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).

**PRAVILA**

**obveznega zdravstvenega zavarovanja**

**(neuradno prečiščeno besedilo št. 10)**

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 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.     izbrani 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.  izvajalec – javni zdravstveni zavod in druge fizične ali pravne osebe, ki imajo pogodbo z zavodom za opravljanje zdravstvene dejavnosti;

14.  standard – vrsta in količina storitev, ki sodijo v obvezno zdravstveno zavarovanje, normativi zdravstvenih storitev, njihova vrednost ter postopki in pogoji;

15.  kartica zdravstvenega zavarovanja – identifikacijski dokument zavarovane osebe;

16.  napotnica – listina, s katero osebni zdravnik prenaša pooblastila na druge zdravnike, ki so na isti ali višji ravni kot on;

17.  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;

18.  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;

-  zobnoprotetični pripomočki;

-  drugi tehnični pripomočki;

19.  nujno zdravljenje – zdravstvene storitve, opredeljene v 100. členu pravil;

20.  nujna medicinska pomoč – nujne in neodložljive storitve za ohranitev življenjsko pomembnih funkcij, zaustavljanje večjih krvavitev, preprečitev nenadnih in usodnih poslabšanj zdravstvenega stanja, ki bi lahko povzročila trajne okvare posameznih organov ali življenjskih funkcij ter antišok terapija;

21.  neodložljive zdravstvene storitve – nujne medicinske storitve in zdravstvene storitve nujnega zdravljenja, katerih opustitev bi lahko povzročila nepopravljive okvare zdravja.

**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, ki so na usposabljanju ali opravljajo delo oziroma izvajajo aktivnosti iz 17. in 18. člena zakona, so obvezno zavarovane le za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni, ne glede na to, ali sicer izpolnjujejo pogoje za pridobitev lastnosti zavarovane osebe.

**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**

(1) Zavod prizna lastnost zavarovane osebe z izdajo kartice zdravstvenega zavarovanja.

(2) Osebi iz drugega odstavka 5. člena pravil, ki ne izpolnjuje pogojev za pridobitev lastnosti zavarovane osebe, izda zavod listino, določeno s posebnim aktom. Z njo lahko uveljavlja le pravico do zdravljenja poškodb pri delu in poklicnih bolezni, do katerih je prišlo na usposabljanju ali izvajanju del, zaradi katerih je zavarovana.

**8. člen**

Zavod lahko zavrne sprejem v obvezno zavarovanje le tistim 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.     prejemniki denarnega nadomestila po zakonu o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih odraslih oseb – z dnem, ko pridobijo pravico do nadomestila;

8.     prejemniki stalne denarne pomoči kot edinega vira preživljanja – z dnem, ko pridobijo to pravico;

9.     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;

10.  upokojenci s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki prejemajo pokojnino iz tujine - z dnem, ko pridobijo stalno prebivališče v Republiki Sloveniji;

11.  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;

12.  prejemniki invalidnin po 15. točki in priznavalnin po 18. točki 15. člena zakona – z dnem, ko pridobijo pravico;

13.  vojaški obvezniki, ki so v civilni službi kot nadomestilu vojaškega roka- z dnem, ko začnejo opravljati civilno službo;

14.  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;

15.  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;

16.  tujci na izobraževanju ali izpopolnjevanju v Republiki Sloveniji – z dnem, ko se pričnejo izobraževati oziroma izpopolnjevati v Republiki Sloveniji;

17.  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;

18.  osebe iz 21. točke 15. člena zakona – z dnem, ko se prijavijo v zavarovanje;

19.  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;

20.  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 denarnega dodatka.

(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, ki so navedeni v 17. in 18. členu zakona, so dolžni zavarovati svoje udeležence za poškodbe pri delu in poklicne bolezni ter jih prijaviti zavodu pred začetkom del, izjemoma pa najpozneje v treh 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.

**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. Pri tem so zavodu dolžni predložiti tudi druge listine, ki so pomembne za ugotavljanje pogojev za obvezno zavarovanje oziroma za določitev lastnosti zavarovane osebe.

(2) Zavezanci vlagajo prijave, odjave in sporočajo spremembe med obveznim zavarovanjem:

1.     za zavarovance iz 1., 3., 6., 7., 8., 11., 12., 13. in 19. točke 9. člena pravil ter njihove družinske člane - pri območni enoti zavoda, ki je pristojna po sedežu delodajalca oziroma obratovalnice, izplačevalca prejemkov ali zavezanca za prijavo;

2.     za ostale zavarovance in njihove družinske člane pri enoti zavoda, ki je pristojna glede na kraj njihovega stalnega oziroma začasnega prebivališča v Republiki Sloveniji.

**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) 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 zajamčena 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 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 izbranemu 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. 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 na svojo željo zamenjala osebnega zdravnika, 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.     tehničnih pripomočkov;

7.     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;

8.     pogrebnine;

9.     posmrtnine;

10.  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, 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**

(1) 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.

(2) **(črtan)**.

**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 za ugotavljanje trajne nezmožnosti za delo, ki po svoji vsebini ali zahtevnosti presegajo raven, ki je dogovorjena med zavodom in Zavodom za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije s posebno pogodbo;

6.     storitve alternativne diagnostike, zdravljenja ali rehabilitacije, za katere ni dal soglasja minister, ki je pristojen za zdravstvo.

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 ambulanto;

8.     zagotavljanje storitev 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.     dojenčkih 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 novinca 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 svetovanja o načrtovanju družine, preprečevanju nenačrtovane zanositve in spolno prenosnih boleznih ter posledične neplodnosti s poudarkom na posebnostih mladostniške populacije;

-   kontracepcijska sredstva;

-   do 10 sistematičnih pregledov v nosečnosti in dve ultrazvočni preiskavi;

-   odkrivanje nosilk HBs antigena, okuženih s toksoplazmozo in sifilisom;

-   izjemoma en obisk pri nosečnici v drugi polovici nosečnosti;

-   zdravniški pregled 6 tednov po porodu, 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;

-   zgodnje odkrivanje raka vratu maternice in dojk enkrat letno pri ženskah, starih 20 let in več;

-   genetsko svetovanje;

-   amniocenteza in kariotipizacija pri pozitivnem presejalnem testu, ki ga je plačala nosečnica sama pri nosečnicah, mlajših od 35 let,

-   presejalni test pri nosečnicah, starih med 35. in 37. letom ter v primerih, če je ta pozitiven tudi amniocenteza in kariotipizacija,

-   amniocenteza in kariotipizacija ali presajalni test pri nosečnicah, starih nad 37 let. V primeru, da se odloči za presejalni test, ni upravičena do drugih preiskav.

4.     zavarovanih osebah, starih 25 let in več:

-   sistematični preventivni pregledi za preprečevanje kroničnih degenerativnih bolezni vsakih 5 let ob rednem obisku pri zdravniku;

-   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;

-   obdobni pregledi enkrat letno s katerimi se preverja, ali zdravstveno stanje osebe še ustreza zahtevam in obremenitvam izbrane športne panoge, če v zadnjih šestih 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 pravico 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.     zobnoprotetični nadomestki, ki so opredeljeni s pravili;.

4.     kontrolni pregled šest mesecev po končanem konzervativnem ali zobnoprotetičnem 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 zobnoprotetičnih 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.     priveska, kadar se z njim nadomesti stranski sekalec, ki je togo vezan na podočnik;

3.     mostička, če manjka zavarovani osebi:

-   en ali več zob v vidnem področju;

-   najmanj trije zobje v vrzeli zapored ali štirje zobje v dveh vrzelih v istem ali v obeh kvadrantih oziroma v zaporedju in jih je možno nadomestiti z enim mostičkom. Pri tem med manjkajoče zobe ne šteje modrostnik;

4.     snemne delne proteze, če manjkajo:

-   trije ali več zob zapored in izdelava mostička ni možna;

-   trije ali več zob na koncu zobne vrste (najmanj kočniki) enostransko ali ob tem še kakšen zob v istem ali drugem kvadrantu iste čeljusti;

-   zobje v več vrzelih in bi vsaka zase predstavljala pravico do mostička skladno s pravili.

5.     totalne zobne proteze, če manjkajo zavarovani osebi vsi zobje v eni čeljusti.

**31. člen**

(1) Zavarovane osebe do dopolnjenega 18. leta starosti in študentje imajo ne glede na opredelitve iz prejšnjega člena pravico do strokovno indiciranih zobnoprotetičnih 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 zobnoprotetičnih 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) Zavarovana oseba ima tudi pravico do začasne snemne proteze, če iz anatomskih, bioloških ali funkcionalnih razlogov ni mogoče izdelati trajnega nadomestka, ki je pravica iz obveznega zavarovanja, v času, ki bi bil krajši od 6 mesecev. Ta pravica ne vključuje izdelave začasne prevleke in začasnega mostička.

(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 zobnoprotetičnimi nadomestki, ki so pravica po pravilih.

**34. člen**

(1) Zavarovana oseba do dopolnjenega 18. leta starosti ima pravico do ortodontskega zdravljenja, ki vključuje izdelavo potrebnega snemnega ortodontskega aparata.

(2) Pri stanjih, pri katerih s snemnimi aparati ni mogoče doseči korekture disgnatije, ima zavarovana oseba pravico do fiksnega ortodontskega aparata. Če tak aparat želi zavarovana oseba, pa do njega ni upravičena, ker bi bilo možno disgnatijo zdraviti s snemnim aparatom, krije zavod le stroške za izdelavo snemnega ortodontskega aparata.

(3) Zavarovana oseba ima pravico do ortodontskega zdravljenja po dopolnjenem 18. letu starosti, kadar začeto zdravljenje ni bilo končano do 18. leta.

**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, sanitetni material in 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 zunaj telesne oploditve, in sicer do največ štirih poskusov v rodnem obdobju za vsak porod.

**38. člen**

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

1.     strokovno, tehnološko in organizacijsko zahtevnejše storitve, ki jih ni mogoče opraviti v osnovni ali specialistično-ambulantni dejavnosti;

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 sanitetnega 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 pretežno doji hospitaliziranega otroka, ima v tem času pravico do bivanja v bolnišnici. 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 zdravniška komisija zavoda ugotovi, 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, entero-patski 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;

-   metabolni revmatizem (kronični poliartikularni protin z deformacijami sklepov v umirjenem obdobju bolezni);

-   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 gastroduo-denopatija 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 post-operativni radioterapiji ali obsevalni terapiji;

-   stanja po popolni odstranitvi maternice, jajcevodov in jajčnikov s komplikacijami;

-   stanja po operativnem zdravljenju malignoma dojk;

-   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.     duševne motnje z asocialnimi in. antisocialnimi znaki oziroma obnašanjem ali z nagnjenostjo k samomoru;

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 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 zdravniška 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 zdravniška komisija v skladu s standardi. Standarde storitev po posameznih bolezenskih stanjih določita Zavod in Ministrstvo za zdravstvo v sodelovanju s Skupnostjo slovenskih naravnih zdravilišč.

(2) Obseg storitev iz prejšnjega odstavka se lahko spremeni na predlog zdraviliškega zdravnika in s soglasjem zdravniške 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 paralitikom 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 takojšnjo 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;

3.     v primeru, ko bi bil prevoz z javnim prevoznim sredstvom lahko škodljiv;

4.     prevozi zavarovane osebe s spremstvom zdravstvenega delavca;

5.     prevozi, ki niso nujni in jih je možno opraviti tudi z vozili, ki ne izpolnjujejo pogojev, ki so predpisani za reševalna vozila. Med te prevoze štejejo prevozi zavarovane osebe na dializo in z nje ter na naročene kontrolne preglede, prevoz pa je možen v sedečem položaju in brez spremstva zdravstvenega delavca. Take prevoze je možno opraviti za več oseb hkrati.

**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**

Zavod lahko zagotovi prevoze iz 5. točke 54. člena pravil s sklenitvijo pogodb s prevozniki, v katerih opredeli obveznosti prevoznika ter organizacijo prevozov.

**57. 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

**58. člen**

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

(2) Ta pravica se nanaša na zdravila, ki imajo dovoljenje za dajanje v promet v Sloveniji, so uvrščena na pozitivno ali vmesno listo zdravil zavoda in jih je predpisal osebni zdravnik zavarovane osebe ali po njem pooblaščeni zdravnik.

**59. člen**

Na recept je mogoče predpisati zdravila pri:

1.     akutnih stanjih za največ 10 dni;

2.     kroničnih boleznih oziroma stanjih, pri katerih je potrebna dolgotrajna uporaba zdravila, do ponovnega kontrolnega pregleda pri zdravniku, vendar največ za tri mesece. Izjemoma je možno predpisati količino zdravil, ki presega trimesečno porabo pri sladkornih bolnikih, ki so usposobljeni za samokontrolo bolezni.

**60. člen**

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

1.     zdravil, ki niso registrirana. Ta zdravila zagotovi zavarovani osebi v nujnih primerih ustrezna klinika ali inštitut, če ugotovi, da jih ni mogoče nadomestiti z zdravilom, ki ima enakovreden učinek in dovoljenje za promet v Sloveniji;

2.     ampuliranih in drugih zdravil, ki jih smejo dajati zavarovani osebi le zdravniki oziroma zdravstveni delavci. Izjemoma je amputirana zdravila mogoče predpisati na recept v primerih, ko je bolnik usposobljen, da si jih daje sam;

3.     zdravil, ki se uporabljajo pri nujni medicinski pomoči;

4.     zdravil, ki se uporabljajo med stacionarnim zdravljenjem v bolnišnicah, klinikah in inštitutih;

5.     zdravil, ki se dajejo s pomočjo posebnih naprav;

6.     materialov, ki se uporabljajo za obvezovanje ran ali za trdno obvezo;

7.     kontrastnih ali drugih diagnostičnih kemičnih sredstev;

8.     cepiv, serumov in infuzijskih raztopin;

9.     intrauterinih in mehanskih kontracepcijskih sredstev.

(2) Zdravila, sanitetni 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 izdano dovoljenje za promet v Sloveniji. Na predlog ustrezne klinike oziroma inštituta lahko dovoli urad 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 poravna izvajalcem zavod v skladu z določili pogodbe o izvajanju programa zdravstvenih storitev.

**61. člen**

(1) Zavod poravna 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 po 25. členu zakona in pravilih;

2.     v odstotnem deležu vrednosti zdravil s pozitivne in vmesne liste v vseh drugih primerih.

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

(3) Kriterije za razvrstitev zdravil v liste predpiše zavod s sklepom v soglasju z ministrom za zdravstvo. Razvrstitev na podlagi sprejetih kriterijev sprejme upravni odbor zavoda.

IV/9. Pravica do spremstva

**62. 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 pooblaščeni zdravnik ali zdravniška komisija, v primerih 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.

**63. 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.

**64. 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.

V. PRAVICE DO TEHNIČNIH PRIPOMOČKOV

**65. člen**

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

(2) Med tehnične pripomočke ne štejejo pripomočki, ki se vgrajujejo v telo ali se uporabljajo le 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 tehničnih pripomočkov, ki morajo biti individualno prilagojeni.

(3) Tehnični pripomočki so praviloma individualna pravica zavarovane osebe in postanejo njena last, razen v primerih iz 96. člena pravil.

**66. člen**

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

1.     sobno dvigalo;

2.     negovalno posteljo z vsemi dodatki;

3.     toaletni stol in voziček za prevoz bolnikov ter otroški tricikel;

4.     trapez za obračanje;

5.     pripomočki in materiali za zdravstveno nego;

6.     podloge, predloge ali hlačne predloge (plenice) ali vpojne in nepropustne hlačke pri bolezenski inkontinenci;

7.     blazine oziroma sistem za preprečevanje preležanin;

8.     katetre;

9.     brizgalke za injekcije;

10.  sedež za kopalno kad;

11.  nastavek za toaletno školjko;

12.  varovalno posteljno ograjo;

13.  prenosni nastavljiv hrbtni naslon;

14.  posteljno mizico;

15.  terapevtski valj, žogo, gibalno desko in blazine;

16.  navadna stojka;

17.  dvigalo za kopalnico.

(2) Domovi za starejše, drugi splošni in posebni socialni zavodi in zavodi za usposabljanje morajo zavarovani osebi zagotoviti pripomočke iz prejšnjega odstavka iz svojih materialnih stroškov, razen pripomočkov iz 6. točke, ki jih zagotavlja zavod v skladu s pravili in po pogodbi.

**67. 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 poravna tudi stroške popravil in zamenjav delov teh pripomočkov. Zavod poravna 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, če serviser zagotovi, da bo pripomoček uporaben najmanj še polovico trajnostne dobe 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) Proizvajalec pripomočka ali njegov prodajalec krije v garancijskem roku stroške popravil, ki so potrebna zaradi neustrezne kakovosti ali napak v materialu.

V/l. Pravica do protez, ortoz (opornic) in ortopedskih čevljev

**68. člen**

(1) Zavarovana oseba, ki ji manjka zgornji ali spodnji ud ali njegov del, ima pravico do:

1.     proteze za manjkajoči oziroma prizadeti ud;

2.     proteze za kopanje;

3.     funkcionalnega in delovnega nastavka;

4.     bergel;

5.     navlek za krn;

6.     nepodloženih usnjenih rokavic.

(2) Pravico do proteze za kopanje ima oseba, ki so ji amputirali spodnji ud. V tem primeru lahko dobi tudi par bergel.

(3) Zavarovani osebi, ki je upravičena do proteze za zgornji ali spodnji ud, pripada tudi 6 navlek za krn na leto.

**69. člen**

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

**70. člen**

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

**71. 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 ortopedskih čevljev.

(2) Zavarovana oseba ima pravico do posebej izdelanih ortopedskih 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 močneje deformiran skočni sklep in stopalo, vštevši močnejšo deformacijo nožnih palcev in je potrebno izdelati obutev po mavčnem odlitku;

3.     imajo prirojeno ali pridobljeno močneje 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;

6.     imajo elefantiazo.

**72. člen**

Zavarovana oseba ima v primeru izgube posameznih delov telesa pravico do umetnega nosu, umetnega uhlja, umetne dojke, dela obraza, dlani in prstov (estetske proteze) in tudi do lasulje.

V/2. Pravica do vozičkov in drugih pripomočkov za gibanje, stojo in sedenje

**73. člen**

(1) Zavarovani osebi s težjo funkcijsko prizadetostjo 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) Zavarovana oseba je upravičena do vozička za prevoz v primeru, če gre za začasno funkcijsko prizadetost ali če ta voziček zaradi drugih razlogov potrebuje krajši čas.

**74. člen**

(1) 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.

(2) Motorično prizadeti otroci imajo poleg vozička pravico do prilagojenega otroškega tricikla.

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

**75. člen**

Zavarovana oseba, ki ima na podlagi določbe 73. 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.

**76. 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 nepravilnosti v sklepih in zaradi drugih vzrokov, 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;

9.     **(črtana)**.

**77. člen**

Zavarovana oseba ima pravico do posebnega prenosnega sedeža s podvozjem, kadar zaradi narave prizadetosti ne more uporabljati pripomočkov iz 73. in 74. člena pravil.

**78. 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

**79. člen**

Zavarovana oseba ima pravico do:

1.     korekcijskih stekel za izboljšanje vida zaradi nepravilnega lomljenja žarkov (ametropije), zaradi starovidnosti (presbiopije) pri starosti nad 63 let;

2.     mlečnih stekel 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.     stanjšanih (lentikularnih) stekel pri ametropiji 8 in več dioptrij;

5.     mnogožariščnih (multifokalnih) stekel za korekcijo brezlečnosti (afakije) pri otrocih do 15. leta starosti.

**80. 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 zrklu (intrabulbarnega tujka), 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.

**81. 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.

**82. 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).

**83. člen**

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

**84. 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).

**85. člen**

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;

4.     Braillovega pisalnega stroja, če gre za slepo ali slabovidno osebo, ki obvlada Braillovo pisavo;

5.     kasetofona, če gre za slepo ali slabovidno osebo s preostankom vida 20 odstotkov (v = 0,2) ali manj.

V/4. Pravica do pripomočkov za sluh in govor

**86. člen**

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.

**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 (brezžični 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 tehničnih pripomočkov

**89. člen**

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

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.     pasu za stomo s pripravki za nego kože;

6.     prevlek za. zbirno vrečko;

7.     vrečk za stomo ali irigator ter eno vrečko za stomo dnevno;

8.     kožnih podlag (ploščic);

9.     vrečk za stomo z vgrajeno kožno podlago;

10.  paste in prahu za nego kože pri stomi;

11.  zamaškov za stomo;

12.  vrečk za seč;

13.  zbiralnika za seč (urinala);

14.  urinalkondomov;

15.  lepilnih trakov za fiksacijo urinalkondomov;

16.  vrečk za seč z vgrajeno kožno podlago;

17.  urinskega katetra za enkratno ali večkratno uporabo;

18.  predlog ali hlačnih predlog (plenic) ali vpojnih in nepropustnih hlačk za večkratno uporabo pri bolezenski inkontinenci;

19.  merilca pretoka zraka pri stalnih dihalnih težavah;

20.  katetrov za dovajanje kisika (nazalnih, binazalnih) za enkratno ali večkratno uporabo;

21.  endotrahealne kanile (kovinske, plastične) za enkratno ali večkratno uporabo;

22.  brizg in igel za enkratno uporabo;

23.  diagnostičnih trakov za določanje glukoze v urinu in krvi, prožilne naprave ter lancet;

24.  mehanskega injektorja za zdravljenje sladkorne bolezni;

25.  razpršilca zraka (inhalatorja);

26.  zaščitne čelade, če gre za otroka z epilepsijo ali težko prizadetostjo;

27.  aspirator;

28.  aspiracijski kateter;

29.  kanila z govorno valvulo.

(2) 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, obliži z gazo, staničevina, vatiranci in lepilni trakovi za pritrditev povoja.

**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**

Zavarovana oseba ima pravico do aparata za določanje glukoze v krvi, kadar je usposobljena za izvajanje samokontrole in zdravljenja nestabilne sladkorne bolezni.

**92. člen**

(1) Zavarovana oseba ima pravico do električnega stimulatorja pri inkontinenci urina ali blata, če se s tem pričakuje izboljšanje funkcije sfinkterne muskulature 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**

(1) Zavarovana oseba ima pravico do psa vodnika, če gre za slepo osebo z vidom do 0,02 z ustreznimi psihofizičnimi lastnostmi in primernimi bivalnimi pogoji.

(2) Zavod zagotovi taki osebi sredstva za nakup in šolanje psa, ne pa tudi sredstev za vzdrževanje psa.

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

**94. člen**

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

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

**95. 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, uporabo aparata za nadomestno sporazumevanje, če zdravniška komisija oceni, da 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 uporabo

**96. člen**

(1) Zavod omogoči zavarovani osebi, da dobi v uporabo tehnične pripomočke, ki jih rabi trajno in jih je možno po uporabi usposobiti za nadaljnjo uporabo. To so:

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);

4.     vozički in prilagojeni otroški tricikli;

5.     sobno dvigalo;

6.     dvigalo za kopalnico (hidrolift);

7.     negovalna postelja;

8.     aparat za nadomestno sporazumevanje;

9.     ventilator;

10.  slušni aparat;

11.  drugi pripomočki, ki jih določi zavod.

(2) Zavod omogoči zavarovani osebi, da dobi v začasno uporabo tehnične pripmočke, katerih uporaba bo krajša od trajnostne dobe. To so:

1.     blazine za preprečevanje preležanin (posteljne);

2.     voziček za prevoz bolnika;

3.     bergle;

4.     hodulja;

5.     sobno dvigalo;

6.     negovalna postelja;

7.     trapez za obračanje;

8.     posteljna mizica;

9.     prenosni hrbtni naslon;

10.  štiritočkovna ortoza

11.  toaletni stol

12.  aspirator

13.  drugi pripomočki, ki jih določi zavod.

(3) Pogoje in način uresničevanja pravice iz prejšnjega odstavka določi zavod.

**97. člen**

Zavarovana oseba mora zavodu vrniti pripomočke iz prejšnjega člena, ko jih ne potrebuje več ali če so zaradi. anatomskih oziroma funkcionalnih sprememb postali neuporabni. V primeru smrti zavarovane sebe morajo to storiti svojci ali zdravstveni oziroma socialni zavod, v katerem je bivala pred smrtjo.

VI. PRAVICE ZAVAROVANIH, OSEB, KI JIM ZAKON ZAGOTAVLJA NUJNO ZDRAVLJENJE BREZ DOPLAČIL

**98. člen**

Zavarovane osebe imajo pravico do nujnega zdravljenja brez doplačil za storitve iz 2., 3. in 4. točke 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.

**99. 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.     zobnoprotetične pripomočke in storitve;

5.     očesne in slušne pripomočke ter pripomočke iz 76. 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.

**100. člen**

Nujno zdravljenje iz prejšnjega člena obsega:

1.     ohranitev življenjsko pomembnih funkcij, zaustavljanje večjih krvavitev oziroma preprečitev izkrvavitve;

2.     preprečitev nenadnega poslabšanja zdravstvenega stanja, ki bi lahko povzročilo, trajne okvare posameznih organov ali življenjskih funkcij;

3.     zdravljenje šoka;

4.     storitve pri kroničnih boleznih in stanjih, katerih opustitev bi neposredno in v krajšem času povzročila invalidnost, druge trajne okvare zdravja ali smrt;

5.     zdravljenje vročinskih stanj in preprečevanje širjenja infekcije, ki bi utegnila voditi do septičnega stanja;

6.     zdravljenje oziroma preprečevanje zastrupitev;

7.     zdravljenje zlomov kosti oziroma zvinov ter drugih poškodb, pri katerih je nujno posredovanje zdravnika;

8.     zdravila s pozitivne liste, ki so predpisana na recept za zdravljenje navedenih stanj;

9.     nujne prevoze z reševalnimi in drugimi vozili v teh primerih.

**101. člen**

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

(2) Zavarovana oseba iz 98. in 99. člena pravil ima pravico do nujnih in neodložljivih storitev specialistično-ambulantne in bolnišnične dejavnosti, če jih ni mogoče zagotoviti v osnovni dejavnosti. To pravico uveljavlja po postopku, ki je določen s pravili.

**102. člen**

(1) Zavarovana oseba iz 98. in 99. člena pravil ima pravico tudi do naslednjih pripomočkov:

1.     trapeza za obračanje 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 in hlačnih predlog (plenic) pri inkontinenci.

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

VII. STANDARDI STORITEV, TEHNIČNIH PRIPOMOČKOV IN MATERIALOV

**103. 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.

**104. člen**

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

**105. člen**

V standard storitev po 103. in 104. členu pravil se vštevajo tudi:

1.     zdravila, potrebna za diagnostiko in zdravljenje, ki jih v skladu s pravili ni mogoče predpisovati na recept;

2.     tehnični pripomočki, sanitetni material in materiali, ki se občasno ali trajno vgrajujejo v telo ter jih izvajalci uporabljajo pri diagnostiki, zdravljenju, zdravstveni negi v zavodih in rehabilitaciji.

**106. člen**

(1) Storitve iz prvega odstavka 103. 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 na zahtevo zavarovane osebe izven tega časa, štejejo za standard le, če gre za nujno medicinsko pomoč.

**107. 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, upoštevaje mrežo javne zdravstvene službe.

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

1.     takoj – v primerih nujne medicinske pomoči;

2.     v najkrajšem možnem času v drugih primerih nujnega zdravljenja;

3.     po določenem času (čakalni dobi) pri storitvah, ki niso prioritetne, jih je mogoče vnaprej načrtovati oziroma odložiti in so določene s pogodbo med zavodom in izvajalcem.

**108. 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.

**109. člen**

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

(2) Standardni materiali za izdelavo protez, ortoz in ortopedskih 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 ortopedskih 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.

**110. 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.     vlitih zalivkah srebropaladijeve oziroma polžlahtne zlitine za vlivno tehniko;

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 kromkobaltmolibdenove 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 fiksnih, pa konfekcijsko pripravljeni kovinski in drugi elementi.

**111. člen**

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

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

(3) Pri tehničnih pripomočkih, za katere ni določen cenovni standard, šteje za standard funkcionalno ustrezen, najcenejši ter na slovenskem tržišču dosegljiv pripomoček.

VIII. TRAJNOSTNE DOBE PRIPOMOČKOV IN ZOBOZDRAVSTVENIH STORITEV

**112. 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      -­         proteza za spodnji ud      ­-         prva poskusna proteza za zgornji ud      -­         prva poskusna proteza za spodnji ud | 10 mesecev  10 mesecev  5 mesecev  5 mesecev | 36 mesecev  24 mesecev  6 mesecev  6 mesecev |
| -­         proteza za kopanje za spodnji ud      -­         ortopedski čevlji      -     ortopedski vložki­     **(črtana)** | 20 mesecev  8 mesecev  8 mesecev **(črtano)** | 60 mesecev  12 mesecev  12 mesecev **(črtano)** |
| -        nepodložene usnjene rokavice      -    ­     kilni pas      -    ­     bergle | 12 mesecev  8 mesecev  12 mesecev | 24 mesecev  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. lasulja, umetna dojka in drugi pripomočki za estetsko restavriranje         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            3 leta

16.  mehanski injektor                                      3 leta

17. blazina za preprečevanje preležanin (posteljna, sedežna, za ude)            3 leta

18.  razpršilec (inhalator)                                  1 leto

19.  merilec pretoka zraka                                5 let

20.  sobno dvigalo ali dvigalo za kopalnico      10 let

21.  kasetofon                                                   10 let

22. terapevtski valji, žoge, blazine in gibalne deske                                         3 leta

23.  toaletni stol                                                 5 let

24.  stalni urinski kateter                                   14 dni

25.  kateter za dovajanje kisika                        1 mesec

26.  endotrahealna kanila

­ kovinska                                                  6 mesecev

­ plastična                                                  1 mesec

27.  sprožilna naprava (za lancete)                  3 leta

28.  aparat za nadomestno sporazumevanje   4 leta

29.  koncentrator 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.  irigator                                                        1 leto

37.  akumulator                                                 3 leta

38.  kanila z valvulo                                          4 mesece

39.  aspiracijski kateter                                     1 mesec

40.  ventilator                                                    8 let.

**113. člen**

Tehnični pripomočki, ki so enkratna pravica in zato trajnostna doba ni določena, so:

1.     Braillov pisalni stroj,

2.     varovalna posteljna ograja,

3.     sedež za kopalno kad,

4.     nastavek za toaletno školjko,

5.     posteljna mizica,

6.     prenosni nastavljivi hrbtni naslon.

**114. člen**

(1) Zavarovana oseba, ki je upravičena do predlog oziroma hlačnih predlog (plenic), ima pravico do največ 90 kosov mesečno. V primeru uporabe vpojnih in nepropustnih hlačk, ima zavarovana oseba pravico do največ 8 komadov na tri mesece.

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

**115. člen**

Trajnostne dobe pripomočkov za vid znašajo najmanj:

1.     očala                                                                 2 leti

-  pri otrocih do 15. leta starosti in pri odraslih z ametropijo 10,0 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 10,0 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

**116. 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                                            5 let.

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

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

**117. člen**

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

1.     zalivke iz provizoričnih polnilnih materialov pri šolarjih in mladini 6 mesecev (za predšolske otroke ni časovne omejitve);

2.     zalivke iz silikofosfatnih oziroma silikatnih polnilnih materialov 1,5 leta;

3.     zalivke iz amalgama 3 leta;

4.     zalivke iz kompozitnih materialov 3 leta.

(2) Trajnostna doba zobnoprotetičnih nadomestkov znaša pri:

1.     prevlekah, kronah in mostičkih 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.

**118. člen**

(1) Rok trajanja pripomočka začne teči od dneva, ko ga zavarovana oseba prejme.

(2) Proizvajalec ali dobavitelj je dolžan 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 proizvajalec oziroma prodajalec s popravilom ali zamenjavo.

**119. člen**

Trajnostna doba zobozdravstvenih storitev in pripomočkov teče od dneva opravljene storitve. Od tega dne do izteka trajnostne dobe je izvajalec dolžan opraviti vsa morebitna potrebna popravila na svoj račun. 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.

**120. 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.

**121. člen**

Zavarovana oseba lahko dobi nov pripomoček pred iztekom trajnostne dobe le, če je prišlo do takšnih anatomskih ali funkcionalnih sprememb, zaradi katerih je postal neuporaben.

IX. PREDHODNO ZAVAROVANJE

**122. člen**

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

**123. člen**

Predhodno zavarovanje je:

1.     za zobnoprotetične fiksne in snemne nadomestke ter za očesne in slušne pripomočke 6 mesecev;

2.     za druge pripomočke 3 mesece.

**124. člen**

(1) Pogoj 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) Pogoj predhodnega zavarovanja ne velja za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni.

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

**125. člen**

Zavarovana oseba lahko uveljavlja pravico do zdravstvenih storitev v tujini, 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 začasno naseli v tujini;

5.     če se za stalno naseli v tujini.

**126. 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 mednarodna pogodba ne določa drugače.

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

**127. člen**

(1) Zavarovana oseba na zasebnem ali službenem potovanju v tujini ima pravico do nujnega zdravljenja.

(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.

**128. člen**

Zavarovani osebi je v času rednega šolanja in podiplomskega študija v tujini zagotovljeno nujno zdravljenje.

**129. člen**

Zavarovana oseba, ki se za stalno ali začasno preseli v tujino in ni opredeljena v 126. in 128. členu pravil, ima pravico do nujnega zdravljenja prvih šest mesecev bivanja v tujini, po preteku te dobe pa tudi druge pravice v obsegu in standardu, ki je zagotovljen zavarovanim osebam v Sloveniji, če mednarodna pogodba ne določa drugače.

**130. člen**

(1) Zavarovana oseba iz 125. člena ima v tujini v okviru nujnega zdravljenja pravico do bolnišničnega zdravljenja največ 30 dni. Po tej dobi mora za podaljšanje zdravljenja v tujini dobiti soglasje zavoda. Pred izdajo soglasja zdravniška komisija zavoda ugotovi, ali je možno nadaljevati zdravljenje v domovini in prevoz zavarovane osebe iz tujine. Zavod soglasje izda, če:

1.     nadaljevanje zdravljenja oziroma rehabilitacija pri izvajalcih v Sloveniji ne bi bila izvedljiva, ker za to niso usposobljeni;

2.     prevoz zaradi zdravstvenega stanja ni možen.

(2) Bolnišnično zdravljenje iz prejšnjega odstavka lahko traja največ do dne, ko je zavarovana oseba sposobna za premestitev k izvajalcu v Slovenijo.

(3) Zavod ne poravna stroškov zdravstvenih storitev, če je zavarovana oseba nadaljevala zdravljenje v bolnišnici v tujini po preteku 30 dni brez soglasja.

**131. člen**

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

(2) Zavarovana oseba, ki potrebuje zdravstvene storitve v določenih časovnih obdobjih, lahko uveljavlja te storitve tudi v tujini, če pred odhodom pridobi soglasje zavoda. Zavod ji ob vrnitvi prizna stroške največ do višine povprečne cene takih zdravstvenih storitev v Sloveniji.

Vprašanja in odgovori

**132. člen**

(1) Zavarovana oseba, ki uveljavlja nujne zdravstvene storitve v državi, s katero ima Republika Slovenija sklenjeno meddržavno pogodbo o urejanju zdravstvenega zavarovanja, ima pravice v obsegu in po postopku, ki je določen s to pogodbo.

(2) Zavarovana oseba, ki uveljavlja 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.

**133. člen**

Računi za zdravstvene storitve, opravljene v tujini in drugi zahtevki za povračilo, izstavljeni v tuji valuti, se preračunajo v tolarje po srednjem tečaju Banke Slovenije na dan, ko je bil vložen zahtevek.

XI. PRAVICE ZAVAROVANIH OSEB DO ZDRAVLJENJA V TUJINI

**134. člen**

(1) Zavarovana oseba ima pravico do pregleda, preiskave ali zdravljenja v tujini, 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.

**135. člen**

(1) Zavarovana oseba ima pravico do zdravil, kupljenih v tujini, če gre za zdravila, ki so predpisana na recept v skladu s pravili, in jih ni mogoče dobiti na slovenskem tržišču.

(2) Zavarovana oseba, ki ima pravico do tehničnega pripomočka v skladu s pravili, ga lahko nabavi v tujini, če ni dosegljiv na slovenskem tržišču.

(3) Zavarovana oseba lahko izjemoma in mimo postopka, ki je predviden za uveljavljanje pravic v tujini, nabavi v tujini pripomoček, do katerega bi bila upravičena, četudi je ta dosegljiv na slovenskem tržišču. V tem primeru ima pravico do povračila dejanskih stroškov, vendar največ do višine cenovnega standarda za obvezno zavarovanje. Med te pripomočke štejejo:

-       očala;

-       kontaktne leče;

-       lasulje;

-       kasetofon;

-       Braillov pisalni stroj;

-       bela palica za slepe;

-       ultrazvočna palica;

-       pripomočki za nego stome;

-       predloge, hlačne predloge in vpojne in nepropustne hlačke.

XII. PRAVICE DO NADOMESTIL IN POVRAČIL

XII/l. Pravica do nadomestila plače

**136. 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, 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 zadržanosti od dela v vseh ostalih upravičenih primerih.

(2) Zavarovanec lahko uveljavlja pravico do nadomestila plače za čas, ko, po ugotovitvi osebnega zdravnika oziroma zdravniške 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 zdravniške 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.

**137. 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 terja 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) 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 134. člena pravil. Pravice do nadomestila plače nimajo starši v primerih, ko otrok uveljavlja pravico iz 50. do 52. člena pravil.

**138. 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, 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.

**139. člen**

(1) Osnova za nadomestilo je zavarovančeva povprečna mesečna plača in nadomestila 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) 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 nastopil delo.

**140. člen**

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

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 razen, če so bili od njih plačani prispevki;

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) 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 vštevajo plače in nadomestila, ki jih je prejel pri vseh delodajalcih.

**141. 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.

**142. člen**

Osnova za nadomestilo plače zavarovancev iz drugega oziroma tretjega odstavka 139. 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 delal v preteklem oziroma v tekočem koledarskem letu.

**143. 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.

**144. člen**

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

**145. člen**

Zavarovanec nima pravice do nadomestila plače za začasno zadržanost od dela, če:

1.     v času takšne odsotnosti opravlja pridobitno delo;

2.      **(razveljavljena)**.

**146. člen**

(1) Zavod zadrži izplačevanje nadomestila zavarovancu, ki:

1.     se brez upravičenega razloga ne odzove povabilu na pregled zdravniške 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 zdravniška komisija ugotovi, da je bil zavarovanec neopravičeno odsoten z dela, mu za ta čas ne pripada nadomestilo. Če je nadomestilo že prejel, izpelje zavod postopek za vračilo izplačanega zneska.

XIl/2. Pravica do pogrebnine in posmrtnine

**147. 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 prejemala nadomestilo ali denarno pomoč;

5.     upokojenca, ki je prejemal pokojnino po prepisih Republike Slovenije oziroma preživnino po predpisih o preživninskem varstvu kmetov;

6.     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;

7.     prejemnika nadomestila po zakonu o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih odraslih oseb;

8.     vojaškega obveznika na civilnem služenju vojaškega roka;

9.     zavarovanca z drugimi prihodki, ki je do smrti plačeval prispevek za obvezno zavarovanje;

10.  ožjih družinskih članov zavarovancev iz prejšnjih točk;

11.  ožjega družinskega člana osebe na služenju vojaškega roka, če mu je bilo v tem času zagotovljeno obvezno zavarovanje;

12.  osebe, če je bila smrt posledica poškodbe pri delu ali poklicne bolezni, nastale v primerih iz 17. in 18. člena zakona.

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

**148. člen**

(1) Višina pogrebnine 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 pogrebnine najmanj dvakrat na leto.

(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 pogrebnine, če je zavarovana oseba umrla v tujini v drugih primerih če je pokopana v Sloveniji.

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

**149. člen**

(1) Ožji družinski člani oseb iz prvega odstavka 147. člena pravil imajo pravico do posmrtnine, če jih je umrli preživljal do svoje smrti.

(2) Šteje se, da je umrli zavarovanec preživljal 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.

**150. člen**

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

(2) Višino posmrtnine določi upravni odbor zavoda.

**151. člen**

(1) Pravica do pogrebnine je upravičencem iz 147. 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

**152. 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. To pravico ima tudi zavarovana oseba, če jo zavod napoti ali pokliče v drug kraj zaradi postopkov uveljavljanja pravic iz obveznega zavarovanja.

(3) **(črtan)**.

**153. člen**

(1) Zavarovana oseba je upravičena do povračila stroškov za prevoze z javnim prevoznim sredstvom ob predložitvi vozne karte za najkrajšo razdaljo do najbližjega zdravnika oziroma zdravstvenega zavoda v posameznem koledarskem mesecu, zmanjšanem za 3% zajamčene 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 super bencina na kilometer v posameznem koledarskem mesecu, zmanjšanih za 3% zajamčene 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.

**154. člen**

Zavarovana oseba ima, ko je napotena na zdravljenje v tujino, pravico do povračila prevoznih stroškov v skladu z 152. in 153. členom pravil. Če je po mnenju zdravniške komisije 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.

**155. 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 izplačujejo delavcem državne uprave. Če mora oseba zaradi napotitve bivati v drugem kraju, ima tudi pravico do povračila stroškov za prenočevanje v višini cene hotela B kategorije. 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

**156. člen**

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

**157. člen**

(1) Zdravstvene storitve uveljavljajo zavarovane osebe pri izvajalcih, pri drugih zavodih oziroma zdravnikih pa lahko izjemoma uveljavljajo le 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 v skladu s pravili. Če so napotene na zdravljenje v tujino, uveljavljajo svoje pravice v skladu z napotitvijo.

**158. člen**

(1) Zavarovana oseba uveljavlja pravico do denarnih nadomestil, povračil potnih stroškov, pogrebnine in posmrtnine in druga povračila pri enoti zavoda, pri kateri je prijavljena v obvezno zavarovanje.

(2) Zavarovanec uveljavlja pravico do denarnih dajatev pri svojem delodajalcu, če ga je za to pooblastil zavod.

**159. člen**

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

(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, fizioterapevtske 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. Če osebni zdravnik napoti zavarovano osebo na ambulantno fizioterapevtsko obravnavo v bolnišnico ali zdravilišče lahko zavod določi, da o tem odloči zdravniška komisija.

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

XIII/1. Izbira osebnega zdravnika

**160. člen**

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

(2) Izbrani 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.

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

(4) Zdravniki, ki ne izpolnjujejo pogojev, da bi bili osebni izbrani zdravniki, ki jih določa zakon o spremembah in dopolnitvah zakona, morajo te pogoje pridobiti najpozneje do 31. 12. leta 2001. Do takrat so lahko izbrani osebni zdravniki zavarovanim osebam, ki se opredelijo za njih.

**161. 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.

**162. člen**

(1) Izbrani 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.

**163. 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 256. člena pravil.

**164. člen**

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

**165. člen**

Zdravnik, ki izpolnjuje pogoje za izbranega 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.

Izbrani osebni zdravnik – pediater ali specialist šolske medicine lahko predlaga zavarovanim osebam prekinitev izbire, ko presežejo starostno mejo, specifično za dejavnost predšolske ali šolske medicine.

**166. člen**

(1) Zavarovana oseba pri prvem obisku izroči izbranemu 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.

XIII/2. Zamenjava izbranega osebnega zdravnika

**167. člen**

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

(2) Zavarovana oseba ima pravico zamenjati izbranega 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 izbranega osebnega zdravnika brez postopka pred zdravniško komisijo in brez plačila stroškov zamenjave.

**168. člen**

Zavarovana oseba lahko izjemoma zamenja izbranega 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 izbranega 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 za zdravstvo 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.

**169. člen**

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

(2) V primerih iz 168. 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 168. člena zdravnik pisno ali ustno sporoči svoj predlog zavarovani osebi. Če zavarovana oseba s predlogom ne soglaša, zahteva zdravnik presojo predloga pri zdravniški komisiji. Odločitev zdravniške komisije je za zdravnika in zavarovano osebo obvezna.

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

**170. člen**

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

XIII/3. Uveljavljanje pravic v osnovni zdravstveni dejavnosti

**171. člen**

(1) Zavarovana oseba uveljavlja na svojo pobudo pravico do prvega obiska pri izbranem 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 izbrani 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 162. 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 izbrani 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.

**172. 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.

**173. člen**

(1) Osebni zdravnik je pooblaščen in dolžan tudi:

1.     ugotavljati začasno zadržanost od dela;

2.     napotiti zavarovano osebo na zdravniško in invalidsko komisijo. Ob tej napotitvi pripravi vso potrebno zdravstveno dokumentacijo ali njen zgoščen izpis o problemu oziroma vprašanju, ki je razlog za napotitev;

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 tehnične pripomočke pri zdravljenju na domu;'

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 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 zdravilih na recept, prejetih pripomočkih 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.

**174. 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.

Začasno zadržanost zavarovanca od dela, ki neguje zakonca, ugotavlja njegov osebni zdravnik na predlog osebnega zdravnika zakonca, ki potrebuje nego.

**175. člen**

(1) Izbrani osebni zdravnik 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. Na napotnici mora označiti, katera pooblastila prenaša in za kakšno dobo.

(2) Izbrani 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 izbranega osebnega zdravnika so časovno omejena praviloma na dobo treh mesecev. Za kronične bolezni, pri katerih je že vnaprej znano, da zdravljenje ne bo končano v tem času, lahko pooblastilo traja do enega leta. Trajanje pooblastila označi izbrani osebni zdravnik na napotnici in velja od dneva, ko napotni zdravnik sprejme zavarovano osebo. Po izteku te dobe izbrani 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) Napotni zdravnik mora ne glede na trajanje pooblastila izbranemu osebnemu zdravniku najmanj enkrat na vsakih šest mesecev poročati o poteku zdravljenja zavarovane osebe.

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

**176. člen**

V soglasju z zavarovano osebo izbrani 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.

**177. člen**

Izbrani osebni zdravnik na napotnici označi vrsto specialnosti zdravnika, ki mu prenaša del pooblastil in opredelitev iz 175. člena pravil, lahko pa zavarovani osebi tudi svetuje in pomaga pri izbiri. Na napotnici označi poleg drugih podatkov tudi številko oziroma oznako iz listine o izbiri osebnega zdravnika.

**178. člen**

Osebni zdravnik lahko prenaša pooblastila le na specialiste, ki so izvajalci v skladu s pravili.

**179. člen**

Zavarovana oseba lahko brez napotnice izbranega osebnega zdravnika uveljavlja pri specialistu le nujno zdravljenje.

**180. člen**

(1) Osebni zdravnik praviloma opravlja zdravstvene storitve in druge naloge v ambulanti. 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. Če zdravnik, ki je opravil hišni obisk, ugotovi, da ni šlo za nujno zdravljenje 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 izbrani zdravnik ugotovi, ali je le-ta potreben in utemeljen. 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 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 poravna 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. 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) Če po izteku dobe, za katero je osebni zobozdravnik dal specialistu pooblastilo, zdravljenje še ni končano, lahko pooblastilo podaljša.

**188. člen**

(1) Osebni zobozdravnik mora pred začetkom izdelave zobnoprotetičnih nadomestkov predložiti zavodu načrt protetične rehabilitacije, na podlagi katerega naj bi bili ti nadomestki izdelani. Predlog načrta rehabilitacije mora izdelati osebni zobozdravnik oziroma napotni zobozdravnik. V predlogu načrta protetične rehabilitacije mora-biti označeno, iz kakšnih materialov naj bi bil nadomestek izdelan, če je zavarovana oseba že pred tem imela nadomestek, mora zapisati, kdaj je bil izdelan. Pripomoček se izdela, ko predlog načrta potrdi zavod.

(2) Predhodna potrditev ni potrebna pri posamičnih (solitarnih) prevlekah in kronah, ki jim ne sledijo nadaljnje storitve protetične rehabilitacije, prav tako ne 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 izbranega 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 izbranega osebnega zdravnika. 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 izbranega osebnega zdravnika.

**192. člen**

(1) Napotni zdravnik lahko zahteva od izbranega osebnega zdravnika dopolnitev medicinske dokumentacije, če napotitev ni bila opravljena skladno z določili prvega odstavka 175. in 176. člena pravil.

(2) V primeru, da pooblastilo ni jasno opredeljeno oziroma medicinska dokumentacija ni popolna, se napotni zdravnik poveže z izbranim 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 izbrani osebni zdravnik.

(4) Napotni zdravnik je dolžan stopiti v stik z izbranim 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 nujne medicinske pomoči in brez napotnice, mora o tem obvestiti osebnega zdravnika najpozneje v sedmih dneh po sprejemu. V obvestilu mu sporoči tudi razloge za hospitalizacijo oziroma za nujno zdravljenje.

**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 poravna 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.

(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.

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 prevozih. 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) Upravičenost do zdraviliškega zdravljenja ugotavlja zdravniška komisija 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 komisiji 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) Ko zdravniška komisija oceni, da pri zavarovani osebi obstajajo strokovni razlogi za zdraviliško zdravljenje, izstavi napotnico. V napotnici opredeli vrsto, obliko oziroma standard in trajanje zdraviliškega zdravljenja.

(2) Zdravniška komisija mora predlog za nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja obravnavati in o njem odločiti najpozneje v 5 dneh po prejemu le-tega. Če je odločitev komisije pozitivna, mora zavarovana oseba nastopiti zdraviliško zdravljenje najpozneje v petih dneh, razen če obstajajo medicinski razlogi za poznejši začetek, kar ugotovi zdravniška komisija. 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, zdravniška komisija napoti zavarovano osebo v ustrezno zdravilišče z napotnico. Zdravljenje se začne izvajati po programu in razporeditvi, o kateri se zavod dogovori s posameznimi zdravilišči s pogodbo ali na drug način. Napotnica za zdraviliško zdravljenje vsebuje podatke o trajanju zdravljenja, začetku in koncu ter o standardu storitev, ki naj ga obsega. Napotnica 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 zdravniške komisije uresničiti pravico do zdraviliškega zdravljenja tudi v poznejšem roku, vendar najpozneje v 3 mesecih.

**200. člen**

(1) Zdravniška komisija 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 določila zdravniška komisija, če je zdravilišče usposobljeno za storitve, ki jih je odobrila komisija.

**201. člen**

(1) Zdravniki v zdraviliški zdravstveni dejavnosti smejo na račun zavoda opravljati le storitve, ki sodijo v standard, ki je določen na napotnici. Večji obseg ali druge storitve lahko opravijo le s predhodnim soglasjem zdravniške komisije, 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 izbrani 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 izbranega osebnega zdravnika in pravili.

(2) Zdravila, ki so predpisana na recept je dovoljeno predpisovati le ambulantno zdravljenim zavarovanim osebam.

(3) 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 za samozdravljenje, ki so opredeljena na listah zdravil, z izjemo insulina, lahko zavod zahteva za vsak posamični primer zdravljenja predhodno mnenje posebne strokovne komisije zavoda. Na podlagi pozitivnega mnenja te komisije potrdi zavod recepte, na katerih so predpisana ta zdravila.

**203. člen**

(1) Zdravila, ki so predpisana na recept, ki 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.

(3) **(črtan)**.

**204. člen**

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.

**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, dozi in količini, v kateri so bila predpisana.

(3) Zdravnik mora zavarovani osebi posebej pojasniti, s katere liste so predpisana zdravila oziroma jo opozoriti na morebitna doplačila.

**206. člen**

Na en receptni obrazec se sme predpisati le eno zdravilo za eno osebo. Pri tem zdravnik predpiše med enakovrednimi zdravili tisto, ki je cenejše.

**207. člen**

Na recept je na račun zavoda mogoče predpisati le zdravila:

1.     ki jih določa poseben zakon in so razvrščena na listo zdravil, ki se smejo predpisovati v breme obveznega zavarovanja;

2.     ki se izdelajo v lekarni po predpisu zdravnika.

**208. člen**

Ob izdaji zdravila mora dati farmacevt zavarovani osebi ustrezna navodila za uporabo in ga tudi opozoriti na morebitne škodljivosti zdravila v primeru, če jih ne bi uporabljal v skladu z navodili.

**209. člen**

(1) Farmacevt mora izdati zdravilo v skladu s predpisom na receptu, razen v primerih, ko pravila določajo drugače.

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

1.     ki ni izpolnjen v skladu z določili pravil;

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;

4.     če je minilo več kot 3 dni od dneva, ko je zdravnik predpisal antimikrobno zdravilo;

5.     za katerega ugotovi oziroma ve, da ga je predpisal zdravnik izven svojega delovnega področja.

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

**210. člen**

(1) Zavod za posameznega zdravnika lahko določi letno zgornje število receptnih obrazcev in finančni limit za predpisovanje zdravil.

(2) Izjemoma lahko v breme zavoda predpisujejo zdravila na recept zase in svoje družinske člane tudi zdravniki, ki niso osebni zdravniki teh zavarovanih oseb oziroma od teh zdravnikov niso prejeli pooblastila za predpisovanje zdravil na recept. To so zdravniki, ki so delali in se upokojili v Sloveniji, zdravniki zaposleni v zavodu, zavodih za zdravstveno varstvo, Inštitutu za varovanje zdravja, inštitutih Medicinske fakultete, v zdraviliški dejavnosti, visokih in višjih zdravstvenih šolah in državni upravi. Tem dodeli zavod na zaprosilo 50 kosov receptnih obrazcev na leto. Ti receptni obrazci imajo žig zavoda.

XIII/9. Uveljavljanje pravic do ortopedskih in drugih tehničnih pripomočkov

**211. člen**

(1) Zavarovana oseba dobi ortopedske, ortotične in druge tehnične pripomočke na račun zavoda, če potrebo po njih ugotovi zdravnik, ki je pooblaščen za njihovo predpisovanje.

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

**212. člen**

(1) Za predpisovanje tehničnih pripomočkov so pooblaščeni:

1.     osebni zdravnik za:

-   materiale za zdravstveno nego na domu, bergle, navleke za krn, nepodložene usnejene rokavice, voziček za prevoz bolnika, toaletni stol, trapez za obračanje, tri ali štirinožne palice, sobno dvigalo oziroma dvigalo za kopalnico;

-   pripomočke iz 89. člena pravil, razen elastičnih rokavic, potrebnih po radikalni operaciji dojke, merilca pretoka zraka, mehanskega injektorja za zdravljenje sladkorne bolezni in razpršilca zraka (inhalatorja):

-   pripomočke iz 90. člena pravil;

2.     specialisti okulisti za pripomočke iz 79., 80., 81., 82., 83., 84. in 85. člena pravil;

3.     specialisti otorinolaringologi za pripomočke iz 86., 87. in 88. člena pravil;

4.     posebna zdravniška komisija, ki jo imenuje zavod, za pripomočke 93. in 94. člena pravil;

5.     za ostale pripmočke specialisti s svojega delovnega področja.

(2) Pripomočke iz 1. točke prejšnjega odstavka lahko predpisujejo tudi specialisti, 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, lahko predpisujejo v okviru svoje terciarne dejavnosti le zdravniki – specialisti Inštituta Republike Slovenije za rehabilitacijo oziroma drugega zdravstvenega zavoda, ki je pooblaščen za opravljanje ustrezne terciarne dejavnosti. Seznam teh pripomočkov določi minister za zdravstvo.

(4) Ko osebni zdravnik oceni, da bi zavarovana oseba potrebovala in bila upravičena do pripomočka, za predpisovanje katerega ni pooblaščen, pošlje zavarovano osebo z napotnico oziroma naročilnico k pooblaščenemu zdravniku – specialistu.

(5) Tehnični pripomočki se predpisujejo z naročilnico. Obrazec naročilnice predpiše zavod.

(6) Zavarovana oseba mora naročilnico predložiti dobavitelju v 30 dneh od izdaje. Zavod s pogodbo z izvajalcem določi najdaljši rok dobave oziroma izdelave pripomočka.

**213. člen**

(1) Pooblaščeni zdravnik mora na naročilnici označiti šifro pripomočka, ki temelji na mednarodnih standardih tehničnih pripomočkov za prizadete osebe. Šifrant teh pripomočkov je priloga pravil.

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

**214. člen**

(1) Naročilnico za nabavo predpisanega tehničnega pripomočka predhodno potrdi zavod, razen če je zavarovana oseba dobila pripomočke v začasno uporabo, ko gre za:

1.     blazine oziroma sisteme za preprečevanje preležanin (posteljne in sedežne);

2.     električne stimulatorje, ki se ne vgrajujejo v telo;

3.     diagnostični aparat za določanje glukoze v krvi;

4.     predloge (plenice) ali vpojne in nepropustne hlačke ali hlačne predloge pri bolezenski inkontinenci;

5.     slušni aparat;

6.     aparat za boljše sporazumevanje;

7.     ortoze;

8.     vozičke na ročni pogon;

9.     sobna dvigala;

10.  pripomočke iz 90. člena pravil;

11.  kasetofone;

12.  Brailove pisalne stroje;

13.  bolniške postelje;

14.  gonilnik za voziček.

(2) Zavod naročilnice ne potrdi, če je tehnični pripomoček predpisan pred iztekom trajnostne dobe prejšnjega pripomočka, če na naročilnici ni označena šifra pripomočka po priloženem šifrantu ali če oseba do takšnega pripomočka nima pravice iz drugih razlogov, določenih v pravilih.

(3) Zavarovana oseba ne more uveljaviti pravice do pripomočka po pravilih brez predhodne potrditve naročilnice v zavodu.

**215. člen**

(1) Predlog pooblaščenega zdravnika za zahtevnejši pripomoček oceni zdravniška komisija, ki mora ugotoviti, ali so pri zavarovani osebi zagotovljeni pogoji za uporabo pripomočka med nego in zdravljenjem na njenem domu.

(2) Zdravniška komisija ocenjuje utemeljenost do naslednjih zahtevnejših pripomočkov:

-       vozičkov na elektromotorni pogon;

-       specialnih sistemov leč;

-       aparatov za nadomestno sporazumevanje;

-       koncentratorjev kisika ali drugih virov kisika;

-       aparatov za vzdrževanje stalnega pritiska v dihalnih poteh;

-       posebnega prenosnega sedeža s podvozjem;

-       ventilator.

**216. člen**

Če je zaradi anatomskih ali funkcionalnih sprememb postal pripomoček, ki ga zavarovana oseba že ima, neuporaben pred iztekom trajnostne dobe in bi bil zato potreben nov pripomoček, mora pooblaščeni zdravnik pred izstavitvijo naročilnice dobiti soglasje zdravniške komisije. Soglasje je dano s potrditvijo naročilnice pooblaščenega zdravnika.

**217. člen**

(1) Zavarovana oseba si predpisani pripomoček nabavi na račun zavoda pri proizvajalcu oziroma prodajalcu, ki izpolnjuje zakonske pogoje za to dejavnost, zagotavlja servisno službo in ustrezno garancijo za pripomoček in ima z zavodom sklenjeno pogodbo.

(2) Proizvajalec oziroma ponudnik tehničnih pripomočkov mora poleg pogojev iz prejšnjega odstavka za vsak pripomoček:

1.     priskrbeti atest ali dokazilo, da ustreza osnovnim zahtevam takšnega pripomočka in je neškodljiv za zdravje uporabnika. Če je pripomoček uvožen, zadošča atest dežele, v kateri je izdelan. Pripomoček, ki je izdelan v Sloveniji, mora biti atestiran v ustrezni domači strokovni ustanovi ali pri njej preizkušan vsaj šest mesecev pred dajanjem v promet;

2.     ki ga uvaja v Slovenijo na novo, to sporočiti zavodu vsaj šest mesecev pred dajanjem v promet. V tem sporočilu mora opisati tehnične in druge značilnosti novega pripomočka, njegove prednosti pred že obstoječimi podobnimi pripomočki, morebitne izkušnje z njegovo uporabo drugje in njegovo predvideno ceno.

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

(4) Zavod prav tako ne prevzame obveznosti plačila stroškov vzdrževanja za pripomoček, ki si ga zavarovana oseba po določilih tretjega odstavka 135. člena pravil nabavi v tujini. Prav tako ne prevzame obveznosti plačila novega pripomočka, če tak pripomoček postane neuporaben pred iztekom njegove trajnostne dobe.

Za popravila pripomočkov iz prvega odstavka 67. člena izda naročilnico izbrani osebni zdravnik, ki označi, kdaj je zavarovana oseba tehnični pripomoček prejela.

**218. člen**

Proizvajalec pripomočkov oziroma prodajalec 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 proizvajalec oziroma prodajalec nositi vse stroške popravil oziroma reklamacij zaradi neustrezne izdelave pripomočka, okvar ali poškodb zaradi neprimernih materialov, napak v proizvodnji in podobno.

**219. člen**

Kadar pooblaščeni zdravnik predpiše zavarovani osebi pripomoček, ki ga zavod po določilih drugega odstavka 96. člena pravil da v uporabo, ji zdravnik da tudi navodila, kje in na kakšen način ga lahko dobi v uporabo obenem pa na naročilnico napiše »izposoja«.

XIII/10. Uveljavljanje pravic v tujini in napotitve na zdravljenje

**220. 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, 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.

**221. člen**

(1) Zavod izda listino iz prejšnjega člena po opravljenem zdravniškem pregledu in ugotovitvi zdravnika, praviloma specialista medicine dela, da je zavarovanec sposoben za delo v tujini. Zavod lahko upošteva ugotovitve zdravniškega pregleda, ki je bil pred odhodom zavarovanca opravljen na zahtevo kakšnega drugega organa. Takšno potrdilo oziroma, pregled velja 3 mesece. Če oseba po mnenju zdravnika ni sposobna za delo v tujini, ji zavod ne izda listine. Če z zavarovancem oddidejo v tujino tudi njegovi družinski člani, morajo opraviti zdravniški pregled.

(2) Zavarovana oseba, ki pred odhodom v tujino ne predloži zdravniškega spričevala, ima v tujini pravico le do nujnega zdravljenja.

(3) Če je potrebno pregledati zavarovano osebo, ki je že v tujini, se lahko ta pregled opravi v javnem zdravstvenem zavodu v tuji državi.

**222. 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 potovanju v tujini, največ za 3 mesece;

4.     zavarovanim osebam, ki začasno ali stalno bivajo v tujini, največ za 1 leto.

(2) Listina vsebuje tudi podrobnejše pogoje za uveljavljanje pravic zavarovane osebe do zdravstvenih storitev v tujini.

**223. člen**

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

**224. člen**

Zavod povrne zavarovani osebi stroške zdravljenja, zdravil, pripomočkov in stacionarne obravnave v tujini v skladu s pravili, razen če ni z meddržavno pogodbo drugače določeno. Zavod se lahko v državah, 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.

**225. člen**

Zavarovana oseba, njeni svojci ali njen osebni ali pooblaščeni zdravnik lahko podajo predlog za napotitev na zdravljenje, pregled ali preiskavo v tujino skladno s 134. členom pravil direkciji zavoda, ki je pristojna za vodenje postopka.

**226. člen**

(1) Direkcija zavoda mora o upravičenosti napotitve na zdravljenje v tujino pridobiti pisno mnenje ustrezne klinike oziroma inštituta, da so pri nas izčrpane možnosti zdravljenja bolezni ali stanja zavarovane osebe in da je z zdravljenjem v tujini pričakovati uspešno zdravljenje ali vsaj preprečitev slabšanja zdravstvenega stanja. Za mnenje lahko zaprosi več klinik ali inštitutov.

(2) Direkcija zavoda zaprosi ustrezno kliniko ali inštitut tudi za mnenje o predvidenem trajanju zdravljenja, potrebi po spremstvu, najprimernejši vrsti prevoza in o zdravniku, bolnišnici ali kliniki, ki bi lahko zagotovila predlagano zdravljenje v tujini.

**227. člen**

Na podlagi zdravstvene dokumentacije, mnenja klinike oziroma inštituta in morebitnega pregleda zavarovane osebe poda zdravniška komisija svoje mnenje o napotitvi na zdravljenje v tujino. Če je mnenje pozitivno, izpelje direkcija zavoda postopek sprejema zavarovane osebe na zdravljenje in drugih s tem povezanih opravil. Ta v dogovoru z zdravstvenim zavodom ali diplomatsko-konzularnim in drugim predstavništvom Republike Slovenije v državi, v katero je zavarovana oseba napotena, uredi sprejem, plačilo stroškov zdravljenja in druga vprašanja. Zavod lahko v svoji odločitvi o utemeljenosti zdravljenja v tujini predvidi tudi trajanje tega zdravljenja, ki ga je možno podaljšati le izjemoma, na predlog klinike ali bolnišnice iz tujine, če iz objektivnih razlogov ni mogoče zaključiti zdravljenja v predvidenem času.

**228. člen**

V primeru, da zdravstveni zavod iz tujine, kjer je bilo opravljeno zdravljenje, ali klinika oziroma inštitut v Republiki Sloveniji predlagata, da se prvi kontrolni pregled opravi v tujini, ni potrebno mnenje zdravniške komisije. Za morebitne nadaljnje kontrolne preglede v tujini je potrebno izpeljati ponoven postopek, določen za napotitev na zdravljenje.

**229. 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

**230. 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.

(2) Nadomestila plač izplačujejo delavcem praviloma njihovi delodajalci, če je tako dogovorjeno z zavodom, na podlagi listine o upravičeni zadržanosti od dela. Zavod povrne delodajalcem izplačana nadomestila po predložitvi zahtevka. Zavod delodajalcu ne poravna obračunanih nadomestil plač, če jih ni izplačal delavcem, ki so bili do njih upravičeni.

(3) Drugim zavarovancem izplača nadomestilo plače zavod takoj po predložitvi listin ali najpozneje v 8 dneh.

**231. 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 za:

1.     prvih 30 koledarskih dni zavarovančeve nezmožnosti za delo;

2.     prvih 7 delovnih dni zadržanosti od dela zaradi nege otroka, starega sedem in več let, in drugega ožjega družinskega člana;

3.     prvih 15 delovnih dni zadržanosti od dela zaradi nege otroka, starega do sedem let, ali starejšega, zmerno, težje ali težko duševno in telesno prizadetega otroka.

(2) Za čas od 31. koledarskega dneva, 8. oziroma 16. delovnega dne dalje v primerih iz prejšnjega odstavka izstavi zdravnik listino na podlagi ocene zdravniške komisije I. ali II. stopnje. V primerih iz 3. točke tretjega odstavka 137. člena poda mnenje zdravniška komisija II. stopnje na podlagi predloga zdravniške komisije I. stopnje.

(3) V listini je potrebno označiti vzrok odsotnosti ter opredeliti, ali se pravica do nadomestila nanaša na poln ali na skrajšani delovni čas, pri delavcih in z njimi izenačenih osebah pa tudi, ali gre za invalide II. oziroma III. kategorije.

**232. 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, 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 dveh različnih diagnozah, se dnevi zadržanosti od dela ne seštevajo.

**233. člen**

(1) 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, zdravniška komisija oceni odsotnost, daljšo od 3 dni.

(2) Roki iz 231. člena pravil začnejo teči z dnem, ki ga ugotovi osebni zdravnik ali zdravniška komisija kot začetek začasne zadržanosti od dela.

**234. člen**

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

(2) Osebni zdravnik ali zdravniška komisija morata zavarovancu dati navodila o ravnanju v času zadržanosti od dela (režim življenja, strogo ležanje, počitek, sprehodi...). V času zadržanosti z 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 zdravniška komisija to odredita ali dovolita. Za odhod izven kraja bivanja je vedno potrebna odobritev osebnega zdravnika. V primerih kršenja navodil mora zdravniška komisija pozvati zavarovano osebo na sejo senata in ugotoviti ali so še podani razlogi za začasno nezmožnost za delo.

**235. člen**

(1) Če se zavarovanec, delodajalec ali zavod ne strinjajo z ugotovitvijo osebnega zdravnika, kar zadeva upravičenost ali trajanje zavarovančeve začasne zadržanosti od dela, lahko zahtevajo oceno zdravniške komisije I. stopnje. Zahtevo zavarovanca mora posredovati osebni zdravnik, skupaj z medicinsko dokumentacijo, komisiji še isti dan. Ne glede na vloženo zahtevo se mora zavarovanec ravnati po mnenju osebnega zdravnika. Ocena zdravniške komisije velja za naprej, za nazaj pa le v primerih iz prvega odstavka 233. člena pravil.

(2) Zavarovanec ali delodajalec morata zahtevo za presojo ocene osebnega zdravnika dati zdravniku ali neposredno zdravniški komisiji najpozneje v 3 dneh, ko sta prejela oceno. Po tem roku zdravniška komisija zahteve ne obravnava. O tem obvesti zavarovanca ali njegovega delodajalca območna enota zavoda s sklepom.

**236. člen**

(1) Osebni zdravnik mora zavarovanca vsaj 3 dni pred potekom rokov iz 231. člena pravil napotiti na zdravniško komisijo, če meni, da še vedno ni sposoben za svoje delo oziroma če oceni, da so še podani razlogi za zadržanost od dela zaradi nege ožjega družinskega člana. Poleg napotnice na zdravniško komisijo je osebni zdravnik dolžan tej posredovati tudi zavarovančevo medicinsko dokumentacijo, še posebej o bolezni oziroma poškodbi, ki je neposredni vzrok za začasno nezmožnost zavarovanca za delo oziroma enako dokumentacijo o ožjem družinskem članu.

(2) Zadržanost od dela ugotavlja zdravniška komisija I. stopnje, ki je pristojna po sedežu osebnega zdravnika zavarovanca.

**237. člen**

Predlog ali zahtevo za presojo ocene osebnega zdravnika in medicinsko dokumentacijo pregleda predsednik senata zdravniške komisije I. stopnje in po potrebi zahteva od osebnega zdravnika njeno dopolnitev ali obrazložitev. Istočasno oceni, ali je potrebno zavarovanca klicati na pregled. Če je, povabi zavarovanca na pregled na zdravniško komisijo, sicer pa komisija ugotavlja začasno zadržanost od dela na podlagi dokumentacije.

**238. člen**

(1) Pregled na zdravniški komisiji I. ali II. stopnje mora biti opravljen v primeru, če to zahteva zavarovanec.

(2) Če se zavarovanec ne odzove na pregled na zdravniško komisijo, ta poda svojo oceno na podlagi razpoložljive dokumentacije.

**239. člen**

(1) Zdravniška komisija mora svoje mnenje, kar zadeva delavčevo začasno zadržanost od dela, pisno sporočiti najpozneje v 8 dneh, odkar je takšno zahtevo prejela. Če tudi zdravniška komisija ni ugotovila razlogov za zadržanost od dela, zavarovanec iz tega naslova ne more uveljavljati pravic iz obveznega zavarovanja.

(2) Zdravniška komisija ni dolžna razlagati oziroma utemeljiti svojega mnenja ali presoje, če se zavarovanec z njim strinja. Pri tem v mnenju, ki ga sporoča delodajalcu, ne sme navajati podatkov o zdravstvenem stanju zavarovanca. Zavarovanec se mora ravnati po mnenju zdravniške komisije I. stopnje. Če zavarovanec ni navzoč na seji zdravniške komisije, mora ravnati v skladu z mnenjem komisije od dneva prejema mnenja dalje.

**240. člen**

(1) Če se zavarovanec ne strinja z mnenjem zdravniške komisije I. stopnje, sme zahtevati presojo mnenja na zdravniški komisiji II. stopnje. Zahtevo vloži pri zdravniški komisiji I. stopnje, ki je dala mnenje o njegovi zadržanosti od dela, v roku 3 dni po prejemu mnenja.

(2) Zdravniška komisija I. stopnje mora zdravniški komisiji II. stopnje po prejemu zahteve posredovati vso dokumentacijo o zavarovancu, vključno z obrazložitvijo svojega mnenja, praviloma isti dan. To mora storiti tudi zavarovančev osebni zdravnik, če mu je zdravniška komisija I. stopnje medtem že vrnila zavarovančevo dokumentacijo.

(3) Presojo mnenja zdravniške komisije I. stopnje sme zahtevati tudi zavarovančev delodajalec ali zavod po postopku iz prvega odstavka tega člena.

(4) Če zahteva po presoji mnenja oziroma ugotovitve zdravniške komisije I. stopnje ni vložena v roku 3 dni, je zdravniška komisija II. stopnje ne obravnava. O tem obvesti zavarovanca ali njegovega delodajalca direkcija zavoda s sklepom.

**241. člen**

Predsednik senata zdravniške komisije II. stopnje oceni, ali je potrebno pred oblikovanjem mnenja komisije pregledati zavarovanca. V tem primeru ga povabi na sejo senata. Če se zavarovanec pisnemu vabilu ne odzove, obravnava njegovo zadržanost od dela zdravniška komisija na podlagi medicinske dokumentacije.

**242. člen**

Zdravniška komisija II. stopnje lahko:

1.     potrdi mnenje oziroma oceno zdravniške komisije I. stopnje;

2.     spremeni mnenje zdravniške komisije I. stopnje in ga nadomesti s svojo ugotovitvijo o zavarovančevi zadržanosti od dela.

**243. člen**

(1) Če zdravniška komisija II. stopnje v nasprotju z oceno zdravniške komisije I. stopnje ugotovi, da so podani razlogi za zadržanost od dela, velja takšno mnenje praviloma za naprej, za nazaj pa največ od dneva, ko je podala oceno o tem zdravniška komisija I. stopnje, razen če zdravniška komisija II. stopnje v mnenju določi, kdaj je zadržanost od dela nastopila.

(2) Če zdravniška komisija II. stopnje ugotovi, v nasprotju z oceno zdravniške komisije I. stopnje, da niso podani razlogi za zavarovančevo zadržanost od dela, velja to mnenje za naprej. V tem primeru ni mogoče odpraviti že uveljavljene zadržanosti od dela.

**244. člen**

(1) Če zdravniška komisija II. stopnje ne ugotovi razlogov za zadržanost od dela, se smiselno uporabljajo določbe 235. in 239. člena pravil:

(2) Zavarovanec se mora ravnati po mnenju zdravniške komisije II. stopnje, kljub temu da je vložil zahtevo za izdajo odločbe.

**245. člen**

(1) Zdravniška komisija II. stopnje je dolžna sporočiti pisno mnenje o zadržanosti od dela najpozneje v 15 dneh od prejema zahteve.

(2) Če mnenja ne sporoči v roku iz prejšnjega odstavka, lahko zavarovanec ali njegov delodajalec v 8 dneh zahtevata izdajo odločbe. Zavod v tem primeru izda odločbo v 60 dneh od prejema popolne dokumentacije. Odločba zavoda je dokončna.

**246. člen**

Ugotovitve in mnenja zdravniških komisij I. in II. stopnje so za zavarovance in njihove osebne zdravnike obvezna. Osebni zdravnik ne more ugotoviti pri zavarovancu začasne zadržanosti od dela zaradi iste bolezni oziroma stanja, za katero je zdravniška komisija ugotovila, da ni več utemeljena, pred potekom 30 dni potem, ko je mnenje dala zdravniška komisija. To lahko stori le, če gre za nenadno in nepričakovano poslabšanje zdravstvenega stanja zavarovanca. V tem primeru mora osebni zdravnik zavarovanca napotiti na zdravniško komisijo. Če zdravniška komisija ne ugotovi razlogov za zadržanost od dela, velja ta ugotovitev za naprej.

**247. člen**

(1) Če je zavarovanec nezmožen za delo dalj časa, mora zdravniška komisija oceniti njegovo delazmožnost praviloma vsaka 2 meseca.

(2) Ne glede na določbo prejšnjega odstavka lahko predsednik senata pokliče zavarovanca na pregled tudi prej.

**248. člen**

Osebni zdravnik oziroma zdravniška 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.

**249. člen**

(1) Zavarovancu, ki v času ugotavljanja nezmožnosti za delo pri zavodu za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, po mnenju zdravniških komisij, ni začasno nezmožen za delo, ne pripada pravica do nadomestila plače.

(2) Zavarovanec, ki je napoten na invalidsko komisijo in je po mnenju zdravniške komisije v tem času začasno nezmožen za delo, ima pravico do nadomestila plače v tem času. To pravico ima tudi zavarovanec, če je ugotovljena invalidnost, in sicer:

1.     do dneva, ko postane odločba o ugotovitvi njegove invalidnosti II. oziroma III. kategorije v postopkih pri Zavodu za pokojninsko in invalidsko zavarovanje dokončna;

2.     do dneva, ko postane odločba o ugotovitvi invalidnosti I. stopnje pri Zavodu za pokojninsko in invalidsko zavarovanje pravnomočna.

**250. člen**

(1) Zavarovanec uveljavlja pravico do nadomestila plače z listino o začasni zadržanosti od dela. V njej osebni zdravnik opredeli začetek in konec začasne zadržanosti od dela. Listino o začasni zadržanosti od dela je potrebno izstaviti za vsak koledarski mesec.

(2) Listina iz prejšnjega odstavka je tudi podlaga za obračun nadomestila plače. Delodajalec ali zavarovanec morata zavodu posredovati tudi druge podatke, ki so potrebni za obračun nadomestila plače.

XIII/12. Uveljavljanje pravic do povračil potnih stroškov, pogrebnine in posmrtnine

**251. člen**

(1) Zavarovana oseba uveljavlja povračilo potnih stroškov pri zavodu ali delodajalcu. Utemeljenost zahteve izkaže s predpisano listino, ki jo izda osebni 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.

**252. člen**

Upravičenci uveljavljajo pravico do pogrebnine na podlagi poročila 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.

**253. člen**

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

XIII/13. Druge določbe pri uveljavljanju pravic zavarovanih oseb

**254. 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.

**255. 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.

**256. 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 zobnoprotetičnih 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 medicinsko pomoč in nujno zdravljenje;

8.     celotno ceno storitve za preglede in storitve, opravljene pri specialistih brez napotnice osebnega oziroma napotnega zdravnika, če ne gre za nujno medicinsko pomoč in nujno zdravljenje;

9.     celotno vrednost tehničnega pripomočka in zobnoprotetičnega nadomestka, ki ga zavarovana oseba zahteva pred iztekom trajnostne dobe, razen v primerih, določenih v 121. 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 zagotovilu, 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.

**257. člen**

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

**258. člen**

Za napotitve osebnega ali pooblaščenega zdravnika na laboratorijske storitve, rentgenska slikanja, pri katerih ni potreben specialistični izvid, na fizioterapevtske in logopedske 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. IZVEDENSKI ORGANI V POSTOPKIH URESNIČEVANJA PRAVIC

**259. člen**

(1) Pri ocenjevanju utemeljenosti oziroma upravičenosti zavarovanih oseb do pravic iz obveznega zavarovanja sodelujejo zdravniške komisije I. in II. stopnje kot izvedenski organi zavoda.

(2) Zdravniške komisije imenuje na predlog generalnega direktorja upravni odbor zavoda. Zdravniške komisije delujejo v tričlanskih senatih.

(3) Krajevna pristojnost zdravniške komisije I. stopnje je opredeljena po kraju dela osebnega zdravnika in osebnega otroškega zdravnika.

**260. člen**

Zdravnik, ki zdravi zavarovano osebo ali ki je podal predlog za oceno utemeljenosti do posameznih pravic, ne sme sodelovati v delu zdravniške komisije. V senatu zdravniške komisije II. stopnje ne sme sodelovati zdravnik, ki je kot član zdravniške komisije I. stopnje sodeloval pri obravnavi istega primera.

**261. člen**

(1) Zdravniška komisija lahko zavrne vlogo, zahtevo oziroma prošnjo, če je ta pomanjkljiva in zato presoja ni možna ali bi bila lahko nestrokovna. Zdravniška komisija po potrebi zahteva dopolnitev medicinske dokumentacije ali njeno obrazložitev.

(2) Zdravniška komisija zavrne zahteve za mnenje o vprašanjih, ki niso predmet pravic iz obveznega zavarovanja, razen če zakon ne določa drugače.

**262. člen**

(1) Zdravniška 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. Zdravniška komisija ne sme odločiti o pravici zavarovane osebe. Svoje mnenje mora podati tako, da lahko zavod na tej podlagi odloči o pravici zavarovane osebe.

(2) Mnenje, ugotovitev ali presoja zdravniške komisije se ne sme nanašati na zadeve, ki niso v njeni pristojnosti.

(3) Zdravniška komisija poda stališče, oceno oziroma mnenje v pisni obliki na posebnem obrazcu. Mnenja in ocene zdravniških komisij, ki so podlaga za odločanje o pravicah zavarovanih oseb, morajo vsebovati tudi kratko strokovno obrazložitev.

**263. člen**

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

(2) Zdravniške komisije izjemoma napotijo zavarovance na posvet ali preiskavo.

(3) Zavod na podlagi mnenja zdravniške komisije II. stopnje izjemoma odobri zavarovani osebi tehnični pripomoček ali zdravilo oziroma povračilo stroškov, ki niso pravica po pravilih, če se s tem prepreči bistveno poslabšanje zdravstvenega stanja ali smrt zavarovane osebe.

XV. VARSTVO PRAVIC

**264. člen**

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

(2) Če zavarovana oseba meni, da izvajalec, delodajalec ali zavod krši njene pravice iz obveznega zavarovanja, lahko pri zavodu zahteva varstvo pravic.

(3) Varstvo pravic lahko zahteva tudi delodajalec.

**265. člen**

Upravni postopek se uvede na zahtevo zavarovane osebe ali delodajalca. Zavod ga uvede po uradni dolžnosti v primerih, ko gre za ugotavljanje pogojev za začetek ali prenehanje obveznega zavarovanja, zadržanje ali izgubo pravice do nadomestila plače in v drugih primerih, določenih z zakonom ali pravili.

**266. člen**

(1) Upravni postopek se uvede, če je potrebno odločati o:

1.     pridobitvi, spremembi ali izgubi lastnosti zavarovane osebe;

2.     o pravici do nadomestila plače, potnih stroškov, pogrebnine 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, razen pravica do proste izbire zdravnika, če zavarovana oseba meni, da ji izvajalec te pravice omejuje ali krši;

6.     drugih zahtevah iz obveznega zavarovanja.

(2) Zahteve zavarovanih oseb, ki zadevajo presojo mnenj zdravniških komisij, se ne obravnavajo po določbah upravnega postopka.

**267. člen**

(1) Upravni postopek vodi območna enota zavoda, v kateri zavarovana oseba uresničuje pravice iz obveznega zavarovanja. V primerih iz drugega odstavka 245. člena pravil vodi postopek in izda odločbo direkcija zavoda.

(2) Zavarovana oseba poda svojo vlogo pisno ali ustno na zapisnik pri zavodu. Če je vloga nerazumljiva ali nepopolna, zavod naloži zavarovani osebi, da jo dopolni v določenem roku. Če je to glede na vsebino zahteve možno, zbere potrebna dokazila zavod sam.

(3) Če zavarovana oseba v danem roku svojega zahtevka ne popravi ali dopolni in ga zaradi tega ni mogoče obravnavati, šteje, da ni bil vložen. Zavod o tem izda sklep.

**268. člen**

(1) Zavod mora o zahtevku odločiti v 30 dneh od dneva vložitve popolnega zahtevka. V primerih, ko odloča na 1. stopnji Direkcija zavoda ali se vodi postopek po uradni dolžnosti, mora zavod vročiti zavarovani osebi odločbo najpozneje v 60 dneh od vložitve popolnega zahtevka.

(2) Če zavod ne izda odločbe v rokih iz prejšnjega odstavka, ima zavarovana oseba pravico do pravnega sredstva, kot da je bil njen zahtevek zavrnjen. Pritožbo vloži pri območni enoti zavoda, tožbo pa pri delovnem in socialnem sodišču.

**269. člen**

Zavod lahko v upravnem postopku poleg listinskih dokazov izvede tudi druge dokaze, ki so potrebni za presojo zahtevka.

**270. člen**

(1) Zavarovana oseba se lahko zoper odločbo območne enote, zavoda pritoži v 15 dneh od dneva vročitve na direkcijo zavoda, ki vodi upravni postopek na II. stopnji.

(2) Pritožbo vloži pisno ali ustno na zapisnik pri območni enoti zavoda, ki je izdala odločbo.

**271. člen**

(1) Območna enota zavoda ugotovi, ali je pritožba pravočasna in ali jo je vložila upravičena oseba. Pritožbo zavrže kot prepozno vloženo ali kot vloženo po neupravičeni osebi. Če ugotovi, da so pritožbeni razlogi utemeljeni, lahko sama reši pritožbo s tem, da ji ugodi. Če pa meni, da pritožba ni utemeljena, jo skupaj s spisom odstopi pritožbenemu organu.

(2) Direkcija zavoda mora izdati odločbo in jo vročiti zavarovani osebi najpozneje v 60 dneh od dneva, ko je zavarovana oseba vložila popolno pritožbo.

(3) Kadar je pri odločanju potrebno medicinsko znanje, kot izvedenci v postopku sodelujejo zdravniške komisije oziroma posamezni zdravniki.

**272. 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 ravnajo 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.

XVI. NADZOR URESNIČEVANJA PRAVIC

**273. 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.

**274. 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 predsednik zdravniške komisije I. stopnje. Pri nadzoru izvajalci kontrole ugotavljajo, ali je ravnanje zavarovanca v skladu z navodili osebnega zdravnika oziroma zdravniške komisije.

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

**275. člen**

(1) Izvajalci so dolžni posredovati zdravniškim 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, lahko zavod zavrne plačilo obračunanih storitev ali zahteva od izvajalca povračilo stroškov oziroma škode, ki jo je s tem imel zavod.

XVII. PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

**276. člen**

(1) Zavod je dolžan najpozneje 6 mesecev po sprejemu pravil sprejeti splošni akt, s katerim opredeli vrsto, obliko, vsebino in način uporabe listin, potrebnih za uveljavljanje pravic iz obveznega zavarovanja po pravilih.

(2) Do uveljavitve novih listin za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja se še naprej uporabljajo:

1. zdravstvena izkaznica,

2. recept za očala,

3. druge listine.

(3) Za prijavo, spremembo lastnosti in odjavo zavarovancev v zdravstveno zavarovanje se tudi za naprej uporabljajo dosedanje listine in obrazci.

**277. člen**

(1) Do izdaje kartice zdravstvenega zavarovanja se zavarovane osebe izkazujejo z zdravstveno izkaznico.

(2) Zavod lahko pooblasti posamezne zavezance, da na podlagi prijave v zavarovanje v njegovem imenu izpolnijo zdravstvene izkaznice za te zavarovane osebe. To lahko opravijo šele potem, ko zavod preveri ustreznost prijave in izpolnjevanje pogojev za zavarovanje. V tem primeru je zavezanec odgovoren za točnost podatkov, vpisanih v izkaznico. Zavod lahko posamezne zavezance pooblasti tudi za vnašanje sprememb podatkov.

(3) Zavezanci, ki jih zavod pooblasti za izdajanje in potrjevanje zdravstvenih izkaznic, morajo ob odjavi posamezne zavarovane osebe zavodu vrniti njeno zdravstveno izkaznico ali napotiti zavarovano osebo na zavod, da si uredi zavarovanje.

**278. člen**

(1) Zdravstvena izkaznica je veljavna, če je potrjena. Potrditev ne sme biti starejša od 30 dni.

(2) Zavarovancem-upokojencem ni potrebno potrjevati zdravstvene izkaznice, ampak izkazujejo veljavnost izkaznice z odrezkom zadnje pokojnine.

(3) Zavarovancem iz 15., 16., 17. in 18. točke 15. člena zakona in njihovim družinskim članom ter družinskim članom upokojencev enkrat letno potrdi zdravstveno izkaznico zavod.

**279. člen**

(1) Za dopolnjevanje in usklajevanje določb pravil o vrstah, standardnih materialih in rokih trajanja 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) Strokovna komisija tudi preverja izvajanje postopkov v zvezi z uveljavljanjem pravice do tehničnih pripomočkov.

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

**280. člen**

Strokovna navodila za izvajanje preventivnih storitev iz 26., 27. in 35. člena pravil, ki predvidevajo tudi izdajo potrdil za uveljavljanje določbe 2. točke drugega odstavka 31. člena pravil, izda minister za zdravstvo.

**281. člen**

Z dnem uveljavitve pravil prenehajo veljati:

1.     samoupravni sporazum o uresničevanju zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 47/87, 42/87 in 18/90);

2.     samoupravni sporazum o postopkih in načinih uresničevanja pravic do zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 6/81);

3.     sklep o načinu valorizacije osnove za nadomestilo med zadržanostjo od dela (Uradni list RS, št. 32/92);

4.     začasni sklep o obsegu pravic iz obveznega zavarovanja in postopkih njegovega uresničevanja ter pogojih in obsegu nujnega zdravljenja (Uradni list RS, št. 63/92);

5.     začasni pravilnik o ortopedskih, ortotskih, slušnih, očesnih in drugih tehničnih pripomočkih (Uradni list RS, št. 14/93);

6.     sklep o višini pogrebnine, posmrtnine in potnih stroškov (Uradni list RS, št. 63/92);

7.     začasni pravilnik o delu zdravniških komisij I. in II. stopnje, ki ga je sprejela dne 13. 5. 1992 Vlada Republike Slovenije.

**282. člen**

Do sprejema liste zdravil iz tretjega odstavka 61. člena pravil se še naprej uporablja sklep o predpisovanju zdravil (Uradni list RS, št. 45/90), pravilnik o razvrščanju zdravil (Uradni list RS, št. 45/90, 7/91, 14/91 in 8/91-I).

**283. člen**

(1) Določila pravil, ki se nanašajo na izbiro osebnega ginekologa in osebnega zobozdravnika se začnejo uporabljati 1. 4. 1995.

(2) Določila pravil, ki se nanašajo na možnost zavarovane osebe, da dobi tehnični pripomoček v uporabo skladno z opredelitvami iz poglavja V/6 in opredelitvami o pooblaščenih zdravnikih za predpisovanje tehničnih pripomočkov po 2. točki prvega odstavka 212. člena, se začnejo uporabljati 1. 4. 1995.

(3) Listine za uresničevanje zdravstvenega zavarovanja po določilih prvega odstavka 276. člena pravil se začnejo uporabljati najkasneje 6 mesecev po sprejemu pravil, razen kartice zdravstvenega zavarovanja, ki se začne uporabljati 1. 1. 1996.

**284. člen**

(1) Pravila se objavijo v Uradnem listu Republike Slovenije, potem ko da k njim soglasje minister za zdravstvo Republike Slovenije.

(2) Pravila začnejo veljati 1. 1. 1995.

[**Priloga 1: Šifrant ortopedskih, ortotičnih, očesnih, slušnih in drugih pripomočkov**](https://pisrs.si/api/datoteke/integracije/262627916)