-te uveljavlja mimo določb členov od 127 do 133.

(3) Zavarovana oseba, ki potrebuje zdravstvene storitve v določenih časovnih obdobjih, lahko uveljavlja te storitve tudi v tujini, če pred odhodom pridobi soglasje zavoda. To soglasje ni potrebno, če zavarovana oseba uveljavlja storitve dialize in kisikove terapije v državah v katerih velja pravni red EU. Zavod ji ob vrnitvi prizna stroške največ do višine povprečne cene takih zdravstvenih storitev v Sloveniji, razen če pravni red EU ali meddržavna pogodba ne določata drugače.

133. člen

(1) Zavarovana oseba, ki uveljavlja zdravstvene storitve v državi za katero velja pravni red EU ali meddržavna pogodba ima pravice v obsegu in po postopku, ki je določen s pravnim redom EU ali meddržavno pogodbo.

(2) Zavarovana oseba, ki uveljavlja nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč v državi v kateri ne velja pravni red EU ali nujne zdravstvene storitve v državi, s katero Republika Slovenija nima sklenjene meddržavne pogodbe, ima pravico do povračila v višini ustreznega deleža povprečne cene teh storitev v Sloveniji v skladu z zakonom in pravili.

134. člen

Račun za zdravstvene storitve opravljene v tujini in drugi zahtevki za povračilo, izstavljeni v tuji valuti, se preračunajo v eure po referenčnem tečaju Evropske centralne banke na dan, ko je bil vložen zahtevk.

XI. PRAVICE ZAVAROVANIH OSEB DO ZDRAVLJENJA V TUJINI

135. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do pregleda, preiskave ali zdravljenja v tujini oziroma do povračila stroškov teh storitev, če so v Sloveniji izčrpane možnosti, z zdravljenjem oziroma pregledom v drugi državi pa je utemeljeno pričakovati ozdravitev ali izboljšanje zdravstvenega stanja oziroma preprečiti nadaljnje slabšanje.

(2) Če je na zdravljenje iz prejšnjega odstavka napoten otrok do 18. leta starosti, ima na potovanju in med zdravljenjem pravico do spremstva.

(3) Zavod zavarovani osebi lahko izjemoma odobri povračilo stroškov za zdravstvene storitve, opravljene v tujini, če teh storitev v Republiki Sloveniji ni moč zagotoviti v zadostnem obsegu. Postopek, vrsto obolenj in stanj, pri katerih je to dovoljeno, in višino povračila določi upravni odbor zavoda.

136. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do povračila izdatkov za zdravila, kupljena v tujini, če gre za zdravila, ki so predpisana na recept in razvrščena na listo, ni pa jih mogoče dobiti na slovenskem tržišču zaradi motene oskrbe. To farmacevt v lekarni potrdi na zadnji strani recepta.

(2) Zavarovana oseba, ki ima pravico do medicinsko-tehničnega pripomočka v skladu s pravili, ga lahko nabavi v tujini razen pripomočkov iz 94. in 97. člena teh pravil ter pripomočkov pri katerih je potrebna timska obravnava zavarovane osebe ter individualna aplikacija oziroma prilagoditev pripomočka v skladu s tretjim odstavkom 212. člena teh pravil.

(3) Zavarovana oseba ima v primeru nabave pripomočka v skladu z drugim odstavkom tega člena pravico do povračila dejanskih stroškov vendar največ do višine cenovnega standarda v obveznem zdravstvenem zavarovanju.

XII. PRAVICE DO NADOMESTIL IN POVRAČIL

XII/1. PRAVICA DO NADOMESTILA PLAČE

137. člen

(1) Zavarovanci imajo pravico do nadomestila plače med začasno zadržanostjo od dela:

1. od prvega delovnega dne zadržanosti od dela zaradi presaditve živega tkiva in organov v korist druge osebe zaradi darovanja krvi na dan, ko prostovoljno darujejo kri, posledic dajanja krvi, nege ožjega družinskega člana, izolacije in spremstva, ki ju odredi osebni zdravnik ter zaradi poškodbe pri delu in poklicne bolezni, nastale pri izvajanju aktivnosti iz 18. člena zakona;

2. od 31. delovnega dne začasne nezmožnosti za delo zaradi bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom ter poklicne bolezni ali poškodbe pri delu, razen v primerih iz 3. in 4. točke tega odstavka;
3. od prvega delovnega dne začasne nezmožnosti za delo delavca zaradi bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom potem, ko je bilo za posamezno odsotnost z dela do 30 delovnih dni zaradi bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom, izplačano nadomestilo v breme istega delodajalca v koledarskem letu za 120 delovnih dni;
4. če gre za dve ali več zaporednih odsotnosti z dela zaradi iste bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom do 30 delovnih dni, pa traja v posameznem primeru prekinitev med eno in drugo odsotnostjo manj kot deset delovnih dni, gre nadomestilo plače v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja od prekinitve dalje.

(2) Zavarovanec lahko uveljavlja pravico do nadomestila plače za čas, ko, po ugotovitvi osebnega zdravnika oziroma imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije, ni sposoben opravljati svojega dela.

(3) Zavarovancu, ki mu med začasno zadržanostjo od dela preneha delovno razmerje, pripada nadomestilo plače še največ 30 koledarskih dni po prenehanju delovnega razmerja, če bi bil v tem času po oceni imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije še nezmožen za delo. Če je zadržanost od dela posledica poškodbe pri delu ali poklicne bolezni, ima zavarovanec pravico do nadomestila plače za ves čas nezmožnosti za delo.

138. člen

(1) Zavarovancu pripada nadomestilo plače za delovne dni oziroma delovne ure, ko je upravičeno zadržan od dela zaradi razlogov iz prejšnjega člena.

(2) V primeru zadržanosti od dela zaradi nege ožjega družinskega člana traja taka odsotnost do:

1. sedem delovnih dni za nego ožjega družinskega člana, s katerim živi v skupnem gospodinjstvu;
2. petnajst delovnih dni za nego otroka do 7. leta starosti ali zmerno, težje ali težko duševno in telesno prizadetega otroka.

(3) Pravica iz prejšnjega odstavka se izjemoma lahko podaljša, kadar to terjata zdravstveno stanje, tako da traja največ do:

1. 30 delovnih dni za nego otroka do 7. leta starosti ali za starejše zmerno, težje ali težko duševno in telesno prizadete otroke;
2. 14 delovnih dni za nego drugih ožjih družinskih članov;
3. 6 mesecev za nego otroka zaradi nenadnega hudega poslabšanja zdravstvenega stanja;
4. do 18. leta otrokove starosti zaradi težjih rakastih obolenj, težjih možganskih okvar in v drugih primerih poslabšanja zdravstvenega stanja v skladu z zakonom.

(4) Zavarovanec ima pravico do nadomestila plače za nego ožjega družinskega člana, če nege ne more zagotoviti zakonec, ki je nezaposlen, upokojen ali lahko zagotavlja nego brez zadržanosti od dela.

(5) Pravico do nadomestila plače ima eden od staršev tudi v primerih iz drugega ali tretjega odstavka 40. člena in iz drugega odstavka 135. člena pravil. Pravice do nadomestila plače nimajo starši v primerih, ko otrok uveljavlja pravico iz 50. do 52. člena pravil.

139. člen

(1) Višina nadomestila plače je odvisna od osnove za nadomestilo, vzroka za začasno zadržanost od dela ter načina valorizacije.

(2) Nadomestilo plače znaša:

1. 100% osnove ob zadržanosti od dela zaradi poklicne bolezni, poškodbe pri delu, presaditve živega tkiva in organov v korist druge osebe, darovanja krvi, posledic dajanja krvi ter izolacije oziroma karantene;
2. 90% osnove ob zadržanosti od dela zaradi bolezni;
3. 80% osnove ob zadržanosti od dela zaradi poškodb izven dela, nege ožjega družinskega člana in spremstva ter v primerih odsotnosti zaradi razlogov iz drugega in tretjega odstavka 40. člena pravil;
4. 100% od osnove v vseh primerih zadržanosti od dela, če gre za vojaške invalide in civilne invalide vojne.

140. člen

(1) Osnova za nadomestilo je zavarovančeva povprečna mesečna plača in nadomestila, ki so bila izplačana v koledarskem letu pred letom, v katerem je nastala začasna zadržanost od dela oziroma povprečna osnova za plačilo prispevkov v koledarskem letu pred letom, v katerem je nastala začasna zadržanost od dela.

(2) Zavarovancu, ki ni imel plače oziroma osnove za plačilo prispevkov v celotnem preteklem koledarskem letu, se osnova izračuna iz mesečnih plač in nadomestil oziroma osnove za plačilo prispevkov v obdobju, v katerem je delal.

(3) Zavarovancu, ki ni imel plače oziroma osnove za plačilo prispevkov v preteklem koledarskem letu, se osnova izračuna iz mesečnih plač in nadomestil oziroma osnove za plačilo prispevkov v obdobju iz obveznega zavarovanja v tekočem koledarskem letu preden je bil zadržan od dela.

(4) Za zavarovance, ki do nastopa začasne zadržanosti od dela še niso imeli plače oziroma osnove za plačilo prispevkov, ter zavarovancu, ki se poškoduje na poti na delo, preden je nastopil delo, in zavarovancu, ki po odslužitvi ali doslužitvi vojaškega roka ali po predčasnem odpustu s služenja vojaškega roka zaradi bolezni ali poškodbe ne more nastopiti dela, se za izračun osnove upošteva plača, ki bi jo prejel, če bi delal.

141. člen

(1) V osnovo za izračun nadomestila se ne štejejo:

1. honorarji in nagrade za pogodbeno delo ter nagrade za dolgoletno delo;
2. prejemki, ki pomenijo povračila stroškov, kot so dnevnice, potni stroški, terenski dodatek, dodatek za ločeno življenje, regres za letni dopust;

3. prejemki v naravi, ki niso sestavni del plače in od njih niso bili plačani prispevki;
4. poračuni plač v tekočem letu za obdobje, iz katerega je osnova.

(2) V osnovo se štejejo vsa nadomestila, ki jih je zavarovanec prejel iz naslova delovnega razmerja, nadomestila za brezposelnost, starševska nadomestila in nadomestila, izplačana v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja. V osnovo se ne štejejo nadomestila, ki so bila izplačana v breme pokojninskega in invalidskega zavarovanja.

(3) Če je zavarovanec v delovnem razmerju pri več delodajalcih in s tem dosega poln delovni čas ali če je v delovnem razmerju pri enem delodajalcu za poln delovni čas, pri drugem pa do ene tretjine delovnega časa, se v osnovo za izračun nadomestila všttevajo plače in nadomestila, ki jih je prejel pri vseh delodajalcih.

142. člen

(1) Osnova za nadomestilo se valorizira z indeksom porasta ali znižanja zadnje znane povprečne plače vseh zaposlenih v Republiki Sloveniji v primerjavi s povprečno plačo vseh zaposlenih v Sloveniji v koledarskem letu, iz katerega je osnova.

(2) Pri zadržanostih od dela, ki trajajo več mesecev, se valorizacija nadomestila opravi z vsakomesečno valorizacijo osnove v skladu s prejšnjim odstavkom.

143. člen

Osnova za nadomestilo plače zavarovancev iz drugega oziroma tretjega odstavka 140. člena pravil se valorizira z indeksom porasta ali znižanja zadnje znane povprečne plače vseh zaposlenih v Republiki Sloveniji v primerjavi s povprečno plačo vseh zaposlenih v Republiki Sloveniji za obdobje, v katerem je zavarovanec prejel izplačilo plač in nadomestil oziroma imel osnovo za plačilo prispevkov v preteklem oziroma v tekočem koledarskem letu.

144. člen

Zavarovancu, ki je med trajanjem začasne zadržanosti od dela odstranjen z dela, se nadomestilo zniža za toliko, kot bi se mu v tem primeru znižala plača.

145. člen

Pri določanju indeksov mesečne valorizacije osnove za nadomestilo in nadomestila se uporabljajo uradni podatki o rasti povprečnih plač vseh zaposlenih v Republiki Sloveniji.

146. člen

Zavarovanec nima pravice do nadomestila plače za začasno zadržanost od dela, če v času takšne odsotnosti opravlja pridobitno delo.

147. člen

(1) Zavod zadrži izplačevanje nadomestila zavarovancu, ki:

1. se brez upravičenega razloga ne odzove povabilu na pregled imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije;

2. se po ugotovitvah osebnega ali pooblaščenega zdravnika oziroma nadzornega organa zavoda ne ravna po navodilih za zdravljenje ali ravnanje v času začasne zadržanosti od dela;
3. brez dovoljenja osebnega zdravnika med začasno zadržanostjo od dela odpotuje v tujino ali iz kraja svojega stalnega bivališča;
4. laičnemu kontrolorju, pooblaščenemu s strani zavoda, onemogoči opraviti kontrolni obisk;
5. odkloni ali neupravičeno odloži predlagano zdravljenje bolezni oziroma poškodbe, ki bi ga zavod zagotovil, in s tem neupravičeno podaljšuje začasno nezmožnost za delo.

(2) Zadržano nadomestilo se zavarovancu izplača za ves čas opravičene zadržanosti od dela, ko so odpravljeni razlogi za zadržanje. Nadomestilo se ne izplača za obdobje, za katero je bil zavarovanec odsoten z dela po svoji krivdi in v primerih iz prejšnjega člena pravil.

(3) Če zavod ali imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija odloči, da je bil zavarovanec neopravičeno odsoten z dela, mu za ta čas ne pripada nadomestilo. Če je nadomestilo že prejel, uvede zavod postopek za vračilo izplačanega zneska.

XII/2. PRAVICA DO POGREBNINE IN POSMRTNINE

148. člen

(1) Pravico do pogrebnine ima oseba, ki je oskrbela pogreb:

1. delavca ali zavarovanca, ki je v Republiki Sloveniji do smrti opravljal samostojno gospodarsko ali poklicno dejavnost;
2. lastnika podjetja, vrhunskega športnika ali vrhunskega šahista, ki je bil pred smrtjo zavarovan po tej osnovi;
3. kmečkega zavarovanca, ki je pred smrtjo plačeval prispevek za obvezno zavarovanje od osnove, določene za pokojninsko in invalidsko zavarovanje;
4. brezposelne osebe, ki je pred smrtjo pri zavodu za zaposlovanje prejela nadomestilo ali denarno pomoč;
5. upravičenca do pravic po zakonu o starševskem varstvu in družinskih prejemkih;
6. upokojenca, ki je prejemal pokojnino po prepisih Republike Slovenije oziroma preživnino po predpisih o preživninskem varstvu kmetov;
7. zavarovanca, ki je prejemal invalidnino po predpisih o vojaških invalidih in civilnih invalidih vojne, o varstvu vojnih veteranov, žrtev vojnega nasilja in udeležencev drugih vojn oziroma prejemnika republiške priznavalnine, če ni bil zavarovan po drugi osnovi;
8. prejemnika nadomestila po zakonu o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih odraslih oseb;
9. vojaškega obveznika na civilnem služenju vojaškega roka in vojaškega obveznika med služenjem vojaškega roka oziroma med usposabljanjem za rezervno sestavo policije;
10. zavarovanca z drugimi prihodki, ki je do smrti plačeval prispevek za obvezno zavarovanje;

11. ožjih družinskih članov zavarovancev iz prejšnjih točk;
12. ožjega družinskega člana osebe na služenju vojaškega roka, če mu je bilo v tem času zagotovljeno obvezno zavarovanje;
13. osebe, če je bila smrt posledica poškodbe pri delu ali poklicne bolezni, nastale v primerih iz 17. in 18. člena zakona;
14. mrtvorjenega otroka.

(2) Pogrebna pripada tudi ob smrti osebe, ki je umrla v 30 dneh po prenehanju delovnega razmerja ali opravljanja druge dejavnosti.

149. člen

(1) Višina pogrebne znaša 80% povprečne cene nujnih stroškov pogreba v Republiki Sloveniji, ki jih določi upravni odbor zavoda, vendar ne več kot znašajo dejanski stroški. Na tej podlagi zavod ugotovi višino pogrebne najmanj enkrat na leto. Vsebino storitev in višino nujnih stroškov pogreba določi upravni odbor zavoda.

(2) Oseba, ki je oskrbela pogreb zavarovane osebe, ki je umrla v tujini, ima tudi pravico do:

1. povračila stroškov prevoza umrle osebe v domovino v višini dejanskih stroškov prevoza, če je oseba umrla med zdravljenjem v tujini, na katero je bila napotena;
2. 50% zneska pogrebne, če je zavarovana oseba umrla v tujini v drugih primerih, če je pokopana v Sloveniji.

(3) Pogrebna se izplača v višini, ki je veljala na dan smrti zavarovane osebe.

150. člen

(1) Ožji družinski člani oseb iz prvega odstavka 148. člena pravil imajo pravico do posmrtnine, če jih je umrli preživeljal do svoje smrti.

(2) Šteje se, da je umrli zavarovanec preživeljal upravičenca, če je bil ta zavarovan po njem kot družinski član. Drugi upravičenci morajo pravico do posmrtnine izkazati z ustreznimi listinami.

(3) Do posmrtnine je ob enakih pogojih upravičen tudi družinski član osebe, ki je umrla za posledicami poškodbe pri delu ali poklicne bolezni v primerih iz 17. in 18. člena zakona.

151. člen

(1) Posmrtnina znaša najmanj 100% in največ 150% zjamčene plače, ki je veljala na dan smrti zavarovanca.

(2) Višino posmrtnine določi Upravni odbor zavoda.

152. člen

(1) Pravica do pogrebnine je upravičencem iz 148. člena pravil zagotovljena, če je bila umrla oseba neposredno pred smrtjo za to pravico zavarovana v Sloveniji neprekinjeno najmanj en mesec ali s prekinitvami najmanj dva meseca v zadnjem letu. Ta pogoj ne velja za novorojence do starosti en meseca.

(2) Pravico do posmrtnine imajo ožji družinski člani umrlega zavarovanca, ki je bil nosilec zavarovanja najmanj en mesec neposredno pred smrtjo ali najmanj šest mesecev v zadnjih treh letih.

XII/3. PRAVICA DO POVRAČIL POTNIH STROŠKOV

153. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do povračila potnih stroškov, kadar uveljavlja pravice iz 1., 2. in 3. točke 23. člena zakona, ki obsegajo:

1. prevozne stroške;
2. stroške prehrane ter nastanitve med potovanjem in bivanjem v drugem kraju.

(2) Zavarovana oseba ima pravico do povračila potnih stroškov, kadar mora zaradi diagnostike, zdravljenja ali rehabilitacije zaradi bolezni oziroma poškodbe pri delu potovati k izvajalcu v drug kraj. To pravico ima za potovanje do najbližjega izvajalca, ki je usposobljen za storitve, zaradi katerih je napotena, ali do izvajalca, ki opravlja izključno dejavnost na področju psihiatrije, rehabilitacije, onkologije in ortopedije. To pravico ima tudi zavarovana oseba, če jo zavod napoti ali pokliče v drug kraj zaradi postopkov uveljavljanja pravic iz obveznega zavarovanja.

154. člen

(1) Zavarovana oseba je upravičena do povračila stroškov za prevoze z javnim prevoznim sredstvom ob predložitvi vozne karte oziroma ustreznega dokazila, iz katerega je razvidno, da je bil prevoz plačan, in sicer za najkrajšo razdaljo do najbližjega zdravnika oziroma zdravstvenega zavoda v posameznem koledarskem mesecu, zmanjšanem za 3% minimalne plače, veljavne v istem mesecu. Če zavarovana oseba ne predloži vozne karte, se obračuna povračilo za prevoz z osebnim avtomobilom.

(2) Če zavarovana oseba potuje v drug kraj z osebnim avtomobilom, je upravičena do povračila prevoznih stroškov v vrednosti 10% cene litra euro super bencina na kilometer v posameznem koledarskem mesecu, zmanjšanih za 3% minimalne plače, veljavne v istem mesecu.

(3) Osebi, ki je določena za spremljevalca, pripada povračilo potnih stroškov v dejanski višini cene prevoza z javnim prevoznim sredstvom ob predložitvi vozne karte na razdalji od bivališča zavarovane osebe do izvajalca v drugem kraju.

(4) Če zavarovana oseba in spremljevalec potujeta k izvajalcu z osebnim avtomobilom, zavod povrne prevozne stroške v višini, določeni v drugem odstavku tega člena.

155. člen

Zavarovana oseba ima, ko je napotena na zdravljenje v tujino, pravico do povračila prevoznih stroškov v skladu z 153. in 154. členom pravil. Če je zaradi zdravstvenega stanja zavarovane osebe potreben prevoz z letalom, spalnikom, ladjo ali drugim prevoznim sredstvom, se dejanski stroški prevoza zmanjšajo za znesek, določen v prejšnjem členu.

156. člen

(1) Zavarovana oseba, ki je napotena k izvajalcu v Republiki Sloveniji in je odsotna od doma več kot 12 ur, ima pravico do povračila stroškov prehrane v višini 60% dnevnice, ki se izplačuje delavcem državne uprave. Če mora oseba zaradi napotitve bivati v drugem kraju, ima tudi pravico do povračila stroškov za prenočevanje v višini cene hotela s tremi zvezdicami. Če zavarovana oseba ne predloži računa, ji zavod povrne stroške prenočevanja v višini ene dnevnice za posamezno prenočevanje. Pri obračunu se upošteva višina dnevnice na dan, ko je bilo opravljeno potovanje.

(2) Če je zavarovana oseba napotena na zdravljenje v tujino, ima pravico do povračila stroškov hrane in bivanja v višini 120% devizne dnevnice, ki se izplačuje delavcem državne uprave za potovanje v posamezno državo. V primeru, da ni potrebno prenočevanje v tujini, odsotnost pa je bila daljša od 12 ur, ima zavarovana oseba pravico do 60% navedene dnevnice. Pri obračunu povračil se upošteva vrednost dnevnice na dan, ko je bilo opravljeno potovanje.

(3) Povračilo stroškov prehrane in bivanja v drugem kraju pripada tudi osebi, ki je določena zavarovani osebi za spremstvo.

(4) Otroci do dopolnjenega 7. leta starosti imajo pravico do povračila stroškov prehrane in bivanja v drugem kraju v višini polovice zneskov iz prejšnjih odstavkov.

XIII. POSTOPKI IN POGOJI ZA UVELJAVLJANJE PRAVIC

157. člen

Zavarovane osebe uveljavljajo pravice do zdravstvenih storitev s kartico zdravstvenega zavarovanja in drugimi listinami, ki jih predpiše zavod.

158. člen

(1) Zdravstvene storitve uveljavljajo zavarovane osebe pri izvajalcih, pri drugih zavodih oziroma zdravnikih pa lahko izjemoma uveljavljajo le nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč in so upravičene do povračila, kot da bi uveljavljale storitve pri izvajalcih.

(2) Zavarovane osebe uveljavljajo v tujini pravice do nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči v skladu s pravili. Če so napotene na zdravljenje v tujino, uveljavljajo svoje pravice v skladu z napotitvijo.

(3) Zavarovanci iz 4., 5., 6., 7., 8., 11., 12., 13., 14. in 20. točke prvega odstavka 15. člena zakona in njihovi družinski člani v času, ko nimajo poravnanih obveznosti plačevanja prispevkov, uveljavljajo na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja le nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč.

(4) Nujna medicinska pomoč in nujno zdravljenje obsega zdravstvene storitve, opredeljene v prvem in drugem odstavku 103. člena pravil.

159. člen

(1) Zavarovana oseba uveljavlja pravico do denarnih nadomestil, povračil potnih stroškov, pogrebne in posmrtnine in druga povračila pri območni enoti oziroma izpostavi zavoda.

(2) Zavarovanec uveljavlja pravico do denarnih dajatev pri svojem delodajalcu, če ga je za to pooblastil zavod, kolikor ni z zakonom drugače določeno.

(3) Zavarovanim osebam iz tretjega odstavka 158. člena se za čas, ko nimajo poravnanih obveznosti plačevanja prispevkov, izplačilo denarnih dajatev zadrži.

160. člen

(1) Zavarovana oseba si za uveljavljanje pravic prostovoljno izbere zdravnika in zdravstveni zavod ter drugega izvajalca.

(2) V upravičenih primerih ima zavarovana oseba v skladu s pravili pravico zamenjati osebnega zdravnika.

(3) Zavarovana oseba se z izbiro zdravnika in zdravstvenega zavoda odloči, da bo pri njiju uveljavljala tudi laboratorijske, rentgenske, in druge potrebne diagnostične ter terapevtske storitve, ki jih predpiše zdravnik. Če zdravnik predpiše storitve, ki jih ne opravlja niti sam, niti zdravstveni zavod, v katerem dela, jih opravi drug zavod ali zdravstveni delavec, ki ga določi osebni zdravnik.

(4) Postopke, način in pogoje za izbiro zdravnika ter zdravstvenega zavoda in za njihovo zamenjavo urejajo pravila.

XIII/1. IZBIRA OSEBNEGA ZDRAVNIKA

161. člen

(1) Zavarovana oseba uveljavlja pravice do zdravstvenih storitev v osnovni zdravstveni dejavnosti pri svojem osebnem zdravniku.

(2) Osebni zdravnik za zavarovane osebe do dopolnjenega 19. leta starosti je lahko specialist pediater ali specialist šolske medicine, izjemoma specialist splošne (družinske) medicine ali zdravnik splošne medicine s podiplomskim študijem iz zdravstvenega varstva žensk, otrok in mladine. Zdravnik lahko za svoje potrebe opravlja diagnostiko in zdravljenje, ne more pa sam zase predlagati uveljavljanja denarnih dajatev in zdraviliškega zdravljenja.

(3) Za zavarovane osebe starejše od 19 let je osebni zdravnik lahko zdravnik specialist splošne medicine (družinske medicine) ali specialist medicine dela prometa in športa, izjemoma tudi zdravnik s podiplomskim študijem socialne medicine.

162. člen

(1) Osebnega zdravnika za otroka do 15. leta starosti izberejo njegovi starši, varuh ali skrbnik.

(2) Za zavarovano osebo, ki opravilno ni sposobna, izbere osebnega zdravnika nosilec zavarovanja ali skrbnik.

163. člen

(1) Osebni zdravnik zavarovane osebe je zdravnik, ki je najlažje dosegljiv, praviloma v kraju njenega stalnega ali začasnega prebivališča. Če pa si ga izbere v drugem kraju, nima pravice do povračila potnih stroškov, povezanih s to izbiro.

(2) Osebni zobozdravnik je zobozdravnik, ki si ga zavarovana oseba izbere praviloma v kraju svojega stalnega ali začasnega prebivališča in ki je najlažje dosegljiv.

164. člen

Zavarovana oseba si izbere osebnega ginekologa praviloma v zdravstvenem domu ali med zasebnimi ginekologi, izjemoma pa tudi v bolnišnici ali na kliniki ob upoštevanju 6. točke drugega odstavka 252. člena pravil.

165. člen

Izvajalci morajo na vidnem mestu objaviti seznam zdravnikov, ki jih lahko zavarovane osebe izberejo za svoje osebne zdravnike, in njihov delovni čas.

166. člen

(1) Zdravnik, ki izpolnjuje pogoje za osebnega zdravnika, je dolžan sprejeti vse zavarovane osebe, ki si ga izberejo. Odkloni jih lahko, če:

1. pri njem evidentirano število zavarovanih oseb že presega število, ki ga določi zavod;
2. si ga želi zavarovana oseba izbrati v nasprotju s pravili;
3. zavarovani osebi zaradi oddaljenosti ne bi mogel nuditi oziroma zagotoviti vseh storitev, za katere je pooblaščen.

(2) Osebni zdravnik – pediater ali specialist šolske medicine lahko predlaga zavarovanim osebam prekinitev izbire, ko presežejo starostno mejo, specifično za dejavnost predšolske ali šolske medicine.

167. člen

(1) Zavarovana oseba pri prvem obisku izroči osebnemu zdravniku podpisano listino o izbiri.

(2) Listina iz prejšnjega odstavka vsebuje tudi izjavo, s katero zavarovana oseba dovoljuje nadzornim zdravnikom zavoda vpogled v svoje osebne podatke, ki se nanašajo na uveljavljanje pravic iz obveznega zavarovanja. Če zavarovana oseba izjave ne podpiše, zavod ni dolžan poravnati stroškov, ki jih ni mogoče preveriti.

168. člen

(1) Zavarovana oseba lahko zamenja osebnega zdravnika praviloma po enem letu.

(2) Zavarovana oseba ima pravico zamenjati osebnega zdravnika, če je ta več kot tri mesece neprekinjeno odsoten zaradi bolezni, porodniškega dopusta, strokovnega izpopolnjevanja ali drugih vzrokov ali če je odšel na delo v drug kraj.

(3) Ko prenehajo razlogi iz prejšnjega odstavka za začasno zamenjavo, ima zavarovana oseba pravico ponovno izbrati prejšnjega osebnega zdravnika brez postopka pred imenovanim zdravnikom ali zdravstveno komisijo in brez plačila stroškov zamenjave.

169. člen

Zavarovana oseba lahko izjemoma zamenja osebnega zdravnika pred iztekom enoletne dobe, če:

1. pride med njima do nesporazumov, zaradi katerih je zavarovana oseba izgubila zaupanje v zdravnika;
2. predlaga zamenjavo osebni zdravnik, ker ne more uspešno in odgovorno opravljati nalog osebnega zdravnika zaradi neprimernega odnosa zavarovane osebe ali nespoštovanja navodil in postopkov za zdravljenje;
3. se zavarovana oseba za stalno ali za daljšo dobo preseli v drug kraj;
4. zdravniška zbornica ali Ministrstvo, pristojno za zdravje na zahtevo zavarovane osebe, njenih svojcev ali delodajalca, ugotovi, da postopki diagnostike, zdravljenja oziroma rehabilitacije niso bili v skladu z doktrinarnimi strokovnimi usmeritvami in je to razlog za nezaupanje zavarovane osebe do zdravnika.

170. člen

(1) Zavarovana oseba lahko po preteku enega leta zamenja osebnega zdravnika tako, da izpolni listino o novi izbiri, pri čemer ni dolžna navesti razlogov za zamenjavo.

(2) V primerih iz 169. člena se zamenjava opravi na način, opredeljen v 1. točki tega člena, pri čemer je potrebno navesti razloge za zamenjavo.

(3) V primerih iz 2. točke 169. člena zdravnik pisno ali ustno sporoči svoj predlog zavarovani osebi. Če zavarovana oseba s predlogom ne soglaša, zahteva zdravnik presojo predloga pri pristojni območni enoti zavoda.

(4) Zavod izda podrobnejša navodila o izbiri in zamenjavi osebnega zdravnika.

171. člen

V primeru zamenjave osebnega zdravnika je potrebno podatke o zdravstvenem stanju zavarovane osebe posredovati novemu osebnemu zdravniku. Dokumentacijo si izmenjata zdravnik in je ne vročata zavarovani osebi.

172. člen

(1) Zavarovana oseba uveljavlja na svojo pobudo pravico do prvega obiska pri osebnem zdravniku.

(2) Osebni zdravnik je pristojen in dolžan zavarovani osebi zagotoviti diagnostične, terapevtske in rehabilitacijske storitve, določene za primarno raven zdravstvene dejavnosti, preventivne storitve po programu, zdravljenje na domu in hišne obiske, če ugotovi, da so utemeljeni. Zdravnik, ki ne more zagotoviti zavarovani osebi teh storitev, ne izpolnjuje pogojev za osebnega zdravnika. Če je osebni zdravnik zavarovane osebe do dopolnjenega 19. leta starosti zdravnik splošne medicine, praviloma pooblasti najbližjega ustreznega specialista pediatra ali specialista šolske medicine za izvajanje preventivnih zdravstvenih storitev. Zdravnik, ki opravlja tudi preventivne storitve po programu in cepljenja po sprejetem imunizacijskem programu, mora o tem delu poročati pristojnemu dispanzerju oziroma zavodu za zdravstveno varstvo.

(3) Storitve iz prejšnjega odstavka mora osebni zdravnik zagotoviti vsem zavarovanim osebam, ki so si ga izbrale. Pri tem zavod ne krije dodatnih stroškov, ki bi jih osebni zdravnik imel s hišnimi obiski in zdravljenjem na domu pri osebah, ki so si ga izbrale v nasprotju s 163. členom pravil. Osebni zdravnik, ki je začasno odsoten zaradi bolezni, službenega potovanja, študijskega izpopolnjevanja, praznikov ali dopusta, zagotovi uresničevanje teh nalog v dogovoru z drugimi zdravniki v osnovni zdravstveni dejavnosti v istem kraju ali v njegovi neposredni bližini.

(4) Če osebni zdravnik in imenovani zdravnik šole ali zavoda nista ista oseba, sta se oba zdravnika dolžna medsebojno dogovarjati. Imenovani zdravnik šole ali zavoda, ki izvaja preventivne storitve po programu, o rezultatih obvesti osebnega zdravnika. Imenovani zdravnik šole ali zavoda za izvajanje preventivnih storitev po programu ne potrebuje pooblastila osebnega zdravnika.

173. člen

(1) Osebni otroški zdravnik zagotavlja otroku vse storitve, ki so opredeljene v drugem odstavku prejšnjega člena.

(2) Osebni ginekolog zagotavlja ženski storitve s področja svetovanja o načrtovanju družine, kontracepciji, v zvezi z nosečnostjo, porodom in poporodno dobo, zgodnje odkrivanje raka na vratu maternice in vse preventivne preglede ter storitve diagnostike in zdravljenja ginekoloških bolezni, ki se opravljajo v osnovni zdravstveni dejavnosti.

174. člen

(1) Osebni zdravnik je pooblaščen in dolžan tudi:

1. ugotavljati začasno zadržanost od dela;
2. napotiti zavarovano osebo na imenovanega zdravnika ali zdravstveno komisijo in invalidsko komisijo;
3. napotiti zavarovano osebo k zdravniku specialistu na ambulantno ali bolnišnično obravnavo na ustrezni ravni oziroma na konziliarne preglede k drugim zdravnikom na isti ravni;
4. predpisovati zdravila na recept;

5. predpisovati medicinsko-tehnične pripomočke v skladu z določili pravil;
6. prenašati na ustreznega specialista del pooblastil, kar zadeva zdravljenje, predpisovanje zdravil na recept, napotitev na nadaljnje specialistične preglede oziroma v bolnišnico;
7. napotiti k pooblaščenim specialistom za predpisovanje medicinsko-tehničnih pripomočkov v skladu s pravili;
8. odrejati prevoze z reševalnimi in drugimi vozili ter ocenjevati in potrditi njihovo nujnost, razen v primerih, ko je bila zavarovana oseba odpuščena iz bolnišnice;
9. izstavljati zavarovani osebi obrazce za povračilo potnih stroškov in drugih potrdil v skladu s pravili;
10. zbirati in hraniti dokumentacijo o zdravstvenem stanju zavarovane osebe, o njenem zdravljenju pri drugih izvajalcih, o zadržanosti od dela zaradi bolezni in poškodb ter zaradi nege, predpisanih zdravil na recept, prejetih pripomočkov in o zdravljenju na domu.

(2) Osebni zdravnik ne more prenašati na druge zdravnike pooblastil za preventivne preglede odraslih iz programa obveznega zavarovanja, ki se opravljajo v osnovni zdravstveni dejavnosti.

175. člen

(1) Osebni otroški zdravnik ugotavlja tudi začasno zadržanost od dela zaradi nege otroka v skladu s pravili. O tem mora najpozneje v 3 dneh pisno obvestiti osebnega zdravnika zavarovanca, ki uveljavlja zadržanost od dela zaradi nege otroka.

(2) Osebni ginekolog poda osebnemu zdravniku zavarovane osebe mnenje o njeni začasni nezmožnosti za delo zaradi bolezni oziroma stanj, ki jih ugotovi na svojem delovnem področju.

(3) Ugotavljanje začasne zadržanosti od dela zavarovanca, ki neguje zakonca, je v pristojnosti njegovega osebnega zdravnika. Predlog poda osebni zdravnik zakonca, ki potrebuje nego.

176. člen

(1) Osebni zdravnik zaradi konzultacije, zahtevne diagnostike ali zdravljenja lahko prenaša pooblastila na zdravnike specialiste z napotnico. Napotnico izda, ko je opravil vse utemeljene laboratorijske, rentgenske in druge diagnostične preiskave, ki so opredeljene za primarno raven. Osebni zdravnik, zdravnika specialista seznani z zdravstvenim stanjem bolnika, z izvidi že opravljenih pregledov in z vsemi zdravili, ki jih bolnik prejema. Na napotnici mora označiti, katera pooblastila prenaša in za kakšno dobo.

(2) Osebni zdravnik z napotnico določi vrsto pooblastila, s tem da specialistu (napotnemu zdravniku):

1. naroči, naj opravi pregled zavarovane osebe in poda mnenje o njenem stanju, pri čemer izvede preiskave, ki so potrebne za oblikovanje mnenja in za predlog zdravljenja;
2. dovoli, da prevzame zavarovano osebo v zdravljenje za določeno bolezen, pri čemer ji zagotovi vse potrebne diagnostične, terapevtske in rehabilitacijske storitve ter predpisuje zdravila na recept;

3. dovoli, da poleg pooblastil iz prejšnje točke tudi po svoji presoji napoti zavarovano osebo na nadaljnje specialistične preglede oziroma preiskave ali na zdravljenje.

(3) Pooblastila osebnega zdravnika so časovno omejena na dobo treh mesecev. Za kronične bolezni, pri katerih je že vnaprej znano, da zdravljenje ne bo končano v tem času, lahko napotni zdravnik osebnemu zdravniku predlaga podaljšanje pooblastila. To pooblastilo lahko traja največ eno leto. Trajanje pooblastila označi osebni zdravnik na napotnici in velja od dneva, ko napotni zdravnik sprejme zavarovano osebo. Po izteku te dobe osebni zdravnik, če je potrebno, izstavi novo napotnico. Za isto obolenje lahko osebni zdravnik prenese za isti čas pooblastila le na enega zdravnika specialista iste specialnosti oziroma dejavnosti.

(4) Specialist (napotni zdravnik) lahko odkloni sprejem pooblastila osebnega zdravnika, če niso predhodno opravljene vse storitve, ki bi jih lahko zagotovil osebni zdravnik na primarni ravni, oziroma narava bolezni ne zahteva obravnave na sekundarni ravni.

177. člen

V soglasju z zavarovano osebo osebni zdravnik stopi neposredno v stik z napotnim zdravnikom in se dogovori za sprejem bolnika. Ob napotitvi mu je dolžan posredovati strokovno obrazložitev in tudi osnovne podatke in vse izvide o bolezni oziroma stanju zavarovane osebe, ki so razlog za napotitev. Obrazložitev je lahko podana pisno ali na drugem mediju.

178. člen

Osebni zdravnik na napotnici označi vrsto specialnosti zdravnika, ki mu prenaša del pooblastil in opredelitev iz 176. člena pravil, lahko pa zavarovani osebi tudi svetuje in pomaga pri izbiri.

179. člen

Zavarovana oseba lahko brez napotnice osebnega zdravnika uveljavlja pri specialistu le nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč ali v primerih, ko to določajo pravila.

180. člen

(1) Osebni zdravnik praviloma opravlja zdravstvene storitve in druge naloge v ambulantni. Zavarovani osebi sme odrediti zdravljenje ali nego na domu, če zavarovana oseba zaradi svojega zdravstvenega stanja ne more priti v ambulanto ter v primerih, če s tem lahko enakovredno nadomesti bolnišnično zdravljenje.

(2) Zavarovana oseba sme izjemoma sama zahtevati hišni obisk osebnega zdravnika, če zaradi zdravstvenega stanja ne more priti k zdravniku in gre za nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč. Če zdravnik, ki je opravil hišni obisk, ugotovi, da ni šlo za nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč oziroma da hišni obisk ni bi upravičen, je zavarovana oseba dolžna plačati hišni obisk zdravnika.

XIII/4. UVELJAVLJANJE PRAVIC DO PREVOZOV Z REŠEVALNIMI IN DRUGIMI VOZILI

181. člen

(1) Zavarovana oseba lahko uveljavi pravico do prevoza, ko njen osebni zdravnik ugotovi, ali je le-ta potreben in utemeljen. V primeru, da gre za prevoze na dializo in z dialize, lahko listino za naročilo prevoza izda napotni zdravnik. Z listino za naročilo prevoza praviloma vnaprej določi vrsto prevoza v skladu s 54. členom pravil.

(2) V primeru, ko je potrebno zavarovano osebo premestiti v drugo bolnišnico, iz bolnišnice v zdravilišče, iz bolnišnice ali iz zdravilišča na dom glede na njegovo zdravstveno stanje ali od specialista na dom, odredi prevoz na način iz prejšnjega odstavka napotni zdravnik.

182. člen

Ne glede na določbe prejšnjega člena, sme nujni prevoz odrediti tudi drug zdravnik, ki potrdi nujnost prevoza na listini za odreditev prevoza z reševalnim vozilom. Nujnost prevoza lahko potrdi tudi zdravnik, ki je po opravljenem prevozu prevzel zavarovano osebo v zdravljenje.

183. člen

Če zavarovana oseba ali njeni svojci oziroma kdo drug v njenem imenu naroči prevoz z reševalnim vozilom, sama poravnava stroške prevoza. Zavarovana oseba lahko zahteva povračilo stroškov od zavoda, če zdravnik, ki jo je prevzel v zdravljenje, ugotovi, da je bil prevoz nujen in ji o tem izda potrdilo.

184. člen

Za prevoz s helikopterjem iz bolnišnice v bolnišnico mora dati soglasje predstojnik oddelka bolnišnice, iz katerega se zavarovana oseba premešča.

XIII/5. UVELJAVLJANJE PRAVIC DO ZOBOZDRAVSTVENIH STORITEV

185. člen

(1) Osebni zobozdravnik je lahko za:

1. za otroke šolarje in mladino do dopolnjenega 19. leta starosti zobozdravnik usposobljen za zobozdravstveno varstvo otrok in mladine oziroma specialist pedontolog. V krajih, kjer tako usposobljenega zdravnika ni, pa lahko tudi drug zobozdravnik;
2. druge zavarovane osebe splošni zobozdravnik ali zobozdravnik – specialist, ki zavarovanim osebam zagotovi vse storitve s področja zdravljenja zob in ustne votline ter zobne protetike.

(2) Osebni zobozdravnik sme zavarovani osebi predpisovati na recept zdravila, ki so potrebna pri preventivi ter zdravljenju ustnih in zobnih bolezni ter njihovih neposrednih posledic in jo napotiti k zobozdravnikom – specialistom, ter k drugim specialistom.

(3) Osebni zobozdravnik ne sme ugotavljati zavarovančeve začasne zadržanosti od dela.

186. člen

Zahteve po nujnih zobozdravstvenih storitvah (ekstrakcije, incizije, trepanacije itd.) sme zavarovana oseba uveljavljati tudi pri zobozdravniku, ki ni njen osebni zobozdravnik.

187. člen

(1) Osebni zobozdravnik lahko prenese pooblastila kar zadeva diagnostiko, zdravljenje oziroma stomatološko rehabilitacijo na zobozdravnike – specialiste, in sicer na specialiste s področja pedontologije, maksilofacialne in oralne kirurgije, zobne protetike, ortodontije in specialista za zobne in ustne bolezni ter parodontologijo. Ta pooblastila se lahko nanašajo le na določen vnaprej opredeljen poseg oziroma na zdravljenje s področja posamezne specialnosti.

(2) Prenos pooblastil na zobozdravnike – specialiste opravi osebni zobozdravnik z napotnico, na kateri mora opredeliti pooblastila, ki jih prenaša na specialista, in časovno obdobje, na katero se pooblastilo nanaša. Pri maksilofacialnih in oralnokirurških ter specialističnih protetičnih storitvah je pooblastilo omejeno le na poseg, ki ga je naročil osebni zobozdravnik. Pooblastilo je lahko časovno neomejeno pri napotitvah na ortodontsko zdravljenje.

(3) Osebni zobozdravnik izda za ortodontsko zdravljenje za ves čas njegovega trajanja praviloma le eno napotnico. Novo napotnico izda zavarovani osebi le, če se ta preseli, ali se preseli ortodont, ki jo je zdravil oziroma če ta zaradi bolezni, upokojitve ali iz drugih razlogov preneha delati.

(4) Če po izteku dobe, za katero je osebni zobozdravnik dal specialistu pooblastilo, zdravljenje še ni končano, lahko pooblastilo podaljša.

188. člen

(1) Osebni zobozdravnik oziroma specialist protetik, ki je prejel pooblastila od osebnega zobozdravnika, mora pred pričetkom izdelave zobno-protetičnih nadomestkov predložiti Zavodu načrt protetične rehabilitacije, na podlagi katere naj bi bili izdelani nadomestki. Predlog načrta mora izdelati osebni zobozdravnik oziroma specialist – protetik, ki je prejel pooblastila od osebnega zobozdravnika. Predlogu mora biti priložen tudi delovni nalog zobotehničnemu laboratoriju, ki mora vsebovati tudi opredelitve o zahtevanih izdelkih oziroma storitvah, obliki in barvi zob, uporabljenih materialih in drugih posebnostih. Predlog protetične rehabilitacije mora vsebovati podatek, če je oseba že pred tem imela pripomoček, kakšen je ta bil in kdaj je bil izdelan. Predlog mora biti podpisan tudi s strani zavarovane osebe, ki s tem potrdi soglasje s predlogom in seznanitev o načrtovani rehabilitaciji. Potrditev je potrebna za izdelavo vseh mostičkov in protez ter solitarnih prevlek, ki so med seboj povezane, ne pa za solo prevleke, ki predstavljajo nosilce za zaponke in naslonke ali če gre za posamično solo prevleko ali krono. Osebni zobozdravnik oziroma specialist, ki izdelava protetični nadomestek mora zagotoviti sledljivost uporabljenih kovin in v dokumentaciji zavarovane osebe hraniti tudi certifikat za uporabljeno kovino ali druge materiale.

(2) Predlog zobnoprotenične rehabilitacije mora predvideti celotno rehabilitacijo v okviru pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

(3) Predlog zobnoprotenične rehabilitacije iz prvega odstavka tega člena mora zobozdravnik izpolniti v dveh izvodih. En izvod zadrži zase v medicinski dokumentaciji, drugega pa preda zavarovani osebi.

(4) Predhodna potrditev ni potrebna pri reparaturah in popravilih nadomestkov, ki jih ima zavarovana oseba že od prej, kot tudi ne pri nadomestkih, ki niso pravica iz obveznega zavarovanja.

XIII/6. UVELJAVLJANJE PRAVIC V SPECIALISTIČNI AMBULANTNI IN BOLNIŠNIČNI DEJAVNOSTI

189. člen

Pravice do storitev specialistične ambulantne in bolnišnične dejavnosti uveljavlja zavarovana oseba pri specialistih na podlagi napotnice osebnega ali napotnega zdravnika. Specialist opravi storitve s področja diagnostike, zdravljenja in rehabilitacije ter predpisuje zavarovanim osebam zdravila in pripomočke samo v skladu s pooblastili osebnega zdravnika. Nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč lahko opravi zdravnik specialist tudi brez napotnice.

190. člen

(1) Zavarovana oseba si prosto izbira zdravstveni zavod, v njem zaposlene specialiste ali zdravnike specialiste – zasebnike, ki izvajajo te storitve.

(2) Zavarovana oseba si je praviloma dolžna izbrati specialista v najbližjem zdravstvenem zavodu ali specialista, ki je najbližji njenemu bivališču. Če izbere specialista v kraju, ki ni najbližji njenemu bivališču, zavod ne povrne potnih stroškov za potovanja na specialistične preglede oziroma zdravljenje.

191. člen

Zavarovana oseba specialista, ki si ga je izbrala in je dobil pooblastilo za zdravljenje za daljši čas, praviloma ne more zamenjati preden preteče eno leto. Za morebitno zamenjavo izbranega specialista pred tem rokom se smiselno uporabljajo določbe o zamenjavi osebnega zdravnika.

192. člen

(1) Napotni zdravnik lahko zahteva od osebnega zdravnika dopolnitev medicinske dokumentacije, če napotitev ni bila opravljena skladno z določili prvega odstavka 176. in 177. člena pravil.

(2) V primeru, da pooblastilo ni jasno opredeljeno oziroma medicinska dokumentacija ni popolna, se napotni zdravnik poveže z osebnim zdravnikom, ne da bi pošiljal zavarovano osebo nazaj.

(3) Napotni zdravnik je pooblaščen in dolžan zavarovani osebi zagotoviti vse utemeljene in potrebne laboratorijske, rentgenske in druge preiskave ter vse terapevtske storitve, za katere ga je pooblastil osebni zdravnik. Prav tako je ob pregledu dolžan predpisati na recept vsa novo uvedena, zamenjana oziroma predlagana zdravila v skladu s pooblastilom in v količini, navedeni v 58. členu teh pravil.

(4) Napotni zdravnik je dolžan stopiti v stik z osebnim zdravnikom in mu posredovati vse potrebne informacije o zdravstvenem stanju zavarovane osebe. Po izteku dobe, na katero se je nanašalo pooblastilo, pa mu mora posredovati medicinsko dokumentacijo, ki jo je medtem zbral in podati mnenje o nadaljnjem zdravljenju.

193. člen

Ob napotitvi v bolnišnico mora sprejemni zdravnik zavarovano osebo pregledati v specialistični ambulanti bolnišnice in ugotoviti, ali so izčrpane vse možnosti ambulantnega zdravljenja. Stacionarno zdravljenje odredi le, če zdravljenja ni mogoče nadaljevati ambulantno.

194. člen

Če je bolnišnica zavarovano osebo sprejela na zdravljenje zaradi nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči in brez napotnice, mora o tem obvestiti osebnega zdravnika najpozneje v 7 dneh po sprejemu. V obvestilu mu sporoči tudi razloge za hospitalizacijo oziroma za nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč.

195. člen

(1) Bolnišnični zdravnik mora zaključiti stacionarno zdravljenje takoj, ko so po njegovi strokovni presoji podane možnosti za zdravljenje v specialistični ambulantni ali osnovni dejavnosti, v socialno-varstvenem zavodu ali na domu zavarovane osebe. O tem mora obvestiti osebnega zdravnika, zavarovano osebo oziroma njene svojce, ki morajo omogočiti nadaljevanje zdravljenja izven bolnišnice. Zavod ne poravnava stroškov strokovno neupravičeno daljšega stacionarnega zdravljenja.

(2) Ob odpustu zavarovane osebe iz bolnišničnega zdravljenja bolnišnični zdravnik pošlje odpustno pismo z obvestilom, priporočili in mnenjem osebnemu zdravniku. Odpustni zdravnik ob odpustu predpiše na recept vsa na novo uvedena zdravila, ki jih bolnik potrebuje za nadaljnje zdravljenje v domači ali zdraviliški oskrbi, in sicer po eno, najmanjše pakiranje oziroma največ v količini, ki zadostuje za enomesečno zdravljenje.

(3) Odpustno pismo oziroma poročilo osebnemu zdravniku mora vsebovati tudi mnenje o zavarovančevi nezmožnosti za delo in druga strokovno utemeljena mnenja, za katera je prosil osebni zdravnik.

196. člen

(1) Napotnica za specialistični pregled ni potrebna:

1. za pregled pri okulistu zaradi ugotavljanja vida oziroma predpisovanja pripomočkov za vid;
2. za pregled in zdravljenje pri specialistu – psihiatru;
3. pri pregledih zaradi odkrivanja kontaktov pri tuberkulozi in spolno prenosljivih boleznih ter za kontrolne preglede po končanem zdravljenju, ki so predpisani z zakonom.

(2) Napotnica ni potrebna v primerih iz 40. člena pravil.

(3) Specialist – psihiater lahko predpisuje zdravila na recept s svojega delovnega področja brez posebnega pooblastila osebnega zdravnika in ugotavlja potrebo po nujnih reševalnih prevozi. Specialist – psihiater lahko osebnemu zdravniku v 3 dneh od pregleda zavarovane osebe pisno predlaga zadržanost od dela, ni pa pristojen za ugotavljanje zadržanosti od dela.

XIII/7. UVELJAVLJANJE PRAVIC DO ZDRAVILIŠKIH ZDRAVSTVENIH STORITEV

197. člen

(1) O upravičenosti do zdraviliškega zdravljenja odloča imenovani zdravnik zavoda. Predlog za zdraviliško zdravljenje predloži:

1. zdravnik, ki zavarovano osebo zdravi v bolnišnici, ko je potrebno nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja v zdravilišču, in sicer 5 dni pred odpustom;
2. osebni zdravnik za zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja oziroma za ambulantno rehabilitacijo, ki se izvaja s souporabo naravnega zdravilnega sredstva.

(2) Zdravnik, ki predlaga napotitev, mora imenovanemu zdravniku predložiti podatke o zdravstvenem stanju zavarovane osebe, ki utemeljujejo zdraviliško zdravljenje, ter predlog standarda rehabilitacijskih storitev, ki naj jih zdravilišče opravi. Za napotitev kroničnega bolnika mora predlog vsebovati podatke o poteku bolezni skozi daljši čas, zadržanosti od dela v zadnjih letih, bolnišničnem zdravljenju, prejšnjih zdraviliških zdravljenjih in drugih dejstvih, pomembnih za oceno utemeljenosti zdraviliškega zdravljenja.

198. člen

(1) Če imenovani zdravnik ugotovi, da pri zavarovani osebi obstajajo strokovni razlogi za zdraviliško zdravljenje, izda odločbo. V odločbi opredeli vrsto, obliko oziroma standard in trajanje zdraviliškega zdravljenja.

(2) Imenovani zdravnik mora predlog za nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja obravnavati in o njem odločiti praviloma v 5 dneh po prejemu le-tega. Če je odločba imenovanega zdravnika pozitivna, mora zavarovana oseba nastopiti zdraviliško zdravljenje v petih dneh, razen če obstajajo medicinski razlogi za poznejši začetek o čemer odloči imenovani zdravnik. Zavarovana oseba nima pravice zahtevati odložitve zdraviliškega zdravljenja, ki je nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, na poznejši rok. Če po lastni krivdi ne začne z zdraviliškim zdravljenjem na določen dan, te pravice ne more uveljaviti v breme zavoda v poznejšem roku.

199. člen

V primerih, ko ne gre za nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, imenovani zdravnik napoti zavarovano osebo v ustrezno zdravilišče z odločbo. Zdravljenje se začne izvajati po programu in razporeditvi, o kateri se zavod dogovori s posameznimi zdravilišči s pogodbo ali na drug način. Odločba za zdraviliško zdravljenje vsebuje podatke o trajanju zdravljenja, začetku in koncu ter o standardu storitev, ki naj jo obsega. Odločba velja samo za obdobje, ki je na njej označeno. Če zavarovana oseba v času, ki ji je bil določen za zdraviliško zdravljenje, zaradi bolezni ali zaradi drugih utemeljenih razlogov ne more v zdravilišče ali je zdravljenje prekinjeno, mora o tem obvestiti zavod in zdravilišče, kamor je bil napotena. V utemeljenih primerih sme oseba s soglasjem imenovanega zdravnika uresničiti pravico do zdraviliškega zdravljenja tudi v poznejšem roku, vendar najpozneje v 3 mesecih.

200. člen

(1) Imenovani zdravnik napoti zavarovano osebo v zdravilišče, ki je usposobljeno za opravljanje predpisanih rehabilitacijskih postopkov oziroma storitev in nudi zavodu najugodnejše pogoje, kar zadeva kvaliteto storitev, standarda in pogojev nastanitve, cene in drugih pogojev.

(2) Zavarovana oseba lahko zahteva zdravljenje v drugem zdravilišču, kot je določil imenovani zdravnik, če je zdravilišče usposobljeno za storitve, ki jih je odobril imenovani zdravnik.

201. člen

(1) Zdravniki v zdraviliški zdravstveni dejavnosti smejo v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja opravljati le storitve, ki sodijo v standard, ki je določen v odločbi. Večji obseg ali druge storitve lahko opravijo le s predhodnim soglasjem imenovanega zdravnika, ki je zavarovano osebo napotila na zdraviliško zdravljenje.

(2) Osebni zdravnik lahko prenaša pooblastila iz 80. člena zakona na zdravnike v zdraviliški dejavnosti le, če imajo zdravilišča dovoljenje in koncesijo za opravljanje specialistične dejavnosti ter pogodbo z zavodom.

XIII/8. UVELJAVLJANJE PRAVIC DO ZDRAVIL NA RECEPTE

202. člen

(1) Zavarovanim osebam predpisujejo zdravila na recept osebni zdravniki oziroma tudi drugi zdravniki, ki imajo za to ustrezna pooblastila. Zdravnik, ki ni osebni zdravnik zavarovane osebe, sme predpisovati le zdravila s svojega delovnega področja in v skladu s pooblastili osebnega zdravnika in pravili.

(2) Zdravnik predpisuje zdravila v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja skladno z na izsledkih podprto medicino in ob upoštevanju povzetka glavnih značilnosti zdravila. Zdravila predpisuje v najprimernejših odmerkih, smiselnih kombinacijah in primernem časovnem okviru. Pri tem upošteva vse okoliščine, ki bi lahko vplivale na potek zdravljenja.

(3) Zdravila je dovoljeno predpisovati na recept in izdajati v lekarnah le ambulantno zdravljenim zavarovanim osebam.

(4) Zdravilo, ki je predpisano na recept, lahko zavarovana oseba nabavi v katerikoli lekarni v Republiki Sloveniji, ki ima z zavodom sklenjeno pogodbo.

(5) Za ampulirana zdravila, ki si jih lahko zavarovana oseba daje sama in za nekatera druga zdravila, ki jih krije obvezno zdravstveno zavarovanje, lahko zavod zahteva za vsak posamični primer zdravljenja predhodno mnenje posebne strokovne komisije zavoda ali izvedenca.

(6) Zdravila, ki jim zavod določi omejitev predpisovanja, smejo zdravniki predpisovati v breme zdravstvenega zavarovanja le v okviru teh omejitev.

(7) Za zdravila iz petega in šestega odstavka tega člena lahko zavod uvede potrjevanje receptov na pristojni službi zavoda, kar označi ob razvrstitvi zdravil na liste.

(8) Zavod določi terapevtska področja, kjer se lahko predpiše obnovljiv recept.

203. člen

(1) Zdravila, ki so predpisana na recept, in jih zavarovanim osebam zagotavlja zavod, se predpisujejo na enotnem receptnem obrazcu.

(2) Obliko in vsebino receptnega obrazca iz prejšnjega odstavka določi zavod. Na ta receptni obrazec se ne predpisujejo zdravila, ki niso pravica iz obveznega zavarovanja, niti zdravila za samoplačnike.

204. člen

(1) Recept je strokovna in javna listina. Predstavlja naročilo zdravnika farmacevtu, ki naj pripravi oziroma izda zdravilo zavarovani osebi in je tudi dokument za obračun obveznosti zavoda oziroma zavarovane osebe do lekarne.

(2) Recept mora biti predpisan in izpolnjen v skladu z določbami pravilnika o natančnejši opredelitvi, načinu razvrščanja, predpisovanja in izdajanja zdravil za uporabo v humani medicini, temi pravili ter drugimi splošnimi akti zavoda.

205. člen

(1) Zdravnik, ki predpiše zdravilo, mora recept opremiti s svojim žigom in žigom zdravstvenega zavoda, če je zaposlen v njem. Prav tako mora vpisati datum, ko je recept predpisal, ter ga lastnoročno podpisati.

(2) Zdravnik mora vnesti v zdravstveno dokumentacijo zavarovane osebe podatke o zdravilih, ki so predpisana na recept, njihovi jakosti, odmerjanju in količini, v kateri so bila predpisana.

(3) Recept mora biti napisan ali natiskan čitljivo in neizbrisljivo.

206. člen

(1) Na en receptni obrazec sme zdravnik le enkrat v časovnem obdobju, opredeljenem v drugem odstavku 58. člena predpisati samo eno zdravilo za eno osebo. Pri tem praviloma predpiše med zdravili v isti farmakološki podskupini zdravilo z najboljšo stroškovno učinkovitostjo, med medsebojno zamenljivimi oziroma bistveno podobnimi zdravili pa zdravilo, ki je cenejše.

(2) Ne glede na prvi odstavek tega člena lahko zdravnik v strokovno utemeljenem primeru, ki ga ustrezno dokumentira, predpiše zavarovani osebi zanjo ustrezno zdravilo s seznama medsebojno zamenljivih zdravil, lastnoročno pripiše "ne zamenjуй" in se poleg podpiše.

(3) Zdravnik mora zavarovani osebi posebej pojasniti, s katere liste so predlagana in predpisana zdravila, katere so omejitve predpisovanja, če se nanašajo na zavarovano osebo in jo opozoriti na možnost zamenjave zdravila v lekarni, kadar gre za zdravilo s seznama medsebojno zamenljivih zdravil, oziroma na morebitno doplačilo.

207. člen

(1) Kadar zdravnik predpiše zdravilo s seznama medsebojno zamenljivih zdravil, ki presega najvišjo priznano vrednost, farmacevt praviloma izda v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja najcenejše zdravilo, razen v primerih:

- ko je zdravnik na receptu lastnoročno pripisal: "ne zamenjуй";
- ko je bolnik pripravljen doplačati za predpisano zdravilo.

(2) Kadar ni na trgu najcenejšega zdravila s seznama medsebojno zamenljivih zdravil niti drugega medsebojno zamenljivega zdravila v okviru najvišje priznane vrednosti, lahko farmacevt izda v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja najcenejše razpoložljivo zdravilo s seznama.

208. člen

(1) Ob izdaji zdravila mora farmacevt zavarovano osebo sezniniti s pravilno in varno uporabo zdravila. Ob tem jo mora opozoriti na morebitne škodljivosti zdravila v primeru, če jih ne bo uporabljala v skladu z navodili.

(2) Ob izdaji drugega zdravila, ki ni predpisano v skladu z 207. členom, mora farmacevt zavarovano osebo sezniniti, da je izdano zdravilo enako učinkovito, varno in kakovostno.

(3) V primeru, ko je predpisano zdravilo s seznama medsebojno zamenljivih zdravil, vendar presega najvišjo priznano vrednost, mora farmacevt pred izdajo zdravila zavarovano osebo sezniniti z doplačilom razlike v ceni. Prav tako jo mora sezniniti z možnostjo vročitve drugega medsebojno zamenljivega zdravila brez doplačila.

209. člen

(1) Farmacevt mora izdati zdravilo v skladu s predpisi in temi pravili.

(2) Farmacevt ne sme v breme zavoda izdati zdravila na recept:

1. ki ni izpolnjen v skladu s pravilnikom o natančnejši opredelitvi, načinu razvrščanja, predpisovanja in izdajanja zdravil za uporabo v humani medicini, pravili ter drugimi splošnimi akti zavoda;
2. na katerem so nerazumljiva oziroma nejasna navodila, kar zadeva uporabo zdravila;
3. če je minilo več kot 30 dni od dne, ko ga je zdravnik predpisal oziroma eno leto od dne, ko ga je zdravnik predpisal na obnovljiv recept;
4. če je minilo več kot 3 dni od dneva, ko je zdravnik predpisal protimikrobno zdravilo, ki je bilo predpisano za akutno obolenje;
5. **(črtana).**

(3) Ob izdaji zdravila mora farmacevt opremiti recept z žigom lekarne in datumom izdaje zdravila ter se podpisati.

(4) Farmacevt izda gotova zdravila in galenske izdelke samo v originalnem pakiranju. Izda tisto originalno pakiranje, ki je najbližje predpisani količini zdravila, vendar ne preko količine, navedene v 58. členu teh pravil.

(5) Zdravilo iz sedmega odstavka 202. člena sme farmacevt izdati v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja samo, če je recept potrdil zavod.

210. člen

Izjemoma lahko v breme zavoda predpisujejo zdravila na recept zase in svoje družinske člane, ki imajo urejeno obvezno zdravstveno zavarovanje v Republiki Sloveniji, tudi zdravniki, ki niso osebni zdravniki teh zavarovanih oseb oziroma od teh zdravnikov niso prejeli

pooblastila za predpisovanje zdravil na recept in so v vodeni v Bazi podatkov o izvajalcih zdravstvenih storitev Inštituta za varovanje zdravja. Ti zdravniki morajo imeti stalno prebivališče v Republiki Sloveniji. V primeru, da ima zdravnik začasno prebivališče v Republiki Sloveniji, pa mora biti vključen v javno zdravstveno mrežo v Republiki Sloveniji. Tem dodeli zavod na zaprosilo 30 receptnih obrazcev na leto. Ti receptni obrazci imajo žig zavoda. Za predpisovanje zdravil na recepte za osebno rabo veljajo vse omejitve, ki veljajo za predpisovanje zdravil na veljavne receptne obrazce v breme obveznega zavarovanja, opredeljene na listi zdravil. Če predpisovanje na te recepte ni v skladu s pravili, lahko zavod zavrne nadaljnjo izdajo receptov.

XIII/9. UVELJAVLJANJE PRAVIC DO MEDICINSKO-TEHNIČNIH PRIPOMOČKOV

211. člen

(1) Zavarovana oseba je upravičena do medicinsko-tehničnega pripomočka iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, če potrebo po njih ugotovi zdravnik, ki je pooblaščen za njihovo predpisovanje, in pri tem upošteva strokovne kriterije in priporočila ali o tem odloči imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija.

(2) Med pripomočke iz prejšnjega odstavka ne štejejo zobnoprostetični pripomočki oziroma nadomestki.

212. člen

(1) Za predpisovanje medicinsko-tehničnih pripomočkov so pooblašчени:

1. osebni zdravnik za:
 - materiale za zdravstveno nego na domu, bergle, hodulje, navleke za krn, nepodložene usnjene rokavice, voziček za prevoz bolnika, toaletni stol, trapez za obračanje, tri ali štirinožne palice, sobno dvigalo oziroma dvigalo za kopalnico, elastomerno črpalko in potrošne materiale za inzulinsko črpalko in belo palico za slepe;
 - pripomočke iz 89. člena pravil, razen elastičnih rokavic, potrebnih po radikalni operaciji dojke, elastičnih kompresijskih nogavic, merilca pretoka zraka, mehanskega injektorja za zdravljenje sladkorne bolezni in razpršilca zraka (inhalatorja);
 - pripomočke iz 90. člena pravil;
2. napotni zdravniki okulisti za pripomočke iz 5. točke prvega odstavka 75., 78., 79., 80., 81., 82., 83. in 84. člena pravil;
3. napotni zdravniki otorinolaringologi za pripomočke iz 85., 87. in 88. člena pravil;
4. specialisti diabetologi pediatri za zavarovane osebe do dopolnjenega 18. leta starosti, ki jih imenuje upravni odbor Zavoda, za pripomočke iz drugega odstavka 91. člena Pravil;
5. specialisti diabetologi internisti za zavarovane osebe starejše od 18 let, ki jih imenuje upravni odbor Zavoda, za pripomočke iz drugega odstavka 91. člena Pravil;
6. za ostale pripomočke napotni zdravniki s svojega delovnega področja.

(2) Pripomočke iz 1. točke prejšnjega odstavka lahko predpisujejo tudi napotni zdravniki, če jih zato pooblastijo osebni zdravniki zavarovanih oseb z napotnico.

(3) Pripomočke, pri katerih je potrebna timska obravnava zavarovane osebe ter individualna aplikacija oziroma prilagoditev pripomočka, med katere ne štejejo nastavitve sestavnih delov pripomočka ali montaža dodatka k pripomočku lahko predpisujejo v okviru svoje terciarne dejavnosti le napotni zdravniki Inštituta Republike Slovenije za rehabilitacijo oziroma drugega zdravstvenega zavoda, ki je pooblaščen za opravljanje ustrezne terciarne dejavnosti. Seznam teh pripomočkov določi minister, pristojen za zdravje.

(4) Ko osebni zdravnik oceni, da bi zavarovana oseba potrebovala in bila upravičena do pripomočka, za predpisovanje katerega ni pooblaščen, izda napotnico za napotnega zdravnika.

(5) Medicinsko-tehnični pripomočki se predpisujejo z naročilnico. Obrazec naročilnice predpiše zavod.

(6) Zavarovana oseba mora naročilnico predložiti lekarni ali pravni ali fizični osebi, ki opravlja promet z medicinsko-tehničnimi pripomočki na drobno v specializiranih prodajalnah v 30 dneh od izdaje. Zavod s pogodbo z izvajalcem določi najdaljši rok dobave oziroma izdelave pripomočka.

213. člen

(1) Pooblaščen zdravnik mora na naročilnici označiti šifro in naziv medicinsko-tehničnega pripomočka. Šifrant določi upravni odbor zavoda.

(2) Če je potrebno izdelati predpisani pripomoček posebej za zavarovano osebo ali gre pri njem za določene posebnosti, mora zdravnik na naročilnici opredeliti zahtevane medicinsko-tehnične in medicinske elemente, specifičnosti v izdelavi, drugačne materiale in podobno.

(3) Ko zdravnik na naročilnico predpiše pripomočke, za katere trajnostna doba ni določena, mora na naročilnici označiti količino pripomočkov in obdobje, za katero te pripomočke predpisuje.

214. člen

(1) Imenovani zdravnik na predlog pooblaščenega zdravnika odloča o pravici do zahtevnejših medicinsko-tehničnih pripomočkov. O svoji odločitvi imenovani zdravnik izda odločbo.

(2) Seznam zahtevnejših medicinsko-tehničnih pripomočkov, o katerih odloča z odločbo imenovani zdravnik, določi upravni odbor zavoda.

215. člen

Imenovani zdravnik na predlog zdravnika, pooblaščenega za predpis odloča o upravičenosti do medicinsko-tehničnega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe. O svoji odločitvi izda odločbo. Imenovani zdravnik medicinsko-tehnični pripomoček pred iztekom trajnostne dobe odobri, če ugotovi, da je pri zavarovani osebi prišlo do takšnih anatomskih ali funkcionalnih sprememb, zaradi katerih je postal pripomoček neuporaben in se ga ne da popraviti ali predelati.

216. člen

(1) Zavarovana oseba si predpisani pripomoček nabavi v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja v lekarni ali pri pravni ali fizični osebi, ki opravlja promet z medicinsko-tehničnimi pripomočki na drobno v specializirani prodajalni in ima z zavodom sklenjeno pogodbo. Zavod lahko v svojih aktih določi, v katerih primerih zavarovana oseba neposredno sama poravnava stroške medicinsko-tehničnega pripomočka v lekarni ali pri pravni ali fizični osebi, ki opravlja promet z medicinsko-tehničnimi pripomočki na drobno v specializirani prodajalni in uveljavlja povračilo pri zavodu.

(2) Lekarna ali pravna ali fizična oseba, ki opravlja promet z medicinsko-tehničnimi pripomočki na drobno v specializirani prodajalni mora ob pogojih iz prejšnjega odstavka zagotavljati pripomočke, ki se smejo dajati v promet v skladu z zakonom in izvedbenimi predpisi.

(3) Zavarovana oseba, ki je upravičena do kontaktnih leč (enega para ali ene leče) lahko uveljavlja enkratno povračilo stroškov tudi za večje število kontaktnih leč, katerih življenjska doba, ki jo je določil proizvajalec, je krajša od trajnostne dobe določene s pravili, vendar le v okviru cenovnega standarda za en par ali eno lečo.

(4) Zavod ne prevzema obveznosti plačila za pripomočke, ki bi bili dani v promet v nasprotju s tem členom.

(5) Zavod prav tako ne prevzame obveznosti plačila stroškov vzdrževanja za pripomoček, ki si ga zavarovana oseba po določilih tretjega odstavka 136. člena pravil nabavi v tujini. Prav tako ne prevzame obveznosti plačila novega pripomočka, če tak pripomoček postane neuporaben pred iztekom njegove trajnostne dobe.

(6) Za vzdrževanje, popravila zamenjave delov pripomočkov iz prvega odstavka 66. člena izda naročilnico osebni zdravnik, ki označi, kdaj je zavarovana oseba medicinsko-tehnični pripomoček prejela.

(7) Zavarovana oseba uveljavlja pravico do vzdrževavanja, popravila in zamenjav delov pripomočkov iz prvega odstavka 66. člena pravil na podlagi predhodne odobritve zavoda.

217. člen

Lekarna ali pravna ali fizična oseba, ki opravlja promet z medicinsko-tehničnimi pripomočki na drobno v specializiranih prodajalnah sta dolžna zavarovani osebi ob izročitvi pripomočka dati vsa ustrezna navodila o uporabi in ravnanju z njim. Izstaviti morata garancijski list oziroma garancijo za izdelek. V garancijski dobi mora lekarna ali pravna ali fizična oseba, ki opravlja promet z medicinsko-tehničnimi pripomočki na drobno v specializirani prodajalni nositi vse stroške popravil oziroma reklamacij zaradi neustrezne izdelave pripomočka, okvar ali poškodb zaradi neprimernih materialov, napak v proizvodnji in podobno.

218. člen

Kadar pooblaščen zdravnik predpiše zavarovani osebi pripomoček, ki ga zavod po določilih 97. člena pravil da v izposajo, ji zdravnik da tudi navodila, kje in na kakšen način ga lahko dobi v izposajo.

XIII/10. UVELJAVLJANJE PRAVIC V TUJINI IN NAPOTITVE NA ZDRAVLJENJE

219. člen

(1) Zavarovani osebi izda zavod na njeno zahtevo listino, s katero lahko uveljavlja pravice do zdravstvenih storitev med bivanjem in delom v tujini, če odhaja v državo, za katero velja pravni red EU ali s katero ima Republika Slovenija sklenjeno meddržavno pogodbo oziroma drugo listino. Delavce, ki jih napoti na delo ali strokovno izpopolnjevanje, mora zavezanec v primeru, da bo delo ali usposabljanje trajalo več kot 3 mesece, prijaviti zavodu.

(2) Če odhaja zavarovana oseba v tujino na lastno željo, da bi se tam zaposlila, mora pri zavodu zavarovati svoje družinske člane, če jim niso zagotovljene pravice z njegovim zdravstvenim zavarovanjem v tujini.

220. člen

(črtan)

221. člen

(1) Zavod določi veljavnost listine v posameznem primeru. Listino izda:

1. zavarovancu, ki je napoten na delo v tujino, in njegovim družinskim članom največ za čas predvidenega dela v tujini;
2. zavarovanim osebam, ki študirajo ali so na strokovnem izpopolnjevanju v tujini, nimajo pa lastnosti delavca, največ za študijsko leto oziroma za predvideno dobo študija ali izpopolnjevanja v tujini;
3. zavarovanim osebam, ki so na zasebnem ali na službenem potovanju v tujini, za 3 mesece razen za upokoјence in po njih zavarovane družinske člane ter otroke do dopolnjenega 15. leta starosti oziroma dopolnjenega 18. leta starosti, če niso sami zavarovanci, po tej starosti pa, če se šolajo do konca rednega šolanja, do enega leta.

(2) (črtan).

222. člen

Zavarovancu, ki je zaposlen v tujini in je dolžan sam plačevati zavodu prispevke za obvezno zavarovanje, sporoči zavod ali od njega pooblaščen organ višino prispevne stopnje oziroma njegovo konkretno obveznost. Plačilo teh obveznosti je pogoj za uveljavljanje pravic zavarovanca.

223. člen

Zavod povrne zavarovani osebi stroške zdravljenja, zdravil, pripomočkov in stacionarne obravnave v tujini v skladu s pravili, razen če ni s pravnim redom EU ali meddržavno pogodbo drugače določeno. Zavod se lahko v državah, v katerih ne velja pravni red EU ali s katerimi Slovenija nima sklenjene meddržavne pogodbe, z diplomatsko-konzularnim ali drugim predstavništvom dogovori, da ta poravna stroške zdravljenja, ki mu jih nato zavod povrne. V ta namen lahko zavod zagotovi predstavništvu sredstva za plačilo zdravstvenih storitev. Podrobnejše opredelitve glede plačila stroškov, določanja cen zdravstvenih storitev, izplačila denarnih dajatev, se določijo z medsebojno pogodbo.

224. člen

Zavarovana oseba, njen zakoniti zastopnik ali pooblaščenec vloži zahtevo za napotitev na zdravljenje, pregled ali preiskavo v tujino, skladno s 135. členom pravil na zavod.

225. člen

O zahtevi iz prejšnjega člena odloči imenovani zdravnik zavoda. Pred odločitvijo o upravičenosti napotitve na zdravljenje, pregled ali preiskavo v tujini pridobi pisno mnenje ustrezne klinike oziroma inštituta o tem, da so v R Sloveniji izčrpane možnosti zdravljenja bolezni ali stanja zavarovane osebe in da je z zdravljenjem v tujini pričakovati uspešno zdravljenje ali vsaj preprečitev slabšanja zdravstvenega stanja. Kliniko ali inštitut zaprosi tudi za mnenje o predvidenem trajanju zdravljenja, pregleda ali preiskave, potrebi po spremstvu, o vrsti prevoza in o zdravniku, bolnišnici ali kliniki, ki bi lahko zagotovila predlagano zdravljenje, pregled ali preiskavo v tujini.

226. člen

(1) Na podlagi mnenja klinike oziroma inštituta, druge zdravstvene dokumentacije in morebitnega pregleda zavarovane osebe izda imenovani zdravnik odločbo s katero odloči o upravičenosti napotitve na zdravljenje, pregled ali preiskavo v tujini. V primeru, da je zavarovana oseba upravičena do zdravljenja, pregleda ali preiskave v tujini, imenovani zdravnik z odločbo odloči tudi o pravici do spremstva in vrsti prevoznega sredstva.

(2) Za izplačilo akontacije potnih stroškov in morebitnih stroškov zdravljenja, pregleda ali preiskave v tujini ter povračilo potnih stroškov in morebitnih stroškov zdravljenja, pregleda ali preiskave v tujini, je pristojna območna enota zavoda, kjer ima zavarovana oseba urejeno zdravstveno zavarovanje.

(3) Na podlagi odločbe imenovanega zdravnika o upravičenosti napotitve na zdravljenje, pregled ali preiskavo v tujini Direkcija zavoda izpelje postopek sprejema zavarovane osebe na zdravljenje in drugih s tem povezanih opravil, izda potrdilo o prevzemu stroškov zdravljenja, pregleda ali preiskave v tujini ali zagotovi plačilo akontacije teh stroškov tuji zdravstveni ustanovi in pripravi dokončni obračun stroškov zdravljenja pregleda ali preiskave v tujini.

227. člen

V primeru, da zdravstveni zavod iz tujine, kjer je bilo opravljeno zdravljenje predlaga, da se prvi kontrolni pregled opravi v tujini, ni potrebno mnenje klinike oziroma inštituta v R Sloveniji. Za morebitne nadaljnje kontrolne preglede v tujini je potrebno izpeljati ponoven postopek, določen za napotitev na zdravljenje v tujini.

228. člen

Zavarovana oseba uveljavlja zahteve po pripomočkih in preiskavah organskega tkiva za transplantacije in v druge namene v tujini po enakem postopku, kot je določen za napotitev na zdravljenje v tujino.

XIII/11. UVELJAVLJANJE PRAVIC DO NADOMESTILA PLAČE

229. člen

(1) Nadomestila plač v času začasne zadržanosti od dela in druge denarne dajatve se izplačujejo brez posebnih pisnih zahtevkov ali vlog. Upravičenci jih uresničujejo z listinami, na podlagi katerih je možno obračunati in izplačati denarne prejemke. Obliko in vsebino listin določi zavod s splošnim aktom.

(2) Nadomestila plač izplačujejo delavcem v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja njihovi delodajalci. Zavod povrne delodajalcem izplačana nadomestila po predložitvi zahtevka, kateremu morajo priložiti:

- pravilno in popolno izpolnjeno potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela; hrbtno stran navedenega potrdila pa lahko nadomesti računalniško izpisana specifikacija zahtevka, ki vključuje vse podatke, zahtevane na hrbtni strani potrdila, in je potrjena z žigom in podpisom odgovornega delavca pri delodajalcu;

(3) V primeru, ko delodajalec zahteva refundacijo nadomestila za dan, ko delavec prostovoljno daruje kri, je delodajalec zahtevi za refundacijo dolžan priložiti potrdilo na posebnem obrazcu, ki ga predpiše Zavod o tem, da je delavec daroval kri;

(4) Zavod povrne delodajalcu izplačana nadomestila po predložitvi zahtevka in dokumentacije iz prejšnjih dveh odstavkov. Zavod delodajalcu ne poravnava obračunanih nadomestil plač:

- če jih ni izplačal delavcem, ki so bili do njih upravičeni;
- če ni izkazano, da je delodajalec plačal delavcu iz lastnih sredstev nadomestilo plače za 120 delovnih dni v koledarskem letu v primeru začasne nezmožnosti delavca za delo zaradi njegove bolezni ali poškodbe, ali če ne izkaže, da gre za dve ali več zaporednih odsotnosti z dela zaradi iste bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom, do 30 dni, in je v posameznem primeru prekinitev med in eno in drugo odsotnostjo manj kot 10 delovnih dni (recidiv);
- če v primerih začasne nezmožnosti za delo, ko gre nadomestilo v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja, ni odločal imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija, da je zadržanost od dela utemeljena.

(5) Drugim zavarovancem izplača nadomestilo plače zavod po predložitvi listin ali najpozneje v 15 dneh.

230. člen

(1) Listino, s katero zavarovanec uveljavlja nadomestilo plače, izstavi zdravnik, ki je pristojen za ugotavljanje začasne zadržanosti od dela, na podlagi svoje ocene o upravičenosti zadržanosti oziroma na podlagi odločbe imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije. V primeru uveljavljanja nadomestila plače za dan darovanja krvi na podlagi 169. člena zakona o delovnih razmerjih izstavi listino s katero zavarovanec uveljavlja nadomestilo plače zdravstveni zavod, ki opravlja dejavnost jemanja krvi.

(2) Listino je potrebno izpolniti v skladu z navodili za njeno izpolnjevanje.

231. člen

(1) V primeru, da je zavarovanec najprej zadržan od dela zaradi posledic dajanja organov oziroma tkiva za presaditev drugi osebi, zaradi poškodb, ki so nastale pri aktivnostih iz 18. člena zakona, nege ožjega družinskega člana, razlogov iz drugega in tretjega odstavka 40. člena pravil, zaradi izolacije ali spremljanja zavarovane osebe, poslane v drug kraj, nato pa

brez prekinitve še zaradi bolezni oziroma poškodbe, ki ni posledica prej navedenih vzrokov, se dnevi zavarovančeve zadržanosti od dela ne seštevajo.

(2) Dnevi zadržanosti od dela zaradi nezmožnosti za delo zavarovanca zaradi ene diagnoze in nadaljevanje nezmožnosti zaradi druge diagnoze brez prekinitve se seštevajo. Če gre za prekinitev začasne nezmožnosti za delo pri isti ali različnih diagnozah, se dnevi zadržanosti od dela ne seštevajo.

232. člen

Zadržanost zavarovanca od dela nastopi z dnem, ko osebni zdravnik na podlagi pregleda ugotovi, da začasno ni sposoben opravljati svojega dela zaradi bolezni ali poškodbe oziroma z dnem, ko ugotovi potrebo po negi ožjega družinskega člana oziroma drug razlog za zadržanost od dela iz prejšnjega člena. Osebni zdravnik lahko le izjemoma oceni zavarovančevo začasno zadržanost od dela za nazaj, vendar največ za 3 dni od dneva, ko se je zavarovanec zglasil pri njem, razen če osebni zdravnik zaradi praznikov ni bil dosegljiv v tem času. Če je bil zavarovanec v bolnišnici ali če je zbolel v tujini, in v drugih utemeljenih primerih, ko ni mogel do osebnega zdravnika oziroma mu ni mogel sporočiti razlogov za zadržanost, imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija oceni odsotnost, daljšo od 3 dni.

233. člen

(1) Osebni zdravnik ali imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija opredeli začasno zadržanost od dela z datumom njenega začetka in zaključka.

(2) Osebni zdravnik ali imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija morata zavarovancu dati navodila o ravnanju v času zadržanosti od dela (režim življenja, strogo ležanje, počitek, sprehodi...). V času zadržanosti od dela zaradi bolezni, poškodbe ali nege mora zavarovanec, ki se zdravi doma v času takšne zadržanosti biti na svojem domu. Odsotnost z doma je možna ob odhodu na zdravniški pregled, terapijo oziroma v primerih, ko odsotnost ne vpliva negativno na potek zdravljenja oziroma, če zdravnik ali imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija to odredita ali dovolita. Za odhod izven kraja bivanja je vedno potrebna odobritev osebnega zdravnika. V primerih kršenja navodil mora imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija pozvati zavarovano osebo na sejo senata in ugotoviti ali so še podani razlogi za začasno nezmožnost za delo.

234. člen

(1) Če se zavarovanec ali delodajalec ne strinjata z ugotovitvijo osebnega zdravnika glede zavarovančeve začasne zadržanosti od dela do 30 dni, lahko v roku 3 delovnih dni od dne, ko sta bila z oceno seznanjena, zahtevata presojo s strani imenovanega zdravnika. Ne glede na vloženo zahtevo, se mora zavarovanec ravnati po mnenju osebnega zdravnika. Odločitev imenovanega zdravnika velja le za naprej, za nazaj pa le v primerih iz 232. člena.

(2) Zavarovanec ali delodajalec lahko vložita zahtevo iz prvega odstavka tega člena neposredno pri krajevno pristojnem imenovanem zdravniku zavoda. V tem primeru imenovani zdravnik zahteva od osebnega zdravnika zavarovančevo medicinsko dokumentacijo. Če zavarovanec ali delodajalec vložita zahtevo za presojo pri osebnem zdravniku, jo mora ta skupaj z medicinsko dokumentacijo posredovati imenovanemu zdravniku zavoda še isti dan.

235. člen

(1) Osebni zdravnik mora zavarovanca vsaj 3 dni pred pretekom zadržanosti od dela, katere ugotavljanje sodi v njegovo pristojnost oziroma v primeru recidiva iz četrtega odstavka 229. člena napotiti k imenovanemu zdravniku zavoda, če oceni, da še vedno ni sposoben za svoje delo oziroma, da so še podani razlogi za zadržanost od dela zaradi nege ožjega družinskega člana.

(2) O začasni nezmožnosti za delo odloča imenovani zdravnik, ki je pristojen po sedežu osebnega zdravnika zavarovanca.

236. člen

Predlog ali zahtevo za presojo ocene osebnega zdravnika, medicinsko in drugo dokumentacijo pregleda imenovani zdravnik in po potrebi zahteva od osebnega zdravnika njeno dopolnitev ali obrazložitev. Istočasno oceni, ali je potrebno zavarovanca klicati na pregled. V tem primeru povabi zavarovanca na pregled, sicer pa imenovani zdravnik odloči o začasni nezmožnosti za delo na podlagi medicinske in druge dokumentacije.

237. člen

(1) Pregled pri imenovanem zdravniku ali zdravstveni komisiji mora biti opravljen v primeru, če to zahteva zavarovanec.

(2) Če se zavarovanec ne odzove na pregled, odloči imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija na podlagi razpoložljive dokumentacije.

238. člen

(1) Imenovani zdravnik mora izdati odločbo o začasni zadržanosti od dela najpozneje v 8 dneh po prejemu zahteve oziroma predloga osebnega zdravnika.

(2) Odločba imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije, ki ga prejme delodajalec ne sme navajati podatkov o zdravstvenem stanju zavarovanca. Zavarovanec mora ravnati v skladu s prejeto odločbo od dneva prejema odločbe dalje.

239. člen

(1) Če se zavarovanec ali delodajalec ne strinjata z odločbo imenovanega zdravnika, se lahko zoper odločbo pritožita. Pritožba se vloži pri imenovanemu zdravniku, ki je izdal odločbo, v treh delovnih dneh od vročitve odločbe.

(2) Imenovani zdravnik mora zdravstveni komisiji po prejemu pritožbe posredovati vso dokumentacijo o zavarovancu, vključno z izpodbijano odločbo, praviloma isti dan. Če je imenovani zdravnik osebnemu zdravniku že vrnil zavarovančevo dokumentacijo, zahteva zdravstvena komisija medicinsko dokumentacijo od le-tega.

240. člen

Zdravstvena komisija lahko pred odločitvijo povabi zavarovanca na pregled. Če se zavarovanec pisnemu vabilu ne odzove, se obravnava njegova zadržanost od dela na podlagi medicinske dokumentacije.

241. člen

(1) Če zdravstvena komisija v nasprotju z odločbo imenovanega zdravnika odloči, da so podani razlogi za zadržanost od dela, veljajo takšne ugotovitve praviloma za naprej, za nazaj pa največ od dneva, ki je določen v odločbi imenovanega zdravnika, razen če zdravstvena komisija določi, kdaj je zadržanost od dela nastopila.

(2) Če zdravstvena komisija odloči v nasprotju z odločbo imenovanega zdravnika, da niso podani razlogi za zavarovančevo nezmožnost za delo, velja ta odločba za naprej. V tem primeru ni mogoče odpraviti že uveljavljene zadržanosti od dela.

242. člen

(1) Če zdravstvena komisija ne ugotovi razlogov za zadržanost od dela, se smiselno uporabljajo določbe 234. in 238. člena pravil.

(2) Zavarovanec se mora ravnati v skladu s prejeto odločbo zdravstvene komisije tudi v primeru, če je vložil tožbo pri Delovnem in socialnem sodišču v Ljubljani.

243. člen

(1) Zdravstvena komisija je dolžna izdati svojo odločbo o zadržanosti od dela najpozneje v 8 dneh od prejema popolne pritožbe.

(2) Če zdravstvena komisija ne izda sklepa v roku iz prejšnjega odstavka in če ga tudi na novo zahtevo ne izda v nadaljnjih 7 dneh, sme zavarovana oseba skladno z Zakonom o delovnih in socialnih sodiščih vložiti tožbo, kot če bi bila njena pritožba zavrnjena.

244. člen

Odločbe, izdane s strani imenovanega zdravnika oziroma zdravstvene komisije, so za zavarovance in njihove osebne zdravnike obvezni. Osebni zdravnik ne more ugotoviti pri zavarovancu začasne zadržanosti od dela zaradi iste bolezni oziroma stanja, za katero je imenovani zdravnik oziroma zdravstvena komisija ugotovila, da ni več utemeljena, in od izdaje zadnje odločbe še ni preteklo 30 dni. To lahko stori le izjemoma, če gre za nenadno in nepričakovano poslabšanje zdravstvenega stanja zavarovanca, kar dokazuje z dokumentacijo, iz katere je razvidno, da je prišlo do poslabšanja zdravstvenega stanja. V tem primeru mora osebni zdravnik zavarovanca še isti dan napotiti na obravnavo k imenovanemu zdravniku. Če imenovani zdravnik ne ugotovi razlogov za zadržanost od dela, velja ta ugotovitev za naprej.

245. člen

(1) Če je zavarovanec začasno nezmožen za delo dalj časa, mora imenovani zdravnik odločiti o njegovi delazmožnosti praviloma vsaka 2 meseca, razen če že v naprej oceni, da bo upravičena odsotnost z dela trajala dalj časa.

(2) Ne glede na določbo prejšnjega odstavka lahko imenovani zdravnik odloči o zavarovančevi začasni nezmožnosti za delo tudi prej. V tem primeru praviloma pokliče zavarovanca na pregled.

246. člen

Osebni zdravnik oziroma imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija sta dolžna napotiti zavarovanca na invalidsko komisijo, če ocenita, da ni pričakovati izboljšanja zdravstvenega stanja, ki bi mu omogočilo tudi povrnitev njegove delovne zmožnosti. To morata

storiti tudi, če je zavarovanec zadržan od dela zaradi bolezni ali poškodbe neprekinjeno eno leto poln delovni čas, ali delovni čas, krajši od polnega.

XIII/12. UVELJAVLJANJE PRAVIC DO POVRAČIL POTNIH STROŠKOV, POGREBNINE IN POSMRTNINE

247. člen

(1) Zavarovana oseba uveljavlja povračilo potnih stroškov pri zavodu ali delodajalcu. Utemeljenost zahteve izkaže s predpisano listino, ki jo izda osebni ali napotni zdravnik. Na listini mora biti naveden dan oziroma čas, ko je bila zavarovana oseba na pregledu oziroma preiskavi v drugem kraju, kar potrdi izvajalec, ki jo je sprejel na pregled ali zdravljenje.

(2) Če stroške iz prvega odstavka zavarovani osebi izplača delodajalec, uveljavlja povračilo zneska pri zavodu.

248. člen

Upravičenci uveljavljajo pravico do pogrebnine na podlagi dokazila o smrti zavarovane osebe, njene kartice zdravstvenega zavarovanja ter računa za opravljeni pogreb. Če ni mogoče predložiti računa, se višina pogrebnine določi na podlagi pisne izjave upravičenca o višini stroškov. Pogrebnino izplača delodajalec oziroma zavod, ali izvajalec pogrebne dejavnosti, če ima zavod z njim sklenjeno posebno pogodbo.

249. člen

Zavarovana oseba uveljavlja posmrtnino na podlagi dokazila o smrti zavarovanca in drugih listin. Posmrtnino izplača delodajalec oziroma zavod.

XIII/13. DRUGE DOLOČBE PRI UVELJAVLJANJU PRAVIC ZAVAROVANIH OSEB

250. člen

Izvajalci morajo zavarovanim osebam takoj nuditi zdravstvene storitve. Pri nudenju zdravstvenih storitev, ki niso nujne, morajo:

1. voditi knjigo čakajočih po zdravnikih za vsako področje in enoto zdravstvenega zavoda;
2. vpisovati zavarovane osebe v knjigo čakajočih po vrstnem redu njihove prijave na pregled, preiskavo ali poseg in jih obravnavati po tem vrstnem redu. Izjemo predstavljajo le medicinske indikacije ali prioritete, dogovorjene s pogodbo med izvajalcem in zavodom;
3. omogočiti zavarovani osebi in zavodu vpogled v knjigo čakajočih.

251. člen

Zavarovana oseba ima pravico izvedeti ob prihodu k izvajalcu, kolikšna je čakalna doba za storitev, ki jo potrebuje oziroma kdaj bo storitev lahko opravljena. Če ji drug izvajalec v skladu s pravili omogoči storitev v krajšem času, je to utemeljen razlog, da uveljavi storitev pri njem.

252. člen

(1) Izvajalec ne sme zavarovani osebi zaračunati nikakršnih doplačil za delež vrednosti storitev iz obveznega zavarovanja, kar zadeva vrsto storitev, njihov standard, trajnostno dobo in podobno.

(2) Izvajalec lahko zahteva plačilo ali doplačilo, kadar zavarovana oseba zahteva ali predhodno soglaša, da se storitev oziroma pripomoček uveljavi v višjem oziroma drugačnem standardu za:

1. razliko v ceni pripomočka, če zavarovana oseba zahteva pripomoček v višji vrednosti kot ga določa cenovni standard;
2. razliko v ceni storitve izvajalca, kadar je ta na podlagi pogodbe z zavodom višja od cenovnega standarda zanjo;
3. razliko v ceni zobnoprostetičnih nadomestkov oziroma storitev, izdelanih iz materialov, ki niso standardni;
4. razliko v ceni za nemedicinski del oskrbnega dne (stroški nastanitve in prehrane), če zavarovana oseba na lastno zahtevo biva v sobi, ki presega standard ali zahteva posebno postrežbo in nego. V tem primeru lahko doplačilo dosega razliko med ceno nemedicinskega dela oskrbnega dne, določenega s pogodbo med zavodom in izvajalcem, ter ceno za višji standard tega dela oskrbnega dne;
5. razliko v ceni storitev, določeni s pogodbo med zavodom in izvajalcem, in ceno, ki jo le-ta določi ta za storitve, opravljene na zahtevo zavarovane osebe v nočnem času (med 20. in 6. uro), ob nedeljah in praznikih in ne gre za nujne zdravstvene storitve;
6. doplačilo k ceni za pregled na primarni ravni v primerih, ko si ženska izbere svojega ginekologa v terciarni ustanovi, če je bil pregled opravljen izven rednega delovnega časa izvajalca;
7. celotno ceno storitev, ki jih zavarovana oseba uveljavlja pri zdravniku, ki ni njen osebni zdravnik in ne gre za nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč;
8. celotno ceno storitve za preglede in storitve, opravljene pri specialistih brez napotnice osebnega oziroma napotnega zdravnika, če ne gre za nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč ali za primere, ko je s pravili določeno, da napotnica ni potrebna;
9. celotno vrednost medicinsko-tehničnega pripomočka in zobnoprostetičnega nadomestka, ki ga zavarovana oseba zahteva pred iztekom trajnostne dobe, razen v primerih, določenih v 123. členu pravil. Za pripomočke lahko izvajalec zahteva plačilo v celoti, če je zavarovana oseba pripomoček izgubila, pokvarila ali ga je z neustreznim ravnanjem ali ravnanjem v nasprotju z navodili uničila;
10. celotno vrednost storitev, opravljenih na zahtevo zavarovane osebe zaradi uveljavljanja njenih zahtev in pravic na drugih področjih in na zahtevo drugih pravnih oseb (npr. zavarovalnice, sodišča, delodajalci, Zavod za invalidsko in pokojninsko zavarovanje, organizatorji raznih prireditev itd.);
11. celotno ceno storitev, če ne predloži kartice zdravstvenega zavarovanja oziroma drugega dokumenta, iz katerega bo razvidna njegova identiteta ob pisnem zagotovitlu, da ji bo denar povrnil, če bo izkazala, da je imela v času uveljavljanja zdravstvenih storitev urejeno zdravstveno zavarovanje.

(3) Izvajalci morajo zavarovanim osebam zagotoviti pogoje bivanja, materiale in storitve skladno s standardi.

(4) Če izvajalec neupravičeno zahteva doplačila, ima zavarovana oseba pravico zahtevati povračilo od zavoda. Pri tem mora zavodu predložiti dokazila o plačilu zdravstvenih storitev.

253. člen

(1) Zavarovane osebe iz tretjega odstavka 158. člena pravil so plačniki zdravstvenih storitev, ki presegajo obseg nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči, opredeljenega v prvem odstavku 103. člena.

(2) Zavarovane osebe iz prvega odstavka tega člena lahko pri zavodu uveljavljajo povračilo stroškov zdravstvenih storitev in izplačilo denarnih dajatev iz tretjega odstavka 159. člena pravil ob pogoju, da poravnajo vse zapadle prispevke za obvezno zdravstveno zavarovanje. Stroški zdravstvenih storitev se povrnejo v višini in po cenah, ki veljajo za obračun zdravstvenih storitev v obveznem zdravstvenem zavarovanju na dan koriščenja zdravstvenih storitev. Podrobnejši način in postopek uveljavljanja povračil določi zavod s posebnim navodilom.

254. člen

Zavarovana oseba nima pravice do povračila stroškov zdravljenja, vključno z zdravili, medicinsko-tehničnimi pripomočki in prevozi, če so bile zdravstvene storitve opravljene v samoplačniški ambulanti.

255. člen

Za napotitve osebnega ali pooblaščenega zdravnika na laboratorijske storitve, rentgenska slikanja, pri katerih ni potreben specialistični izvid, na fizioterapevtske in logopedске storitve, na storitve, ki jih opravljajo psihologi, defektologi, ortopedagogi in za zdravljenje na domu, se uporablja delovni nalog in ne napotnica. Obliko in vsebino delovnega naloga predpiše zavod.

XIV. ORGANI IN IZVEDENCI V POSTOPKIH UVELJAVLJANJA IN VARSTVA PRAVIC

256. člen

(1) Za odločanje o pravicah iz obveznega zdravstvenega zavarovanja se uporablja upravni postopek.

(2) V postopkih za uveljavljanje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja opredeljenih v 81. členu zakona odloča imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija.

(3) Območna enota zavoda na I. stopnji in na II. stopnji Direkcija zavoda odloča o:

1. pridobitvi, spremembi ali izgubi lastnosti zavarovane osebe;
2. o pravici do nadomestila plače, potnih stroškov, pogrebne in posmrtnine;

3. zahtevi po povračilu stroškov zdravljenja, ki jih je zavarovana oseba plačala izvajalcu, in meni, da gre za pravico iz obveznega zavarovanja;
4. izgubi pravice do nadomestila plače ali zadržanja nadomestila plače;
5. pravicah iz 80. člena zakona;
6. obveznosti zavarovanca za plačilo prispevkov na podlagi 17. člena pravil;
7. zahtevi zavarovanih oseb iz tretjega odstavka 158. člena in tretjega odstavka 159. člena, katerim so bile v času, ko niso imeli poravnanih obveznosti plačevanja prispevkov, zadržane njihove pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, za povračilo stroškov zdravstvenih storitev in o zahtevi za izplačilo denarnih dajatev;
8. drugih zahtevah iz obveznega zavarovanja.

257. člen

Zdravnik, ki zdravi zavarovano osebo ali ki je podal predlog za oceno utemeljenosti do posameznih pravic, ne sme odločati kot imenovani zdravnik ali kot član zdravstvene komisije.

258. člen

(1) Pri ocenjevanju utemeljenosti oziroma upravičenosti zavarovanih oseb do pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja lahko sodelujejo izvedenci ali izvedenske komisije zavoda, ki jih imenuje generalni direktor zavoda.

(2) Izvedenec oziroma izvedenska komisija oblikuje strokovna mnenja, ocene oziroma ugotovitve o zdravstvenem stanju zavarovane osebe, možnostih njegovega izboljšanja, postopkih zdravljenja ali rehabilitacije ter o drugih storitvah, ki bi bile utemeljene. Svoje mnenje morata podati tako, da se na tej podlagi lahko odloči o pravici zavarovane osebe.

259. člen

(1) Zavod lahko zagotovi za potrebe svojih organov določena mnenja, storitve ali ekspertize pri izvajalcih v Sloveniji ali strokovnjakih v tujini.

(2) Imenovani zdravniki ali zdravstvene komisije izjemoma napotijo zavarovance na posvet ali preiskavo.

(3) Zavod lahko izjemoma odobri zavarovani osebi medicinsko-tehnični pripomoček ali zdravilo oziroma v celoti ali delno povračilo stroškov, ki niso pravica po pravilih.

260. člen

(1) Pri imenovanem zdravniku se postopek uvede na predlog zdravnika ali na zahtevo zavarovane osebe ali delodajalca, postopek za uveljavljanje pravic o katerih odloči območna enota zavoda pa se lahko uvede na zahtevo zavarovane osebe ali delodajalca.

(2) Zavod lahko uvede postopek po uradni dolžnosti v primerih, ko gre za ugotavljanje pogojev za začetek ali prenehanje obveznega zdravstvenega zavarovanja, zadržanje ali izgubo pravice do nadomestila plače in v drugih primerih, določenih z zakonom in pravili.

261. člen

(1) Upravni postopek vodi imenovani zdravnik pristojen po sedežu osebnega zdravnika zavarovane osebe oziroma pristojna območna enota zavoda.

(2) Postopek napotitve na zdravljenje v tujino vodi imenovani zdravnik zavoda.

262. člen

Imenovani zdravnik mora o predlogu odločiti najkasneje v 15 dneh od dneva vložitve popolnega predloga oziroma zahteve, Območna enota pa v 30 dneh od dneva vložitve popolne vloge za začetek postopka oziroma od dneva, ko je bil postopek po uradni dolžnosti uveden.

263. člen

(1) Zavarovana oseba ali delodajalec se lahko zoper odločbo imenovanega zdravnika pritožita v 15 dneh od dneva vročitve na zdravstveno komisijo zavoda. Pritožbo se vložijo pisno ali ustno na zapisnik pri imenovanem zdravniku, ki je izdal odločbo na I. stopnji.

(2) Zavarovana oseba ali delodajalec se lahko pritožita zoper odločbo območne enote v 15 dneh od dneva vročitve na Direkcijo zavoda, ki vodi upravni postopek na II. stopnji. Pritožba se vložijo pisno ali ustno na zapisnik pri Območni enoti zavoda, ki je izdala odločbo.

(3) Sklep oziroma odločba o pritožbi morata biti izdana in vročena stranki brž ko je to mogoče, najpozneje pa v dveh mesecih od dneva prejema popolne pritožbe.

264. člen

(1) Zavod zagotavlja zavarovanim osebam strokovno in pravno pomoč v primerih, ko menijo, da jim izvajalci neupravičeno onemogočajo uresničevanje pravic do zdravstvenih storitev, podaljšujejo čakalno dobo, neupravičeno podaljšujejo čakanje na pregled ali preiskavo, zahtevajo doplačila, nekorektno ravnavajo z njimi ter podobno. V teh primerih jim zavod pomaga z navodili, nasveti in posredovanji pri izvajalcih.

(2) Zavod je dolžan obravnavati vse vloge zavarovanih oseb, ki se nanašajo na vprašanja, navedena v prejšnjem odstavku.

XV. NADZOR URESNIČEVANJA PRAVIC

265. člen

(1) Zavod mora organizirati in izvajati nadzor nad uveljavljanjem pravic in obveznosti iz obveznega zavarovanja. V ta namen mora:

1. vzpostaviti, vzdrževati in varovati ustrezne evidence in podatkovne baze v skladu s posebnim zakonom;

2. nadzirati izvajanje pogodbe in obračunavanje zdravstvenih storitev pri izvajalcih;
3. preverjati in nadzirati uveljavljanje pravil.

(2) Za izvajanje nadzora iz prejšnjega odstavka so delodajalci, pravne in fizične osebe ter izvajalci dolžni posredovati vse podatke, ki so pomembni za izvajanje obveznega zavarovanja. Prav tako so zavodu dolžni omogočiti vpogled v podatke in dokumentacijo za uveljavljanje pravic zavarovanih oseb in za postopke povrnitve škode.

266. člen

(1) Zavod izvaja kontrolo začasne zadržanosti od dela (laično kontrolo), lahko pa za to s pogodbo pooblasti ustrezne pravne ali fizične osebe. Laično kontrolo naroči za vsak primer posebej imenovani zdravnik. Pri nadzoru izvajalci kontrole ugotavljajo, ali je ravnanje zavarovanca v skladu z navodili osebnega zdravnika oziroma imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije.

(2) Izvajalci laične kontrole nimajo pravice vpogleda v medicinsko dokumentacijo.

267. člen

(1) Izvajalci so dolžni posredovati imenovanim zdravnikom ali zdravstvenim komisijam zavoda podatke in medicinsko dokumentacijo o zavarovanih osebah, ki je potrebna za oblikovanje ocen, mnenj in stališč o zadevah iz njihove pristojnosti.

(2) Nadzornim in drugim pooblaščenim zdravnikom, zobozdravnikom in farmacevtom zavoda so dolžni omogočiti vpogled v dokumentacijo, ki je bila podlaga za njihovo odločitev za zdravstvene storitve, napotitve k drugim zdravnikom, predpisovanje zdravil in pripomočkov ter za obračunavanje storitev zavodu ali doplačil zavarovanih oseb.

(3) V primeru zavrnitve posredovanja podatkov oziroma dokumentacije ali onemogočanja vpogleda, kot to določata prejšnja odstavka ali zamolčanja pomembnih dejstev, lahko zavod zavrne plačilo obračunanih storitev ali zahteva od izvajalca povračilo stroškov oziroma škode, ki jo je s tem imel zavod.

XVI. PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

268. člen

(1) Zavod je dolžan najpozneje 6 mesecev po sprejemu pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja uskladiti pravilnik o obrazcih in listinah za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja.

(2) Listine, potrebne za uveljavljanje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, morajo biti izpolnjene v skladu s splošnimi akti zavoda, zdravniški recept pa mora biti izpolnjen tudi v skladu s pravilnikom o natančnejši opredelitvi, načinu razvrščanja, predpisovanja in izdajanja zdravil za uporabo v humani medicini.

269. člen

(1) Za dopolnjevanje in usklajevanje določb pravil o vrstah, standardnih materialih in rokih trajanja medicinsko-tehničnih pripomočkov z rezultati tehnološkega razvoja in strokovne

doktrine zavod ustanovi posebno strokovno komisijo. V komisiji sodelujejo strokovnjaki s področja medicine, zdravstvene ekonomike in prava.

(2) Strokovna komisija iz prejšnjega odstavka začne postopek za dopolnitev pravil na podlagi strokovne, tehnične in finančne dokumentacije, ki jo predložijo ustrezni strokovni organi ali Svet invalidskih organizacij Slovenije.

(3) Sestavo in način dela strokovne komisije iz prvega odstavka določi upravni odbor zavoda.

270. člen

Določbe 98., 99. in 100. člena začnejo veljati po datumu izvedbe javnega razpisa in se uporabljajo od sklenitve pogodb dalje.

271. člen

(1) Določba drugega odstavka 16. člena pravil se prične izvajati najkasneje ob spremembi predpisov s področja pokojninskega in invalidskega zavarovanja, ki urejajo krajevno pristojnost. Do takrat vlagajo zavezanci prijave, objave in sporočajo spremembe med obveznim zdravstvenim zavarovanjem pri območni enoti zavoda, ki je pristojna v skladu s dosedanjim drugega odstavkom 16. člena pravil.

(2) Določba prvega odstavka 159. člena pravil se prične izvajati najkasneje s 1. 7. 2005. Do takrat uveljavlja zavarovana oseba pravico do denarnih dajatev pri enoti zavoda pri kateri je prijavljena v obvezno zavarovanje.

271.a člen

Zavod zagotavlja pripomočke iz 13. točke prvega odstavka 65. člena pravil do 1. 10. 2004. Od takrat dalje zagotavljajo te pripomočke domovi za starejše, drugi splošni in posebni socialni zavodi in zavodi za usposabljanje iz svojih materialnih stroškov v skladu s Splošnim dogovorom za leto 2004.

271.b člen

Določbe tretjega odstavka 85. člena, prvega odstavka 188. člena in četrtega odstavka 212. člena pravil se pričnejo izvajati najkasneje 1. 1. 2005.

272. člen

To prečiščeno besedilo pravil se objavi v Uradnem listu Republike Slovenije in prične veljati petnajsti dan po objavi.

[Priloga 1: Šifrant ortopedskih, ortotičnih, očesnih, slušnih in drugih pripomočkov](#)