

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

Neuradno prečiščeno besedilo Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja obsega:

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

- Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (prečiščeno besedilo) (Uradni list RS, št. 30/03 z dne 27. 3. 2003),
- Popravek Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 35/03 z dne 11. 4. 2003),
- Spremembe in dopolnitve pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 78/03 z dne 8. 8. 2003),
- Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 84/04 z dne 30. 7. 2004),
- Spremembe in dopolnitve pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 44/05 z dne 5. 5. 2005),
- Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 86/06 z dne 11. 8. 2006),
- Popravek Sprememb in dopolnitev Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 90/06 z dne 25. 8. 2006),
- Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 64/07 z dne 16. 7. 2007),
- Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 33/08 z dne 4. 4. 2008),
- Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 7/09 z dne 30. 1. 2009),
- Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 88/09 z dne 5. 11. 2009),
- Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 30/11 z dne 22. 4. 2011),
- Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 49/12 z dne 27. 6. 2012),
- Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 106/12 z dne 28. 12. 2012),
- Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o socialno varstvenih prejemkih - ZSVarPre-C (Uradni list RS, št. 99/13 z dne 3. 12. 2013),
- Odločbo o ugotovitvi, da je bil prvi odstavek 135. člena Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja v neskladju z Ustavo ter o razveljavitvi sodbe Vrhovnega sodišča, sodbe Višjega delovnega in socialnega sodišča in sodbe Delovnega in socialnega sodišča v Ljubljani (Uradni list RS, št. 25/14 z dne 11. 4. 2014),
- Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 25/14 z dne 11. 4. 2014),
- Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 85/14 z dne 28. 11. 2014),

- Zakon o čezmejnem izvajanju storitev – ZČmIS (Uradni list RS, št. 10/17 z dne 27. 2. 2017),
- Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 64/18 z dne 28. 9. 2018),
- Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 4/20 z dne 24. 1. 2020),
- Odločbo o delni razveljavitvi drugega odstavka 37. člena Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja in odločba o razveljavitvi sodbe Vrhovnega sodišča (Uradni list RS, št. 42/21 z dne 24. 3. 2021),
- Spremembe in dopolnitve pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 61/21 z dne 16. 4. 2021),
- Zakon o dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju - ZZVZZ-P (Uradni list RS, št. 159/21 z dne 1. 10. 2021),
- Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 183/21 z dne 23. 11. 2021),
- Zakon o dolgotrajni oskrbi – ZDOsk (Uradni list RS, št. 196/21 z dne 17. 12. 2021),
- Odločbo o razveljavitvi 50., 51. in 52. člena Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 142/22 z dne 11. 11. 2022),
- Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 163/22 z dne 27. 12. 2022),
- Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 124/23 z dne 8. 12. 2023),
- Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 82/24 z dne 24. 9. 2024),
- Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 102/25 z dne 5. 12. 2025).

PRAVILA

OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

(neuradno prečiščeno besedilo št. 42)

Datum začetka uporabe: 20.12.2025

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, pripomočkov in zobno-protetičnih pripomočkov,
5. varstvo pravic zavarovanih oseb,
6. nadzor uresničevanja pravic in obveznosti.

1.a člen

S temi pravili se v pravni red Republike Slovenije delno prenaša [Direktiva 2011/24/EU](#) Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu (UL L št. 88 z dne 4. 4. 2011, str. 45).

2. člen

Izrazi, uporabljeni v pravilih, pomenijo:

1. artikel je serijsko izdelan medicinski pripomoček z imenom, kot ga določi proizvajalec in se zagotavlja v okviru določene vrste medicinskega pripomočka;
2. čakalna doba je doba, kakor je opredeljena v zakonu, ki ureja pacientove pravice;
3. čakalni seznam je seznam, kakor je opredeljen v zakonu, ki ureja pacientove pravice;
4. delovni nalog je listina zavoda, s katero se naročajo rentgenska slikanja zob, pri katerih ni potreben specialistični izvid, laboratorijske, citološke in druge preiskave, zobotehnične storitve, zdravstvena nega na domu, zdravstvene storitve s področja fizioterapije, logopedije, defektologije, psihologije in druge zdravstvene storitve, razen zdravstvenih storitev s področja klinične psihologije;
5. dobavitelj je lekarna ali druga pravna ali fizična oseba v Republiki Sloveniji, ki opravlja promet z medicinskimi pripomočki in ki ima z zavodom sklenjeno pogodbo o izdaji, o izposoji ali o izdaji in izposoji medicinskih pripomočkov;
6. dogovor je dogovor iz 63. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ, 64/17 – ZZDej-K, 36/19, 189/20 – ZFRO, 51/21, 159/21, 196/21 – ZDOsk, 15/22, 43/22, 100/22 – ZNUZSZS, 141/22 – ZNUNBZ, 40/23 – ZČmIS -1 in 78/23; v nadaljnjem besedilu: zakon);
7. edini poklic je poklic, ki ga zavarovanec opravlja kot samostojno dejavnost in ni v delovnem razmerju;

8. funkcionalno ustrezen medicinski pripomoček je medicinski pripomoček, ki zavarovani osebi glede na njeno zdravstveno stanje zagotavlja zdravljenje, medicinsko rehabilitacijo, zdravstveno nego ali paliativno oskrbo;
- 8.a galensko zdravilo je galensko zdravilo za uporabo v humani medicini, kakor je opredeljeno v zakonu, ki ureja zdravila;
9. glavni poklic je poklic, ki ga zavarovanec opravlja kot samostojno dejavnost in je v delovnem razmerju s krajšim delovnim časom od polnega;
- 9.a individualno izdelan medicinski pripomoček je medicinski pripomoček, ki se pred izdajo izdelava za zavarovano osebo;
- 9.b individualno prilagojen artikel je artikel, ki se pred izdajo oziroma izposoji ali ob izdaji oziroma izposoji prilagodi za zavarovano osebo;
- 9.c institucionalni izvajalec je izvajalec, ki v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnost, opravlja zdravstveno dejavnost na podlagi odločbe o opravljanju javne zdravstvene službe;
10. izvajalec je javni zdravstveni zavod ali druga pravna ali fizična oseba v Republiki Sloveniji, ki ima z zavodom sklenjeno pogodbo za izvajanje določenih zdravstvenih storitev;
11. kartica zdravstvenega zavarovanja je identifikacijski dokument zavarovane osebe;
12. magistralno zdravilo je zdravilo za uporabo v humani medicini, kakor je opredeljeno v zakonu, ki ureja zdravila;
13. meddržavna pogodba je dvostranski sporazum o socialni varnosti oziroma socialnem zavarovanju;
14. medicinski pripomoček je skupni izraz za medicinski pripomoček in za drug pripomoček (ni medicinski pripomoček), ki je povezan z določenim zdravstvenim stanjem zavarovane osebe ali je njegova uporaba povezana z medicinskim pripomočkom, in se predpisuje na naročilnico, razen v primeru iz 213.a člena pravil;
15. nadomestni zdravnik je zdravnik, ki izpolnjuje pogoje za osebnega zdravnika, in tega nadomešča v njegovi odsotnosti z vsemi njegovimi pooblastili;
16. najdaljša dopustna čakalna doba je doba, kakor je opredeljena v zakonu, ki ureja pacientove pravice;
17. napotni zdravnik je zdravnik specialist, pri katerem zavarovana oseba uveljavlja zdravstveno storitev na podlagi napotnice osebnega zdravnika ali po njegovem pooblastilu na podlagi napotnice drugega napotnega zdravnika, ki opravlja zdravstveno dejavnost na isti ali višji ravni kot zdravnik, ki je izdal napotnico. Za napotnega zdravnika se šteje tudi zdravnik specialist, pri katerem lahko zavarovana oseba v skladu s pravili uveljavi zdravstveno storitev brez napotnice;
18. napotnica je listina zavoda, s katero osebni zdravnik prenaša pooblastila na napotnega zdravnika ali kliničnega psihologa oziroma s katero napotni zdravnik prenaša pooblastila na drugega napotnega zdravnika ali kliničnega psihologa;
19. naročilnica je listina zavoda za predpisovanje medicinskih pripomočkov, ki jih zavarovani osebi predpiše pooblaščen zdravnik;

20. naročilnica EU je listina na papirnatem obrazcu za predpisovanje medicinskega pripomočka, ki jo v okviru zdravstvene storitve iz prve ali druge alineje prvega odstavka 135.c člena pravil predpiše zdravstveni delavec v drugi državi članici Evropske unije, ki sme predpisati tak medicinski pripomoček;
21. nosilec zavarovanja je zavarovanec, po katerem so zavarovani družinski člani;
22. nujna medicinska pomoč so zdravstvene storitve, določene v prvem odstavku 103. člena pravil;
23. nujno zdravljenje so zdravstvene storitve, določene v drugem odstavku 103. člena pravil;
24. obvezno zavarovanje je obvezno zdravstveno zavarovanje;
25. osebni ginekolog je izbrani osebni zdravnik ženske za zagotavljanje dispanzerske dejavnosti s področja ginekologije;
26. osebni otroški zdravnik je izbrani osebni zdravnik zavarovane osebe do dopolnjenega 19. leta starosti v otroškem ali šolskem dispanzerju;
27. osebni zdravnik je izbrani osebni zdravnik kot skupni izraz za splošnega osebnega zdravnika, osebnega zobozdravnika, osebnega ginekologa in osebnega otroškega zdravnika, ki si ga zavarovana oseba izbere v skladu s pravili;
28. osebni zobozdravnik je izbrani osebni zobozdravnik, ki si ga zavarovana oseba izbere v skladu s pravili;
29. pooblaščen zdravnik je osebni zdravnik, napotni zdravnik ali drug zdravnik pri izvajalcu, ki je z zakonom ali s splošnim aktom zavoda pooblaščen izvesti določeno zdravstveno storitev;
30. pravica je pravica, ki se zagotavlja zavarovani osebi iz obveznega zavarovanja;
31. pravni red EU so pravni predpisi Evropske unije na področju koordinacije sistemov socialne varnosti, ki se v Republiki Sloveniji neposredno uporabljajo;
32. prilagoditev je poseg v medicinski ali zobno-protetični pripomoček zaradi anatomskih ali funkcionalnih sprememb pri zavarovani osebi, s katerim medicinski oziroma zobno-protetični pripomoček postane funkcionalno ustrezen po njegovi izdaji oziroma izposoji. Prilagoditev je dopustna, če jo kot možnost opredeli proizvajalec medicinskega pripomočka oziroma izvajalec zobozdravstvenih storitev;
33. pripomoček je skupni izraz za medicinski pripomoček, ki se predpisuje na naročilnico, in za drug medicinski pripomoček, ki ga zagotavlja izvajalec pri izvajanju zdravstvene dejavnosti;
34. prispevek je prispevek za obvezno zavarovanje;
- 34.a **(črtana)**;
35. razumen čas je čas, kakor je opredeljen v zakonu, ki ureja pacientove pravice;
36. recept je listina zavoda, na katero pooblaščen zdravnik predpiše zavarovani osebi zdravilo s pozitivne liste zdravil, magistralno zdravilo iz tretjega odstavka 57. člena pravil ali živilo s pozitivne liste živil;
37. recept EU je listina na papirnatem obrazcu za predpisovanje zdravil in živil, ki se predpisujejo na recept, ki jo v okviru zdravstvene storitve iz prve ali druge alineje prvega

odstavka 135.c člena pravil predpiše zdravstveni delavec v drugi državi članici Evropske unije, ki sme predpisati tako zdravilo oziroma živilo;

- 38. splošni akt zavoda so pravila in drugi splošni akti zavoda za izvajanje obveznega zavarovanja;
- 39. splošni osebni zdravnik je izbrani osebni zdravnik zavarovane osebe od 19. leta starosti;
- 40. standard so vrsta, količina, normativi in vrednost zdravstvenih storitev iz obveznega zavarovanja, ter pogoji in postopki uveljavljanja pravic;
- 41. status zavarovane osebe je lastnost zavarovane osebe po zakonu in pravilih;
- a41.a težja funkcionalna prizadetost je za več kot 50 % zmanjšana zmogljivost funkcije organa ali organskega sistema, ki se ocenjuje na podlagi splošne kvantifikacijske lestvice Mednarodne klasifikacije funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja;
- 41.a vrednost medicinskega pripomočka je skupni izraz za cenovni standard, pogodbeno ceno in ceno funkcionalno ustreznega medicinskega pripomočka iz 113. člena pravil;
- 42. **(črtana)**;
- 43. zavarovana oseba je zavarovanec iz 15. člena zakona in družinski člani iz 20. člena zakona;
- 43.a zavarovana oseba z zadržanimi pravicami je zavarovana oseba, katere pravice do zdravstvenih storitev in denarnih dajatev iz naslova obveznega zavarovanja se zadržijo;
- 44. zavezanec je pravna ali fizična oseba, ki je zavezanec za prijavo zavarovanja v obvezno zavarovanje. Zavezanec za družinskega člana je nosilec zavarovanja;
- 45. zavod je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije;
- 46. zobno-protetični pripomočki so pripomočki, ki so sestavni del zobozdravstvenih storitev;
- 47. živilo je živilo za posebne zdravstvene namene;
- 48. življenjska doba artikla je predviden rok trajanja uporabe artikla, ki ga določi proizvajalec medicinskega pripomočka.

3. člen

(1) Pravice 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) **(črtan)**.

4. člen

(1) Zavod ima pravico zavrniti plačilo zdravstvene storitve in plačilo druge pravice ter pravico od zavarovane osebe in zavezanca zahtevati povrnitev stroškov za zdravstveno storitev in za druge pravice, če zavarovana oseba oziroma zavezanec ne ravna v skladu z zakonom in s splošnimi akti zavoda.

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

(3) (črtan).

II. PRIDOBITEV, SPREMEMBA OZIROMA IZGUBA LASTNOSTI ZAVAROVANE OSEBE

5. člen

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

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

6. člen

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

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

7. člen

Zavod prizna lastnost zavarovane osebe z izdajo kartice zdravstvenega zavarovanja.

8. člen

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

9. člen

Lastnost zavarovane osebe ob pogoju prijave pridobijo:

1. osebe v delovnem razmerju v Republiki Sloveniji – z dnem, ko so sklenile delovno razmerje;
2. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki so zaposlene pri tujem delodajalcu in niso zavarovane pri tujem delodajalcu – z dnem, ko so sklenile delovno razmerje;

3. osebe, ki v Republiki Sloveniji opravljajo gospodarsko ali poklicno dejavnost kot edini ali glavni poklic – z dnem vpisa v predpisani register oziroma z dnem, ki je na odločbi upravnega organa naveden kot pričetek opravljanja dejavnosti;
4. družbeniki osebnih družb, družbeniki družb z omejeno odgovornostjo in ustanovitelji zavodov, ki so hkrati poslovodne osebe, in opravljajo poslovodno funkcijo kot edini ali glavni poklic – z dnem vpisa družbenika družbe oziroma ustanovitelja zavoda kot poslovodne osebe v predpisan register;
5. kmetje – z dnem, ko začnejo opravljati kmetijsko dejavnost kot edini ali glavni poklic;
6. vrhunski športniki in vrhunski šahisti – z dnem, ko pridobijo status vrhunskega športnika ali vrhunskega šahista;
7. brezposelne osebe, ki prejemajo pri zavodu za zaposlovanje denarno nadomestilo - z dnem, ko pridobijo to pravico;
8. upravičenci do pravic po zakonu o starševskem varstvu in družinskih prejemkih – z dnem, ko pridobijo pravico po tem zakonu;
9. prejemniki denarnega nadomestila po zakonu o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih odraslih oseb – z dnem, ko pridobijo pravico do nadomestila;
10. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki prejemajo trajno denarno socialno pomoč - z dnem, ko pridobijo to pravico;
11. 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;
12. upokojenci s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki prejemajo pokojnino iz tujine - z dnem, ko pridobijo stalno prebivališče v Republiki Sloveniji;
13. 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;
14. prejemniki invalidnin po 15. točki in priznavalnin po 18. točki prvega odstavka 15. člena zakona – z dnem, ko pridobijo pravico;
15. vojaški obvezniki, ki so v civilni službi kot nadomestilu vojaškega roka- z dnem, ko začnejo opravljati civilno službo;
16. vojaški obvezniki s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji med služenjem vojaškega roka oziroma med usposabljanjem za rezervno sestavo policije – z dnem, ko nastopijo služenje vojaškega roka oziroma z dnem začetka usposabljanja;
17. 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;
18. 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;

19. tujci na izobraževanju ali izpopolnjevanju v Republiki Sloveniji – z dnem, ko se pričnejo izobraževati oziroma izpopolnjevati v Republiki Sloveniji;
20. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, če ne izpolnjujejo pogojev za zavarovanje po eni izmed točk iz prvega odstavka 15. člena zakona in si same plačujejo prispevek - z dnem, ko ne izpolnjujejo več pogojev za zavarovanje po kateri drugi točki prvega odstavka 15. člena zakona;
21. osebe iz 21. točke prvega odstavka 15. člena zakona, ki imajo pravico do plačila prispevka po zakonu, ki ureja uveljavljanje pravic iz javnih sredstev – z dnem priznanja pravice do plačila prispevka za obvezno zavarovanje po zakonu, ki ureja uveljavljanje pravic iz javnih sredstev;
22. osebe, ki jim je Republika Slovenija priznala status begunca ali subsidiarno zaščito v skladu s predpisi o mednarodni zaščiti, če niso obvezno zavarovane iz drugega naslova - z dnem, ko jim je bil priznan status begunca oziroma z dnem, ko jim je bila priznana subsidiarna zaščita;
23. priporniki, ki niso zavarovanci iz drugega naslova do trenutka nastopa pripora oziroma jim zavarovanje preneha v času pripora - z dnem, ko nastopijo pripor oziroma z naslednjim dnem po prenehanju zavarovanja iz drugega naslova v času pripora;
24. obsojenci na prestajanju kazni zapora, mladoletniškega zapora, mladoletniki na prestajanju vzgojnega ukrepa oddaje v prevzgojni dom, osebe, ki jim je izrečen varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu ter obvezno zdravljenje odvisnosti od alkohola in drog - z dnem pričetka prestajanja kazni zapora, vzgojnega ukrepa ali varnostnega ukrepa;
25. otroci do 18. leta starosti, ki se šolajo in niso obvezno zavarovani kot družinski člani, ker njihovi starši ne skrbijo za njih oziroma, ker starši ne izpolnjujejo pogojev za vključitev v obvezno zavarovanje - z dnem, ko zavod ugotovi, da otrok izpolnjuje pogoje za prijavo v obvezno zavarovanje iz tega naslova;
26. oskrbovalci družinskega člana, upravičenci do plačila za izgubljeni dohodek na podlagi zakona, ki ureja dolgotrajno oskrbo – z dnem pridobitve pravice do delnega plačila za izgubljeni dohodek po predpisih, ki urejajo dolgotrajno oskrbo;
27. prejemniki nadomestil iz drugega in tretjega odstavka 34. člena zakona – z naslednjim dnem po prenehanju delovnega razmerja, in nadomestil po drugih zakonih – z dnem, ko pričnejo prejemati nadomestilo;
28. družinski člani zavarovancev iz prejšnjih točk tega člena, ki ne morejo biti zavarovanci po kateri od teh točk, z dnem, ko izpolnijo pogoje za obvezno zavarovanje po zakonu in pravilih.

10. člen

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

(2) (črtan).

(3) Zavarovanec iz 23. in 24. točke prejšnjega člena ne more zavarovati po sebi družinskih članov. Ne glede na prejšnji stavek se po obsojenki kot družinski član zavaruje otrok, ki v času prestajanja kazni zapora matere skupaj z materjo biva v zavodu za prestajanje kazni zapora, če nima drugače urejenega zavarovanja.

(4) Zavarovanec iz 25. točke prejšnjega člena ne more zavarovati po sebi staršev.

11. člen

(1) Zavarovano osebo prijavi v obvezno zavarovanje zavezanec.

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

(3) Ne glede na prejšnji odstavek se prijava otroka v obvezno zavarovanje kot družinskega člana vloži najpozneje 60 dni po rojstvu otroka. Do takrat lahko otrok zdravstvene storitve uveljavlja v breme obveznega zavarovanja enega od staršev, če je ta vključen v obvezno zavarovanje kot nosilec zavarovanja.

(4) Po prvi prijavi družinskega člana v obvezno zavarovanje zavod po uradni dolžnosti ureja njegovo obvezno zavarovanje po nosilcu zavarovanja ves čas, dokler so na podlagi podatkov, ki jih zavod vodi o družinskem članu in njegovem nosilcu zavarovanja oziroma jih pridobiva z izmenjavo podatkov od upravljavcev uradnih evidenc, izpolnjeni pogoji za obvezno zavarovanje na strani nosilca zavarovanja in njegovega družinskega člana.

(5) Ne glede na prejšnji odstavek je zavezanec dolžan za obvezno zavarovanje družinskih članov v skladu s pravnim redom EU in meddržavnimi pogodbami vložiti novo prijavo družinskega člana v obvezno zavarovanje, če nosilcu zavarovanja preneha obvezno zavarovanje in mu v roku osem dni ni urejeno novo obvezno zavarovanje, ki je ustrezno, da lahko po sebi zavaruje družinske člane.

(6) Sprememba nosilca zavarovanja se izvede na podlagi nove prijave družinskega člana v obvezno zavarovanje, ki jo vloži novi nosilec zavarovanja.

(7) Nosilci usposabljanj oziroma organizatorji aktivnosti ali del iz drugega odstavka 5. člena pravil so dolžni zavarovati svoje udeležence za poškodbo pri delu in poklicno bolezen (17. člen zakona) oziroma za poškodbo pri delu (18. člen zakona) ter jih prijaviti zavodu pred začetkom del, izjemoma v treh dneh po njihovem zaključku. Če je trajanje obveznega zavarovanja znano ob prijavi, lahko nosilec usposabljanj oziroma organizator aktivnosti ali del hkrati s prijavo vloži tudi odjavo iz obveznega zavarovanja.

12. člen

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

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

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

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

13. člen

Za fizično osebo, ki je sama zavezanec za prijavo v obvezno zavarovanje 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 obvezno zavarovanje, zavod izda odločbo in po njeni dokončnosti po uradni dolžnosti prijavi osebo za obvezno zavarovanje oziroma uskladi njen status z zakonom in pravili, če tega ne stori oseba sama.

14. člen

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

15. člen

(1) Zavezanec je dolžan zavodu sporočiti spremembe podatkov o zavarovani osebi med obveznim zavarovanjem (priimek, naslov ipd.) in odjaviti iz obveznega zavarovanja zavarovane osebe, ki zanj ne izpolnjujejo več pogojev. Odjavo iz obveznega zavarovanja in prijavo sprememb med njim so zavezanci dolžni posredovati zavodu najpozneje v osmih dneh po nastopu novih okoliščin.

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

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

16. člen

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

(2) Zavezanci vlagajo prijave, odjave in sporočajo spremembe med obveznim zavarovanjem pri območni enoti oziroma izpostavi zavoda.

17. člen

(črtan)

III. IZKAZOVANJE ZAVAROVANIH OSEB

18. člen

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

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

19. člen

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

20. člen

(1) Zavarovana oseba lahko brez kartice zdravstvenega zavarovanja ali drugega dokumenta, ki dokazuje urejenost obveznega zavarovanja, uveljavlja nujno medicinsko pomoč in nujno zdravljenje, drugo zdravstveno storitev pa, kadar jih določa splošni akt zavoda iz sedmega odstavka 78. člena zakona. V primeru iz prejšnjega stavka lahko izvajalec oziroma dobavitelj zahteva drug dokument, na podlagi katerega je mogoče ugotoviti identiteto zavarovane osebe, naknadno pa tudi lastnost zavarovane osebe.

(2) Razen v primerih iz prejšnjega odstavka, zavarovana oseba sama plača vrednost zdravstvene storitve, če to pravico uveljavi brez kartice zdravstvenega zavarovanja ali drugega dokumenta, ki dokazuje urejenost obveznega zavarovanja.

(3) V primeru iz prejšnjega odstavka izvajalec ob izvedbi zdravstvene storitve oziroma dobavitelj ob izdaji medicinskega pripomočka seznani zavarovano osebo, da lahko od zavoda zahteva povračilo stroškov do vrednosti cene zdravstvene storitve, ki bi jo zavod plačal izvajalcu na podlagi pogodbe oziroma do vrednosti medicinskega pripomočka na podlagi dokazila o njihovem plačilu in dokazila, da je imela v času uveljavljanja pravice urejeno obvezno zavarovanje.

(4) Če je zavarovana oseba uveljavljala zdravstvene storitve v času, ko ni imela urejenega obveznega zavarovanja, in si to zavarovanje uredi za nazaj, ima pravico do povračila stroškov v skladu s prejšnjim odstavkom.

21. člen

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

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

IV. PRAVICE ZAVAROVANIH OSEB

22. člen

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

- plačilo zdravstvenih storitev;
- nadomestilo plače med začasno zadržanostjo od dela;
- povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev.

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

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

22.a člen

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

23. člen

(črtan)

24. člen

(1) Pravice so predmet obveznega zavarovanja, če pooblaščen zdravnik oziroma zavod ugotovi, da so utemeljene v skladu z zakonom, drugimi predpisi in s splošnimi akti zavoda.

(2) Zavarovana oseba uveljavlja zdravstvene storitve pri izvajalcih in dobaviteljih, če ni za posamezno zdravstveno storitev določeno drugače z zakonom ali s splošnim aktom zavoda.

(3) Zavarovana oseba uveljavlja pri izvajalcu in dobavitelju zdravstvene storitve, ki so po vrsti in obsegu predmet pogodbe med zavodom in izvajalcem oziroma med zavodom in dobaviteljem.

25. člen

Med pravice ne sodijo:

1. storitve estetskih posegov, razen, če je poseg del zdravljenja po bolezni ali poškodbi ali če je glede na izvid ustreznega specialista potreben zaradi odprave funkcionalne prizadetosti organa, na katerem se poseg opravlja ali posledične funkcionalne prizadetosti drugega organa;
2. ambulantne storitve, ki so v okviru 24 urne nujne medicinske pomoči povezane z iztreznitvijo ob akutnem alkoholnem opoju;
3. **(črtana)**;
4. storitve ugotavljanja zdravstvenega stanja in izdaja potrdil, ki jih zavarovana oseba uveljavlja zaradi zahtev ali predpisov na drugih področjih ali pri drugih organih (npr. pri zavarovalnicah, sodiščih, v kazenskem postopku, izdaja potrdil za voznike motornih vozil, ukrepi v zvezi z varstvom pri delu), če ni s posebnim zakonom določeno drugače;
5. storitve, potrebne za uveljavljanje pravic iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja, ki presegajo obseg storitev, opredeljenih v seznamu obvezne medicinske dokumentacije za uveljavljanje pravic na podlagi invalidnosti in preostale delovne zmožnosti in storitve na zahtevo invalidske komisije;
6. storitve alternativnega zdravljenja ali medicinske rehabilitacije, za katere ni dal soglasja minister, ki je pristojen za zdravje;
7. storitve, ki se izvedejo na zahtevo zavarovane osebe in ki po mnenju pooblaščenega zdravnika, glede na njeno zdravstveno stanje, niso potrebne;
8. storitve, ki so potrebne za odpravo škode, ki si jo je zavarovana oseba povzročila sama;
9. stroški prevoza zavarovane osebe iz tujine v Republiko Slovenijo, razen v primeru iz 135.a in 135.b člena pravil.

IV/1. PRAVICA DO ZDRAVSTVENIH STORITEV V OSNOVNI ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI

26. člen

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

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

5. osnovno paliativno oskrbo;
6. reševalne prevoze.

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

27. člen

(črtan)

IV/2. PRAVICA DO ZOBOZDRAVSTVENIH STORITEV

28. člen

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

- preventivnih zobozdravstvenih storitev iz 1. točke prvega odstavka 23. člena zakona v skladu s predpisom iz četrtega odstavka 23. člena zakona;
- letnega pregleda na zahtevo zavarovane osebe;
- zdravljenja zob, zdravljenja vnetnih in drugih sprememb ustne sluznice ter oralnokirurških in maksilofacialnih operativnih posegov;
- zobno-protetičnih pripomočkov;
- kontrolnega pregleda šest mesecev po končanem konzervativnem zdravljenju in končani zobno-protetični rehabilitaciji.

29. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do naslednjih zobno-protetičnih pripomočkov:

1. prevleke, koreninskega zatička z nazidkom in inleja, onleja ali overleja, če:
 - okvarjene zobne krone ni mogoče zadovoljivo obnoviti s plombiranjem;
 - je to potrebno zaradi dviga ugriza;
 - biomehanske zahteve narekujejo izdelavo tega zobno-protetičnega pripomočka na podpornih, retencijskih zobeh za snemno protezo ali mostiček, ki sta pravica po tem členu;
2. mostička, če:
 - manjkajo v vidnem sektorju do štirje zobje;
 - manjkajo v eni vrzeli zapored najmanj trije zobje;

- manjka pet zob v dveh ali več vrzelih v istem ali obeh kvadrantih iste čeljusti, če so vrzeli prekinjene s po enim zobom;
3. delne proteze, če manjkajo:
- najmanj trije zobje zapored in izdelava mostička iz prejšnje točke ni mogoča zaradi biomehanskih zahtev;
 - najmanj trije zobje zapored, ki so na koncu zobne vrste ali v vrzeli in ob tem še najmanj dva zoba v istem ali drugem kvadrantu v isti čeljusti;
 - zobje v več vrzelih in najmanj dve od njih predstavljata pravico do mostička po tem členu, a je cena za protezo nižja kot za mostiček, ki sta pravica po tem členu;
4. totalne proteze, če manjkajo vsi zobje v eni čeljusti;
5. mostička ali delne proteze, če manjka pet ali več zob v obeh stranskih sektorjih ene čeljusti, pri čemer modrostniki niso všteti, in ob tem ni vsaj ene funkcionalne okluzijske enote na vsaki strani čeljusti.

(2) Zavarovana oseba, ki ima v isti čeljusti hkrati pravico do mostička in delne proteze iz prejšnjega odstavka, ima pravico do delne proteze, ki nadomesti vse vrzeli v čeljusti, če je cena te storitve enaka ali nižja od cene zobno-protetičnih fiksni pripomočkov.

(3) Zavarovana oseba ima pravico do zobno-protetičnih pripomočkov v skladu s tem členom tudi, če ji manjkata najmanj dva zaporedna zoba v eni čeljusti in gre za zavarovano osebo:

1. do dopolnjenega 18. leta starosti, po tej starosti pa, če se šola, in sicer do konca šolanja, vendar največ do konca šolskega oziroma študijskega leta, v katerem dopolni 26 let;
2. ki se je med obveznim šolanjem zadnjih pet let redno udeleževala sistematičnih zobozdravstvenih pregledov ter zdravljenja zob in ji je bila opravljena fluorizacija zobovja, v skladu s predpisom iz četrtega odstavka 23. člena zakona; ali
3. ki je imela ob končanem šolanju primarno ali sekundarno zdravo zobovje.

(4) Zavarovana oseba ima pravico do zobno-protetičnih pripomočkov v skladu s tem členom, če so izpolnjene biomehanske, anatomske in funkcionalne zahteve za njihovo izdelavo ter se ob tem zagotovi celovita zobno-protetična rehabilitacija v obeh čeljustih v okviru pravic.

(5) Kot vidni sektor se štejejo oba sekalca in podočnik v posameznem kvadrantu, kot stranski ali transkanini sektor pa se šteje del zobne vrste od podočnika nazaj, ki vključuje ličnika in kočnike.

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

30. člen

(1) Zavarovana oseba, ki ji ni mogoče zagotoviti funkcionalno ustrezne rehabilitacije z zobno-protetičnimi pripomočki iz prejšnjega člena, ima pravico do zobno-protetične rehabilitacije s pomočjo zobnih vsadkov, če ji zaradi razvojnih ali prirojenih motenj, bolezni ali poškodbe manjkajo zobje ali znatna količina kosti stomatognatnega sistema, in so pri njej prisotna naslednja stanja:

1. resekcija v zgornji ali spodnji čeljusti kot posledica tumorjev ali stanja, ki je posledica zdravljenja tumorjev v področju glave ali vratu;
2. oligodontija, če manjka šest ali več zob, pri čemer modrostniki niso všteti;
3. razvojne anomalije kosti – shize;
4. obsežna resorpcija kosti ali atrofija alveolnega grebena spodnje čeljusti, pri čemer je izkazan tip kostne resorpcije D ali E po Lekholm-Zarbovi klasifikaciji ali se zahtevnost zobno-protetične rehabilitacije v skladu z diagnostičnimi kriteriji protetično diagnostičnega indeksa (PDI) spodnje čeljusti uvršča v IV. razred;
5. obsežna resorpcija kosti ali atrofija alveolnega grebena zgornje čeljusti, pri čemer je izkazan tip kostne resorpcije D ali E po Lekholm-Zarbovi klasifikaciji ali se zahtevnost zobno-protetične rehabilitacije v skladu z diagnostičnimi kriteriji protetično diagnostičnega indeksa (PDI) zgornje čeljusti uvršča v IV. razred.

(2) Ne glede na prejšnji odstavek ima zavarovana oseba pravico do zobno-protetične rehabilitacije s pomočjo zobnih vsadkov, če je pri njej podano izjemno zdravstveno stanje, zaradi katerega po mnenju pristojnega konzilija izvajalca na terciarni ravni ni mogoče zagotoviti funkcionalno ustrezne rehabilitacije z zobno-protetičnimi pripomočki iz prejšnjega člena.

(3) Zavarovana oseba z zdravstvenim stanjem iz prvega ali drugega odstavka tega člena ima pravico do največ štirih zobnih vsadkov v zgornji in dveh v spodnji čeljusti.

(4) Ne glede na prejšnji odstavek ima zavarovana oseba z zdravstvenim stanjem iz 1. ali 2. točke prvega odstavka tega člena ali drugega odstavka tega člena pravico do večjega števila zobnih vsadkov, če je po mnenju pristojnega konzilija izvajalca na terciarni ravni to potrebno za zagotovitev funkcionalno ustrezne zobno-protetične rehabilitacije. V tem primeru je število zobnih vsadkov lahko največ tolikšno, kot izhaja iz mnenja pristojnega konzilija izvajalca na terciarni ravni.

31. člen

Ne glede na prejšnji člen zavarovana oseba nima pravice do zobno-protetične rehabilitacije s pomočjo zobnih vsadkov v naslednjih primerih, ko ta ni strokovno utemeljena:

1. sistemska stanja:
 - hujše sistemske kronične bolezni (ASA status 4 ali več);
 - bolezni, ki vplivajo na osteointegracijo zobnih vsadkov in vnetne zaplete (npr. neurejena sladkorna bolezen, druge imunske bolezni, obsevanje in kemoterapija v zadnjem letu, parodontalna bolezen: nezdravljena ali zdravljena z globino sondiranja (PPD) več kot 5,5);
 - zdravila, ki vplivajo na osteointegracijo zobnih vsadkov in vnetne zaplete (npr. citostatiki, visoke doze steroidov, intravenski bisfosfonati, kombinacija bisfosfonatov in imunosupresivov);
 - razvade in navade (npr. kajenje – več kot deset cigaret na dan, bruksizem);
2. lokalna stanja:
 - neustrezna ustna higiena (mehke in trde zobne obloge);

- nesanirani zobje.

32. člen

(1) Zavarovana oseba ima pri zobno-protetični rehabilitaciji s pomočjo zobnih vsadkov iz 30. člena pravil pravico do naslednjih zobno-protetičnih pripomočkov na zobnih vsadkih:

1. pri zdravstvenih stanjih iz 2. ali 3. točke prvega odstavka ali iz drugega odstavka 30. člena pravil:
 - prevlek;
 - mostička;
 - delne proteze;
2. pri zdravstvenih stanjih iz 1., 4. ali 5. točke prvega odstavka ali iz drugega odstavka 30. člena pravil:
 - delne proteze;
 - totalne proteze.

(2) Zavarovana oseba ima pravico do zobno-protetičnih pripomočkov v skladu s tem členom, če so izpolnjene biomehanske, anatomske in funkcionalne zahteve za njihovo izdelavo ter se ob tem zagotovi celovita zobno-protetična rehabilitacija v obeh čeljustih v okviru pravic.

(3) Zavarovana oseba ima pravico do zobno-protetičnih pripomočkov v skladu s tem členom tudi na zobnih vsadkih, ki jih je krila iz lastnih sredstev, če predloži dokumentacijo, ki dokazuje:

- da je ob vsaditvi zobnega vsadka izpolnjevala pogoje iz 30. člena pravil in da pri njej niso prisotna stanja iz prejšnjega člena,
- da je standardni material zobnega vsadka v skladu s 1. točko drugega odstavka 112. člena pravil ter
- da je zobni vsadek vsadil zdravnik, ki izpolnjuje enake pogoje, kot pooblaščen zdravnik iz 1. točke drugega odstavka 187. člena pravil.

(4) Pogoje iz prejšnjega odstavka ugotovi specialist za stomatološko protetiko iz 2. točke drugega odstavka 187. člena pravil, ki v zdravstveni dokumentaciji zavarovane osebe hrani dokumentacijo o izpolnjevanju teh pogojev.

33. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do:

1. obturatorja;
2. opornice.

(2) Zobno-protetična pripomočka iz prejšnjega odstavka se lahko kombinirata z zobno-protetičnimi pripomočki iz 29. in 32. člena pravil.

34. člen

(1) Zavarovana oseba ima do dopolnjenega 18. leta starosti pravico do ortodonskega zdravljenja, če ima po doktrini ortodonske stroke srednjo, težjo ali zelo težko obliko nepravilnosti zob in čeljusti.

(2) Ne glede na prejšnji odstavek ima zavarovana oseba pravico do ortodonskega zdravljenja z ortodontskim aparatom, če je bila potreba po tem zdravljenju ugotovljena pred dopolnjenim 16. letom starosti. Potreba po zdravljenju je ugotovljena, ko ortodont z meritvami ugotovi vrednost po Eismann – Farčnikovem indeksu (EF indeks), ki mora biti večja od 15 točk, kar dokumentira v zdravstveni dokumentaciji zavarovane osebe.

(3) Ne glede na prvi in drugi odstavek tega člena ima zavarovana oseba pravico do ortodonskega zdravljenja kot priprave na ortognati poseg, če ima težko skeletno nepravilnost, ki jo je mogoče odpraviti le s kombiniranim ortodontsko-kirurškim zdravljenjem.

(4) Zavarovana oseba ima v okviru pravice do ortodonskega zdravljenja z ortodontskim aparatom pravico do zdravljenja:

1. s snemnim ortodontskim aparatom;
2. z nesnemnim ortodontskim aparatom, če s snemnim ortodontskim aparatom iz prejšnje točke ni mogoče doseči ustreznih popravkov nepravilnosti zob in čeljusti.

34.a člen

(črtan)

35. člen

(1) Ortodont pred začetkom ortodonskega zdravljenja zavarovani osebi pisno pojasni vse možnosti ortodonskega zdravljenja, njegovo trajanje, obveznost zavarovane osebe glede vzdrževanja ustne higiene, nošenja ortodonskega aparata, prihajanja na kontrolne preglede in drugega ravnanja po navodilih ortodonta ter zdravstvene in finančne posledice, če ne bi spoštovala njegovih navodil. Ortodont začne zdravljenje, če zavarovana oseba soglaša z načinom zdravljenja iz prejšnjega stavka, kar potrdi s podpisom v zdravstveni dokumentaciji zavarovane osebe.

(2) Ortodont lahko prekine zdravljenje, če zavarovana oseba med zdravljenjem ne ravna po navodilih iz prejšnjega odstavka, v vsakem primeru pa ga prekine, če zavarovana oseba:

1. več kot šest mesecev brez upravičenega razloga ne pride na kontrolni pregled, na katerega je bila naročena;
2. kljub opozorilu ortodonta, ki je dokumentirano v zdravstveni dokumentaciji, ne nosi ortodonskega aparata po navodilih iz prejšnjega odstavka;
3. ne vzdržuje ustrezne ustne higiene po navodilih iz prejšnjega odstavka in s tem ogroža svoje oralno zdravje.

(3) Ortodont o prekinitvi zdravljenja obvesti osebnega zobozdravnika, ki zavarovani osebi ne sme izdati nove napotnice za zdravljenje pri drugem ortodontu.

(4) Če zavarovana oseba ne soglaša s prekinitvijo zdravljenja v primeru iz 1. točke drugega odstavka tega člena, o tem odloči območna enota zavoda.

IV/3. PRAVICA DO ZDRAVSTVENIH STORITEV PRI INSTITUCIONALNIH IZVAJALCIH

36. člen

(1) Zavarovane osebe imajo pravico do zdravstvene nege, medicinske rehabilitacije in drugih zdravstvenih storitev, ki jih opravljajo institucionalni izvajalci.

(2) Med pravice iz prejšnjega odstavka so vključena tudi zdravila, živila in pripomočki v skladu s pravili.

IV/4. PRAVICA DO ZDRAVSTVENIH STORITEV NA SEKUNDARNI IN TERCIARNI RAVNI ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

37. člen

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

(2) V okviru specialistično-ambulantne dejavnosti ima ženska tudi pravico do oploditve z biomedicinsko pomočjo pod pogoji iz zakona, ki ureja zdravljenje neplodnosti in postopke oploditve z biomedicinsko pomočjo. V primeru zunajtelesne oploditve ima ženska pravico do največ šestih postopkov za prvi porod živorojenega otroka, za vsak nadaljnji pa do največ štirih postopkov. Pri ženski, mlajši od 35 let, se pri prvih dveh postopkih zunajtelesne oploditve opravi elektivni prenos enega zarodka dobre kakovosti. Postopek oploditve z biomedicinsko pomočjo z odmrznjenimi zarodki se šteje v tisti postopek zunajtelesne oploditve, v katerem so bili zarodki zamrznjeni.

38. člen

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

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

39. člen

(1) Bolnišnično zdravljenje je omejeno na najkrajši možni čas, ki je potreben za njegovo izvedbo.

(2) Pravica do bolnišničnega zdravljenja preneha, ko je možno zdravstvene storitve zavarovani osebi zagotoviti v osnovni, specialistično-ambulantni ali zdraviliški dejavnosti.

(3) Oskrbni dnevi bolnišničnega zdravljenja, ko niso opravljene nobene zdravstvene storitve ali so opravljene zdravstvene storitve, ki jih je mogoče zagotoviti na način iz prejšnjega odstavka, ne spadajo med pravice.

40. člen

(1) Med stacionarnim bolnišničnim zdravljenjem ali zdraviliškim zdravljenjem, ki se izvaja na stacionarni način, ima zavarovana oseba pravico do sobivanja z enim od staršev, rejnikom, skrbnikom, zakoncem ali zunajzakonskim partnerjem, kadar sobiva ob otroku svojega zakonca ali zunajzakonskega partnerja, če je zavarovana oseba:

- otrok do vključno 14. leta starosti;
- otrok do 18. leta starosti oziroma dokler traja skrbništvo, če je otrok postavljen pod skrbništvo zaradi zdravstvenega stanja, ki je nastalo pred njegovo polnoletnostjo, v primeru težje okvare ali poškodbe možganov ali hrbtenjače, pri kateri je potrebno usposabljanje za poznejšo medicinsko rehabilitacijo na domu, ali v primeru kronične bolezni ali okvare v času usposabljanja za poznejšo medicinsko rehabilitacijo na domu, ali v primeru zdravljenja težkega zdravstvenega stanja;
- oseba s posebnimi potrebami, ki potrebuje 24-urno nego in oskrbo;
- oseba s statusom po zakonu, ki ureja socialno vključevanje invalidov.

(2) Sobivanje je 24-urna nastanitev s prenočitvijo in prehrano osebe, ki sobiva ob zavarovani osebi, in sicer v standardu nastanitve in prehrane iz petega odstavka 47. člena oziroma 110. člena pravil, ki velja za zavarovano osebo.

(3) Če izvajalec zaradi omejenih prostorskih zmogljivosti ne more zagotoviti pravice do sobivanja iz prvega odstavka tega člena, prednost pri nastanitvi presoja glede na zdravstveno stanje, starost in posebne potrebe zavarovane osebe ter glede na krajevno oddaljenost od prijavljenega prebivališča zavarovane osebe in osebe, ki lahko sobiva ob njej.

(4) Med stacionarnim bolnišničnim zdravljenjem ali zdraviliškim zdravljenjem, ki se izvaja na stacionarni način, ima mati, ki doji otroka, pravico, da je ob njej nastanjen otrok.

41. člen

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

42. člen

(črtan)

IV/5. PRAVICA DO ZDRAVILIŠKEGA ZDRAVLJENJA

43. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do zdraviliškega zdravljenja, ki obsega zahtevnejšo medicinsko rehabilitacijo s souporabo naravnih zdravilnih sredstev v naravnih zdraviliščih.

(2) Zdraviliško zdravljenje se izvaja na enega od naslednjih načinov:

- na stacionarni način, če mora zavarovana oseba glede na zdravstveno stanje bivati v zdravilišču;
- na ambulantni način, če lahko zavarovana oseba glede na zdravstveno stanje dnevno prihaja v zdravilišče.

(3) Zdraviliško zdravljenje je glede na vrsto:

1. zdraviliško zdravljenje, ki je nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja in se izvaja na stacionarni način, če se začne neposredno po končanem bolnišničnem zdravljenju ali najpozneje pet dni od prejema odločbe o odobritvi zdraviliškega zdravljenja;
2. zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja in se izvaja na stacionarni ali ambulantni način in se začne po roku iz prejšnje točke.

(4) (črtan).

44. člen

Zavarovana oseba ima pravico do zdraviliškega zdravljenja pri zdravstvenih stanjih iz 45. člena pravil, če je pričakovati povrnitev funkcionalnih sposobnosti.

45. člen

(1) Zdraviliško zdravljenje se lahko odobri pri naslednjih zdravstvenih stanjih:

1. Vnetne revmatične in sistemske vezivno tkivne bolezni:
 - revmatoidni artritis v umirjeni fazi z zmanjšano gibljivostjo najmanj enega velikega in vsaj treh malih sklepov, kadar težje funkcionalne prizadetosti ni mogoče obvladati z zdravili;
 - spondiloartritis z aksialno prizadetostjo (ankilozirajoči spondilitis, psoriatični in enteropatski spondiloartritis) s slabšanjem gibljivosti, ki je dokumentirana z meritvami;
 - spondiloartritis s periferno prizadetostjo (ankilozirajoči spondilitis, psoriatični in enteropatski spondiloartritis) v umirjeni fazi z zmanjšano gibljivostjo najmanj enega velikega in vsaj treh malih sklepov, kadar težje funkcionalne prizadetosti ni mogoče obvladati z zdravili;
 - (črtana);
 - sistemske vezivno tkivne bolezni, kot sistemska skleroza s hitrim slabšanjem kožne simptomatike in nastajanjem kontraktur sklepov;
 - polimiozitis, dermatomiozitis z izrazitim slabšanjem mišične moči in atrofijo mišic udov.
2. Degenerativne bolezni:

- generalizirana spondiloza hrbtenice s težjo funkcionalno prizadetostjo in nevrološkimi izpadi, ki jih operativni poseg ne bi odpravil oziroma je operativni poseg kontraindiciran;
- težja funkcionalna prizadetost velikih sklepov z možnostjo hitrega nastanka mišičnih atrofij ali kontraktur sklepov.

3. Poškodbe in operacije na lokomotornem sistemu:

- politravma s težjo funkcionalno prizadetostjo motorike;
- opekline s težjo funkcionalno prizadetostjo motorike;
- zlomi dolgih kosti z izjemo zlomov zapestja, zlomi hrbtenice in večje poškodbe medenice; izjemoma brez operativnega posega le ob težji, a popravljivi funkcionalni prizadetosti;
- osteotomija dolgih kosti ali petnice zaradi korekcije položaja sklepov, s težjo funkcionalno prizadetostjo priležnega velikega sklepa;
- endoproteza velikih sklepov, ki ni vstavljena zaradi zloma, najmanj štiri tedne po posegu, a le ob težji in še popravljivi funkcionalni prizadetosti;
- totalna sinovektomija velikih sklepov ob težji funkcionalni prizadetosti;
- rekonstrukcija križnih vezi kolena, operativna stabilizacija pogačice;
- stabilizacijske operacije rame, šivanje rotatorne manšete;
- operativni poseg na hrbtenici, s težjo funkcionalno prizadetostjo.

4. Nevrološke in živčno-mišične bolezni:

- novo odkrite organske pareze in paralize s klinično jasnimi funkcionalnimi motnjami;
- okvare centralnega ali perifernega živčevja s popravljivo težjo funkcionalno prizadetostjo motorike, kadar kirurško zdravljenje ni možno;
- nevrokirurške operacije na centralnem ali perifernem živčevju s težjo funkcionalno prizadetostjo motorike.

5. Bolezni srca in ožilja:

- akutni srčni infarkt s hudimi imobilizacijskimi zapleti zaradi dolgotrajne ali intenzivne hospitalizacije;
- akutni srčni infarkt, če ambulantne kardiološke rehabilitacije glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe ni mogoča izvesti zaradi oddaljenosti njenega prebivališča do najbližjega izvajalca te rehabilitacije;
- operacije na srcu ali ožilju z izvedeno torakotomijo, sternotomijo ali laparotomijo s težjo funkcionalno prizadetostjo po posegu;
- transplantacija srca.

6. Ginekološke bolezni in bolezni sečil:

- radikalni kirurški posegi s pooperativno radioterapijo ali kemoterapijo;

- laparotomijski radikalni operativni posegi s težjimi zapleti;
- večji rekonstruktivni posegi istočasno na dveh od naslednjih organskih sistemov: sečila, rodila, prebavila, s težjimi zapleti;
- rak dojke po radikalnem kirurškem posegu ali po končani radioterapiji ali kemoterapiji.

7. Kožne bolezni:

- generalizirana oblika psoriaze, ki je ni mogoče obvladati z zdravili;
- sklerodemija s prizadetostjo kože na sklepih ali na prsnem košu, po zaključenem bolnišničnem zdravljenju;
- obsežne resekcije kože in podkožja, zaradi operacije malignega melanoma ali drugih malignomov kože, z odstranitvijo regionalnih bezgavk.

8. Bolezni prebavil:

- obsežni torakotomijski ali laparotomijski posegi na prebavilih s težjo funkcionalno prizadetostjo;
- Crohnova bolezen ali ulcerozni kolitis zaradi težje epizode poslabšanja;
- akutni nekrozantni pankreatitis, ponavljajoči se pankreatitisi s težjimi zapleti ali podhranjenostjo;
- operativni posegi na jetrih, stanje po transplantaciji jeter.

9. Bolezni dihal:

- obsežni kirurški posegi na pljučih ali v mediastinumu, z izvedeno torakotomijo;
- cistična fibroza pljuč z zmanjšano pljučno funkcijo (FEV1 pod 70 %);
- idiopatska ali družinska pljučna arterijska hipertenzija in kronična tromboembolična pljučna arterijska hipertenzija.

10. Onkološke bolezni:

- radikalne operacije malignomov pred ali po zaključeni radioterapiji ali kemoterapiji;
- obsežne odstranitve aksilarnih, retroperitonealnih ali ingvinalnih bezgavk.

(2) Zdraviliško zdravljenje zavarovane osebe do dopolnjenega 18. leta starosti se lahko odobri tudi pri naslednjih zdravstvenih stanjih:

1. cistična fibroza pljuč ali druge kronične gnojne pljučne bolezni s potrebo po vsakodnevni respiratorni fizioterapiji in kronične pljučne bolezni, pri katerih je potrebna podpora ventilacije;
2. hujše dermatoze (psoriza, ihtioza, epidermolysis bullosa, atopijski dermatitis – alergijski in nealergijski) z več kot 30 % prizadete kože ob poslabšanju v zadnjem letu ob dokumentiranem zdravljenju;
3. astma in ponavljajoče piskanje pri zavarovani osebi do dopolnjenega petega leta starosti z dvema ali več hospitalizacijami v zadnjem letu ali delno ali neurejena bolezen ob dokumentiranem zdravljenju v zadnjem letu s srednjim odmerkom protivnetnega zdravila

oziroma astma pri zavarovani osebi nad petimi leti starosti z eno ali več hospitalizacijami v zadnjem letu ali delno ali neurejena bolezen ob dokumentiranem zdravljenju v zadnjem letu s srednjim odmerkom protivnetnega zdravila;

4. tuberkuloza po zdravljenju težkih oblik bolezni;
5. osteogenesis imperfekta, primarna osteoporoza in skeletne displazije z gibalno oviranostjo;
6. trdovratni alergijski rinitis, ki ga ni mogoče urediti z zdravljenjem s specifično imunoterapijo.

46. člen

Ne glede na 44. člen pravil, zavarovana oseba nima pravice do zdraviliškega zdravljenja v naslednjih primerih, ko zdraviliško zdravljenje ni strokovno utemeljeno:

1. hude duševne motnje, motnje osebnosti, splošne težje telesne prizadetosti ali kognitivne prizadetosti, zaradi katere zavarovana oseba ni sposobna sodelovati pri zdraviliškem zdravljenju;
2. toksikomanije ali kroničnega etilizma;
3. slabo urejene epilepsije;
4. nalezljive bolezni v kužnem stanju;
5. kronične organske bolezni v fazi akutnega poslabšanja;
6. pogoste in močnejše krvavitve;
7. rakaste novotvorbe, ki ni bila operativno odstranjena ali drugače zaustavljena v rasti;
8. nosečnosti;
9. težje oblike generalizirane ateroskleroze;
10. nezaceljene rane;
11. kajenja pri boleznih dihal.

47. člen

(1) Tip standarda zdraviliškega zdravljenja je opredeljen z vrsto in obsegom zdravstvenih storitev, ki se opravijo v okviru zdraviliškega zdravljenja.

(2) V primeru zdravstvenih stanj iz 10. točke prvega odstavka 45. člena pravil se tip standarda zdraviliškega zdravljenja določi glede na lokalizacijo bolezni.

(3) Med zdraviliškim zdravljenjem je zavarovani osebi zagotovljena nujna medicinska pomoč in nujno zdravljenje.

(4) Zdraviliško zdravljenje vključuje zdravila in pripomočke, potrebne za izvajanje zdraviliškega zdravljenja.

(5) Zdraviliško zdravljenje, ki se izvaja na stacionarni način, vključuje nastanitev in prehrano med bivanjem v zdravilišču. Standard nastanitve in prehrane pri zdraviliškem

zdravljenju je nastanitev v dvoposteljni ali večposteljni sobi z najmanj tremi obroki hrane dnevno v višini cene nemedicinskega oskrbnega dne, določene s pogodbo med zavodom in zdraviliščem.

48. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do zdraviliškega zdravljenja, ki se izvaja:

- na stacionarni način – v trajanju do 14 dni;
- na ambulantni način – v trajanju do deset dni.

(2) V primerih zdravstvenih stanj iz prve alineje 3. točke ter prve in tretje alineje 4. točke prvega odstavka 45. člena pravil se lahko zdraviliško zdravljenje podaljša na skupno največ 21 dni, če je s tem pričakovati dodatno izboljšanje funkcionalne sposobnosti.

(3) Zdraviliško zdravljenje se izvede v odobrenem trajanju brez prekinitev.

(4) Če zavarovana oseba zaradi zdravstvenega stanja, opravičljivih osebnih razlogov ali razlogov na strani izvajalca oziroma zavoda ne more začeti zdraviliškega zdravljenja v roku, ki je določen z odločbo o odobritvi zdraviliškega zdravljenja, se začetek zdraviliškega zdravljenja lahko odloži na obdobje, ko prenehajo razlogi za odlog.

(5) Če zavarovana oseba med zdraviliškim zdravljenjem zboli, se poškoduje ali nastopijo drugi opravičljivi osebni razlogi in ga zato ni mogoče dokončati, se zdraviliško zdravljenje prekine in se lahko nadaljuje v poznejšem roku.

(6) (črtan).

49. člen

(1) Zavarovana oseba, ki ji je bilo predhodno odobreno zdraviliško zdravljenje ali je predhodno opravila celotno medicinsko rehabilitacijo pri izvajalcu na terciarni ravni, lahko uveljavlja pravico do zdraviliškega zdravljenja zaradi iste bolezni ali poškodbe ob njenem klinično pomembnem (funkcionalnem) poslabšanju:

- po preteku enega leta od izdaje predhodne odločbe ali od zaključka celostne medicinske rehabilitacije pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti na terciarni ravni – če gre za zavarovano osebo do dopolnjenega 18. leta starosti;
- po preteku dveh let od izdaje predhodne odločbe ali od zaključka celostne medicinske rehabilitacije pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti na terciarni ravni – če gre za zavarovano osebo od dopolnjenega 18. leta starosti.

(2) Ne glede na prejšnji odstavek lahko zavarovana oseba zaradi iste bolezni ali poškodbe uveljavlja pravico do zdraviliškega zdravljenja, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, če v skladu s predhodno izdano odločbo zavoda ni začela zdraviliškega zdravljenja zaradi razloga iz četrtega odstavka prejšnjega člena.

(prenehalo veljati)

Datum konca veljavnosti: 01.01.2024

Sklic: [3. člen ZZVZZ-P](#)

50. člen

(prenehal veljati)

Datum konca veljavnosti: 01.01.2024

Sklic: [3. člen ZZVZZ-P](#)

(razveljavljen)

Opomba: razveljavitvena odloc#ba US

Datum začetka razveljavitve: 11.11.2022

Sklic: [Odločba US](#)

51. člen

(prenehal veljati)

Datum konca veljavnosti: 01.01.2024

Sklic: [3. člen ZZVZZ-P](#)

(razveljavljen)

Opomba: razveljavitvena odloc#ba US

Datum začetka razveljavitve: 11.11.2022

Sklic: [Odločba US](#)

52. člen

(prenehal veljati)

Datum konca veljavnosti: 01.01.2024

Sklic: [3. člen ZZVZZ-P](#)

(razveljavljen)

Opomba: razveljavitvena odloc#ba US

Datum začetka razveljavitve: 11.11.2022

Sklic: [Odločba US](#)

53. člen

(prenehal veljati)

Datum konca veljavnosti: 01.01.2024

Sklic: [3. člen ZZVZZ-P](#)

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 razlogov ni mogoče opraviti prevoza z javnim prevoznim sredstvom. Ti prevozi so:

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

55. člen

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

56. člen

Nujni prevozi vključujejo tudi reševanje poškodovanih zavarovanih oseb z gora, morja, voda in jam in njihov prevoz do najbližjega zdravstvenega zavoda, ki lahko zagotovi ustrezno medicinsko pomoč.

IV/8. PRAVICA DO ZDRAVIL IN ŽIVIL NA RECEPT

57. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do industrijsko proizvedenega zdravila, galenskega zdravila in magistralnega zdravila s pozitivne liste zdravil.

(2) Zdravilo s pozitivne liste zdravil, ki mu zavod določi omejitev predpisovanja »za otroke«, se lahko predpiše zavarovani osebi, mlajši od 15 let.

(3) Ne glede na prvi odstavek tega člena ima zavarovana oseba, mlajša od 15 let, in zavarovana oseba z motnjo v telesnem ali duševnem razvoju pravico do magistralnega zdravila za peroralno uporabo, ki ni na pozitivni listi zdravil, se pa pripravi iz učinkovin, ki jih vsebujejo zdravila s pozitivne liste zdravil:

- če na pozitivni listi zdravil ni zdravila s primerljivo jakostjo, kot jo potrebuje zavarovana oseba, ali
- če zaradi zdravstvenega razloga ali starosti zavarovane osebe ni mogoče enakovredno zdravljenje s farmacevtsko obliko zdravila s pozitivne liste zdravil.

(4) Pooblaščen zdravnik upravičenost iz prejšnjega odstavka utemelji z dokumentiranjem v zdravstveni dokumentaciji zavarovane osebe.

(5) Določbe pravil, ki urejajo pravico do zdravila na recept, predpisanega zaradi zdravljenja, se smiselno uporabljajo tudi, če je zdravilo na recept predpisano zaradi preventivne zdravstvene storitve, zdravljenja v tujini, medicinske rehabilitacije, zdravstvene nege ali paliativne oskrbe.

57.a člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do živila s pozitivne liste živil, ki spada v eno od naslednjih vrst živil:

1. živila s prilagojeno sestavo hranil, ki so namenjena za trajno zdravljenje zavarovanih oseb z vrojenimi motnjami presnove;
2. živila za prehransko podporo, ki so namenjena bolnikom z akutnim poslabšanjem hude kronične bolezni s hudim telesnim izčrpanjem in bolnikom, pri katerih je do takšnega stanja prišlo zaradi neželenih učinkov terapevtskih postopkov, za katere je takšna dopolnilna prehrana potrebna za bistveno izboljšanje kakovosti življenja ali uspeh zdravljenja;
3. živila za otroke z alergijami, ki so namenjena otrokom s hudimi alergijami in drugimi težkimi oblikami intolerance na hrano.

(2) Živilo s pozitivne liste živil, ki ima določeno omejitev predpisovanja »za otroke«, se lahko predpiše zavarovani osebi, mlajši od 15 let.

(3) Določbe pravil, ki urejajo pravico do živila na recept, predpisanega zaradi zdravljenja, se smiselno uporabljajo tudi, če je živilo na recept predpisano zaradi preventivne zdravstvene storitve, zdravljenja v tujini, medicinske rehabilitacije, zdravstvene nege ali paliativne oskrbe.

58. člen

(1) (črtan).

(2) Magistralno zdravilo s pozitivne liste zdravil se predpiše na recept z imenom, s katerim je razvrščeno na pozitivno listo zdravil.

(3) Živilo se predpiše na recept z lastniškim imenom.

(4) Na recept se lahko predpišejo naslednje količine zdravila:

1. **(črtana);**
2. zdravilo, predpisano ob uvedbi novega zdravila – eno, najmanjše pakiranje zdravila, izjemoma v količini, ki zadostuje za enomesečno zdravljenje;
3. zdravilo, predpisano v primeru iz tretje alineje prvega odstavka 202. člena pravil – eno, najmanjše pakiranje zdravila;
4. industrijsko proizvedeno in galensko zdravilo za dolgotrajno zdravljenje – najmanjšo potrebno količino, vendar največ za trimesečno zdravljenje oziroma do enega leta na obnovljivi recept; če je predpisano več zdravil za dolgotrajno zdravljenje, se lahko obdobje na en recept predpiše dodatna količina posameznega zdravila, tako da se količina vseh predpisanih zdravil za dolgotrajno zdravljenje na letni ravni izravna;
5. magistralno zdravilo – največ za enomesečno zdravljenje, razen, ko rok njegove uporabnosti omogoča predpis za daljše obdobje, vendar ne več kot za trimesečno zdravljenje oziroma do enega leta na obnovljivi recept.

(5) Na recept se lahko predpišejo naslednje količine živila:

1. živila s prilagojeno sestavo hranil – največ za trimesečno zdravljenje oziroma do enega leta na obnovljivi recept;
2. živila za prehransko podporo – največ za enomesečno zdravljenje oziroma do treh mesecev na obnovljivi recept;
3. živila za otroke z alergijami – največ za trimesečno zdravljenje oziroma do enega leta na obnovljivi recept.

59. člen

Na recept ni dovoljeno predpisati naslednjih zdravil in živil:

1. zdravil in živil, ki jih izvajalec potrebuje za izvajanje zdravstvene dejavnosti;
2. nadomestnih zdravil in živil v primeru izgubljenih, pozabljenih ali odtujenih zdravil in živil ali, če je bilo zdravilo ali živilo ob neustreznem ravnanju ali ravnanju v nasprotju z navodilom uničeno, pokvarjeno ali poškodovano;
3. zdravil za potovanje.

60. člen

(1) Vrednost zdravila, predpisanega na recept, se določi na podlagi:

1. veljavne cene zdravila, določene v skladu s predpisi, ki urejajo zdravila,
2. najvišje priznane vrednosti za zdravila iz posamezne skupine medsebojno zamenljivih zdravil in posamezne terapevtske skupine zdravil, določene v skladu s splošnim aktom zavoda, ali
3. veljavne cene zdravila iz posamezne skupine medsebojno zamenljivih zdravil ali posamezne terapevtske skupine zdravil, če je veljavna cena zdravila nižja od najvišje priznane vrednosti.

(2) Vrednost živila, predpisanega na recept, se določi na podlagi:

1. cene živila, ki jo dogovori zavod s ponudnikom živil, ali
2. najvišje priznane vrednosti, ki jo določi zavod za živila iz 2. in 3. točke prvega odstavka 57. a člena pravil.

(3) Najvišjo priznano vrednost iz prvega in drugega odstavka tega člena določi upravni odbor zavoda ali po njegovem pooblastilu generalni direktor zavoda na podlagi splošnega akta zavoda.

(4) Za zdravilo iz 2. točke prvega odstavka tega člena, predpisano na obnovljivi recept, in živilo iz 2. točke drugega odstavka tega člena, predpisano na obnovljivi recept, se upošteva najvišja priznana vrednost, veljavna ob vsaki izdaji zdravila oziroma živila.

(5) Ne glede na 2. točko prvega odstavka tega člena ima zavarovana oseba v primeru iz drugega in tretjega odstavka 207. člena pravil pravico do zdravila iz posamezne skupine medsebojno zamenljivih zdravil oziroma posamezne terapijske skupine zdravil po veljavni ceni zdravila iz prvega odstavka tega člena.

(6) Zavarovana oseba za izdano zdravilo z določeno najvišjo priznano vrednostjo doplača razliko med ceno izdanega zdravila in najvišjo priznano vrednostjo, razen v primeru iz prejšnjega odstavka.

(7) Zavarovana oseba za izdano živilo z določeno najvišjo priznano vrednostjo doplača razliko med ceno izdanega živila in najvišjo priznano vrednostjo.

IV/9. PRAVICA DO SPREMSTVA

61. člen

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

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

62. člen

Ne glede na prvi odstavek prejšnjega člena ima pravico do spremstva na poti do izvajalca:

1. zavarovana oseba do dopolnjenega 15. leta;
2. težje ali težko duševno prizadeta ali težje ali težko telesno prizadeta zavarovana oseba do 18. leta.

63. člen

(črtan)

V. PRAVICE DO PRIPOMOČKOV

64. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do pripomočkov, potrebnih za zdravljenje, medicinsko rehabilitacijo, zdravstveno nego in paliativno oskrbo.

(2) Skupine medicinskih pripomočkov z morebitnimi podskupinami medicinskih pripomočkov, vrste medicinskih pripomočkov in natančnejša opredelitev zdravstvenih stanj in drugih pogojev, pri katerih ima zavarovana oseba pravico do posameznega medicinskega pripomočka ali do medicinskih pripomočkov iz posamezne podskupine medicinskih pripomočkov, se določijo s splošnim aktom skupščine zavoda s soglasjem ministra, pristojnega za zdravje.

(3) Šifre skupin, podskupin in vrst medicinskih pripomočkov se objavijo na spletni strani zavoda.

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

(5) Dobavitelj ob izdaji medicinskega pripomočka izroči zavarovani osebi navodilo za uporabo medicinskega pripomočka, pokaže in pojasni uporabo medicinskega pripomočka ter izvede vse ustrezne nastavitve medicinskega pripomočka.

(6) Dobavitelj v času garancijskega roka zagotavlja obveznosti iz garancije v skladu s posebnimi zakoni.

64.a člen

(črtan)

65. člen

(1) Izvajalec iz svojih materialnih stroškov zagotovi zavarovani osebi:

- pripomočke, ki jih potrebuje za izvajanje zdravstvene dejavnosti;
- naslednje pripomočke, ki se v tem primeru ne predpisujejo na naročilnico:
 1. standardni voziček na ročni pogon ali standardni voziček za otroka;
 2. otroški tricikel;
 3. sobno dvigalo;
 4. **(črtana)**;
 5. negovalno posteljo, trapez za obračanje, varovalni posteljni ograjici, posteljno mizico;
 - 5.a električno negovalno posteljo s trapezom za obračanje, varovalnima posteljnima ograjicama in posteljno mizico;
 6. prenosni nastavljivi hrbtni naslon;
 7. blazine proti preležaninam;

8. toaletni stol;
9. dvigalo za kopalnico;
10. nastavek za toaletno školjko;
11. sedež za kopalno kad;
12. pripomočke iz sedmega, osmega in devetega odstavka 89. člena pravil;
13. predloge, hlačne predloge (plenice), posteljne podloge, mobilne neprepustne hlačke za enkratno uporabo in fiksirne hlačke ali vpojne in neprepustne hlačke za večkratno uporabo pri inkontinenci;
14. katetre iz prvega odstavka 89. člena in 95. člena pravil;
15. terapevtski valj, žogo, gibalno desko in blazine;
16. navadno stojko;
17. bergle;
18. hodulje;
19. vakuumski zbiralnik za plevralno drenažo.

(2) V primerih iz prejšnjega odstavka izvajalec zagotovi pripomočke ne glede na to, ali:

1. **(črtana)**,
2. pripomoček izpolnjuje osnovne zahteve kakovosti iz drugega odstavka 111. člena pravil in standard dobe trajanja iz drugega odstavka 114. člena pravil,
3. zavarovana oseba izpolnjuje zdravstvena stanja in druge pogoje iz drugega odstavka 64. člena pravil,
4. se pripomoček izdaja v vrednosti medicinskega pripomočka.

(3) Ne glede na prvi odstavek tega člena se zavarovanim osebam, ki so nastanjene pri institucionalnih izvajalcih, pripomočki iz 7. točke druge alineje prvega odstavka tega člena, če gre za zahtevne in zelo zahtevne blazine proti preležaninam, in pripomočki iz 13. točke druge alineje prvega odstavka tega člena zagotovijo pri dobaviteljih na podlagi izdane naročilnice.

(4) Ne glede na prvi odstavek tega člena izvajalec iz svojih materialnih stroškov ne zagotavlja pripomočkov iz četrtega odstavka 212. člena pravil.

(5) **(črtan)**.

66. člen

(1) Po izteku garancijskega roka do izteka trajnostne dobe oziroma do prejema novega medicinskega pripomočka, ki ga je prejela po izteku trajnostne dobe, ima zavarovana oseba pravico do vzdrževanj in popravil medicinskega pripomočka, ki ga je nazadnje prejela kot pravico, če gre za:

1. protezo;
2. ortozo;
3. voziček na ročni pogon, pogon za voziček, voziček na elektromotorni pogon, dodatek za voziček, počivalnik, prenosni posebni sedež, električni skuter;
4. **(črtana)**;
5. predvajalnik zvočnih zapisov, Braillovo vrstico;
6. slušni aparat, aparat za kostno prevodnost, zahtevni slušni aparat, zunanji del za polžev vsadek z izjemo vrvice, zunanji del za kostno usidrani slušni aparat, aparat za boljše sporazumevanje, aparat za omogočanje glasnega govora;
7. medicinski pripomoček z določenim cenovnim standardom izposojenega medicinskega pripomočka;
8. inhalator, inhalator s funkcijo upora pri izdihu, inhalator za prilagodljivo dovajanje razpršil.

(2) Vzdrževanja so zamenjave delov potrošnega značaja in storitve, ki jih je treba izvesti v določenem obdobju v skladu z navodilom za uporabo medicinskega pripomočka, ali če je to potrebno zaradi zagotavljanja uporabe medicinskega pripomočka v skladu z namenom, kot ga je določil proizvajalec.

(3) Popravila so zamenjave delov, ki ne zagotavljajo več funkcionalne ustreznosti medicinskega pripomočka in storitve, povezane z zamenjavo teh delov.

(4) Zavarovana oseba ima pravico do vzdrževanj in popravil iz prvega odstavka tega člena v skupni višini največ 50 % vrednosti prejetega medicinskega pripomočka, pri čemer se stroški vzdrževanj ne seštevajo s stroški popravil. Ne glede na prejšnji stavek se zavarovani osebi zagotovi vzdrževanje prejetega medicinskega pripomočka iz 6. točke prvega odstavka tega člena v okviru cenovnega standarda ali cene.

(5) Zavarovana oseba nima pravice do popravil iz prvega odstavka tega člena, če je popravilo medicinskega pripomočka potrebno, ker ni ravnala v skladu z navodilom za uporabo medicinskega pripomočka.

(6) **(črtan)**.

V/1. PRAVICA DO PROTEZ UDOV, ESTETSKIH PROTEZ, ORTOZ, ORTOPEDSKE OBUTVE IN MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV ZA KOMPRESIJSKO ZDRAVLJENJE

67. člen

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

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

68. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do ortoze za preprečitev ali korekcijo deformacij, kontrolo gibov in dosego stabilizacije ali razbremenitev udov, prsnega koša, glave in hrbtenice.

Datum začetka uporabe: 03.02.2026

Sklic: https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ANJP179#clen_47

(2) Zavarovana oseba, ki se zdravi zaradi hemofilije, ima pravico do ščitnikov za kolena in komolce.

(3) Zavarovana oseba ima pravico do anatomske samoprilagodljive stabilne opornice. Zavarovana oseba, ki ima pravico do opornice iz prejšnjega stavka, ima pravico do izravnalnega podplata za drugo nogo.

69. člen

(črtan)

70. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do naslednje ortopedске obutve:

1. individualno izdelanih čevljev,
2. začasnič čevljev,
3. ortopedskih čevljev po Scheinu ali
4. ortopedskih čevljev in spon po Ponsetijevi metodi.

(2) Zavarovana oseba ima pravico do individualno izdelanih čevljev v vrednosti cenovnega standarda izdanega individualno izdelanega medicinskega pripomočka, ki vključuje ceno povprečnega para čevljev, ki so na razpolago na slovenskem trgu, ki jo plača zavarovana oseba v skladu s 5. točko drugega odstavka 113. člena pravil. Ceno povprečnega para čevljev, ki so na razpolago na slovenskem trgu, določi upravni odbor zavoda s splošnim aktom, ki se objavi na spletni strani zavoda.

71. člen

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

(2) Zavarovana oseba je v primeru delne ali celotne izgube dojke v času okrevanja po operaciji upravičena do začasne prsne proteze, po končanem okrevanju pa do delne oziroma celotne prsne proteze in tudi do ortopedskega nadržka za nošenje prsne proteze, kadar je ortopedski nadržek potreben za ohranitev pravilne držę ramenskega obroča in hrbtenice.

Datum začetka uporabe: 03.02.2026

Sklic: https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ANJP179#clen_47

71.a člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do naslednjih medicinskih pripomočkov za kompresijsko zdravljenje spodnjih udov:

1. kompresijskih dokolenk;
2. kompresijskih nogavic;
3. kompresijskih hlačnih nogavic ali
4. kompresijskih hlač.

(2) Zavarovana oseba, ki ima pravico do medicinskega pripomočka za kompresijsko zdravljenje spodnjih udov, ima pravico do naslednjih dodatkov:

1. kompresijskih nogavičk;
2. kompresijskih oblačil za stegno;
3. kompresijskih pelot.

(3) Zavarovana oseba ima pravico do kompresijskega rokava za kompresijsko zdravljenje zgornjih udov.

(4) Zavarovana oseba, ki ima pravico do kompresijskega rokava, ima pravico do kompresijske rokavice s prsti kot dodatka.

(5) Zavarovana oseba ima pravico do naslednjih medicinskih pripomočkov za kompresijsko zdravljenje glave in trupa:

1. kompresijske maske za obraz in vrat;
2. kompresijskega neдрčka;
3. kompresijskega oblačila.

V/2. PRAVICA DO MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV ZA PODPORO GIBALNIH ZMOŽNOSTI

72. člen

(1) Zavarovana oseba, ki je nezmožna hoje oziroma je njena hoja tako nefunkcionalna, da zmore ob pomoči druge osebe ali uporabi pripomočkov prehoditi v bivalnem prostoru manj kot deset metrov, lahko pa samostojno uporablja voziček na javnem mestu, ima pravico do vozička na ročni pogon ali vozička za otroka, 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 bolezni na drugi nogi ni mogoče napraviti proteze in omogočiti hoje;
3. ima popolnoma ohromela spodnja uda oziroma takšne motorične motnje, ki onemogočajo hojo in mora prebiti večino časa na vozičku;
4. ima amputirano eno nogo in eno roko, kar onemogoča hojo;

5. ima težke deformativne ali vnetne procese na velikih sklepih spodnjih udov ali težke posledice politravm na teh sklepih, kar onemogoča hojo;
6. ima na isti strani popolnoma hromo roko in nogo, hoja pa ni mogoča zaradi drugih bolezni ali drugih zdravstvenih razlogov;
7. ima eksartikulirano nogo v kolku, kar onemogoča hojo;
8. ne sme obremenjevati spodnjih udov, ker ima v njih zasevke novotvorb.

(2) Zavarovana oseba, stara vsaj 12 let, ki ima zaradi bolezni ali poškodbe močno zmanjšano mišično moč vseh štirih udov, hude motnje koordinacije gibov ali zelo hitro in hudo utrudljivost, tako da je nezmožna hoje oziroma hodi s tako hudimi funkcijskimi omejitvami, da zmore ob pomoči druge osebe ali uporabi pripomočkov prehoditi manj kot 100 metrov, ter ne more uporabljati vozička na ročni pogon oziroma vozička za otroka, ima pravico do električnega skuterja brez dodatkov in prilagoditev, če ima zadovoljive psihofizične sposobnosti za njegovo samostojno uporabo na javnem prostoru.

(3) Zavarovana oseba, ki je nezmožna hoje oziroma je njena hoja tako nefunkcionalna, da zmore ob pomoči druge osebe ali uporabi pripomočkov prehoditi v bivalnem prostoru manj kot deset metrov, in ima zaradi bolezni ali poškodbe močno zmanjšano mišično moč trupa in vseh štirih udov, tako da ne more uporabljati vozička na ročni pogon oziroma vozička za otroka, ima pravico do vozička na elektromotorni pogon, če ima zadovoljive psihofizične sposobnosti za njegovo samostojno in stalno uporabo v bivalnem in na javnem prostoru.

(4) Zavarovana oseba ima pravico do standardnega vozička na ročni pogon ali standardnega vozička za otroka, če gre za začasno funkcijsko prizadetost hoje.

(5) Pravice do pripomočkov iz prvega, drugega, tretjega in četrtega odstavka tega člena se medsebojno izključujejo.

(6) Zavarovana oseba, ki ima pravico do vozička iz prvega, tretjega in četrtega odstavka tega člena, ima pravico do naslednjih dodatkov za voziček:

1. naslona za glavo,
2. pasu za telo,
3. pasu za ude,
4. stranske opore za trup,
5. opore za medenico,
6. mizice,
7. abdukcijske zagozde,
8. blazine z abdukcijsko zagozdo,
9. abdukcijskih hlačk in
10. drugega dodatka za voziček, če je po mnenju pooblaščenega zdravnika potreben zaradi zagotavljanja funkcionalne ustreznosti vozička.

(7) Zavarovana oseba, ki ima pravico do vozička iz prvega odstavka tega člena, ima pravico do pogona za voziček.

(8) Motorično prizadeta zavarovana oseba, mlajša od 15 let, ki ima pravico do vozička iz prvega odstavka tega člena, ima pravico tudi do otroškega tricikla.

(9) Do vozička za otroka ima v primerih iz prvega in četrtega odstavka tega člena pravico zavarovana oseba s telesno težo do 40 kilogramov in telesno višino do 150 centimetrov. Voziček za otroka se ji zagotovi kot voziček na ročni pogon ali kot transportni voziček.

(10) **(črtan)**.

73. člen

Zavarovana oseba, ki zaradi narave svoje prizadetosti ne more uporabljati toaletne školjke, ima pravico do toaletnega stola.

74. člen

(črtan)

75. člen

Zavarovana oseba ima pravico do:

1. bergel ali trinožne oziroma štirinožne palice;
2. hodulj;
3. navadne stojke;
4. stolčka za otroka z motorično prizadetostjo in dodatkov za stolček:
 - naslona za glavo,
 - pasu za telo,
 - opore za trup in
 - mizice;
5. terapevtskega valja, žoge, gibalne deske in blazine.

75.a člen

Zavarovana oseba ima pravico do:

1. negovalne postelje, trapeza za obračanje, dveh varovalnih posteljnih ograjic in posteljne mizice;
2. električne negovalne postelje s trapezom za obračanje, varovalnima posteljnim ograjicama in posteljno mizico ali
3. prenosnega nastavljivega hrbtnega naslona.

76. člen

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

77. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do:

1. sobnega dvigala;
2. dvigala za kopalnico.

(2) Zavarovana oseba ima pravico do:

1. posebnega nastavka za toaletno školjko;
2. sedeža za kopalno kad ali sedeža za tuš kabino.

V/3. PRAVICA DO MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV ZA IZBOLJŠANJE VIDA IN DO MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV ZA SLEPE, SLABOVIDNE IN GLUHOSLEPE

78. člen

Zavarovana oseba ima pravico do:

1. očal s korekcijskimi stekli za izboljšanje vida zaradi nepravilnega lomljenja žarkov (ametropije), zaradi starovidnosti (presbiopije) pri starosti nad 63 let;
2. očal z mlečnimi stekli pri dvojnem videnju (diplopiji) in pri enostranski brezlečnosti v primeru večje razlike v dvojnem videnju med obema očesoma (monokularni afakiji in v primeru anizometropije);
3. specialnega sistema leč (teleskopska očala);
4. očal s stanjšanimi (lentikularnimi) stekli pri ametropiji 8,0 in več dioptrij;
5. očal z mnogožariščnimi (multifokalnimi) stekli za korekcijo afakije ali psevdofakije pri otrocih do 18. leta starosti.

79. člen

Zavarovana oseba ima pravico do temnih očal:

1. brez dioptrije pri:
 - spačenosti zunanjih delov očesa (entropija, ektropija večje stopnje, večje motnjave roženice);
 - 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 pri vnetju žilnice (horioiditisu), vnetju žilnice in mrežnice (horioretinitisu), vnetju mrežnice (retinitisu), vnetju živca (nevritisu), vnetju živca in mrežnice (nevoretinitisu), atrofiji očesnega živca in odstopu mrežnice, zapletih pri operaciji motnine očesne leče (katarakte), zvišanem tlaku v očesu (glavkom), tujku v zraku (intrabulbarni tujek), vnetju šarenice (iritisu) in krvavitvi v steklovini (hemoftalmusu), bolezni očesa zaradi motenj žlez z notranjim izločanjem (endokrini oftalmopatiji);
- 2. z dioptrijo, če ima pravico do očal z dioptrijo in zaradi narave bolezni potrebuje tudi temna očala;
- 3. s stranskimi ščitniki pri okluziji pri odstopu mrežnice, krvavitvi v steklovini in spomladanskem katarju;
- 4. s temnimi stekli pri slepoti.

80. člen

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

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

81. člen

Zavarovana oseba ima pravico do očal z organskimi stekli (plastika), če ima:

1. ametropijo z vsaj 5 dioptrijami;
2. ametropijo z vsaj 3 dioptrijami in je stara vsaj 7 let ter mlajša od 18 let;
3. ametropijo z vsaj 1 dioptrijo in je mlajša od 7 let.

82. člen

Datum začetka uporabe: 03.02.2026

Sklic: https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ANJP179#clen_47

Zavarovana oseba ima pravico do povečevalnega stekla in stacionarne elektronske lupe, če ni mogoče doseči izboljšanja vida z drugimi medicinskimi pripomočki za izboljšanje vida.

83. člen

Zavarovana oseba ima pravico do:

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

84. člen

Slepa, slabovidna ali gluhoslepa zavarovana oseba ima pravico do:

1. predvajalnika zvočnih zapisov;
2. Braillovega pisalnega stroja;
3. Braillove vrstice;
4. bele palice za slepe;
5. ultrazvočne palice.

V/4. PRAVICA DO MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV ZA SLUH IN GOVOR

85. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do slušnega aparata ali aparata za kostno prevodnost 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 z govorno preiskavo sluha (avdiometrijo) ter s testiranjem karakteristik amplifikatorja ugotovljeno, da je s takim aparatom mogoče doseči zadovoljiv rehabilitacijski učinek.

(2) Zavarovana oseba, mlajša od 20 let, ima pravico do zahtevnega slušnega aparata, če ji omogoči pomembno boljši razvoj govora, razumevanje in sporazumevanje od standardnega slušnega aparata.

(3) Zavarovana oseba ima pravico do aparata iz prvega ali drugega odstavka tega člena le, če ga tudi uporablja. Po prejemu testnega aparata iz prvega ali drugega odstavka tega člena in po opravljenih vajah za uporabo aparata se mora zavarovana oseba v treh mesecih oglasiti pri dobavitelju, ki preveri, če ga zavarovana oseba uporablja. Če zavarovana oseba uporablja testni aparat, izda napotni zdravnik naročilnico. Če zavarovana oseba ne uporablja testnega aparata, ga mora vrniti dobavitelju, ki v tem primeru od zavoda ne more zahtevati njegovega plačila ali drugih stroškov.

(4) Zavarovana oseba, ki ima pravico do aparata iz prvega ali drugega odstavka tega člena, ima pravico do ušesnega vložka za ta aparat.

86. člen

(1) Zavarovana oseba, ki ima vgrajen polžev vsadek, ima pravico do zunanjih delov polževega vsadka, to so mikrofona, govorni procesor, oddajnik in vrvice.

(2) Zavarovana oseba, ki ima vgrajen kostno usidrani slušni aparat, ima pravico do njegovega zunanjega dela (procesorja).

87. člen

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

88. člen

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

V/5. PRAVICA DO DRUGIH MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV

89. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do:

1. rokavic za poganjanje vozička;
2. **(črtana)**;
3. **(črtana)**;
4. kilnega pasu pri inoperabilni umbilikalni, ingvinalni ali femoralni kili;
5. **(črtana)**;
6. zaščitne čelade;
7. setov za samoinjiciranje, brizg in igel;
8. urinskega katetra za enkratno uporabo;
9. nefrostomske vrečke;
10. vrečke za seč pri cistostomi;
11. testnih trakov za določanje beljakovin v urinu.

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

1. enodelne vrečke za stomo ali vrečke za stomo in osnovne plošče za stomo;
2. pasu za stomo;

3. nočne urinske drenažne vrečke;
4. paste za zaščito peristomalne kože;
5. zaščitnega filma za peristomalno kožo;
6. prahu za poškodovano peristomalno kožo ali zatesnitvenega obročka za poškodovano peristomalno kožo;
7. odstranjevalca lepil;
8. pripomočkov za irigacijo, ki obsegajo:
 - irigacijski sistem s konusom,
 - enodelni rokavnik za irigacijo ali rokavnik za irigacijo in pritisno ploščo za irigacijo,
 - čep za stomo in
 - enodelno stomakapo.

(3) Zavarovana oseba s traheostomo oziroma z govorno protezo ima pravico do:

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

Opomba: Nova 8. točka tretjega odstavka 89. člena pravil se začne uporabljati z dnem začetka zagotavljanja pravice do storitve vstavitve govorne proteze v skladu z dogovorom.

Sklic: https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ANJP179#clen_48

9. govornega ventila za prostoročno uporabo;

Opomba: Nova 9. točka tretjega odstavka 89. člena pravil se začne uporabljati z dnem začetka zagotavljanja pravice do storitve vstavitve govorne proteze v skladu z dogovorom.

Sklic: https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ANJP179#clen_48

10. ščetke za govorno protezo;

Opomba: Nova 10. točka tretjega odstavka 89. člena pravil se začne uporabljati z dnem začetka zagotavljanja pravice do storitve vstavitve govorne proteze v skladu z dogovorom.

Sklic: https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ANJP179#clen_48

11. zamaška za govorno protezo.

Opomba: Nova 11. točka tretjega odstavka 89. člena pravil se začne uporabljati z dnem začetka zagotavljanja pravice do storitve vstavitve govorne proteze v skladu z dogovorom.

Sklic: https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ANJP179#clen_48

(4) (črtan).

(5) Zavarovana oseba z inkontinenco urina ima pravico do:

1. urinal kondomov, vrečke za seč in nočne urinske vrečke;
2. vrečke za seč in nočne urinske vrečke;
3. predlog, hlačnih predlog (plenic), posteljnih podlog, mobilnih neprepustnih hlačk za enkratno uporabo in fiksirnih hlačk ali
4. vpojnih in neprepustnih hlačk za večkratno uporabo.

(6) Zavarovana oseba z inkontinenco blata ima pravico do predlog, mobilnih neprepustnih hlačk, hlačnih predlog (plenic), posteljnih podlog za enkratno uporabo in fiksirnih hlačk.

(7) Zavarovana oseba ima pravico do naslednjih obvezilnih materialov za zdravstveno nego na domu, ki jo izvaja sama ali oseba, ki skrbi zanjo:

1. vate;
2. gaze;
3. setov;
4. krep povojev;
5. kompres;
6. vatirancev;
7. lepilnega traku za pritrditev.

(8) Zavarovana oseba ima pravico do raztopin za zdravstveno nego na domu, ki jo izvaja sama ali oseba, ki skrbi za njo.

(9) Zavarovana oseba ima pravico do medicinskega pripomočka za zaščito ustne sluznice.

(10) Zavarovana oseba ima v času zdravljenja na domu pravico do vakuumskih zbiralnikov za plevralno drenažo, kadar je vodilni zdravstveni problem maligni plevralni izliv, če ni mogoče pozdraviti vzroka za plevralni izliv tudi s poskusom plevrodeze in če ima vstavljen kateter za trajno plevralno drenažo s priključkom za vakuumski zbiralnik.

(11) Zavarovana oseba ima pravico do naslednjih medicinskih pripomočkov za hranjenje ter dajanje olja in zdravil:

1. brizg za hranjenje;
2. brizg za dajanje olja in zdravil;
3. podaljškov za hranjenje po gastrostomi.

90. člen

Zavarovana oseba ima pravico do:

1. blazine proti preležaninam za posteljo;
2. blazine proti preležaninam za sedež.

91. člen

(1) Zavarovana oseba s sladkorno boleznijo ima pravico do:

1. aparata za določanje glukoze v krvi;
2. diagnostičnih trakov za aparat za določanje glukoze v krvi;
3. testnih trakov za semikvantitativno (optično) določanje glukoze in ketonov v urinu;
4. prožilne naprave;
5. lancet za prožilno napravo;
6. inzulinske črpalke;
7. potrošnega materiala za inzulinsko črpalko, ki lahko obsega:
 - povezovalno cev z dodatki ali infuzijski set z dodatki,
 - rezervoar,
 - medicinski pripomoček za inzulinsko črpalko, ki vključuje medicinska pripomočka iz prve in druge alineje te točke;
8. sistema za merjenje glukoze v medceličnini – zahtevnega, ki obsega senzorje, sprejemnik in oddajnik ali medicinskega pripomočka, ki vključuje kombinacije medicinskih pripomočkov iz te točke;
- 8.a sistema za merjenje glukoze v medceličnini, ki obsega senzorje, sprejemnik in oddajnik, ali medicinskega pripomočka, ki vključuje kombinacije medicinskih pripomočkov iz te točke;
9. testnih trakov za semikvantitativno (optično) določanje glukoze v krvi;

10. mehanskih injektorjev;
11. igel za mehanski injektor.

(2) Pravici do medicinskih pripomočkov iz 8. in 8.a točke prejšnjega odstavka se medsebojno izključujeta.

92. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do električnega stimulatorja pri inkontinenci urina ali blata in do rektalnih ali vaginalnih elektrod kot dodatkov za ta stimulator.

(2) Zavarovana oseba ima pravico do funkcionalnega eno- oziroma dvokanalnega električnega stimulatorja pri mišični ohromelosti in do naslednjih dodatkov za ta stimulator:

- elektrod,
- navlek,
- stikala in
- priključnega kabla.

(3) Zavarovana oseba ima pravico do alarmnega sistema proti nočnemu močenju postelje, ki vključuje aparat, oddajnik in hlačke ali drug del, ki deluje kot elektroda.

93. člen

(črtan)

94. člen

Pravica do psa vodiča slepih se določi s splošnim aktom skupščine zavoda s soglasjem ministra, pristojnega za zdravje.

95. člen

(1) Zavarovana oseba z dihalnimi težavami ima pravico do:

1. koncentratorja kisika – stacionarnega;
- 1.a koncentratorja kisika – stacionarnega in prenosnega;
2. aparata za vzdrževanje stalnega pritiska v dihalnih poteh (CPAP);
3. aparata za podporo dihanju s pozitivnim tlakom pri vdihu in izdihu (BIPAP);
4. aparata za mehanično ventilacijo – ventilatorja;
5. sistema za dovajanje tekočega kisika;
- 5.a sistema za uporabo kisikove jeklenke;
6. električnega masatorja pljuč;

7. medicinskega pripomočka za izkašljevanje z oscilirajočo PEEP valvulo;
8. medicinskega pripomočka za vzdrževanje pozitivnega tlaka med izdihom (PEEP valvule);
9. dihalnega balona;
10. pulznega oksimetra s pripadajočimi senzorji;
11. izkašljevalnika;
12. potrošnega materiala za izkašljevalnik, ki obsega:
 - obrazno masko ali ustnik ali nastavek za kanilo za izkašljevalnik;
 - filter za izkašljevalnik;
 - dihalno cev za izkašljevalnik;
13. merilca pretoka zraka;
14. nastavka z masko ali podaljška za ustnik za dajanje zdravila;
15. inhalatorja;
- 15.a potrošnega materiala za inhalator, ki obsega:
 - masko ali ustnik;
 - razpršilno posodico;
 - povezovalno cev;
- 15.b inhalatorja s funkcijo upora pri izdihu;
- 15.c potrošnega materiala za inhalator s funkcijo upora pri izdihu, ki obsega:
 - masko ali ustnik;
 - razpršilno posodico;
 - povezovalno cev,
 - filter na izdihu;
 - nastavek za filter na izdihu;
- 15.č inhalatorja za prilagodljivo dovajanje razpršil;
- 15.d potrošnega materiala za inhalator za prilagodljivo dovajanje razpršil, ki obsega:
 - masko ali ustnik;
 - povezovalni kabel;
 - razpršilno membrano;
 - posodico z razpršilno membrano;
 - filter na izdihu;

- nastavek za filter na izdihu;

16. aspiratorja;

17. aspiracijskih katetrov;

18. katetrov za dovajanje kisika (nazalnih, binazalnih);

19. enoodmerne hipertonične raztopine NaCl.

(2) Pravice do medicinskih pripomočkov iz 1., 1.a, 5. in 5.a točke prejšnjega odstavka se medsebojno izključujejo.

(3) Pravice do medicinskih pripomočkov iz 15., 15.b in 15.c točke prvega odstavka tega člena se medsebojno izključujejo.

96. člen

(črtan)

V/6. MEDICINSKI PRIPOMOČKI, KI JIH ZAVAROVANE OSEBE DOBIJO V IZPOSOJO

97. člen

Zavarovana oseba, ki biva na domu, ima pravico do naslednjih medicinskih pripomočkov, ki jih dobi v izposajo:

1. koncentrator kisika;
2. aparat za vzdrževanje stalnega pritiska v dihalnih poteh (CPAP);
- 2.a sistem za dovajanje tekočega kisika;
- 2.b sistem za uporabo kisikove jeklenke;
3. blazino proti preležaninam za posteljo, razen zahtevne in zelo zahtevne;
4. otroški tricikel;
5. dvigalo za kopalnico;
6. ventilator;
7. standardni voziček na ročni pogon ali standardni voziček za otroka;
8. varovalni posteljni ograjici;
9. trapez za obračanje;
10. aspirator;
11. hoduljo;
12. sobno dvigalo;

13. negovalno posteljo;
- 13.a električno negovalno posteljo s trapezom za obračanje, varovalnima posteljnima ograjicama in posteljno mizico;
14. posteljno mizico;
15. prenosni nastavljeni hrbtni naslon;
16. **(črtana)**;
17. **(črtana)**;
18. počivalnik – serijsko izdelan;
19. aparat za podporo dihanju s pozitivnim tlakom ob vdihu in izdihu (BIPAP);
20. pulzni oksimeter;
21. **(črtana)**;
22. izkašljevalnik.

97.a člen

Pooblaščen zdravnik ob predpisu medicinskega pripomočka iz prejšnjega člena glede na pričakovano zdravstveno stanje zavarovane osebe določi obdobje, za katero zavarovana oseba dobi medicinski pripomoček v izposojno. Obdobje izposoje medicinskega pripomočka je lahko največ enako trajnostni dobi iz 115. člena oziroma obdobju iz 116. člena pravil.

98. člen

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

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

(2) Izposojno medicinskih pripomočkov lahko organizira tudi zavod, če za določeno območje ni mogoče skleniti pogodbe o njihovi izposoji z dobaviteljem ali če je to za zavod ekonomsko smotrnejše.

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

- izroči navodilo za uporabo medicinskega pripomočka, tudi če ni izposojen nov medicinski pripomoček;

- pokaže in pojasni uporaba medicinskega pripomočka ter izvedejo vse ustrezne nastavitve medicinskega pripomočka;
- izroči telefonska številka in elektronski naslov, na katera se lahko obrne, če se medicinski pripomoček pokvari.

(4) Medicinski pripomočki iz 97. člena pravil so last dobavitelja, ki jih izposoja.

99. člen

(črtan)

100. člen

(1) Zavarovana oseba vrne izposojeni medicinski pripomoček dobavitelju:

1. ko izteče obdobje, določeno za izposajo;
2. če zavarovana oseba biva v zavodu iz 2. točke prvega odstavka 36. člena pravil in mora pripomoček zagotoviti tak zavod;
3. če ga ne potrebuje več;
4. če je zaradi razlogov iz drugega in tretjega odstavka 120. člena pravil postal funkcionalno neustrezen.

(2) Če zavarovana oseba umre, izposojeni medicinski pripomoček dobavitelju vrne oseba, ki je skrbela za zavarovano osebo, ali izvajalec, pri katerem je ta bivala pred smrtjo.

(3) Dobavitelj zavarovano osebo oziroma osebo ali izvajalca iz prejšnjega odstavka pisno pozove k vračilu medicinskega pripomočka, če ga ne vrne v skladu s prvim oziroma z drugim odstavkom tega člena.

VI. PRAVICE ZAVAROVANIH OSEB DO NUJNE MEDICINSKE POMOČI IN NUJNEGA ZDRAVLJENJA

101. člen

(črtan)

102. člen

(črtan)

102.a člen

(črtan)

103. člen

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

(2) Nujno zdravljenje vključuje zdravstvene storitve, ki jih ni mogoče odložiti, in sicer:

- takojšnje zdravljenje po nudenju nujne medicinske pomoči,
- oskrbo ran, preprečitev nenadnih in usodnih poslabšanj kroničnih bolezni oziroma zdravstvenega stanja, ki bi lahko povzročilo trajne okvare posameznih organov ali njihovih funkcij,
- zdravljenje zvinov in zlomov ter poškodb, ki zahtevajo specialistično obravnavo,
- zdravljenje zastrupitev,
- zdravstvene storitve za preprečevanje širjenja infekcij, ki bi pri zavarovani osebi utegnile povzročiti septično stanje,
- zdravljenje bolezni, za katere je z zakonom predpisano obvezno zdravljenje ali storitve, ki so z zakonom opredeljene kot obvezne in za katere ni plačnik država, delodajalec ali zavarovana oseba sama,
- (črtana),
- (črtana),
- oskrbo poškodb zob in ustne votline ter vnetnih stanj v ustni votlini, če ta stanja lahko ogrozijo življenje, ali pa opustitev njihove oskrbe lahko bistveno poslabša izid zdravljenja,
- zdravljenje močnejših krvavitev in
- oskrbo hude stalne bolečine v ustni votlini neodzivne na analgetike.

(3) (črtan).

(4) (črtan).

104. člen

Ne glede na drugi odstavek prejšnjega člena pooblaščen zdravnik opravi kot nujno zdravljenje tudi druge zdravstvene storitve, ki jih ni mogoče odložiti.

VII. STANDARDI ZDRAVSTVENIH STORITEV, PRIPOMOČKOV IN ZOBNO-PROTETIČNIH PRIPOMOČKOV

105. člen

Standardi zdravstvenih storitev v vseh zdravstvenih dejavnostih so strokovno-doktrinarno utemeljene zdravstvene storitve glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe, skladno s presojo njenega osebne ali napotnega zdravnika, ki so izvedene tako, da:

- zdravstvena obravnava zavarovane osebe poteka kot celostna storitev, to je na način, da se časovno in krajevno strnjeno izvedejo potrebne zdravstvene storitve pri izvajalcu;
- temeljijo na z dokazi podprti medicini (npr. slovenske smernice zdravljenja, v Sloveniji potrjene mednarodne smernice zdravljenja).

106. člen

(črtan)

107. člen

(črtan)

108. člen

Zdravstvene storitve štejejo v standard, če so opravljene ob delavnikih od 7. do 20. ure, kadar gre za nujno medicinsko pomoč, nujno zdravljenje ali reševalne prevoze pa tudi, če so opravljene:

- ob delavnikih od 20. do 7. ure naslednjega dne,
- od petka od 20. ure do ponedeljka do 7. ure zjutraj in
- ob praznikih in drugih dela prostih dnevih.

109. člen

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

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

(3) Za standardne zdravstvene storitve po času uveljavljanja štejejo zdravstvene storitve, ki se opravijo v skladu z določbami o spoštovanju pacientovega časa na podlagi zakona, ki ureja pacientove pravice.

110. člen

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

(2) **(črtan)**.

111. člen

(1) Standard pri medicinskem pripomočku so osnovne zahteve kakovosti medicinskega pripomočka iz drugega odstavka tega člena in doba trajanja iz drugega odstavka 114. člena pravil, ki zagotavljajo funkcionalno ustreznost medicinskega pripomočka glede na določena zdravstvena stanja in druge pogoje iz drugega odstavka 64. člena pravil ter glede na vrednost medicinskega pripomočka.

(2) Osnovne zahteve kakovosti so lastnosti medicinskega pripomočka, določene za posamezno vrsto, skupino ali podskupino medicinskih pripomočkov, ki jih s splošnim aktom določi skupščina zavoda s soglasjem ministra, pristojnega za zdravje.

(3) Ne glede na prejšnji odstavek se osnovne zahteve kakovosti ne določijo za:

- medicinske pripomočke, z uporabo katerih se doseže funkcija pripomočka, ki je zavarovani osebi v okviru zdravstvene storitve vsajen v telo, in
- medicinske pripomočke, pri katerih lastnosti ni mogoče določiti zaradi različnih tehnoloških rešitev medicinskih pripomočkov z enakim namenom uporabe.

112. člen

(1) Standardni material zobozdravstvene storitve iz 28. člena pravil in zobno-protetičnega pripomočka iz 29. člena pravil je za:

1. zalivko v vidnem sektorju, razen v primeru iz 2. točke tega odstavka – kompozitni material;
2. zalivko v vidnem sektorju na mlečnem zobu – kompozitni material ali kompomer;
3. zalivko v stranskem (transkaninem) sektorju na mlečnem zobu – kompozitni material ali kompomer, amalgam pa le, če je to nujno potrebno zaradi zdravstvenih razlogov;
4. zalivko v stranskem (transkaninem) sektorju na zobu zavarovane osebe, mlajše od 26 let, nosečnice in doječe matere – kompozitni material, amalgam pa le, če je to nujno potrebno zaradi zdravstvenih razlogov;
5. zalivko v stranskem (transkaninem) sektorju, ki ni zajeta v 3. in 4. točki tega odstavka – kompozitni material, amalgam pa le, če je to nujno potrebno zaradi zdravstvenih razlogov;

Datum začetka uporabe: 01.07.2026

Sklic: [49. člen Sprememb in dopolnitev Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja](#)

6. inlej, onlej in overlej – kompozitni material ali porcelan;
7. koreninski zatiček z nazidkom ali koreninska kapica z zatičkom – srebropaladijeva zlitina ali druga polžlahtna zlitina, ki je najcenejša na slovenskem trgu, pri čemer šteje za standard dva grama zlitine po členu, kobaltkromova zlitina ali zlitina s primerljivimi lastnostmi;
8. konfekcijski zatiček – z vlakni ojačan kompozit, titan ali titanova zlitina;
9. dograditev na konfekcijskem zatičku – kompozitni material;
10. prevleko in mostiček – kobaltkromova zlitina ali zlitina s primerljivimi lastnostmi, kompozitni material, porcelan ali monolitna keramika;
11. dvojno prevleko – žlahtna zlitina, ki je najcenejša na slovenskem trgu, pri čemer šteje za standard štiri grame zlitine po konusni ali teleskopski prevleki (zunanja in notranja);
12. umetno dlesen mostička – kompozitni material ali porcelan;
13. protezo – akrilat;
14. delno protezo s kovinsko bazo – akrilat in kovinska baza iz kobaltkromove zlitine ali zlitine s primerljivimi lastnostmi;

15. zobje v protezi – akrilat in kompozitni material.

(2) Standardni material zobnega vsadka iz 30. člena pravil in zobno-protetičnega pripomočka iz 32. člena pravil je za:

1. zobni vsadek – titan in titanova zlitina, ki vsebuje vsaj 85 % titana;
2. prevleko in mostiček na zobnem vsadku – porcelan, kobaltkromova zlitina ali zlitina s primerljivimi lastnostmi ali monolitna keramika;
3. zobno protezo na zobnih vsadkih – akrilat in kovinska baza iz kobaltkromove zlitine ali zlitine s primerljivimi lastnostmi.

(3) Standardni material zobno-protetičnega pripomočka iz prvega odstavka 33. člena pravil je za:

1. obturator – akrilat in mehko obstojna silikonska polimera;
2. opornico – kovina za vlivno tehniko, akrilat ali silikon, odvisno od vrste in narave opornice.

(4) Standardni material ortodontskega aparata iz četrtega odstavka 34. člena pravil je za:

1. snemni ortodontski aparat – akrilat;
2. nesnemni ortodontski aparat – konfekcijsko pripravljen kovinski in drug element.

(5) Kadar iz zdravstvenih razlogov ni strokovno utemeljena uporaba standardnega materiala iz prvega do četrtega odstavka tega člena je standardni material drug ustrezen material, ki zagotavlja funkcionalno ustreznost zobozdravstvene storitve in zobno-protetičnega pripomočka. Za zdravstveni razlog se šteje izkazana alergija na standardni material iz prvega do četrtega odstavka tega člena ali drug neželeni učinek tega materiala, ki ogroža zdravje zavarovane osebe, in se dokumentira v zdravstveni dokumentaciji zavarovane osebe.

(6) Ceno najcenejše polžlahtne zlitine iz 7. točke in žlahtne zlitine iz 11. točke prvega odstavka tega člena določi upravni odbor zavoda ali po njegovem pooblastilu generalni direktor zavoda s splošnim aktom, ki se objavi na spletni strani zavoda.

113. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do medicinskega pripomočka v vrednosti cenovnega standarda, pogodbene cene ali cene funkcionalno ustreznega medicinskega pripomočka, ki jih zavod določi ali za katere se dogovori na podlagi izhodišč, ki so določena s splošnim aktom zavoda iz drugega odstavka 64. člena zakona.

(2) Zavarovana oseba ima pravico do medicinskega pripomočka v naslednji vrednosti cenovnega standarda oziroma pogodbene cene, ki se objavi na spletni strani zavoda:

1. dnevne izposojnine, ki se določi kot cenovni standard za posamezno vrsto medicinskega pripomočka, ki se zagotavljajo z izposajo, če je ekonomsko upravičena za zavod;
2. cenovnega standarda izposojenega medicinskega pripomočka, ki se določi za posamezno vrsto medicinskega pripomočka, ki se zagotavljajo z izposajo, ko dnevna izposojnina ni ekonomsko upravičena za zavod;

2.a pogodbene cene izposojenega individualno prilagojenega artikla;

3. cenovnega standarda izdanega medicinskega pripomočka, ki se določi za artikel ali posamezno vrsto medicinskega pripomočka, ki se zagotavljajo z izdajo, razen če je zanje dogovorjena pogodbeno cena iz 4. točke tega odstavka ali določen cenovni standard iz 5. ali 6. točke tega odstavka;
4. pogodbene cene izdanega individualno prilagojenega artikla;
5. cenovnega standarda izdanega individualno izdelanega medicinskega pripomočka, ki se določi za posamezno vrsto medicinskega pripomočka in vključuje v pravilih določeno obvezno kritje stroškov, ki jih plača zavarovana oseba;
- 5.a pogodbene cene izdanega individualno izdelanega medicinskega pripomočka, ko cenovni standard iz prejšnje točke ni ekonomsko upravičen za zavod;
6. cenovnega standarda artikla z določeno življenjsko dobo.

(3) Če medicinski pripomoček v vrednosti cenovnega standarda in pogodbene cene ne zagotavlja funkcionalne ustreznosti za zavarovano osebo glede na njeno zdravstveno stanje, ima zavarovana oseba na podlagi predhodne odobritve zavoda pravico do funkcionalno ustreznega medicinskega pripomočka z enakim namenom uporabe in podobnimi lastnostmi v vrednosti cene funkcionalno ustreznega medicinskega pripomočka.

(4) Če vrednost medicinskega pripomočka vključuje stroške njegovih vzdrževanj, popravil ali prilagoditev, se zanje ne uporabljajo določbe 66. oziroma 120. člena pravil.

VIII. DOBE TRAJANJA MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV TER DOBE TRAJANJA IN GARANCIJSKI ROK ZA ZOBOZDRAVSTVENE STORITVE IN ZOBNO-PROTETIČNE PRIPOMOČKE

114. člen

(1) Sestavni del standarda posamezne vrste medicinskega pripomočka je doba trajanja, ki je opredeljena kot:

1. trajnostna doba medicinskih pripomočkov iz 115. člena pravil,
2. obdobje in količina medicinskih pripomočkov, določenih v 116. členu pravil,
3. obdobje in količina medicinskih pripomočkov, ki ju določi pooblaščen zdravnik v skladu s 117. členom pravil,
- 3.a življenjska doba artikla v skladu s 117.a členom pravil, ali
4. enkratna pravica zavarovane osebe do medicinskih pripomočkov iz 118. člena pravil.

(2) Doba trajanja iz 1., 2., 3. in 3.a točke prejšnjega odstavka začne teči z dnem, ko zavarovana oseba prejme medicinski pripomoček.

(3) Zavarovana oseba nima pravice do medicinskega pripomočka pred iztekom dobe trajanja iz 1., 2., 3. in 3.a točke prvega odstavka tega člena, če je bil predhodno prejeti izgubljen, odtujen ali z neustreznim ravnanjem ali ravnanjem v nasprotju z navodilom za uporabo medicinskega pripomočka uničen, pokvarjen ali poškodovan.

(4) Če je izdana količina medicinskih pripomočkov zaradi pakiranja drugačna od predpisane količine, se izdana količina upošteva pri datumu izteka dobe trajanja izdanih medicinskih pripomočkov.

115. člen

(1) Trajnostna doba medicinskega pripomočka je odvisna od vrste medicinskega pripomočka in v določenih primerih od starosti zavarovane osebe.

(2) Zavarovana oseba ima pravico do naslednjih medicinskih pripomočkov, katerih trajnostna doba je odvisna od starosti zavarovane osebe in znaša:

Vrste medicinskih pripomočkov	Trajnostna doba glede na starost zavarovane osebe	
	mlajše od 18 let	vsaj 18 let
1. proteza za zgornji ud	10 mesecev	36 mesecev
2. proteza za spodnji ud, razen proteze za stopalo	10 mesecev	48 mesecev
2.a proteza za stopalo	10 mesecev	24 mesecev
3. prva poskusna proteza za zgornji ud	5 mesecev	6 mesecev
4. prva poskusna proteza za spodnji ud	5 mesecev	6 mesecev
5. proteza za kopanje za spodnji ud	20 mesecev	60 mesecev
6. individualno izdelani čevlji	8 mesecev	12 mesecev
6.a začasni čevlji	8 mesecev	12 mesecev
7. bergle	12 mesecev	36 mesecev
8. nepodložene usnjene rokavice	12 mesecev	24 mesecev
9. kilni pas	8 mesecev	12 mesecev

(3) Zavarovana oseba ima pravico do naslednjih slušnih aparatov, katerih trajnostna doba znaša:

Medicinski pripomoček	Trajnostna doba

1. slušni aparat in aparat za kostno prevodnost za zavarovane osebe, mlajše od 6 let	2 leti
2. slušni aparat in aparat za kostno prevodnost za zavarovane osebe, stare vsaj 6 let in mlajše od 15 let	3 leta
3. slušni aparat in aparat za kostno prevodnost za zavarovane osebe, stare vsaj 15 let	6 let
4. zahtevni slušni aparat	5 let

(4) Zavarovana oseba ima pravico do naslednjih medicinskih pripomočkov za izboljšanje vida, katerih trajnostna doba znaša:

Medicinski pripomo#ek	Trajnostna doba
1. očala za zavarovane osebe, stare vsaj 15 let	2 leti
2. očala za zavarovane osebe, mlajše od 15 let, in očala za zavarovane osebe, stare vsaj 15 let, ki imajo ametropijo vsaj 10 dioptrij ali izgubo vida vsaj 90 %	1 leto
3. kontaktne leče za zavarovane osebe, stare vsaj 15 let	2 leti
4. kontaktne leče za zavarovane osebe, mlajše od 15 let, in kontaktne leče za zavarovane osebe, stare vsaj 15 let, ki imajo ametropijo vsaj 10 dioptrij ali izgubo vida vsaj 90 %	1 leto

(5) Zavarovana oseba ima pravico do naslednjih medicinskih pripomočkov, katerih trajnostna doba znaša:

Opomba: Spremenjeni 2. in 4. točka v preglednici iz petega odstavka 115. člena se začneta uporabljati petinštirideseti dan od uveljavitve sprememb in dopolnitev Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 102/25).

Datum začetka uporabe: 03.02.2026

Sklic: https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ANJP179#clen_47

Medicinski pripomo#ek		Trajnostna doba
1. Ortoze		
	ščitniki za kolena in komolce	2 leti

	ortoze	2 leti
	ortoze za spodnje ude za zavarovane osebe, mlajše od 7 let	6 mesecev
	ortoze za spodnje ude za zavarovane osebe, stare vsaj 7 let in mlajše od 18 let	10 mesecev
2. estetske proteze (epiteze)		
	estetske proteze	1 leto
	prsna proteza	1 leto
	delna prsna proteza	1 leto
	ortopedski nadržek za prsno protezo	1 leto
3. medicinski pripomočki za podporo gibalnih zmožnosti		
	vozički in počivalniki	5 let
	električni skuter	5 let
	pogon za voziček	5 let
	otroški tricikel	5 let
	toaletni stol	5 let
	trapez za obračanje	5 let
	hodulja, tri- ali štirinožna palica	3 leta
	stojka	5 let
	stolček za otroka z motorično prizadetostjo	5 let
	terapevtski valji, žoge, blazine in gibalne deske	3 leta
	posebni prenosni sedež s podvozjem	5 let

	sobno dvigalo	10 let
	dvigalo za kopalnico	10 let
4. medicinski pripomočki za slepe, slabovidne in gluhoslepe		
	povečevalno steklo za zavarovane osebe, stare vsaj 15 let	3 leta
	povečevalno steklo za zavarovane osebe, mlajše od 15 let	1 leto
stacionarna elektronska lupa		7 let
	predvajalnik zvočnih zapisov	5 let
	Braillova vrstica	5 let
	bela palica za slepe	1 leto
	ultrazvočna palica	3 leta
5. medicinski pripomočki za sluh in govor		
	govorni procesor za polžev vsadek	5 let
	mikrofon za polžev vsadek	5 let
	oddajnik za polžev vsadek	5 let
	procesor za kostno usidrani slušni aparat	5 let
	aparat za boljše sporazumevanje (brezžični sistem s frekvenčno modulacijo)	5 let
	aparat za omogočanje glasnega govora	4 leta
6. drugi medicinski pripomočki		
	zaščitna čelada	1 leto
	merilec pretoka zraka	5 let

	nastavek z masko ali podaljšek za ustnik za dajanje zdravila	1 leto
	inhalator	5 let
	inhalator s funkcijo upora pri izdihu	4 leta
	inhalator za prilagodljivo dovajanje razpršil	3 leta
	aspirator	5 let
7. negovalna postelja		
	negovalna postelja	5 let
	električna negovalna postelja s trapezom za obračanje, varovalnima posteljnima ograjicama in posteljno mizico	5 let
	varovalni posteljni ograjici	5 let
	posteljna mizica	5 let
	prenosni nastavljivi hrbtni naslon	5 let
8. sanitarni medicinski pripomočki		
	sedež za kopalno kad ali tuš kabino	10 let
	nastavek za toaletno školjko	10 let
9. medicinski pripomočki pri sladkorni bolezni		
	aparatus za določanje glukoze v krvi	5 let
	prožilna naprava za lancete	3 leta
	mehanski injektor – predpišejo se lahko največ trije kosi	3 leta
10. električni stimulatorji in medicinski pripomočki za dihanje		
	električni stimulator	3 leta

	rektalne in vaginalne elektrode pri električnem stimulatorju	3 leta
	koncentrator kisika	5 let
	sistem za uporabo kisikove jeklenke	2 leti
	aparat za vzdrževanje stalnega pritiska v dihalnih poteh (CPAP)	2 leti
	ventilator	8 let
	sistem za dovajanje tekočega kisika	2 leti
	aparat za podporo dihanju s pozitivnim tlakom ob vdihu in izdihu (BIPAP)	2 leti
	električni masator pljuč	8 let
	medicinski pripomoček za izkašljevanje z oscilirajočo PEEP valvulo	3 leta
	medicinski pripomoček za vzdrževanje pozitivnega tlaka med izdihom (PEEP valvula)	3 leta
	dihalni balon	7 let
	pulzni oksimeter	18 mesecev
	izkašljevalnik	2 leti
11. blazine proti preležaninam		
	blazina proti preležaninam za posteljo	3 leta
	blazina proti preležaninam za sedež	3 leta

(6) Zavarovana oseba, ki ima pravico do kontaktnih leč (enega para ali ene leče), lahko uveljavlja enkratno povračilo stroškov tudi za večje število kontaktnih leč, katerih življenjska doba je krajša od trajnostne dobe, vendar le v okviru cenovnega standarda za en par ali eno lečo.

(7) Trajnostna doba dodatkov iz šestega odstavka 72. člena in 4. točke 75. člena pravil je enaka trajnostni dobi medicinskega pripomočka, h kateremu spadajo dodatki.

(1) Zavarovana oseba ima pravico do naslednjih medicinskih pripomočkov, ki se lahko predpišejo oziroma v primeru iz 213.a člena pravil izdajo v določenih količinah za določeno obdobje, razen v primerih iz 117.a člena pravil:

Opomba: Nove 66. do 69. točka preglednice iz prvega odstavka 116. člena pravil se začnejo uporabljati z dnem začetka zagotavljanja pravice do storitve vstavitve govorne proteze v skladu z dogovorom.

Sklic: https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ANJP179#clen_48

	MEDICINSKI PRIPOMO#EK	KOLI#INA najve#	OBDOBJE najmanj
1.	navleka za funkcionalno električno stimulacijo	1 kos	90 dni
2.	anatomska samoprilagodljiva stabilna opornica	1 kos	180 dni
3.	stikalo in priključni kabel	1 kos	180 dni
4.	irigacijski sistem s konusom	1 kos	180 dni
5.	(črtana)		
6.	(črtana)		
7.	posteljne podloge, predloge, hlačne predloge (plenice) za enkratno uporabo	4 kosi	1 dan
8.	posteljne podloge, predloge, hlačne predloge (plenice) za enkratno uporabo v primeru določenih zdravstvenih stanj	5 kosov	1 dan
9.	vpojne in neprepustne hlačke	7 kosov	180 dni
10.	fiksne hlačke	1 kos	30 dni
11.	(črtana)		
12.	(črtana)		
13.	kateter za dovajanje kisika	2 kosa	30 dni

14.	kateter za dovajanje kisika za zavarovane osebe, mlajše od 5 let	1 kos	7 dni
15.	endotrahealna kanila kovinska	1 kos	180 dni
16.	endotrahealna kanila plastična	4 kosi	30 dni
17.	endotrahealna kanila silikonska	1 kos	30 dni
18.	kanila z govorno valvulo	1 kos	120 dni
19.	kožne podlage za zaščito kože ob kanili pri traheostomi	60 kosov	30 dni
20.	filtri za traheostomo za kanilo	60 kosov	30 dni
21.	filtri za traheostomo za lepljenje na kožo, če nima kanile	30 kosov	30 dni
22.	rutke za traheostomo	5 kosov	365 dni
23.	trak za fiksacijo kanile pri traheostomi	6 kosov	30 dni
24.	ščitnik za traheostomo pri tuširanju	1 kos	365 dni
25.	rokavice za poganjanje vozička	1 par	60 dni
26.	(črtana)		
27.	navleke za krn	6 kosov	365 dni
28.	vrvice za en polžev vsadek	3 kosi	180 dni
29.	(črtana)		
30.	senzor za pulzni oksimeter za večkratno uporabo	1 kos	365 dni
31.	senzorji za pulzni oksimeter za lepljenje na kožo	6 kosov	30 dni
32.	vakuumski zbiralnik za plevralno drenažo	1 kos	1 dan

33.	izravnalni podplat	1 kos	365 dni
34.	ortopedski čevlji po Ponsetijevi metodi	1 kos	180 dni
35.	ortopedski čevelj s spono po Ponsetijevi metodi	1 kos	180 dni
36.	spona po Ponsetijevi metodi	1 kos	365 dni
36.a	ortopedski čevlji po Scheinu	1 kos	180 dni
37.	medicinski pripomočki za kompresijsko zdravljenje spodnjih udov	2 kosa	365 dni
38.	medicinski pripomočki za kompresijsko zdravljenje zgornjih udov	2 kosa	365 dni
39.	medicinski pripomočki za kompresijsko zdravljenje glave in trupa	2 kosa	365 dni
40.	kompresijska nogavička, kompresijsko oblačilo za stegno in kompresijska pelota	2 kosa	365 dni
41.	ušesni vložek za slušni aparat za zavarovane osebe, mlajše od 1 leta	1 kos	90 dni
42.	ušesni vložek za slušni aparat za zavarovane osebe, stare vsaj 1 leto in mlajše od 15 let	1 kos	180 dni
43.	ušesni vložek za slušni aparat za zavarovane osebe, stare vsaj 15 let in mlajše od 18 let	1 kos	730 dni
44.	ušesni vložek za slušni aparat za zavarovane osebe, stare vsaj 18 let	1 kos	1095 dni
45.	brizge za hranjenje	1 kos	1 dan
46.	brizge za dajanje olja in zdravil nad 5 ml	1 kos	1 dan
46.a	brizge za dajanje olja in zdravil do vključno 5 ml	3 kosi	1 dan
47.	podaljški za hranjenje po gastrostomi	10 kosov	30 dni
48.	elektrode za funkcionalni električni stimulator	1 kos	30 dni

49.	obrazne maske za izkašljevalnik	2 kosa	30 dni
50.	ustniki za izkašljevalnik	2 kosa	30 dni
51.	nastavki za kanilo za izkašljevalnik	1 kos	1 dan
52.	filtri za izkašljevalnik	2 kosa	30 dni
53.	dihalne cevi za izkašljevalnik	2 kosa	30 dni
54.	alarmni sistem proti nočnemu močenju postelje	1 kos	365 dni
55.	set za inhalator iz 15. točke prvega odstavka 95. člena pravil – vključuje masko ali ustnik, razpršilno posodico in povezovalno cev	1 kos	365 dni
56.	maska za inhalator iz 15.b in 15.č točke prvega odstavka 95. člena pravil	1 kos	365 dni
57.	ustnik za inhalator iz 15.b in 15.č točke prvega odstavka 95. člena pravil	1 kos	365 dni
58.	razpršilna posodica za inhalator iz 15.b točke prvega odstavka 95. člena pravil	2 kosa	365 dni
59.	povezovalna cev za inhalator iz 15.b točke prvega odstavka 95. člena pravil	2 kosa	365 dni
60.	posodica z razpršilno membrano za inhalator iz 15.č točke prvega odstavka 95. člena pravil	2 kosa	365 dni
61.	razpršilna membrana za inhalator iz 15.č točke prvega odstavka 95. člena pravil	1 kos	365 dni
62.	povezovalni kabel za inhalator iz 15.č točke prvega odstavka 95. člena pravil	1 kos	365 dni
63.	filter na izdihu za inhalator iz 15.b in 15.č točke prvega odstavka 95. člena pravil	60 kosov	30 dni
64.	nastavek za filter na izdihu za inhalator iz 15.b in 15.č točke prvega odstavka 95. člena pravil	1 kos	365 dni

65.	enoodmerna hipertonična raztopina NaCl	3 kosi	1 dan
66.	set za govorno protezo	1 kos	1095 dni
67.	govorni ventil za prostoročno uporabo	1 kos	365 dni
68.	ščetka za govorno protezo	6 kosov	365 dni
69.	zamašek za govorno protezo	1 kos	365 dni

(2) Pri predpisovanju medicinskih pripomočkov iz prejšnjega odstavka, za katere je določeno obdobje do 90 dni, se lahko predpiše količina medicinskih pripomočkov, ki je potrebna za obdobje, ki ni daljše od 90 dni, razen medicinskega pripomočka iz 32. točke preglednice iz prejšnjega odstavka, ki se ga lahko predpiše največ deset kosov.

(3) Zavarovana oseba, ki ima pravico do medicinskega pripomočka iz 7. ali 8. točke preglednice iz prvega odstavka tega člena, ima pravico do dveh kosov mobilnih neprepustnih hlačk na dan tako, da se vsak kos mobilnih neprepustnih hlačk izda namesto dveh kosov predlog ali hlačnih predlog (plenic) za enkratno uporabo.

(4) Pooblaščen zdravnik izda naročilnico za novo količino medicinskega pripomočka iste ali druge vrste iz prvega odstavka tega člena, če ugotovi, da je pri zavarovani osebi pred iztekom obdobja prišlo do takšne spremembe zdravstvenega stanja, zaradi katere je treba predpisati tak medicinski pripomoček.

(5) Zavarovana oseba s sladkorno boleznijo tipa 2, ki ni na inzulinu, uporablja pa aparat za določanje glukoze v krvi in sočasno ne uporablja sistemov za merjenje glukoze v medceličnini iz 8. ali 8.a točke prvega odstavka 91. člena pravil, ima pravico do 150 kosov diagnostičnih trakov za aparat za določanje glukoze v krvi na leto.

(6) Zavarovana oseba, ki sočasno uporablja aparat za določanje glukoze v krvi iz 1. točke in sistem za merjenje glukoze v medceličnini iz 8.a točke prvega odstavka 91. člena pravil, ima pravico do naslednjega števila diagnostičnih trakov za aparat za določanje glukoze v krvi:

- do enega kosa na dan pri sladkorni bolezni tipa 2;
- do dveh kosov na dan pri sladkorni bolezni tipa 1;
- do petih kosov na dan med nosečnostjo.

(7) Pooblaščen zdravnik izda naročilnico za novo količino diagnostičnih trakov za aparat za določanje glukoze v krvi, če ugotovi, da je pri zavarovani osebi pred iztekom obdobja iz petega oziroma šestega odstavka tega člena prišlo do takšne spremembe zdravstvenega stanja, zaradi katere je treba predpisati ta medicinski pripomoček.

117. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do naslednjih medicinskih pripomočkov, za katere potrebno količino in obdobje določi pooblaščen zdravnik v skladu s strokovno doktrino glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe, razen v primerih iz 117.a člena pravil:

1. setov za samoinjiciranje, brizg in igel;
2. urinskega katetra za enkratno uporabo, urinal kondoma, vrečke za seč, nefrostomske vrečke, vrečke za seč pri cistostomi in nočne urinske vrečke;

3. medicinskih pripomočkov iz drugega odstavka 89. člena pravil, razen irigacijskega sistema s konusom;
4. aspiracijskih katetrov;
5. medicinskih pripomočkov iz sedmega, osmega in devetega odstavka 89. člena pravil;
6. diagnostičnih trakov za aparat za določanje glukoze v krvi, razen v primeru iz petega in šestega odstavka prejšnjega člena;
7. testnih trakov za semikvantitativno (optično) določanje glukoze in ketonov v urinu;
8. testnih trakov za semikvantitativno (optično) določanje glukoze v krvi;
9. lancet za prožilno napravo;
10. igel za mehanski injektor;
11. potrošnega materiala za inzulinsko črpalko;
12. testnih trakov za določanje beljakovin v urinu.

(2) Količina medicinskega pripomočka iz prejšnjega odstavka je lahko predpisana za obdobje, ki ni daljše od 90 dni.

(3) Pooblaščen zdravnik lahko v skladu s prvim odstavkom tega člena pred iztekom obdobja iz prejšnjega odstavka predpiše novo količino medicinskega pripomočka iste vrste.

117.a člen

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

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

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

118. člen

Zavarovana oseba ima pravico do naslednjih medicinskih pripomočkov, ki so enkratna pravica zavarovane osebe:

1. Braillov pisalni stroj;
2. **(črtana)**;
3. začasna prsna proteza.

119. člen

(1) Pooblaščen zdravnik lahko pri stabilnih kroničnih zdravstvenih stanjih, pri katerih je potrebna dolgotrajna uporaba medicinskega pripomočka, izda obnovljivo naročilnico, na katero predpiše količino za obdobje 90 dni.

(2) Obnovljiva naročilnica je veljavna največ tri leta od datuma možnega prejema, ki je naveden na naročilnici. Na podlagi obnovljive naročilnice zavarovana oseba opravi prvi prejem medicinskih pripomočkov najpozneje v 30 dneh od datuma možnega prejema, sicer obnovljiva naročilnica ni več veljavna. Nova obnovljiva naročilnica se lahko izda največ 30 dni pred iztekom veljavnosti prejšnje.

(3) Upravni odbor zavoda s splošnim aktom, ki se objavi na spletni strani zavoda, določi medicinske pripomočke, ki se lahko predpišejo na obnovljivo naročilnico, ter zdravstvena stanja in druge pogoje, pri katerih se ti lahko predpišejo na obnovljivo naročilnico, in sicer med medicinskimi pripomočki, zdravstvenimi stanji in drugimi pogoji, ki so določeni s splošnim aktom iz drugega odstavka 64. člena pravil.

(4) (črtan).

120. člen

(1) Zavarovana oseba ima pred iztekom trajnostne dobe medicinskega pripomočka, ki ga je nazadnje prejela kot pravico, pravico do njegovih prilagoditev v skupni višini največ 50 % njegove vrednosti, razen če pravico do prilagoditve uveljavlja vsaj dve leti pred iztekom njegove trajnostne dobe, ko skupna višina prilagoditev ne sme preseči 80 % njegove vrednosti.

(2) Pred iztekom trajnostne dobe medicinskega pripomočka ima zavarovana oseba pravico do novega medicinskega pripomočka, če imenovani zdravnik ugotovi, da je medicinski pripomoček, ki ga je zavarovana oseba nazadnje prejela kot pravico, postal funkcionalno neustrezen zaradi anatomskih ali funkcionalnih sprememb pri zavarovani osebi. V primeru medicinskega pripomočka iz prvega odstavka 66. člena pravil ima zavarovana oseba pravico iz prejšnjega stavka ob dodatnem pogoju, da medicinskega pripomočka, ki ga je zavarovana oseba nazadnje prejela kot pravico, ni mogoče niti popraviti v skladu s 66. členom pravil niti prilagoditi v skladu s prejšnjim odstavkom.

(3) Po izteku trajnostne dobe medicinskega pripomočka ima zavarovana oseba pravico do novega medicinskega pripomočka, če pooblaščen oziroma imenovani zdravnik ugotovi, da je medicinski pripomoček, ki ga je zavarovana oseba nazadnje prejela kot pravico, postal funkcionalno neustrezen.

121. člen

(1) Sestavni del standarda zobozdravstvenih storitev in zobno-protetičnih pripomočkov je doba trajanja, ki je opredeljena kot:

1. trajnostna doba;
2. enkratna pravica do zobno-protetične rehabilitacije s pomočjo zobnih vsadkov pri enakem zdravstvenem stanju zavarovane osebe.

(2) Trajnostna doba zobozdravstvenih storitev in zobno- protetičnih pripomočkov znaša za:

1. zalivko 3 leta;

1.a zalivko na mlečnih zobeh 9 mesecev;

2. inlejši, onlejši in overlejši	7 let;
3. koreninsko kapico z zatičkom	5 let;
4. koreninski zatiček z nazidkom	7 let;
4.a konfekcijski zatiček in dograditev	7 let;
5. prevleko	7 let;
6. mostiček	7 let;
7. delno protezo z akrilatno bazo	3 leta;
8. totalno protezo z akrilatno bazo	5 let;
9. delna proteza s kovinsko bazo	7 let;
10. opornico	3 leta.

(3) Trajnostna doba iz točke 1.a prejšnjega odstavka velja za zavarovano osebo do dopolnjenega 18. leta starosti.

(4) Trajnostna doba zobozdravstvenih storitev in zobno-protetičnih pripomočkov začne teči od dneva opravljene zobozdravstvene storitve oziroma od dneva, ko zavarovana oseba prejme zobno-protetični pripomoček.

122. člen

(1) Sestavni del standarda zobozdravstvenih storitev in zobno-protetičnih pripomočkov je njihov garancijski rok, ki znaša za:

1. zalivko	9 mesecev;
1.a zalivko na mlečnih zobeh	6 mesecev;
2. inlejši, onlejši in overlejši	1 leto;
3. koreninsko kapico z zatičkom	1 leto;
4. koreninski zatiček z nazidkom	1 leto;

4.a konfekcijski zatiček in dograditev	1 leto;
5. prevleko	1 leto;
6. mostiček	1 leto;
7. protezo	1 leto;
8. opornico	6 mesecev.

(2) Garancijski rok iz točke 1.a prejšnjega odstavka velja za zavarovano osebo do dopolnjenega 18. leta starosti.

(3) Garancijski rok za zobozdravstveno storitev vsaditve zobnega vsadka znaša dve leti, razen če garancijski rok za zobno-protetični pripomoček na zobnem vsadku izteče pozneje. V tem primeru garancijski rok za zobozdravstveno storitev vsaditve zobnega vsadka izteče z iztekom garancijskega roka za zobno-protetični pripomoček na zobnem vsadku.

(4) Garancijski rok zobozdravstvenih storitev in zobno- protetičnih pripomočkov začne teči od dneva opravljene zobozdravstvene storitve oziroma od dneva, ko zavarovana oseba prejme zobno-protetični pripomoček.

(5) Če postane v garancijskem roku zobno-protetični pripomoček, ki ga je zavarovana oseba nazadnje prejela kot pravico, funkcionalno neustrezen zaradi anatomskih ali funkcionalnih sprememb pri zavarovani osebi, ki jih ni bilo mogoče vnaprej predvideti, ima zavarovana oseba v garancijskem roku pravico do:

1. popravil in prilagoditev zobno-protetičnega pripomočka v skupni višini največ 50 % vrednosti prejetega zobno-protetičnega pripomočka, pri čemer se stroški popravil in prilagoditev zobno-protetičnega pripomočka zaradi navedenega razloga v garancijskem roku seštevajo;
2. novega zobno-protetičnega pripomočka, če skupni stroški popravil in prilagoditev zobno-protetičnega pripomočka presežejo 50 % vrednosti iz prejšnje točke.

(6) Razen v primeru iz prejšnjega odstavka izvajalec krije stroške popravil in prilagoditev zobno-protetičnega pripomočka ter novega zobno-protetičnega pripomočka v garancijskem roku.

(7) Peti in šesti odstavek tega člena se smiselno uporabljata za zobozdravstvene storitve.

123. člen

(1) Če postane po izteku garancijskega roka iz prejšnjega člena in pred iztekom trajnostne dobe iz 121. člena pravil zobno-protetični pripomoček, ki ga je zavarovana oseba nazadnje prejela kot pravico, funkcionalno neustrezen zaradi anatomskih ali funkcionalnih sprememb pri zavarovani osebi, ima zavarovana oseba v tem obdobju pravico do:

1. popravil in prilagoditev zobno-protetičnega pripomočka v skupni višini največ 50 % vrednosti prejetega zobno-protetičnega pripomočka, pri čemer se stroški popravil in prilagoditev zobno-protetičnega pripomočka zaradi navedenega razloga v tem obdobju seštevajo;
2. novega zobno-protetičnega pripomočka, če skupni stroški popravil in prilagoditev zobno-protetičnega pripomočka presežejo 50 % vrednosti iz prejšnje točke ter anatomskih in funkcionalnih sprememb pri zavarovani osebi ni bilo mogoče vnaprej predvideti.

(2) Po izteku trajnostne dobe iz 121. člena pravil ima zavarovana oseba pravico do novega zobno-protetičnega pripomočka, če pooblaščen zdravnik ugotovi, da je zobno-protetični pripomoček, ki ga je zavarovana oseba nazadnje prejela kot pravico, funkcionalno neustrezen.

(3) Prvi in drugi odstavek tega člena se smiselno uporabljata za zobozdravstvene storitve.

(4) Zavarovana oseba nima pravice do popravil in prilagoditev zobno-protetičnega pripomočka in novega zobno-protetičnega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe zobno-protetičnega pripomočka, če je ta izgubljen, odtujen, uničen ali poškodovan zaradi neustreznega ravnanja ali ravnanja v nasprotju z navodili.

IX. PREDHODNO ZAVAROVANJE

124. člen

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

125. člen

Predhodno zavarovanje je:

1. za zobno-protetične fiksne in snemne pripomočke ter za medicinske pripomočke za izboljšanje vida in medicinske pripomočke za sluh 6 mesecev;
2. za druge medicinske pripomočke 3 mesece.

126. 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

127. člen

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

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

128. člen

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

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

129. člen

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

(2) **(prenehal veljati).**

Datum konca veljavnosti: 01.01.2018

Sklic: [28. člen ZČmIS](#)

130. člen

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

131. člen

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

132. člen

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

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

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

133. člen

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

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

134. člen

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

XI. PRAVICA DO ZDRAVLJENJA V TUJINI

135. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do zdravljenja v tujini v skladu z zakonom in s splošnimi akti zavoda.

(2) Račun za zdravstveno storitev iz 135.a do 135.f člena pravil, izstavljen v tuji valuti, se preračuna v eure po referenčnem tečaju Evropske centralne banke oziroma mesečni tečajnici Banke Slovenije, za tečaje, za katere Evropska centralna banka ne objavlja referenčnih tečajev, veljavnem na dan izstavitve računa.

135.a člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do pregleda, preiskave ali zdravljenja v tujini oziroma do povračila stroškov teh storitev, če so v Republiki Sloveniji izčrpane možnosti zdravljenja, s pregledom, preiskavo ali z zdravljenjem v tujini pa je utemeljeno pričakovati ozdravitev ali izboljšanje ali preprečitev nadaljnjega slabšanja zdravstvenega stanja.

(2) V primeru iz prejšnjega odstavka ima pravico do spremstva med pregledom, preiskavo ali zdravljenjem v tujini:

- zavarovana oseba, do dopolnjenega 18. leta starosti;
- zavarovana oseba, katere zdravstveno stanje zahteva spremstvo.

(3) Stroški zdravstvenih storitev iz prvega odstavka tega člena se zavarovani osebi povrnejo v višini dejanskih stroškov teh storitev v državi, v kateri so bile uveljavljene.

135.b člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do pregleda, preiskave ali zdravljenja v državi članici Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora in Švicarski konfederaciji, oziroma do povračila stroškov teh storitev:

- če ji je bila pri vpisu v čakalni seznam izvajalca določena čakalna doba, ki presega najdaljšo dopustno čakalno dobo in zdravstvene storitve ni mogoče uveljaviti v okviru najdaljših dopustnih čakalnih dob pri vsaj enem izvajalcu;
- če ji je bila pri vpisu v čakalni seznam izvajalca določena čakalna doba, ki ne presega najdaljše dopustne čakalne dobe, presega pa razumen čas in zdravstvene storitve ni mogoče uveljaviti v razumnem času pri vsaj enem izvajalcu.

(2) V primeru iz prejšnjega odstavka ima pravico do spremstva med pregledom, preiskavo ali zdravljenjem v državi članici Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora in Švicarski konfederaciji:

- zavarovana oseba, do dopolnjenega 18. leta starosti;
- zavarovana oseba, katere zdravstveno stanje zahteva spremstvo.

(3) Če je predmet odobritve zdravljenja iz prvega odstavka tega člena izdelava zobno-protetičnih pripomočkov, zavod v postopku odobritve zdravljenja odloči o pravici do zobno-protetičnih pripomočkov tudi ob upoštevanju 188. člena pravil.

(4) Če je predmet povračila stroškov zdravstvenih storitev iz prvega odstavka tega člena izdelava zobno-protetičnih pripomočkov, pred njihovo izdelavo ni treba zahtevati potrditve zavoda iz 188. člena pravil. Če predhodna potrditev zavoda iz prejšnjega stavka ni bila zahtevana, zavod v postopku odločanja o povračilu stroškov zdravstvenih storitev odloči o pravici do zobno-protetičnih pripomočkov tudi ob upoštevanju 188. člena pravil.

(5) Stroški zdravstvenih storitev iz prvega odstavka tega člena se zavarovani osebi povrnejo v višini dejanskih stroškov, vendar ne več kot znašajo stroški teh storitev v javni zdravstveni mreži v državi, v kateri so bile uveljavljene.

135.c člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov zdravstvenih storitev, ki so pravica in jih uveljavi v drugi državi članici Evropske unije:

- na podlagi napotnice osebnega zdravnika ali napotnega zdravnika v Republiki Sloveniji do bolnišničnih in specialistično ambulantnih zdravstvenih storitev, pri čemer napotnica ni potrebna za specialistično ambulantne zdravstvene storitve, ki jih zavarovana oseba lahko uveljavi pri izvajalcih brez napotnice;
- na podlagi odločbe zavoda o predhodni odobritvi;
- na podlagi odločbe zavoda o odobritvi zdraviliškega zdravljenja;
- na podlagi odločbe zavoda o pravici do medicinskega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe ali o pravici do zahtevnejšega medicinskega pripomočka;

- na podlagi naročilnice ali naročilnice EU;
- na podlagi recepta ali recepta EU.

(2) Zavarovana oseba nima pravice do povračila stroškov iz tretjega odstavka 44.c člena zakona.

(3) Predhodna odobritev zavoda iz druge alineje prvega odstavka tega člena je pogoj za uveljavljanje pravice do povračila stroškov zdravstvenih storitev iz drugega odstavka 44.c člena zakona in se zavrne v primerih iz četrtega odstavka 44.c člena zakona.

(4) Če so v primeru zdravstvenih storitev, za katere se zahteva predhodna odobritev zavoda iz prejšnjega odstavka, hkrati izpolnjeni pogoji za uveljavljanje pravice na podlagi prejšnjega in tega člena, se uporabijo določbe prejšnjega člena, razen, če zavarovana oseba izrecno izjavi, da pravico uveljavlja na podlagi tega člena.

(5) Če je predmet povračila stroškov zdravstvenih storitev iz prve alineje prvega odstavka tega člena izdelava zobno-protetičnih pripomočkov pri specialistu za stomatološko protetiko, pred njihovo izdelavo ni treba zahtevati potrditve zavoda iz 188. člena pravil. Če predhodna potrditev zavoda iz prejšnjega stavka ni bila zahtevana, zavod v postopku odločanja o povračilu stroškov zdravstvenih storitev odloči o pravici do zobno-protetičnih pripomočkov tudi ob upoštevanju 188. člena pravil.

(6) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov zdraviliškega zdravljenja, ki je bilo izvedeno v drugi državi članici Evropske unije na podlagi odločbe zavoda o odobritvi zdraviliškega zdravljenja, ki jo zavod izda na predlog pooblaščenega zdravnika, če je bilo zdraviliško zdravljenje izvedeno v skladu s to odločbo zavoda, razen v delu, ki določa naziv zdravilišča v Republiki Sloveniji.

(7) Stroški zdravstvene storitve iz prvega odstavka tega člena se zavarovani osebi povrnejo v višini povprečne cene teh storitev v Republiki Sloveniji oziroma do višine iz osmega odstavka 135.d člena ali osmega oziroma devetega odstavka 135.e člena pravil, vendar ne več, kot znašajo dejanski stroški.

135.d člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov vrednosti medicinskega pripomočka, če je kupljen v drugi državi članici Evropske unije na podlagi naročilnice.

(2) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov vrednosti medicinskega pripomočka, če je kupljen v Republiki Sloveniji ali v drugi državi članici Evropske unije na podlagi naročilnice EU.

(3) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov vrednosti medicinskega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe in zahtevnejšega medicinskega pripomočka, če je kupljen v drugi državi članici Evropske unije na podlagi odločbe zavoda o pravici do medicinskega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe ali o pravici do zahtevnejšega medicinskega pripomočka, ki se izda na predlog pooblaščenega zdravnika ali na zahtevo, ki se jo vloži na podlagi naročilnice EU.

(4) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov vrednosti medicinskega pripomočka s seznama zdravstvenih storitev iz sedmega odstavka 44.c člena zakona, če je kupljen v drugi državi članici Evropske unije na podlagi naročilnice ali naročilnice EU in je bila

pred nakupom izdana odločba zavoda o predhodni odobritvi povračila stroškov vrednosti medicinskega pripomočka. Odločba zavoda o predhodni odobritvi povračila stroškov vrednosti medicinskega pripomočka se izda:

- na zahtevo, ki jo je treba vložiti v 30 dneh od izdaje naročilnice ali naročilnice EU ali odločbe iz prejšnjega odstavka, na podlagi katere se zahteva predhodna odobritev zavoda;
- na zahtevo, ki se jo poda v predlogu pooblaščenega zdravnika ali v zahtevi iz prejšnjega odstavka, če se v tem predlogu oziroma zahtevi sočasno zahteva predhodna odobritev zavoda iz tega odstavka.

(5) (črtan).

(6) V primeru iz prvega, drugega, tretjega in četrtega odstavka tega člena pred nakupom medicinskega pripomočka ni treba zahtevati predhodne odobritve zavoda iz tretjega odstavka 113. člena pravil. Če predhodna odobritev zavoda iz prejšnjega stavka ni bila zahtevana, zavod odloči o pravici do medicinskega pripomočka iz tretjega odstavka 113. člena pravil v postopku odločanja o povračilu stroškov vrednosti medicinskega pripomočka.

(7) V primeru iz prvega, drugega, tretjega, četrtega in petega odstavka tega člena mora biti medicinski pripomoček kupljen v 30 dneh oziroma v 120 dneh, če gre za individualno izdelan medicinski pripomoček ali za medicinski pripomoček iz četrtega odstavka 212. člena pravil. Rok iz prejšnjega stavka začne teči:

- od datuma možnega prejema;
- od dokončnosti odločitve zavoda iz tretjega oziroma četrtega odstavka tega člena.

(8) Stroški vrednosti medicinskega pripomočka iz prvega, drugega, tretjega in četrtega odstavka tega člena se zavarovani osebi povrnejo do vrednosti medicinskega pripomočka, vendar ne več, kot so dejanski stroški.

135.e člen

(1) Če želi zavarovana oseba v skladu s 135.c členom pravil uveljaviti pravico do zdravila na recept na prednatisnjeni listini (v nadaljnjem besedilu: recept na papirnati listini), lahko zahteva, da se ta predpiše:

1. ob predpisu zdravila namesto elektronskega recepta;
2. po predpisu elektronskega recepta, če na ta recept še ni izdana predpisana količina zdravila in predpis recepta na papirnati listini zahteva v roku iz drugega ali tretjega odstavka 204. člena pravil ali v obdobju veljavnosti obnovljivega recepta, ki teče od predpisa elektronskega recepta.

(2) Recept na papirnati listini iz 2. točke prejšnjega odstavka predpiše zdravnik, ki je predpisal elektronski recept, ali namesto njega splošni osebni zdravnik oziroma osebni otroški zdravnik. Pooblaščen zdravnik ob predpisu recepta na papirnati listini nanj pripiše številko elektronskega recepta, namesto katerega izdaja recept na papirnati listini in sočasno razveljavi elektronski recept. V tem primeru začne teči rok za nakup zdravila v primeru iz 1. točke tretjega odstavka tega člena in rok za vložitev zahteve za predhodno odobritev zavoda iz petega odstavka tega člena od predpisa elektronskega recepta.

(3) Če zdravilo ni uvrščeno na seznam zdravstvenih storitev iz sedmega odstavka 44.c člena zakona, ima zavarovana oseba pravico do povračila stroškov vrednosti zdravila, če ga je kupila:

1. v drugi državi članici EU na podlagi recepta;
2. v Republiki Sloveniji ali drugi državi članici EU na podlagi recepta EU.

(4) Če je zdravilo uvrščeno na seznam zdravstvenih storitev iz sedmega odstavka 44.c člena zakona, ima zavarovana oseba pravico do povračila stroškov vrednosti zdravila, če ga je kupila:

1. v Republiki Sloveniji na podlagi recepta EU;
2. v drugi državi članici EU na podlagi predhodne odobritve zavoda. Predhodna odobritev zavoda ni potrebna, če so izpolnjeni pogoji iz 135.f člena pravil.

(5) Postopek predhodne odobritve zavoda se začne na podlagi zahteve, ki jo zavarovana oseba na podlagi recepta ali recepta EU vloži v roku iz drugega ali tretjega odstavka 204. člena pravil ali v obdobju veljavnosti obnovljivega recepta. Rok za nakup zdravila začne teči od dokončnosti odločitve v postopku predhodne odobritve zavoda.

(6) Kljub vloženi zahtevi za predhodno odobritev zavoda ali na njeni podlagi izdani odločitvi iz prejšnjega odstavka lahko zavarovana oseba v roku za nakup zdravila iz prejšnjega odstavka uveljavi pravico do zdravila na recept ali recept EU v lekarni v Republiki Sloveniji tako, da prevzame zdravilo na podlagi recepta, oziroma kupi zdravilo na podlagi recepta EU in zahteva povračilo stroškov njegove vrednosti. Zavarovana oseba lahko uveljavi pravico iz prejšnjega stavka po izteku roka iz drugega ali tretjega odstavka 204. člena pravil ali obdobju veljavnosti obnovljivega recepta, če lekarni predloži dokončno odločitev v postopku predhodne odobritve zavoda, katere številko in datum izdaje farmacevt kot opombo vpiše v elektronski recept ali na recept na papirnati listini.

(7) V primeru iz tega člena mora biti zdravilo predpisano na recept oziroma recept EU in izdano v skladu s splošnimi akti zavoda.

(8) Stroški vrednosti zdravila iz tega člena se zavarovani osebi povrnejo do višine iz 60. člena pravil, vendar ne več, kot so dejanski stroški.

(9) Določbe tega člena se smiselno uporabljajo za uveljavljanje pravice do živil na recept.

(10) **(črtan).**

135.f člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov zdravila na recept, ki ga je kupila v tujini, če:

1. zavarovani osebi v roku iz drugega ali tretjega odstavka 204. člena pravil ali v obdobju veljavnosti obnovljivega recepta ni bilo mogoče izdati zdravila v lekarni v Republiki Sloveniji zaradi motnje v preskrbi in zdravila ni bilo mogoče zamenjati z drugim zdravilom in
2. je zavarovana oseba kupila zdravilo v tujini v roku iz drugega ali tretjega odstavka 204. člena pravil ali v obdobju veljavnosti obnovljivega recepta, ki teče od predpisa recepta, na podlagi katerega je kupila zdravilo.

(2) Če želi zavarovana oseba v skladu s prejšnjim odstavkom uveljaviti pravico do zdravila na recept na papirnati listini, lahko zahteva njegov predpis:

1. ob predpisu zdravila namesto elektronskega recepta;

2. po predpisu elektronskega recepta, če na ta recept še ni izdana predpisana količina zdravila in predpis recepta na papirnati listini zahteva v roku iz drugega ali tretjega odstavka 204. člena pravil ali v obdobju veljavnosti obnovljivega recepta, ki teče od predpisa elektronskega recepta.

(3) Recept na papirnati listini iz 2. točke prejšnjega odstavka predpiše zdravnik, ki je predpisal elektronski recept, ali namesto njega splošni osebni zdravnik oziroma osebni otroški zdravnik. Pooblaščen zdravnik ob predpisu recepta na papirnati listini sočasno razveljavi elektronski recept.

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

(5) V primeru iz tega člena mora biti zdravilo predpisano na recept in izdano v skladu s splošnimi akti zavoda.

(6) Določbe tega člena se smiselno uporabljajo, če je zdravilo predpisano na recept EU.

(7) Stroški vrednosti zdravila iz tega člena se zavarovani osebi povrnejo do višine dejanskih stroškov v državi, v kateri je kupljeno.

(8) Določbe tega člena se smiselno uporabljajo za uveljavljanje pravice do živil na recept.

(9) **(črtan)**.

136. člen

(črtan)

XII. PRAVICE DO NADOMESTIL IN POVRAČIL

XII/1. PRAVICA DO NADOMESTILA PLAČE

137. člen

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

1. od prvega delovnega dne zadržanosti od dela zaradi presaditve živega tkiva in organov v korist druge osebe zaradi darovanja krvi na dan, ko prostovoljno darujejo kri, posledic dajanja krvi, nege ožjega družinskega člana, sobivanja iz 40. člena pravil, izolacije in spremstva, ki ju odredi osebni zdravnik, spremstva iz drugega odstavka 135.a člena in drugega odstavka 135.b člena pravil ter zaradi poškodbe pri delu in poklicne bolezni, nastale pri izvajanju aktivnosti iz 18. člena zakona;
2. od 31. delovnega dne začasne nezmožnosti za delo zaradi bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom poklicne bolezni ali poškodbe pri delu, razen v primerih iz 3. in 4. točke tega odstavka;

2.a (črtana);

3. od prvega delovnega dne začasne nezmožnosti za delo delavca zaradi bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom potem, ko je bilo za posamezno odsotnost z dela do 30 delovnih dni zaradi bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom, izplačano nadomestilo v breme istega delodajalca v koledarskem letu za 80 delovnih dni;
4. če gre za dve ali več zaporednih odsotnosti z dela zaradi iste bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom do 30 delovnih dni, pa traja v posameznem primeru prekinitvev med eno in drugo odsotnostjo manj kot deset delovnih dni, gre nadomestilo plače v breme obveznega zavarovanja od prekinitve dalje (recidiv).

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

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

138. člen

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

(2) Šteje se, da ima zavarovanec, ki je sam zavezanec za plačilo prispevka, tedensko delovno obveznost razporejeno na pet delovnih dni od ponedeljka do petka.

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

1. deset dni za nego ožjega družinskega člana;
2. 20 dni za nego otroka do 7. leta starosti ali zmerno, težje ali težko duševno in telesno prizadetega otroka.

(4) Pravico iz prejšnjega odstavka lahko imenovani zdravnik, kadar to terja zdravstveno stanje, izjemoma podaljša, tako da traja:

1. največ do 40 dni za nego otroka do 7. leta starosti ali za starejše zmerno, težje ali težko duševno in telesno prizadete otroke;
2. največ do 20 dni za nego drugih ožjih družinskih članov;
3. največ do šest mesecev za nego otroka zaradi nenadnega poslabšanja zdravstvenega stanja ali zaradi nastanka novega zdravstvenega stanja, ki sočasno ali na novo utemeljuje neprekinjeno zadržanost od dela zaradi nege;
4. več kot šest mesecev za nego otroka zaradi težke možganske okvare, rakavih obolenj ali drugih posebno hudih poslabšanj zdravstvenega stanja, na predlog strokovnega kolegija za pediatrijo univerzitetnega kliničnega centra.

(5) Pravico do nadomestila zaradi nege otroka lahko uveljavlja eden od staršev do dopolnjenega 18. leta otrokove starosti oziroma dokler traja skrbništvo, če je otrok postavljen pod skrbništvo zaradi zdravstvenega stanja, ki je nastalo pred njegovo polnoletnostjo.

(6) Zavarovanec ima pravico do nadomestila za nego otroka, če nege ne more zagotoviti starš, ki je nezaposlen, upokojen ali lahko zagotavlja nego brez zadržanosti od dela, razen če ta nege ne more zagotavljati zaradi upravičenega razloga (npr. zaradi bolezni, aktivnosti v zvezi z iskanjem dela, pripravljenosti na domu, pravice do počitka zaradi izmenskega ali nočnega dela, študentskega dela). Zavarovanec nima pravice do nadomestila za nego otroka za čas, ki ga otrok prebije v šoli ali institucionalnem varstvu.

(7) Zavarovanec iz 40. člena pravil, ki sobiva ob zavarovani osebi, ima pravico do nadomestila za sobivanje, ki se odmerja v enakem odstotku kot nadomestilo zaradi nege ožjega družinskega člana.

(8) (črtan).

139. člen

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

(2) Nadomestilo plače za prvih 90 dni zadržanosti od dela znaša:

1. 100 % osnove ob zadržanosti od dela zaradi poklicne bolezni, poškodbe pri delu, darovanja in posledic darovanja živega tkiva in organov v korist druge osebe, dajanja krvi in posledic dajanja krvi;
2. 90 % osnove ob zadržanosti od dela zaradi izolacije;
3. 80 % osnove ob zadržanosti od dela zaradi bolezni, nege ožjega družinskega člana in sobivanja iz 40. člena pravil;
4. 70 % osnove ob zadržanosti od dela zaradi poškodb izven dela in spremstva;
5. 90 % osnove v vseh primerih zadržanosti od dela, če gre za vojaške invalide in civilne invalide vojne, razen v primeru zadržanosti od dela zaradi poklicne bolezni, poškodbe pri delu, nege ožjega družinskega člana, sobivanja iz 40. člena pravil, darovanja in posledic darovanja živega tkiva in organov v korist druge osebe, dajanja krvi in posledic dajanja krvi, ko nadomestilo znaša 100 % osnove.

(3) Nadomestilo plače po preteku 90 dni zadržanosti od dela znaša:

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

139.a člen

Določbe 137. do 139. člena pravil, ki se nanašajo na pravico do nadomestila oziroma na zadržanost od dela zaradi nege otroka, se smiselno uporabljajo tudi za rejnika in skrbnika, kadar otroka dejansko neguje in varuje, ter za zakonca ali zunajzakonskega

partnerja, kadar dejansko neguje in varuje otroka svojega zakonca ali zunajzakonskega partnerja.

140. člen

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

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

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

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

141. člen

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

1. regres, jubilejna nagrada, odpravnina ob upokojitvi in druge odpravnine, solidarnostna pomoč;
2. povračila stroškov v zvezi z delom;
3. dohodek prejet v naravi;
4. poračuni plač v tekočem letu za obdobja, na katera se nanaša osnova za obračun nadomestila;
5. nadomestila izplačana v breme pokojninskega in invalidskega zavarovanja;
6. bonitete;
7. dohodki iz drugega pogodbenega razmerja;
8. osnove za plačevanje prispevkov iz drugega in tretjega odstavka 55.a člena zakona;
9. dohodki, ki se v skladu z drugimi predpisi ne vštevajo v osnovo za obračun nadomestil.

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

(3) Če je zavarovanec v delovnem razmerju pri več delodajalcih in s tem dosega polni delovni čas ali če je v delovnem razmerju pri enem ali več delodajalcih za polni delovni čas, pri drugem pa največ za 8 ur na teden, se v osnovo za izračun nadomestila všttevajo plače in nadomestila, ki jih je prejel pri vseh delodajalcih.

142. člen

Osnova za nadomestilo se, kadar ima zavarovanec osnovo iz preteklega ali tekočega koledarskega leta glede na obdobje zadržanosti, ne usklajuje. V tem primeru se pri izračunu nadomestila plače uporablja količnik 1,0000.

143. člen

Če ima zavarovanec osnovo za nadomestilo najmanj iz predpreteklega koledarskega leta glede na obdobje zadržanosti, se osnova za nadomestilo plače uskladi s predpisi, ki urejajo usklajevanje transferjev posameznikom in gospodinjstvom v Republiki Sloveniji.

144. člen

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

145. člen

(črtan)

146. člen

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

147. člen

(1) Zavod zadrži izplačevanje nadomestila zavarovancu, ki:

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

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

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

XII/2. PRAVICA DO POGREBNINE IN POSMRTNINE

(prenehalo veljati)

Datum konca veljavnosti: 04.12.2013
Datum prenehanja uporabe: 31.12.2013
Sklic: [38. člen ZSVarPre-C](#)

148. člen

(prenehal veljati)

Datum konca veljavnosti: 04.12.2013
Datum prenehanja uporabe: 31.12.2013
Sklic: [38. člen ZSVarPre-C](#)

149. člen

(prenehal veljati)

Datum konca veljavnosti: 04.12.2013
Datum prenehanja uporabe: 31.12.2013
Sklic: [38. člen ZSVarPre-C](#)

150. člen

(prenehal veljati)

Datum konca veljavnosti: 04.12.2013
Datum prenehanja uporabe: 31.12.2013
Sklic: [38. člen ZSVarPre-C](#)

151. člen

(prenehal veljati)

Datum konca veljavnosti: 04.12.2013
Datum prenehanja uporabe: 31.12.2013
Sklic: [38. člen ZSVarPre-C](#)

152. člen

(prenehal veljati)

Datum konca veljavnosti: 04.12.2013
Datum prenehanja uporabe: 31.12.2013
Sklic: [38. člen ZSVarPre-C](#)

XII/3. PRAVICA DO POVRAČIL POTNIH STROŠKOV

153. člen

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

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

(2) Zavarovana oseba ima pravico do povračila potnih stroškov iz prejšnjega odstavka za potovanje do najbližjega izvajalca, pri čemer potni stroški obsegajo:

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

154. člen

(1) V primeru iz prejšnjega člena ima zavarovana oseba, ki uveljavlja zdravstveno storitev v Republiki Sloveniji, pravico do povračila prevoznih stroškov za najkrajšo razdaljo do najbližjega izvajalca v višini:

1. cene javnega prevoza, ki ni avtotaksi prevoz, kot izhaja iz vozne karte ali drugega dokazila o njegovem plačilu,
2. cene avtotaksi prevoza, kot izhaja iz dokazila o njegovem plačilu, vendar ne več kot bi znašala kilometrina iz 3. točke tega odstavka, ali

3. kilometrine, ki je enaka ceni 10 % cene litra neosvinčenega motornega bencina – 95 oktanov, veljavni v času potovanja, če je potovala z osebnim vozilom, z javnim ali avtotaksi prevozom, za katerega ni predložila vozne karte ali drugega dokazila o njegovem plačilu.

(2) V primerih iz prejšnjega odstavka se obračun prevoznih stroškov za potovanja, opravljena v istem mesecu, zmanjša za 3 % minimalne plače, veljavne v mesecu opravljenega potovanja.

(3) Spremljevalec zavarovane osebe, ki ji je odobreno spremstvo kot pravica, ima pravico do povračila prevoznih stroškov za najkrajšo razdaljo do najbližjega izvajalca:

1. ko potuje z zavarovano osebo v času spremstva z javnim prevozom, ki ni avtotaksi prevoz, za razdaljo od prebivališča zavarovane osebe do izvajalca in nazaj;
2. ko potuje sam od izvajalca, h kateremu je spremljal zavarovano osebo, za razdaljo od izvajalca do prebivališča zavarovane osebe, in ko potuje k izvajalcu po zavarovano osebo za razdaljo od prebivališča zavarovane osebe do izvajalca.

(4) Spremljevalec ima v primeru potovanja iz prejšnjega odstavka pravico do povračila prevoznih stroškov v višini, kot izhaja iz vozne karte, če potuje z javnim prevozom, ki ni avtotaksi prevoz, v drugih primerih pa v višini iz prvega in drugega odstavka tega člena. Če zavarovana oseba in spremljevalec skupaj potujeta k izvajalcu z osebnim vozilom ali avtotaksi prevozom, se skupni prevozni strošek povrne zavarovani osebi v višini enkratnega zneska.

(5) Če je spremljevalec iz tretjega odstavka tega člena zdravnik ali drug zdravstveni delavec, velja za povračilo prevoznih stroškov ureditev te pravice v zdravstvenem zavodu, v katerem dela zdravnik ali drug zdravstveni delavec, pri čemer plačilo teh stroškov bremeni materialne stroške izvajalca.

155. člen

(1) Zavarovana oseba, ki uveljavlja pravico iz prvega odstavka 135.a ali prvega odstavka 135.b člena pravil, in spremljevalec zavarovane osebe, ki ji je odobreno spremstvo kot pravica, imata pravico do povračila prevoznih stroškov v skladu s 153. in 154. členom pravil.

(2) Ne glede na 2. točko prvega odstavka prejšnjega člena se zavarovani osebi in spremljevalcu iz prejšnjega odstavka povrnejo prevozni stroški avtotaksi prevoza v višini njegove cene, kot izhaja iz predloženega dokazila o njegovem plačilu in ob upoštevanju drugega odstavka prejšnjega člena.

(3) Zavarovana oseba in spremljevalec iz prvega odstavka tega člena imata v primeru pravice do povračila stroškov nastanitve iz 156.a člena pravil tudi pravico do povračila prevoznih stroškov za najkrajšo razdaljo od naslova nastanitve do izvajalca in nazaj v višini iz prejšnjega člena in ob upoštevanju prejšnjega odstavka.

156. člen

(1) V primeru iz 153. člena pravil ima zavarovana oseba, ki je napotena k izvajalcu v Republiki Sloveniji, pravico do povračila stroškov prehrane v višini dnevnice, ki se izplačuje javnim uslužbencem v organih državne uprave, če je odsotna iz svojega prebivališča nad 12 do 24 ur in ji ni zagotovljena prehrana v okviru zdravstvene storitve. V primeru iz prejšnjega stavka se dnevnica izplača za 24 ur, ob upoštevanju njene vrednosti na posamezen dan odsotnosti.

(2) V primeru iz 153. člena pravil ima zavarovana oseba, ki mora zaradi napotitve k izvajalcu v Republiki Sloveniji bivati v drugem kraju, pravico do povračila stroškov nastanitve za nočitev v višini dejanskih stroškov, vendar ne več kot znaša trikratna vrednost dnevnice iz prejšnjega odstavka, če ji ni zagotovljena nočitev v okviru zdravstvene storitve.

(3) Spremljevalec zavarovane osebe, ki ji je odobreno spremstvo kot pravica, ima pravico do povračila stroškov prehrane in nastanitve iz prvega in drugega odstavka tega člena. Če je spremljevalec zdravnik ali drug zdravstveni delavec, velja za povračilo stroškov prehrane in nastanitve ureditev te pravice v zdravstvenem zavodu, v katerem dela zdravnik ali drug zdravstveni delavec, pri čemer plačilo teh stroškov bremeni materialne stroške izvajalca.

(4) Povračilo stroškov za otroka, starega do sedem let, znaša polovico zneska iz prvega in drugega odstavka tega člena.

156.a člen

(1) Zavarovana oseba, ki uveljavlja pravico iz prvega odstavka 135.a ali prvega odstavka 135.b člena pravil, ima pravico do povračila stroškov prehrane v višini dnevnice, ki se izplačuje javnim uslužbencem v organih državne uprave za službena potovanja v tujino, če je odsotna iz svojega prebivališča nad 12 do 24 ur in ji ni zagotovljena prehrana v okviru zdravstvene storitve v tujini. V primeru iz prejšnjega stavka se dnevica izplača za 24 ur, ob upoštevanju njene vrednosti na posamezen dan odsotnosti zavarovane osebe, pri čemer se za izplačilo dnevnice za vsakih 24 ur ugotavlja:

1. če zavarovani osebi ni bila zagotovljena prehrana v tujini – za skupen čas odsotnosti zavarovane osebe iz prebivališča zavarovane osebe, ki se izračuna v urah od datuma in ure začetka potovanja do datuma in ure zaključka potovanja;
2. če je bila zavarovani osebi zagotovljena prehrana v tujini – posebej za čas odsotnosti zavarovane osebe iz prebivališča zavarovane osebe do sprejema pri izvajalcu, ki se izračuna v urah od datuma in ure začetka potovanja do datuma in ure sprejema pri izvajalcu, in posebej za čas odsotnosti zavarovane osebe od odpusta pri izvajalcu do prebivališča zavarovane osebe, ki se izračuna v urah od datuma in ure odpusta pri izvajalcu do datuma in ure zaključka potovanja.

(2) Zavarovana oseba, ki uveljavlja pravico iz prvega odstavka 135.a ali prvega odstavka 135.b člena pravil, ima pravico do povračila stroškov nastanitve za nočitev v tujini v višini dejanskih stroškov, vendar ne več kot znaša dvakratna vrednost dnevnice iz prejšnjega odstavka, če ji ni zagotovljena nočitev v okviru zdravstvene storitve v tujini. Račun za nočitev, izstavljen v tuji valuti, se preračuna v eure po referenčnem tečaju Evropske centralne banke oziroma mesečni tečajnici Banke Slovenije, za tečaje, za katere Evropska centralna banka ne objavlja referenčnih tečajev, veljavnem na dan izstavitve računa.

(3) Pod pogoji iz prvega oziroma drugega odstavka tega člena ima zavarovana oseba pravico do povračila stroškov prehrane oziroma nastanitve tudi za naslednje dneve:

1. za dan pred izvedbo zdravstvene storitve v tujini:
 - če je razdalja med njenim prebivališčem in izvajalcem nad 400 kilometrov ali
 - če to zahteva njeno zdravstveno stanje ali potek izvedbe zdravstvene storitve;
2. za dneve po izvedeni zdravstveni storitvi v tujini, če to zahteva njeno zdravstveno stanje in to potrebo ugotovi izvajalec v tujini;

3. za dneve, dokler ji ni zagotovljen prvi možni prevoz s prevoznim sredstvom, določenim v odločbi zavoda;
4. za dneve po izvedeni zdravstveni storitvi v tujini, če je nadaljnja zdravstvena storitev v okviru pravice iz prvega odstavka 135.a ali prvega odstavka 135.b člena pravil predvidena v treh dneh od predhodno izvedene zdravstvene storitve in je razdalja med prebivališčem zavarovane osebe in izvajalcem nad 400 kilometrov.

(4) Spremljevalec iz drugega odstavka 135.a člena in drugega odstavka 135.b člena pravil ima pravico do povračila stroškov iz prvega in drugega odstavka tega člena tudi za dneve iz prejšnjega odstavka.

(5) Spremljevalec zavarovane osebe, ki ji je z odločbo zavoda odobreno spremstvo za čas poti na zdravljenje v tujino, ima pravico do povračila stroškov iz prvega in drugega odstavka tudi za dneve iz 1. in 3. točke tretjega odstavka tega člena in za dan pred zaključkom zdravljenja zavarovane osebe v tujini, če je razdalja med prebivališčem zavarovane osebe in izvajalcem nad 400 kilometrov.

(6) Če je spremljevalec iz četrtega ali petega odstavka tega člena zdravnik ali drug zdravstveni delavec, velja za povračilo stroškov prehrane in nastanitve ureditev te pravice v zdravstvenem zavodu, v katerem dela zdravnik ali drug zdravstveni delavec, pri čemer plačilo teh stroškov bremeni materialne stroške izvajalca.

(7) Povračilo stroškov za otroka, starega do sedem let, znaša polovico zneska iz prvega in drugega odstavka tega člena.

XIII. POSTOPKI IN POGOJI ZA UVELJAVLJANJE PRAVIC

157. člen

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

158. člen

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

(2) Zavarovane osebe uveljavljajo pravico do zdravljenja v tujini v skladu z zakonom in s splošnimi akti zavoda.

(3) (črtan).

(4) (črtan).

(5) (črtan).

159. člen

(črtan)

160. člen

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

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

(3) Zavarovana oseba se z izbiro izvajalca odloči, da bo pri njem uveljavljala tudi laboratorijske, rentgenske ter druge diagnostične in terapevtske zdravstvene storitve, razen storitev fizioterapije, ki so pri njem predpisane. Če izvajalec predpiše storitev, ki je ne opravlja, določi izvajalca, ki opravi to storitev, pri čemer za izvedbo zdravstvene nege na domu določi izvajalca, ki je najbližji prebivališču zavarovane osebe, v katerem ta dejansko prebiva.

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

XIII/1. IZBIRA OSEBNEGA ZDRAVNIKA

161. člen

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

(2) Osebni otroški zdravnik je lahko specialist pediater ali specialist šolske medicine, izjemoma specialist splošne (družinske) medicine ali zdravnik splošne medicine s podiplomskim študijem iz zdravstvenega varstva žensk, otrok in mladine. Zdravnik lahko za svoje potrebe opravlja zdravstvene storitve, ne more pa sam zase predlagati uveljavljanja denarnih dajatev in zdraviliškega zdravljenja.

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

162. člen

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

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

163. člen

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

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

164. člen

(1) Zavarovana oseba si izbere osebnega ginekologa pri izvajalcu osnovne zdravstvene dejavnosti.

(2) Ne glede na prejšnji odstavek si zavarovana oseba lahko izbere osebnega ginekologa pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti na sekundarni ali terciarni ravni, ki lahko opravlja zdravstvene storitve izbranega osebnega ginekologa le izven ordinacijskega časa, ki je po pogodbi z zavodom namenjen izvajanju zdravstvenih storitev na sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti.

(3) Če si na podlagi prejšnjega odstavka zavarovana oseba izbere osebnega ginekologa pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti na terciarni ravni, se uporabi peta alineja 3. točke drugega odstavka 252. člena pravil.

165. člen

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

166. člen

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

1. pri njem evidentirano število zavarovanih oseb že presega število, ki ga določa dogovor;
2. si ga želi zavarovana oseba izbrati v nasprotju s pravili;
3. zavarovani osebi zaradi oddaljenosti ne bi mogel nuditi oziroma zagotoviti vseh zdravstvenih storitev, za katere je pooblaščen;
4. si ga želi zavarovana oseba ponovno izbrati, čeprav je v preteklosti izvedena njegova zamenjava zaradi razlogov iz 2. točke 169. člena pravil in je mogoče utemeljeno sklepati, da ti razlogi obstajajo tudi ob nameravani ponovni izbiri.

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

167. člen

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

(2) **(črtan).**

167.a člen

Izbira osebnega zdravnika se prekine, če oseba izgubi lastnost zavarovane osebe za neprekinjeno najmanj 90 dni.

168. člen

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

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

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

169. člen

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

1. pride med njima do nesporazumov, zaradi katerih je zavarovana oseba izgubila zaupanje v osebnega zdravnika;
2. predlaga zamenjavo osebni zdravnik, ker ne more uspešno in odgovorno opravljati nalog osebnega zdravnika zaradi neprimernega odnosa zavarovane osebe ali nespoštovanja navodil in postopkov za zdravljenje;
3. se zavarovana oseba za stalno ali za daljšo dobo preseli v drug kraj;
4. se v postopku strokovnega nadzora s svetovanjem, izvedenem v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnost, ugotovi, da zdravstvene storitve niso opravljene v skladu z doktrinarnimi strokovnimi usmeritvami in je to razlog za nezaupanje zavarovane osebe do osebnega zdravnika.

170. člen

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

(2) V primerih iz prejšnjega člena se zamenjava opravi na način iz prejšnjega odstavka, pri čemer je potrebno navesti razloge za zamenjavo.

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

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

171. člen

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

172. člen

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

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

(3) Zdravstvene 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 pri osebah, ki so si ga izbrale v nasprotju s 163. členom pravil. Osebni zdravnik, ki je začasno odsoten zaradi bolezni, službenega potovanja, študijskega izpopolnjevanja, praznikov ali dopusta, zagotovi uresničevanje teh nalog v dogovoru z nadomestnim zdravnikom v osnovni zdravstveni dejavnosti v istem kraju ali v njegovi neposredni bližini.

(4) **(črtan).**

173. člen

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

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

174. člen

(1) Osebni zdravnik zagotavlja zavarovani osebi uresničevanje pravic s svojega delovnega področja, v okviru tega pa:

1. opravlja zdravstvene storitve in kot njihov sestavni del predpisuje zdravila, živila in medicinske pripomočke;
2. ugotavlja začasno zadržanost od dela;
3. vlaga predloge zavodu, pristojnim organom zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje in drugim pristojnim organom;
4. napotuje k napotnim zdravnikom in napotnim zdravstvenim delavcem;
5. izstavlja listine za uveljavljanje pravic;
6. zbira in hrani zdravstveno dokumentacijo;
7. opravlja druge storitve in naloge v skladu z zakonom, drugimi predpisi in s splošnimi akti zavoda.

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

175. člen

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

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

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

176. člen

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

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

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

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

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

- opravi potrebne zdravstvene storitve s svojega delovnega področja, pri čemer zavarovani osebi zagotovi tudi vse potrebne diagnostične, terapijske in medicinsko rehabilitacijske zdravstvene storitve, kar vključuje tudi predpis medicinskih pripomočkov in receptov za uvedena zdravila in živila ter zdravila in živila, ki jih zavarovana oseba potrebuje v redni terapiji;
- zavarovano osebo napoti na drugo zdravstveno storitev, če meni, da je to potrebno.

177. člen

(1) Napotnice preneha veljati:

- ko napotni zdravnik zaključi napotnico, ker je opravil vse zdravstvene storitve, za katere je izdana napotnica;
- dve leti od zadnje zdravstvene storitve, opravljene na podlagi te napotnice, če na ta dan zavarovana oseba ni vpisana v čakalni seznam na podlagi te napotnice ali na podlagi napotnice, ki je izdana na njeni podlagi;
- v primerih, določenih z zakonom, ki ureja pacientove pravice.

(2) V primeru iz prve alineje prejšnjega odstavka zavarovano osebo s prenehanjem veljavnosti napotnice seznani napotni zdravnik najpozneje ob zaključku napotnice, v primeru iz druge alineje pa osebni zdravnik ob stiku z zavarovano osebo. Osebni zdravnik oziroma

zdravnik, ki je izdal napotnico, je seznanjen s prenehanjem veljavnosti napotnice prek sistema eZdravja, kakor je opredeljen v zakonu, ki ureja zbirke podatkov s področja zdravstvenega varstva.

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

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

178. člen

(1) Osebni zdravnik lahko izda napotnico, ko je opravil vse zdravstvene storitve, ki jih mora zagotoviti. Če niso predhodno opravljene vse zdravstvene storitve, ki jih mora zagotoviti osebni zdravnik, in v drugih primerih, določenih z zakonom, ki ureja pacientove pravice, napotni zdravnik v treh dneh vrne napotnico osebnemu zdravniku in o tem obvesti zavarovano osebo.

(2) Osebni zdravnik ob napotitvi seznani napotnega zdravnika z napotno diagnozo, strokovno obrazložitvijo in vso zdravstveno dokumentacijo, ki se nanaša na zdravstveno stanje zavarovane osebe, ki je razlog za napotitev in je potrebna za izvedbo zdravstvene storitve.

(3) Če je napotnica pomanjkljivo ali nejasno izpolnjena, se uporabljajo določbe o uvrščanju na čakalni seznam v skladu z zakonom, ki ureja pacientove pravice.

(4) Napotni zdravnik po opravljeni zdravstveni storitvi posreduje zavarovani osebi in osebnemu zdravniku pisni izvid, ki vsebuje diagnostične in druge podatke o opravljeni zdravstveni storitvi, mnenje o zdravstvenem stanju in predlog o nadaljnji zdravstveni obravnavi zavarovane osebe. Napotni zdravnik posreduje izvid v roku, ki je določen za izdajo strokovnega mnenja oziroma izvida po specialistični obravnavi z zakonom, ki ureja pacientove pravice.

(5) Za napotitev h kliničnemu psihologu se smiselno uporabljajo določbe pravil o napotitvi k napotnemu zdravniku, pri čemer klinični psiholog:

1. nima pooblastila za predpisovanje medicinskih pripomočkov ter zdravil in živil na recept in
2. lahko zaradi izvedbe kliničnopsihološkega dela naroči le zdravstvene storitve, ki se naročajo z delovnim nalogom.

179. člen

(črtan)

180. člen

(1) Osebni zdravnik praviloma opravlja zdravstvene storitve in druge naloge v ambulantni. Splošni osebni zdravnik in osebni otroški zdravnik sme odrediti zdravljenje ali zdravstveno 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 splošnega osebnega zdravnika oziroma osebnega otroškega zdravnika, če zaradi zdravstvenega stanja ne more priti k zdravniku in gre za nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč. Če zdravnik, ki je opravil hišni obisk, ugotovi, da ni šlo za nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč oziroma da hišni obisk ni bi upravičen, je zavarovana oseba dolžna plačati hišni obisk zdravnika.

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

181. člen

Zavarovana oseba ima pravico do nenujnega reševalnega prevoza iz 2., 3. ali 4. točke 54. člena pravil, če njegovo utemeljenost z izdajo listine zavoda za reševalni prevoz ugotovi:

- osebni zdravnik;
- napotni zdravnik – za prevoz zavarovane osebe na in z dialize ali zaradi premestitve v drugo bolnišnico, iz bolnišnice v zdravilišče ali iz bolnišnice, zdravilišča ali od napotnega zdravnika na dom;
- zdravnik zdravilišča, v katerem zavarovana oseba uveljavlja pravico do zdraviliškega zdravljenja – za prevoz zavarovane osebe iz zdravilišča na dom.

182. člen

Če ekipo nujne medicinske pomoči aktivira dispečerska služba zdravstva, osebni ali drug zdravnik, utemeljenost nujnega reševalnega prevoza zavarovane osebe ugotovi zdravnik ali diplomirani zdravstvenik kot del ekipe nujne medicinske pomoči z izdajo ustreznega obrazca, določenega s predpisom, ki ureja službo nujne medicinske pomoči.

183. člen

(1) Če zavarovana oseba, njeni svojci ali kdo drug v njenem imenu naroči reševalni prevoz pri izvajalcu reševalnih prevozov, sama plača stroške prevoza.

(2) Če v primeru iz prejšnjega odstavka zdravnik, ki prevzame zavarovano osebo v zdravljenje, ugotovi, da je bil reševalni prevoz nujen in ji o tem izda listino zavoda za reševalni prevoz, lahko zavarovana oseba od zavoda zahteva povračilo stroškov nujnega reševalnega prevoza v višini dejanskih stroškov, vendar ne več, kot se krijejo iz obveznega zavarovanja na dan opravljenega prevoza.

184. člen

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

XIII/5. UVELJAVLJANJE PRAVIC DO ZOBOZDRAVSTVENIH STORITEV

185. člen

(1) Osebni zobozdravnik je lahko za:

1. za otroke šolarje in mladino do dopolnjenega 19. leta starosti zobozdravnik usposobljen za zobozdravstveno varstvo otrok in mladine oziroma specialist pedontolog. V krajih, kjer tako usposobljenega zdravnika ni, pa lahko tudi drug zobozdravnik;
2. druge zavarovane osebe splošni zobozdravnik ali zobozdravnik – specialist, ki zavarovanim osebam zagotovi vse zobozdravstvene storitve s področja zdravljenja zob in ustne votline ter zobne protetike, razen zobno-protetične rehabilitacije s pomočjo zobnih vsadkov iz 30. člena pravil.

(2) **(črtan)**.

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

186. člen

(črtan)

187. člen

(1) Osebni zobozdravnik lahko prenese pooblastila na specialiste s področja pedontologije, maksilofacialne in oralne kirurgije, zobne protetike, ortodontije in specialista za zobne in ustne bolezni ter parodontologijo.

(2) Za zobno-protetično rehabilitacijo s pomočjo zobnih vsadkov so pooblaščen:

1. specialisti parodontologi, specialisti oralne kirurgije in specialisti maksilofacialne kirurgije – za vsaditev zobnih vsadkov;
2. specialisti za stomatološko protetiko – za izdelavo zobno-protetičnih pripomočkov na zobnih vsadkih.

(3) Zobno-protetična rehabilitacija s pomočjo zobnih vsadkov zavarovane osebe z zdravstvenim stanjem iz 1. in 3. točke prvega odstavka in iz drugega odstavka 30. člena pravil se izvaja pri izvajalcu na terciarni ravni.

(4) Izvajalec v primeru zdravstvenih stanj iz 2. ali 3. točke prvega odstavka 30. člena pravil pred začetkom rehabilitacije izdelava načrt ortodontsko-implantološko-protetične rehabilitacije.

188. člen

(1) Osebni zobozdravnik ali napotni zdravnik specialist za stomatološko protetiko pred začetkom izdelave zobno-protetičnih pripomočkov predloži zavodu v potrditev predlog načrta zobno-protetične rehabilitacije na predpisani listini. Predlog načrta zobno-protetične rehabilitacije ni potreben pri:

1. popravilih in prilagoditvah zobno-protetičnih pripomočkov;
2. izdelavi največ treh posamičnih prevlek v obdobju enega leta, razen, če so prevleke del mostička, ki ni pravica;
3. zobno-protetični rehabilitaciji s pomočjo zobnih vsadkov.

(2) Predlog načrta zobno-protetične rehabilitacije izdela osebni zobozdravnik ali napotni zdravnik specialist za stomatološko protetiko v dveh izvodih, pri čemer se en zadrži v zdravstveni dokumentaciji zavarovane osebe, drugi pa izroči zavarovani osebi.

(3) S predlogom načrta zobno-protetične rehabilitacije se predvidi celovita zobno-protetična rehabilitacija v obeh čeljustih v okviru pravic in vsebuje tudi podatek, če je zavarovana oseba že pred tem imela zobno-protetični pripomoček, kakšen je ta bil in kdaj je bil izdelan.

(4) Predlogu načrta zobno-protetične rehabilitacije se priloži delovni nalog zobotehničnemu laboratoriju, ki vsebuje tudi opredelitve o zahtevanih pripomočkih in zobozdravstvenih storitvah, obliki in barvi zob, uporabljenih materialih in drugih posebnostih.

(5) Predlog načrta zobno-protetične rehabilitacije podpiše zavarovana oseba, ki s tem potrdi, da je seznanjena in soglaša z načrtovano zobno-protetično rehabilitacijo.

(6) Osebni zobozdravnik ali specialist za stomatološko protetiko, ki izdela zobno-protetični pripomoček, in specialist, ki vsadi zobni vsadek, zagotovi sledljivost uporabljenih materialov tako, da v zdravstveni dokumentaciji zavarovane osebe hrani tudi certifikat za uporabljen material in tudi certifikat za zobni vsadek.

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

189. člen

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

190. člen

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

191. člen

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

192. člen

Določbe pravil, ki veljajo za napotitev osebnega zdravnika, se smiselno uporabljajo za napotitev napotnega zdravnika.

193. člen

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

194. člen

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

195. člen

(1) Napotni zdravnik, ki odpusti zavarovano osebo iz bolnišničnega zdravljenja, ob odpustu predpiše zavarovani osebi:

- na novo uvedene medicinske pripomočke in medicinske pripomočke, ki jih potrebuje v redni terapiji;
- na novo uvedena zdravila in živila na recept ter zdravila in živila na recept, ki jih potrebuje v redni terapiji.

(2) Napotni zdravnik, ki odpusti zavarovano osebo iz bolnišničnega zdravljenja, ob odpustu posreduje njenemu osebnemu zdravniku pisno poročilo, ki vsebuje podatke o diagnozi, opravljenih zdravstvenih storitvah, opis kliničnega statusa zavarovane osebe ob odpustu ter navodila za nadaljnje zdravljenje in ravnanje, vključno s potrebnimi medicinskimi pripomočki, zdravili in živili.

196. člen

(1) Napotnica ni potrebna za:

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

(2) Napotnica ni potrebna, če osebni ali napotni zdravnik v okviru zdravstvene obravnave določenega zdravstvenega stanja naroči rentgensko slikanje pri izvajalcu, pri katerem dela.

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

XIII/7. UVELJAVLJANJE PRAVICE DO ZDRAVILIŠKEGA ZDRAVLJENJA

197. člen

(1) O pravici do zdraviliškega zdravljenja odloča imenovani zdravnik na predlog:

1. zdravnika, ki zavarovano osebo zdravi v bolnišnici, če gre za zdraviliško zdravljenje, ki je nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, ki ga poda najpozneje pet dni pred odpustom iz bolnišničnega zdravljenja;
2. osebnega ali napotnega zdravnika, če gre za zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja.

Pri zdravstvenih stanjih iz 3. točke prvega odstavka 45. člena pravil mora biti predlog za zdraviliško zdravljenje podan najpozneje v treh mesecih po končanem bolnišničnem zdravljenju oziroma v treh mesecih po nastanku poškodbe v primeru ambulantnega zdravljenja, razen če zavarovana oseba zaradi zdravstvenega stanja ne more začeti zdraviliškega zdravljenja v tem roku.

(2) Zdravnik iz prejšnjega odstavka mora imenovanemu zdravniku predložiti podatke o zdravstvenem stanju zavarovane osebe, ki utemeljujejo zdraviliško zdravljenje. Na predlogu je lahko navedeno, v katero zdravilišče zavarovana oseba želi biti napotena.

(3) Imenovani zdravnik o predlogu za zdraviliško zdravljenje, ki je nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, odloči v petih dneh od prejema predloga iz prvega odstavka tega člena.

(4) Ne glede na predlog zdravnika iz prvega odstavka tega člena, se lahko v odločbi o odobritvi zdraviliškega zdravljenja določi drugo vrsto zdraviliškega zdravljenja ali drug način izvajanja zdraviliškega zdravljenja, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja.

(5) Z odločbo o odobritvi zdraviliškega zdravljenja se določijo vrsta, način izvajanja, tip standarda in trajanje zdraviliškega zdravljenja, razlog obravnave, rok, v katerem mora zavarovana oseba začeti zdraviliško zdravljenje, naziv zdravilišča in namestitvev na negovalni oddelek, če je to potrebno glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe.

198. člen

(1) Zavarovana oseba začne zdraviliško zdravljenje, ki je nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, v roku iz 1. točke tretjega odstavka 43. člena pravil, in sicer na dan, ki ji ga sporoči zdravilišče.

(2) Zavarovana oseba začne zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, v 30 dneh od izdaje odločbe o odobritvi zdraviliškega zdravljenja, če ni v njej določen drug datum začetka zdraviliškega zdravljenja, in sicer na dan, ki ji ga sporoči zdravilišče.

(3) Zdravilišče lahko v primeru iz drugega odstavka 48. člena pravil predlaga imenovanemu zdravniku podaljšanje zdraviliškega zdravljenja najpozneje pet dni pred zaključkom trajanja zdraviliškega zdravljenja.

(4) Če zavarovana oseba pred prejemom odločbe o odobritvi podaljšanja zdraviliškega zdravljenja že zaključi zdraviliško zdravljenje po predhodni odločbi, začne

zdraviliško zdravljenje v 30 dneh od izdaje odločbe o odobritvi podaljšanja zdraviliškega zdravljenja, in sicer na dan, ki ji ga sporoči zdravilišče.

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

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

199. člen

Osebni zdravnik lahko v primeru iz drugega odstavka 49. člena pravil predlaga imenovanemu zdravniku zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, pri čemer v predlogu iz drugega odstavka 197. člena pravil utemelji tudi razlog, zaradi katerega zavarovana oseba ni mogla začeti zdraviliškega zdravljenja.

200. člen

(1) Zdraviliško zdravljenje se odobri v zdravilišču, ki zagotavlja ustrezen tip standarda zdraviliškega zdravljenja.

(2) Zavarovana oseba lahko pred začetkom zdraviliškega zdravljenja predlaga imenovanemu zdravniku spremembo zdravilišča, ki zagotavlja ustrezen tip standarda zdraviliškega zdravljenja.

(3) Zdravilišče lahko predlaga imenovanemu zdravniku spremembo obsega zdravstvenih storitev v okviru odobrenega tipa standarda zdraviliškega zdravljenja.

201. člen

(črtan)

XIII/8. UVELJAVLJANJE PRAVICE DO ZDRAVIL IN ŽIVIL NA RECEPT

202. člen

(1) Za predpisovanje zdravil na recept je pooblaščen:

- osebni zdravnik;
- napotni zdravnik – zdravila s svojega delovnega področja;
- zdravnik zdravilišča – zdravilo za neprekinjeno zdravljenje osnovne bolezni zavarovane osebe, ki v zdravilišču uveljavlja zdraviliško zdravljenje iz prve alineje drugega odstavka 43. člena pravil, in zdravila, ki jih rabi za zdravljenje bolezni ali poškodbe, ki je nastala v

času tega zdraviliškega zdravljenja in bi lahko brez predpisa zdravila povzročila prekinitve tega zdraviliškega zdravljenja;

- drug pooblaščen zdravnik – zdravila s svojega delovnega področja v skladu s splošnimi akti zavoda.

(2) Zdravila na recept se v izvidu predlaga za predpisovanje in predpisuje:

- v skladu s predpisi, ki urejajo predpisovanje in izdajanje zdravil za uporabo v humani medicini, in splošnimi akti zavoda,
- ob upoštevanju povzetka glavnih značilnosti zdravila, strokovnih smernic in vseh okoliščin, ki lahko vplivajo na potek zdravljenja in ob upoštevanju uspešnosti predhodnega zdravljenja,
- v smiselni kombinacijah, najprimernejših odmerkih in primernem obdobju, in
- ob upoštevanju stroškovnega vidika predpisa zdravila na recept.

(3) Zdravila na recept se predpisujejo le ambulantno zdravljenim zavarovanim osebam.

(4) Zdravilo na obnovljivi recept na papirnati listini zavarovana oseba prevzame v lekarni, v kateri je na ta recept prvič prevzela zdravilo.

(5) Zdravilo na recept z omejitvijo predpisovanja, ki jo določi zavod, lahko pooblaščen zdravnik v izvidu predlaga za predpisovanje na recept ali ga predpiše na recept izven okvira določene omejitve predpisovanja le, če iz zdravstvenih razlogov enakovredno zdravljenje ni mogoče z drugim zdravilom, kar pooblaščen zdravnik utemelji z dokumentiranjem v zdravstveni dokumentaciji zavarovane osebe.

(6) (črtan).

202.a člen

(1) Na obnovljivi recept se predpisujejo zdravila, namenjena za dolgotrajno zdravljenje zavarovane osebe.

(2) Pooblaščen zdravnik ob predpisu zdravila na obnovljivi recept seznani zavarovano osebo z obdobji izdaje zdravila in veljavnostjo obnovljivega recepta, farmacevt pa jo ob izdaji zdravila na ta recept seznani o predvidenem datumu naslednje izdaje zdravila, ob zadnji izdaji pa jo opozori, da je za nadaljevanje zdravljenja potreben nov recept.

(3) Če zavarovana oseba izpusti posamezno izdajo zdravila na obnovljivi recept, ostane obnovljiv recept veljaven, zdravila pa se ne sme izdati za nazaj.

(4) Farmacevt razveljavi:

- obnovljivi recept na papirnati listini, če ga pooblaščen zdravnik obvesti, da je ukinil ali zamenjal zdravilo v obdobju veljavnosti obnovljivega recepta;
- obnovljivi recept na papirnati listini oziroma obnovljivi elektronski recept, če je predpisano zdravilo izločeno s pozitivne liste zdravil in ga ni mogoče nadomestiti z drugim zdravilom, o čemer obvesti pooblaščenega zdravnika, ki ga je predpisal.

(5) Na obnovljivi recept se lahko predpiše za enkratno izdajo količina zdravil, ki ne presega trimesečnega obdobja. V izjemnem primeru (študijska obveznost v tujini, daljše

službeno ali zasebno potovanje v tujino in podobno) se lahko na obnovljivi recept izda večja količina zdravila, kot je določena za enkratno izdajo, vendar najdlje za obdobje njegove veljavnosti. Razlog izdaje večje količine zdravila se kot opomba farmacevta vpiše v elektronski recept oziroma na zadnjo stran obnovljivega recepta na papirnati listini.

203. člen

(1) Obliko in vsebino recepta določi zavod.

(2) Recept se predpiše in izpolni v skladu s predpisi, ki urejajo predpisovanje in izdajanje zdravil za uporabo v humani medicini, in splošnimi akti zavoda.

(3) Pooblaščen zdravnik ob predpisu zdravila v primeru nujnega zdravljenja na elektronskem receptu označi »nujno zdravljenje!« oziroma recept na papirnati listini označi z besedami »nujno zdravljenje!« in se poleg podpiše.

204. člen

(1) Na en recept se lahko predpiše eno zdravilo za eno zavarovano osebo enkrat v obdobju iz četrtega odstavka 58. člena pravil.

(2) Zavarovana oseba zdravilo na neobnovljivi recept in prvo izdajo zdravila na obnovljivi recept prevzame v lekarni:

- **(črtana);**
- v treh dneh od dneva predpisa recepta za protimikrobno zdravilo za akutno bolezen;
- v 30 dneh od dneva predpisa recepta.

(3) Zavarovana oseba ponovno izdajo zdravila na obnovljivi recept uveljavi na predviden datum naslednje izdaje zdravila ali v 30 dneh od tega datuma, če je obnovljivi recept na dan ponovne izdaje zdravila še veljaven ali v 30 dneh pred predvidenim datumom naslednje izdaje zdravila, pred tem rokom pa le v izjemnem primeru (npr. študijska obveznost v tujini, daljše službeno ali zasebno potovanje v tujino). Razlog predčasne ponovne izdaje zdravila se kot opomba farmacevta vpiše v elektronski recept oziroma na zadnjo stran obnovljivega recepta na papirnati listini. Predviden datum naslednje izdaje zdravila na obnovljivi recept se šteje od datuma predhodne izdaje zdravila.

205. člen

Pooblaščen zdravnik, ki v izvidu predlaga predpisovanje zdravila na recept ali ki je predpisal zdravilo na recept, dokumentira v zdravstveni dokumentaciji zavarovane osebe podatke o zdravilu, predlagani oziroma predpisani jakosti in količini, predlaganemu oziroma predpisanemu odmerjanju, podatke o obnovljivem receptu, okoliščine, ki lahko vplivajo na potek zdravljenja in uspešnost zdravljenja s predpisanim zdravilom.

206. člen

(1) Med zdravili v isti farmakološki skupini se predpiše na recept zdravilo z najboljšo stroškovno učinkovitostjo, med zdravili z enako učinkovino pa najcenejše na slovenskem trgu dostopno zdravilo, razen v primerih iz 207. člena pravil ali če zavarovana oseba soglaša z doplačilom.

(2) Kadar iz zdravstvenih razlogov enakovredno zdravljenje ni mogoče z drugim zdravilom s seznama medsebojno zamenljivih zdravil oziroma iz terapevtske skupine zdravil, pooblaščen zdravnik lahko predpiše na recept zdravilo z lastniškim imenom. Za zdravstveni razlog se šteje alergija na zdravilo ali drug neželeni učinek zdravila, ki ogroža zdravje zavarovane osebe, in se dokumentira v zdravstveni dokumentaciji zavarovane osebe. Pooblaščen zdravnik ob predpisu zdravila v skladu s tem odstavkom na elektronskem receptu označi »ne zamenjaj!« oziroma recept na papirnati listini označi z besedami »ne zamenjaj!« in se poleg podpiše.

(3) Preden predpiše zdravilo s seznama medsebojno zamenljivih zdravil, za katerega je treba doplačati, pooblaščen zdravnik seznani zavarovano osebo z doplačilom in jo opozori, da je predpisano zdravilo v lekarni dopustno zamenjati z drugim zdravilom brez doplačila, če ne bo pripravljena doplačati predpisanega zdravila.

(4) Preden predpiše zdravilo iz terapevtske skupine zdravil, za katerega je treba doplačati, pooblaščen zdravnik seznani zavarovano osebo z doplačilom in jo opozori, da predpisanega zdravila v lekarni ni dopustno zamenjati z drugim zdravilom, če ne bo pripravljena doplačati predpisanega zdravila, zaradi česar bo treba na recept predpisati drugo zdravilo, za katerega ni treba doplačati.

207. člen

(1) Če je na recept predpisano s splošnim imenom zdravilo s seznama medsebojno zamenljivih zdravil ali zdravilo, ki ni na seznamu medsebojno zamenljivih zdravil, se izda najcenejše zdravilo.

(2) Če na slovenskem trgu ni dostopnega zdravila s seznama medsebojno zamenljivih zdravil v okviru najvišje priznane vrednosti, se lahko brez doplačila izda zdravilo z najnižjo veljavno ceno. Prejšnji stavek ne velja, če je zdravilo s seznama medsebojno zamenljivih zdravil vključeno v terapevtsko skupino zdravil.

(3) Če je na recept predpisano zdravilo s seznama medsebojno zamenljivih zdravil ali iz terapevtske skupine zdravil na podlagi drugega odstavka prejšnjega člena, ki presega najvišjo priznano vrednost, se brez doplačila izda predpisano zdravilo.

208. člen

(1) Pred izdajo zdravila iz tretjega odstavka 206. člena pravil farmacevt seznani zavarovano osebo z doplačilom in da je predpisano zdravilo v lekarni dopustno zamenjati z drugim zdravilom s seznama medsebojno zamenljivih zdravil z najvišjo priznano vrednostjo, če ni pripravljena doplačati.

(2) Pred izdajo zdravila iz četrtega odstavka 206. člena pravil farmacevt seznani zavarovano osebo z doplačilom in da predpisanega zdravila v lekarni ni dopustno zamenjati z drugim zdravilom, če ni pripravljena doplačati, zaradi česar bo treba na recept predpisati drugo zdravilo, ki ne presega najvišje priznane vrednosti.

209. člen

(1) Zdravilo na recept se izda v skladu s predpisi, ki urejajo predpisovanje in izdajanje zdravil za uporabo v humani medicini, in splošnimi akti zavoda.

(2) Zdravilo na recept z omejitvijo izdajanja, ki jo določi zavod, se lahko izda le v okviru določene omejitve.

(3) (črtan).

(4) Zdravilo na recept se ne sme izdati:

- če recept ni predpisan in izpolnjen v skladu s predpisi, ki urejajo predpisovanje in izdajanje zdravil za uporabo v humani medicini, in splošnimi akti zavoda;
- po roku ali pred rokom, ki je določen s predpisi iz prejšnje alineje in splošnimi akti zavoda.

(5) Naenkrat se ne sme izdati dveh ali več zdravil na recepte z enako učinkovino v enaki jakosti in enaki farmacevtski obliki, ne glede na to, ali je recepte predpisal en ali več pooblaščenih zdravnikov. V tem primeru se izda zdravilo na en recept ali v količini iz četrtega odstavka 58. člena pravil, drugi recept pa se označi z opombo farmacevta »podvojeni recept«, na katerega se ne sme izdati zdravila. Farmacevt opombo vpiše v elektronski recept in sočasno razveljavi podvojeni elektronski recept oziroma opombo z datumom, s podpisom farmacevta in z žigom lekarne vpiše na sprednjo stran podvojenega recepta na papirnati listini, ki ga vrne zavarovani osebi. Farmacevt zavarovani osebi pojasni razlog za vpis opombe.

(6) Izda se pakiranje, ki je najbližje predpisani količini zdravila glede na razpoložljiva pakiranja na slovenskem trgu. Če je na obnovljivi recept za enoletno zdravljenje predpisano zdravilo s pakiranjem, ki ne zadostuje za obdobje zdravljenja, se lahko v tem enoletnem obdobju izda eno dodatno pakiranje, da se omogoči izdaja zdravila za celotno obdobje zdravljenja.

(7) (črtan).

(8) (črtan).

209.a člen

(1) Za predpisovanje živil na recept je pooblaščen:

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

(2) Za predpisovanje živil na recept in njihovo izdajanje v lekarni se smiselno uporabljajo 202. do 209. člen pravil.

210. člen

(1) Zdravilo, ne pa tudi živilo, se lahko predpiše na posebno listino zavoda, ki ima isti pomen kot recept iz 36. točke 2. člena pravil in za katero veljajo predpisi in splošni akti zavoda, ki veljajo za predpisovanje in izdajanje zdravil na recept, če ni v njih zanj določeno drugače (v nadaljnjem besedilu: recept za osebno rabo).

(2) Recept za osebno rabo je neobnovljivi recept na papirnati listini.

(3) Zdravnik lahko predpiše zdravilo na recept za osebno rabo sebi ali svojemu družinskemu članu, če ga ni pooblaščen predpisati na recept na podlagi prvega odstavka 202. člena pravil.

(4) Za družinskega člana iz prejšnjega odstavka se šteje oseba iz 20. člena zakona, če je obvezno zavarovana na podlagi 15. ali 20. člena zakona.

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

1. je zavarovan na podlagi 15. člena zakona;
2. je evidentiran v zbirki podatkov o gibanju zdravstvenih delavcev in mreži zdravstvenih zavodov;
3. ima veljavno licenco Zdravniške zbornice Slovenije ali status zdravnika specializanta ali zdravnika sekundarija z opravljenim strokovnim izpitom in
4. ima enega od naslednjih statusov:
 - opravlja zdravstvene storitve v okviru mreže javne zdravstvene službe;
 - ima sklenjeno pogodbo o zaposlitvi z zavodom, Zavodom za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, Ministrstvom za zdravje, Ministrstvom za obrambo, Medicinsko fakulteto, Nacionalnim inštitutom za javno zdravje, Nacionalnim laboratorijem za zdravje, okolje in hrano, Zavodom Republike Slovenije za transfuzijsko medicino, Slovenija-transplantom, Javno agencijo Republike Slovenije za zdravila in medicinske pripomočke ali Zdravniško zbornico Slovenije;
 - je upokojenec s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, zavarovan na podlagi 10. točke prvega odstavka 15. člena zakona, ki je imel neposredno pred pridobitvijo pravice do pokojnine status iz prve ali druge alineje te točke.

(6) Ne glede na prejšnji odstavek:

- zavod trajno ali začasno prepove dodelitev receptov za osebno rabo, če zdravnik pri predpisu zdravila v breme obveznega zavarovanja ni ravnal v skladu s predpisi ali splošnimi akti zavoda, ne glede na to, ali ga je predpisal na recept, recept za osebno rabo ali v okviru standarda zdravstvene storitve, ki jo zagotovi izvajalec;
- zavod trajno prepove dodelitev receptov za osebno rabo, če ugotovi, da je ob podaji predloga za dodelitev receptov za osebno rabo naveden neresničen podatek ali predloženo neresnično dokazilo.

(7) Zdravnik iz prejšnjega odstavka med prepovedjo dodelitve receptov za osebno rabo ne sme uporabljati receptov za osebno rabo, ki so mu bili dodeljeni pred prepovedjo dodelitve receptov za osebno rabo.

(8) Natančnejši postopek dodelitve receptov za osebno rabo in merila, na podlagi katerih se zdravniku trajno ali začasno prepove njihova dodelitev in uporaba, sprejme generalni direktor zavoda s splošnim aktom, ki se objavi na spletni strani zavoda.

211. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do medicinskega pripomočka, če potrebo po njem ugotovi zdravnik, ki pri tem upošteva zdravstveno stanje zavarovane osebe, zdravstvena stanja in druge pogoje, določene s splošnim aktom iz drugega odstavka 64. člena pravil, ter druge standarde, določene s splošnimi akti zavoda, ali o tem odloči imenovani zdravnik v primerih iz 214. in 215. člena pravil.

(2) Ne glede na prejšnji odstavek ima zavarovana oseba v primeru iz 213.a člena pravil pravico do medicinskega pripomočka, ne da bi potrebo po njem ponovno ugotovil zdravnik.

212. člen

(1) Za predpisovanje medicinskih pripomočkov so pooblaščen:

1. splošni osebni zdravnik, osebni otroški zdravnik ali osebni ginekolog s svojega delovnega področja, ali po njihovem pooblastilu napotni zdravnik:
 - bergle, hodulje, razen hodulje za zadajšnji vlek, navleke za krn, nepodložene usnjene rokavice, standardni voziček na ročni pogon, toaletni stol, tri- ali štirinožne palice, belo palico za slepe, prsne proteze, delne prsne proteze, ortopedski nadržek za prsno protezo, senzorje za pulzni oksimeter, vrvce za polžev vsadek, enoodmerno hipertonično raztopino NaCl in aspirator;

Datum začetka uporabe: 03.02.2026

Sklic: https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ANJP179#clen_47

- medicinske pripomočke iz 75.a člena pravil;
- medicinske pripomočke iz 77. člena pravil;
- medicinske pripomočke iz 89. člena pravil, razen za medicinske pripomočke iz 8. do 11. točke tretjega odstavka;

Opomba: Spremenjena četrta alineja 1. točke prvega odstavka 212. člena v delu, ki se nanaša na 8. do 11. točko tretjega odstavka 89. člena pravil se začne uporabljati z dnem začetka zagotavljanja pravice do storitve vstavitve govorne proteze v skladu z dogovorom.

Sklic: https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ANJP179#clen_48

- blazine proti preležaninam, razen zahtevnih in zelo zahtevnih za sedež;
 - medicinske pripomočke iz 91. člena pravil, razen aparata za določanje glukoze v krvi, inzulinke črpalke, sistema za merjenje glukoze v medceličnini – zahtevnega, mehanskih injektorjev in sistema za merjenje glukoze v medceličnini;
- 1.a osebni zdravnik ali po njegovem pooblastilu napotni zdravnik za medicinski pripomoček za zaščito ustne sluznice;
 2. napotni zdravnik ali zdravnik specialist v razvojni ambulanti za medicinske pripomočke iz 4. in 5. točke 75. člena pravil;

3. napotni zdravnik okulist za medicinske pripomočke iz 78., 79., 80., 81., 82., 83. in 84. člena pravil;
4. napotni zdravnik otorinolaringolog za medicinske pripomočke iz 85. člena, razen za ponovni predpis ušesnega vložka za slušni aparat, 87. in 88. člena pravil;
- 4.a napotni zdravnik ginekolog ali zdravnik specialist ginekolog v ambulantni na primarni ravni zdravstvene dejavnosti za električni stimulator pri inkontinenci urina iz prvega odstavka 92. člena pravil;
5. napotni zdravnik s svojega delovnega področja za druge medicinske pripomočke, razen v primerih iz prvega odstavka 213.a člena pravil.

(2) Pooblaščen zdravnike za predpisovanje posameznih vrst medicinskih pripomočkov iz prejšnjega odstavka lahko določi generalni direktor zavoda s splošnim aktom, ki se objavi na spletni strani zavoda.

(3) Medicinske pripomočke, pri katerih je potrebna timska obravnava zavarovane osebe, predpisujejo ustrezno usposobljeni napotni zdravniki s timom sodelavcev, v katerega so vključeni vsaj usposobljen zdravnik specialist, usposobljen delovni terapevt ali fizioterapevt in usposobljen inženir ortopedske tehnike. Opravljene naloge posameznih članov tima v zvezi z ugotovitvijo zdravstvenega in funkcionalnega stanja ter v povezavi s tem zahtev, ki jih mora izpolnjevati medicinski pripomoček, se dokumentirajo v zdravstveni dokumentaciji zavarovane osebe.

(4) Medicinske pripomočke iz prejšnjega odstavka določi upravni odbor zavoda s splošnim aktom, ki se objavi na spletni strani zavoda.

(5) Pooblaščen zdravnike za predpisovanje medicinskih pripomočkov iz tretjega odstavka tega člena lahko predlaga izvajalec na sekundarni ali terciarni ravni zdravstvene dejavnosti, ki ima usposobljen tim, določi pa jih generalni direktor zavoda s splošnim aktom, ki se objavi na spletni strani zavoda.

(6) Osebni zdravnik izda napotnico, če oceni, da ima zavarovana oseba pravico do medicinskega pripomočka, za predpisovanje katerega ni sam pooblaščen.

212.a člen

(1) Obliko in vsebino naročilnice določi upravni odbor zavoda s splošnim aktom.

(2) Naročilnica se predpiše in izpolni v skladu s splošnimi akti zavoda.

(3) Pooblaščen zdravnik lahko izda naročilnico za medicinski pripomoček iz 115. člena pravil največ 30 dni pred iztekom trajnostne dobe ali obdobja izposoje predhodno prejetega.

(4) Pooblaščen zdravnik lahko izda naročilnico za medicinski pripomoček iz 116. člena pravil največ deset dni pred iztekom obdobja predhodno prejetega, razen za anatomsko samoprilagodljivo stabilno opornico, za katero lahko izda naročilnico največ 30 dni pred iztekom obdobja predhodno prejete.

(5) Naročilnica je veljavna 30 dni od datuma možnega prejema, ki je naveden na naročilnici oziroma od datuma dokončnosti odločitve zavoda o pravici do medicinskega

pripomočka ali o drugih zahtevah v zvezi z medicinskim pripomočkom. V roku iz prejšnjega stavka zavarovana oseba naročilnico predloži dobavitelju. Datum možnega prejema je datum, ko zavarovana oseba lahko prejme predpisani medicinski pripomoček.

213. člen

(1) Pooblaščen zdravnik na naročilnici označi ime in šifro medicinskega pripomočka oziroma ime in šifro podskupine medicinskih pripomočkov iz tretjega odstavka 64. člena pravil.

(2) Pooblaščen zdravnik na naročilnici označi ime in šifro podskupine medicinskih pripomočkov, če medicinske pripomočke predpiše na ravni podskupine medicinskih pripomočkov. Medicinski pripomočki se predpišejo na ravni njihove podskupine, če so zdravstvena stanja in drugi pogoji v splošnem aktu iz drugega odstavka 64. člena pravil določeni za podskupino medicinskih pripomočkov.

(3) Če je predpisan individualno izdelan medicinski pripomoček, zdravnik na naročilnici opredeli posebnosti glede zdravstvenega stanja in drugih pogojev, ki se morajo upoštevati pri izdelavi medicinskega pripomočka.

213.a člen

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

1. prsno protezo;

1.a delno prsno protezo;

Datum začetka uporabe: 03.02.2026

Sklic: https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ANJP179#clen_47

2. ortopedski nadržek za prsno protezo;

3. ščitnike za kolena in komolce;

4. rokavice za poganjanje vozička;

5. nepodložene usnjene rokavice;

6. zaščitno čelado;

7. belo palico za slepe;

8. obrazno protezo;

9. protezo za nos;

10. protezo za uho;

11. dodatke za funkcionalni eno- oziroma dvokanalni električni stimulator;

12. potrošni material za izkašljevalnik;

13. senzor za pulzni oksimeter za večkratno uporabo;

14. senzorje za pulzni oksimeter za lepljenje na kožo;

15. katetre za dovajanje kisika (nazalne, binazalne);
16. ušesni vložek za slušni aparat;
17. vrvicе za polžev vsadek;
18. potrošni material za inhalatorje iz 15., 15.b in 15.č točke prvega odstavka 95. člena pravil;
19. individualno izdelane čevlje;
20. set za govorno protezo;

Opomba: Nova 20. točka prvega odstavka 213.a člena pravil se začne uporabljati z dnem začetka zagotavljanja pravice do storitve vstavitve govorne proteze v skladu z dogovorom.

Sklic: https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ANJP179#clen_48

21. govorni ventil za prostoročno uporabo;

Opomba: Nova 21. točka prvega odstavka 213.a člena pravil se začne uporabljati z dnem začetka zagotavljanja pravice do storitve vstavitve govorne proteze v skladu z dogovorom.

Sklic: https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ANJP179#clen_48

22. ščetko za govorno protezo;

Opomba: Nova 22. točka prvega odstavka 213.a člena pravil se začne uporabljati z dnem začetka zagotavljanja pravice do storitve vstavitve govorne proteze v skladu z dogovorom.

Sklic: https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ANJP179#clen_48

23. zamašek za govorno protezo.

Opomba: Nova 23. točka prvega odstavka 213.a člena pravil se začne uporabljati z dnem začetka zagotavljanja pravice do storitve vstavitve govorne proteze v skladu z dogovorom.

Sklic: https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ANJP179#clen_48

(2) Zavarovana oseba ponovno izdajo uveljavi:

- na podlagi naročilnice za predhodno prejeti tak medicinski pripomoček – v primerih iz 1. do 17. točke in 19. do 23. točke prejšnjega odstavka;

Opomba: Spremenjena prva alineja drugega odstavka 213.a člena pravil se začne uporabljati z dnem začetka zagotavljanja pravice do storitve vstavitve govorne proteze v skladu z dogovorom.

Sklic: https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ANJP179#clen_48

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

(3) Zavarovana oseba ponovno izdajo uveljavi v obdobju:

- šest let od prvega prejema na naročilnico – v primerih iz 1. do 10. točke in 19. do 23. točke prvega odstavka tega člena;

Opomba: Prva alineja tretjega odstavka 213.a člena pravil se začne uporabljati z dnem začetka zagotavljanja pravice do storitve vstavitve govorne proteze v skladu z dogovorom.

Sklic: https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ANJP179#clen_48

- dve leti dlje, kot je doba trajanja funkcionalnega električnega stimulatorja, slušnega aparata, procesorja za polžev vsadek oziroma ustreznega inhalatorja – v primerih iz 11., 16., 17. in 18. točke prvega odstavka tega člena;
- izposoje izkašljevalnika, pulznega oksimetra, koncentratorja kisika, sistema za dovajanje tekočega kisika oziroma sistema za uporabo kisikove jeklenke – v primerih iz 12. do 15. točke prvega odstavka tega člena.

(4) Zavarovana oseba ponovno izdajo uveljavi:

- pri katerem koli dobavitelju – v primerih iz 1. do 7. točke in 19. do 23. točke prvega odstavka tega člena;

Opomba: Prva alineja četrtega odstavka 213.a člena pravil se začne uporabljati z dnem začetka zagotavljanja pravice do storitve vstavitve govorne proteze v skladu z dogovorom.

Sklic: https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ANJP179#clen_48

- pri dobavitelju, pri katerem je nazadnje kot pravico prejela tak medicinski pripomoček – v primerih iz 8., 9. in 10. točke prvega odstavka tega člena;
- pri dobavitelju, pri katerem je nazadnje kot pravico prejela funkcionalni električni stimulator, izkašljevalnik, pulzni oksimeter, koncentrator kisika, sistem za dovajanje tekočega kisika oziroma sistem za uporabo kisikove jeklenke, slušni aparat, procesor za polžev vsadek oziroma ustreznih inhalator – v primerih iz 11. do 18. točke prvega odstavka tega člena.

214. člen

(1) Imenovani zdravnik odloči o pravici do zahtevnejših medicinskih pripomočkov na predlog pooblaščenega zdravnika, ki mora zavodu podati predlog skupaj z naročilnico v osmih dneh od izdaje naročilnice.

(2) Zahtevnejše medicinske pripomočke iz prejšnjega odstavka določi upravni odbor zavoda s splošnim aktom, ki se objavi na spletni strani zavoda.

215. člen

Imenovani zdravnik odloči o pravici iz drugega odstavka 120. člena pravil na predlog pooblaščenega zdravnika, ki mora zavodu podati predlog skupaj z naročilnico v osmih dneh od izdaje naročilnice.

216. člen

(1) **(črtan)**.

(2) Zavarovani osebi se zagotovi medicinske pripomočke:

- iz skupin medicinskih pripomočkov pri kolostomi, ileostomi in urostomi, inkontinenci in težavah z odvajanjem seča, sladkorni bolezni in pri obvezilnih materialih – takoj ob predložitvi naročilnice vsaj en medicinski pripomoček;
- pri individualno izdelanih medicinskih pripomočkih in individualno prilagojenih artiklih – v pogodbeno določenem roku;
- pri preostalih medicinskih pripomočkih – vse artikle najpozneje naslednji delovni dan od predložitve naročilnice.

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

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

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

217. člen

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

(2) **(črtan)**.

(3) Zavarovana oseba ima pravico do prilagoditve medicinskega pripomočka na podlagi naročilnice pooblaščenega zdravnika in predhodne odobritve zavoda.

(4) Predhodna odobritev zavoda iz prejšnjega odstavka ni potrebna za medicinske pripomočke z določeno dnevno izposojnino.

218. člen

(črtan)

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

219. člen

(1) Zavarovani osebi izda zavod na njeno zahtevo listino, s katero lahko uveljavlja pravice do zdravstvenih storitev med bivanjem in delom v tujini, če odhaja v državo, za katero velja pravni red EU ali s katero ima Republika Slovenija sklenjeno meddržavno pogodbo

oziroma drugo listino. Delavce, ki jih napoti na delo ali strokovno izpopolnjevanje, mora zavezanec v primeru, da bo delo ali usposabljanje trajalo več kot 3 mesece, prijaviti zavodu.

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

220. člen

(črtan)

221. člen

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 za čas začasnega bivanja v tujini za eno leto;
4. upokojencem in po njih zavarovanim družinskim članom ter otrokom do dopolnjenega 18. leta, če niso sami zavarovanci, za pet let oziroma do dopolnjenega 18. leta.

222. člen

(črtan)

223. člen

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

224. člen

(1) Zahteva za uveljavljanje pravice iz 135.a do 135.f člena pravil se vloži pri območni enoti zavoda.

(2) O pravici iz prejšnjega odstavka odloča uradna oseba zavoda.

225. člen

(1) V postopku odločanja o pravici iz 135.a do 135.f člena pravil lahko uradna oseba zavoda pridobi mnenje konzilija ustreznega izvajalca na terciarni ravni zlasti o naslednjih vidikih zdravljenja v tujini, ki je predmet zahteve za odobritev zdravljenja v tujini oziroma zahteve za povračilo stroškov tega zdravljenja:

- katero zdravstveno stanje je podano pri zavarovani osebi ter opis dosedanjega zdravljenja;
- kakšno zdravljenje potrebuje zavarovana oseba;
- ali so v Republiki Sloveniji izčrpane možnosti zdravljenja;
- ali je z zdravljenjem v tujini pričakovati ozdravitev ali izboljšanje ali preprečitev nadaljnega slabšanja zdravstvenega stanja;
- kolikšen je razumen čas pri zavarovani osebi za zdravstveno storitev;
- ali bo zavarovana oseba z zadostno gotovostjo izpostavljena tveganju za varnost, ki se ne more razumeti kot sprejemljiva, pri čemer se upoštevajo tudi morebitne prednosti, ki bi jih zdravstvena storitev, uveljavljena v tujini, imela za zavarovano osebo;
- koliko časa naj bi trajala zdravstvena storitev v tujini;
- ali zdravstveno stanje zavarovane osebe utemeljuje odhod v tujino dan pred začetkom zdravljenja v tujini;
- ali zavarovana oseba potrebuje spremstvo za čas poti na zdravljenje in nazaj ali tudi za čas zdravljenja v tujini ter kakšno spremstvo;
- kakšno prevozno sredstvo je potrebno glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe in če je potreben reševalni prevoz, ali rabi prevoz z nujnim reševalnim vozilom, nenujnim reševalnim vozilom ali sanitetnim vozilom;
- naziv najbližjega izvajalca zdravstvene dejavnosti v tujini, pri katerem se predlaga uveljavitev zdravstvene storitve.

(2) Če izvajalec zdravstvene dejavnosti v tujini, pri katerem je bila uveljavljena zdravstvena storitev na podlagi 135.a člena pravil, predlaga, da se pri njem opravi prvi kontrolni pregled zavarovane osebe po tej storitvi, v postopku odločanja o odobritvi tega pregleda ni treba pridobiti mnenja konzilija iz prejšnjega odstavka, ne glede na to, ali je bilo to mnenje pridobljeno v postopku odločanja o odobritvi same zdravstvene storitve.

(3) V postopku odločanja o pravici iz 135.b in tretjega odstavka 135.c člena pravil, izvajalec, pri katerem je zavarovana oseba vpisana v čakalni seznam, ugotovi, ali je pri vsaj enem izvajalcu mogoče uveljaviti zdravstveno storitev v okviru najdaljših dopustnih čakalnih dob oziroma v okviru razumnega časa.

226. člen

(1) Če je odobrena pravica na podlagi 135.a ali 135.b člena pravil, se z odločbo določi tudi, pri katerem izvajalcu zdravstvene dejavnosti v tujini se uveljavi in v kolikšnem času.

(2) Če je odobrena zdravstvena storitev na podlagi 135.a člena pravil, zavod izda zavarovani osebi listino, na podlagi katere lahko uveljavi to storitev v tujini, ali nakaže akontacijo stroškov te storitve izvajalcu zdravstvene dejavnosti v tujini, pri katerem bo uveljavljena.

(3) Če je odobrena zdravstvena storitev na podlagi 135.b člena pravil, zavod izda zavarovani osebi listino, na podlagi katere lahko uveljavi to storitev v državi članici Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora ali Švicarski konfederaciji.

(4) Če je odobrena zdravstvena storitev na podlagi 135.a ali 135.b člena pravil, zavod na zahtevo zavarovane osebe oziroma njenega spremljevalca nakaže akontacijo za potne stroške zavarovani osebi in njenemu spremljevalcu. Zavarovana oseba lahko zahteva nakazilo akontacije za svoje potne stroške in potne stroške svojega spremljevalca, spremljevalec pa lahko zahteva nakazilo akontacije le za svoje potne stroške. Spremljevalcu se akontacija nakaže le za njegove potne stroške.

227. člen

V postopku odločanja o pravici iz 135.a do 135.f člena pravil lahko uradna oseba zavoda, če nima določenega strokovnega znanja, pridobi mnenje imenovanega zdravnika, člana zdravstvene komisije ali drugega zdravnika zavoda.

228. člen

Če je v primeru iz 228.a, 228.b, 228.c, 228.d, 228.e ali 228.f člena pravil zavodu predložena zdravstvena ali druga dokumentacija v tujem jeziku, ki ga uradna oseba zavoda ne razume, zavarovana oseba na poziv zavoda na lastne stroške predloži tudi njen prevod v slovenski jezik.

228.a člen

(1) V primeru iz 135.a člena pravil mora zahteva za odobritev pregleda, preiskave ali zdravljenja v tujini, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- zdravstveno dokumentacijo o dosedanjem zdravljenju v Republiki Sloveniji;
- morebitno dokumentacijo o že opravljenem pregledu, preiskavi ali zdravljenju v tujini.

(2) V primeru iz 135.a člena pravil mora zahteva za povračilo stroškov opravljenega pregleda, preiskave ali zdravljenja v tujini, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- zdravstveno dokumentacijo o dosedanjem zdravljenju v Republiki Sloveniji;
- zdravstveno dokumentacijo o opravljenem pregledu, preiskavi ali zdravljenju v tujini;
- **(črtana);**
- račun za opravljen pregled, preiskavo ali zdravljenje v tujini z dokazilom o njegovem plačilu in
- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

228.b člen

(1) V primeru iz 135.b člena pravil mora zahteva za odobritev pregleda, preiskave ali zdravljenja v državi članici Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora ali Švicarski konfederaciji, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- nedvoumno navedbo, da zavarovana oseba uveljavlja pregled, preiskavo ali zdravljenje v državi članici Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora ali Švicarski konfederaciji;
- zdravstveno dokumentacijo o dosedanjem zdravljenju v Republiki Sloveniji;
- dokumentacijo, iz katere je razvidno, da je zavarovana oseba vpisana v čakalni seznam izvajalca z določenim terminom ali okvirnim terminom.

(2) V primeru iz 135.b člena pravil mora zahteva za povračilo stroškov opravljenega pregleda, preiskave ali zdravljenja v državi članici Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora ali Švicarski konfederaciji, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- zdravstveno dokumentacijo o dosedanjem zdravljenju v Republiki Sloveniji;
- zdravstveno dokumentacijo o opravljenem pregledu, preiskavi ali zdravljenju v državi članici Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora ali Švicarski konfederaciji;
- dokumentacijo, iz katere je razvidno, da je zavarovana oseba vpisana v čakalni seznam izvajalca z določenim terminom ali okvirnim terminom;
- **(črtana);**
- **(črtana);**
- račun za opravljen pregled, preiskavo ali zdravljenje v državi članici Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora ali Švicarski konfederaciji, z dokazilom o njegovem plačilu, in
- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

228.c člen

(1) V primeru iz prve alineje prvega odstavka 135.c člena pravil mora zahteva za povračilo stroškov zdravstvenih storitev, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- dokazilo, iz katerega je razvidno, da je zavarovano osebo na specialistično ambulantno storitev napotil osebni ali napotni zdravnik iz Slovenije;
- ustrezno dokumentacijo o opravljeni zdravstveni storitvi;
- račun za opravljeno zdravstveno storitev z dokazilom o njegovem plačilu in
- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

(2) V primeru iz druge alineje prvega odstavka 135.c člena pravil mora zahteva za predhodno odobritev zavoda, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- nedvoumno navedbo, da zavarovana oseba uveljavlja zdravljenje v drugi državi članici Evropske unije;
- navedbo zdravstvene storitve, ki jo želi zavarovana oseba uveljaviti v drugi državi članici Evropske unije, z dokazilom, iz katerega je razvidno, da je zavarovano osebo na to zdravstveno storitev napotil osebni ali napotni zdravnik iz Slovenije;
- zdravstveno dokumentacijo o dosedanjem zdravljenju v Republiki Sloveniji.

(3) V primeru iz druge alineje prvega odstavka 135.c pravil mora zahteva za povračilo stroškov zdravstvene storitve, uveljavljene na podlagi predhodne odobritve zavoda, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- podatek o številki in datumu odločbe zavoda o predhodni odobritvi povračila stroškov vrednosti zdravstvene storitve;
- ustrezno dokumentacijo o opravljeni zdravstveni storitvi;
- račun za opravljeno zdravstveno storitev z dokazilom o njegovem plačilu in
- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

(4) V primeru iz tretje alineje prvega odstavka 135.c člena pravil mora zahteva za povračilo stroškov zdraviliškega zdravljenja, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- ustrezno dokumentacijo o opravljenem zdraviliškem zdravljenju;
- račun za opravljeno zdraviliško zdravljenje z dokazilom o njegovem plačilu in
- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

(5) Določbe prvega do tretjega odstavka tega člena se ne uporabljajo v primeru povračila stroškov vrednosti medicinskega pripomočka ter vrednosti zdravil in živil, ki se predpisujejo na recept.

228.d člen

(1) V primeru iz prvega odstavka 135.d člena pravil mora zahteva za povračilo stroškov vrednosti za medicinski pripomoček, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- naročilnico, na podlagi katere je kupljen medicinski pripomoček,
- račun za kupljeni medicinski pripomoček,
- **(črtana),**
- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

(2) V primeru iz drugega odstavka 135.d člena pravil mora zahteva za povračilo stroškov vrednosti za medicinski pripomoček, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- naročilnico EU, na podlagi katere je kupljen medicinski pripomoček,
- zdravstveno dokumentacijo, ki dokazuje, da je predložena naročilnica EU izdana v okviru zdravstvene storitve iz prve ali druge alineje prvega odstavka 135.c člena pravil,
- račun za kupljeni medicinski pripomoček,
- **(črtana),**
- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

(3) V primeru iz tretjega odstavka 135.d člena pravil mora zahteva oziroma predlog pooblaščenega zdravnika za izdajo odločbe zavoda o pravici do medicinskega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe ali o pravici do zahtevnejšega medicinskega pripomočka, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- naročilnico ali naročilnico EU, na podlagi katere se uveljavlja medicinski pripomoček pred iztekom trajnostne dobe ali zahtevnejši medicinski pripomoček,
- zdravstveno dokumentacijo, ki dokazuje, da je predložena naročilnica EU izdana v okviru zdravstvene storitve iz prve ali druge alineje prvega odstavka 135.c člena pravil, če je zahteva vložena na podlagi naročilnice EU.

Če se sočasno zahteva predhodna odobritev zavoda iz četrtega odstavka 135.d člena pravil, mora zahteva iz prejšnjega stavka vsebovati tudi navedbo, da se na podlagi odločbe zavoda o pravici do medicinskega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe oziroma odločbe zavoda o pravici do zahtevnejšega medicinskega pripomočka zahteva predhodna odobritev zavoda iz četrtega odstavka 135.d člena pravil.

(4) V primeru iz tretjega odstavka 135.d člena pravil mora zahteva za povračilo stroškov vrednosti medicinskega pripomočka, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- podatek o številki in datumu odločbe zavoda o pravici do medicinskega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe ali o pravici do zahtevnejšega medicinskega pripomočka iz tretjega odstavka 135.d člena pravil,
- naročilnico oziroma naročilnico EU, na podlagi katere je kupljen medicinski pripomoček,
- račun za kupljeni medicinski pripomoček,
- **(črtana),**
- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

(5) V primeru iz četrtega odstavka 135.d člena pravil mora zahteva za izdajo odločbe zavoda o predhodni odobritvi, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- naročilnico ali naročilnico EU ali podatek o številki in datumu odločbe o pravici do medicinskega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe ali o pravici do zahtevnejšega medicinskega pripomočka iz tretjega odstavka 135.d člena pravil,

- zdravstveno dokumentacijo, ki dokazuje, da je predložena naročilnica EU izdana v okviru zdravstvene storitve iz prve ali druge alineje prvega odstavka 135.c člena pravil, če je zahteva vložena na podlagi naročilnice EU.

(6) V primeru iz četrtega odstavka 135.d člena pravil mora zahteva za povračilo stroškov vrednosti medicinskega pripomočka, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- podatek o številki in datumu odločbe zavoda o predhodni odobritvi povračila stroškov vrednosti medicinskega pripomočka iz četrtega odstavka 135.d člena pravil,
- naročilnico oziroma naročilnico EU, na podlagi katere je kupljen medicinski pripomoček,
- račun za kupljeni medicinski pripomoček,
- **(črtana),**
- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

228.e člen

(1) V primeru iz 1. točke tretjega odstavka 135.e člena pravil zahteva za povračilo stroškov vrednosti zdravila ali živila, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebuje:

- recept na papirnati listini, na podlagi katerega je kupljeno zdravilo oziroma živilo,
- če se pravica do zdravila oziroma živila uveljavlja na podlagi elektronskega recepta, navedbo zavarovane osebe, da uveljavlja pravico na podlagi elektronskega recepta, ki ga pridobi uradna oseba zavoda,
- račun lekarne za kupljeno zdravilo oziroma živilo in
- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

(2) V primeru iz 2. točke tretjega odstavka in 1. točke četrtega odstavka 135.e člena pravil zahteva za povračilo stroškov vrednosti zdravila ali živila, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebuje:

- recept EU, na podlagi katerega je kupljeno zdravilo oziroma živilo,
- izvid z diagnozo in mnenjem zdravnika, ki je predpisal recept EU, ki dokazuje, da je zdravilo oziroma živilo predpisano na predloženem receptu EU v okviru zdravstvene storitve iz prve ali druge alineje prvega odstavka 135.c člena pravil,
- račun lekarne za kupljeno zdravilo oziroma živilo,
- **(črtana),**
- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

(3) V primeru iz 2. točke četrtega odstavka 135.e člena pravil zahteva za izdajo odločbe zavoda o predhodni odobritvi povračila stroškov vrednosti zdravila in živila, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebuje:

- kopijo recepta na papirnati listini oziroma recepta EU, na podlagi katerega se zahteva predhodna odobritev zavoda,
- če se pravica do zdravila oziroma živila uveljavlja na podlagi elektronskega recepta, navedbo zavarovane osebe, da uveljavlja pravico na podlagi elektronskega recepta, ki ga pridobi uradna oseba zavoda,
- izvid z diagnozo in mnenjem zdravnika, ki je predpisal recept EU, ki dokazuje, da je zdravilo oziroma živilo predpisano na predloženem receptu EU v okviru zdravstvene storitve iz prve ali druge alineje prvega odstavka 135.c člena pravil, če je zahteva vložena na podlagi recepta EU.

(4) V primeru iz 2. točke četrtega odstavka 135.e člena pravil zahteva za povračilo stroškov vrednosti zdravila ali živila, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebuje:

- podatek o številki in datumu odločbe zavoda o predhodni odobritvi povračila stroškov vrednosti zdravila in živila iz tretjega odstavka 135.e člena pravil,
- recept na papirnati listini oziroma recept EU, na podlagi katerega je kupljeno zdravilo oziroma živilo,
- če se pravica do zdravila oziroma živila uveljavlja na podlagi elektronskega recepta, navedbo zavarovane osebe, da uveljavlja pravico na podlagi elektronskega recepta, ki ga pridobi uradna oseba zavoda,
- račun lekarne za kupljeno zdravilo oziroma živilo,
- **(črtana),**
- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

228.f člen

(1) V primeru iz 135.f člena pravil zahteva za povračilo stroškov vrednosti zdravila ali živila, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebuje:

- navedbo zavarovane osebe, da uveljavlja povračilo stroškov vrednosti zdravila oziroma živila zaradi motnje v preskrbi z zdravilom oziroma živilom,
- recept na papirnati listini, na podlagi katerega je zdravilo oziroma živilo kupljeno,
- če se pravica do zdravila oziroma živila uveljavlja na podlagi elektronskega recepta, navedbo zavarovane osebe, da uveljavlja pravico na podlagi elektronskega recepta, ki ga pridobi uradna oseba zavoda,
- račun lekarne za kupljeno zdravilo oziroma živilo in
- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

(2) Podatek o motnji v preskrbi z zdravilom oziroma živilom pridobi uradna oseba zavoda.

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

228.g člen

(črtan)

XIII/11. UVELJAVLJANJE PRAVIC DO NADOMESTILA PLAČE

229. člen

(1) Nadomestilo plače se izplača na podlagi zahteve za povračilo nadomestila plače, ki jo vloži delodajalec, ali zahteve za izplačilo nadomestila plače, ki jo vloži zavarovanec, ki je sam zavezanec za plačilo prispevkov, in na podlagi podatkov iz:

Opomba: Spremenjeni prvi odstavek 229. člena pravil se začne uporabljati od vzpostavitve tehničnih možnosti, ki bodo omogočale njihovo izvajanje prek informacijskega sistema za podporo poslovnim subjektom.

Sklic: https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ANJP179#clen_49

- potrdila o upravičeni zadržanosti od dela iz drugega odstavka 232. člena pravil (v nadaljnjem besedilu: potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela),
- potrdila o prostovoljnem darovanju krvi iz tretjega odstavka 232. člena pravil (v nadaljnjem besedilu: potrdilo o prostovoljnem darovanju krvi) ali
- potrdila izvajalca o zadržanosti od dela iz četrtega odstavka 232. člena pravil (v nadaljnjem besedilu: potrdilo izvajalca o zadržanosti od dela).

(2) Delodajalec poleg zahteve za povračilo nadomestila plače posreduje podatke, določene na hrbtni strani potrdila o upravičeni zadržanosti od dela, na podlagi katerih se izvede obračun nadomestila plače, ki jih potrdi s podpisom in z žigom, če z njim posluje. Podatke iz prejšnjega stavka za zavarovanca, ki je sam zavezanec za plačilo prispevkov, zavod pridobi od Finančne uprave Republike Slovenije. V primeru iz tretjega odstavka 230. člena pravil se zahtevi za povračilo oziroma izplačilo nadomestila plače priloži potrdilo iz prejšnjega odstavka v papirnati obliki.

Opomba: Spremenjeni drugi odstavek 229. člena pravil se začne uporabljati od vzpostavitve tehničnih možnosti, ki bodo omogočale njihovo izvajanje prek informacijskega sistema za podporo poslovnim subjektom.

Sklic: https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ANJP179#clen_49

(3) Delodajalec, ki je vpisan v Poslovni register Slovenije, vloži zahtevo za povračilo nadomestila plače prek informacijskega sistema za podporo poslovnim subjektom.

Opomba: Spremenjeni tretji odstavek 229. člena pravil se začne uporabljati od vzpostavitve tehničnih možnosti, ki bodo omogočale njihovo izvajanje prek

informacijskega sistema za podporo poslovnim subjektom.

Sklic: https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ANJP179#clen_49

(4) Zavarovanec, ki je sam zavezanec za plačilo prispevkov in je vpisan v Poslovni register Slovenije, vloži zahtevo za izplačilo nadomestila plače prek informacijskega sistema za podporo poslovnim subjektom.

Datum začetka uporabe: 01.01.2026

Sklic: https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ANJP179#clen_49

(5) Zavod delodajalcu ne povrne obračunanega nadomestila plače:

Opomba: Spremenjeni peti odstavek 229. člena pravil se začne uporabljati od vzpostavitve tehničnih možnosti, ki bodo omogočale njihovo izvajanje prek informacijskega sistema za podporo poslovnim subjektom.

Sklic: https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ANJP179#clen_49

- če ga ni izplačal delavcu, ki ima do njega pravico;
- če ni izkazano, da je iz lastnih sredstev plačal delavcu nadomestilo plače za 80 delovnih dni v koledarskem letu v primeru začasne nezmožnosti delavca za delo zaradi njegove bolezni ali poškodbe, ali če ni izkazano, da gre za dve ali več zaporednih odsotnosti z dela zaradi iste bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom, do 30 delovnih dni, in je v posameznem primeru prekinitev med eno in drugo odsotnostjo manj kot deset delovnih dni (recidiv);
- če o začasni zadržanosti od dela v skladu z zakonom in s pravili ni odločil imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija.

(6) Zavarovancu, ki je sam zavezanec za plačilo prispevkov, zavod izplača nadomestilo plače v 15 dneh po predložitvi zahteve za izplačilo nadomestila plače, pri čemer davke in prispevke od nadomestila plače zavod obračuna in plača ob izplačilu nadomestila plače.

Opomba: Spremenjeni šesti odstavek 229. člena pravil se začne uporabljati od vzpostavitve tehničnih možnosti, ki bodo omogočale njihovo izvajanje prek informacijskega sistema za podporo poslovnim subjektom.

Sklic: https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ANJP179#clen_49

229.a člen

(1) Delodajalec, ki delavcem ne izplača plač in nadomestil plač, na zavod vloži zahtevo za izplačilo zapadlega neizplačanega nadomestila neposredno delavcu (v nadaljnjem besedilu: zahteva), in sicer do osmega dne v mesecu po preteku meseca, v katerem je nadomestilo, ki bremeni zavod, zapadlo v plačilo.

(2) Če delavec v roku iz prejšnjega odstavka ne prejme pisnega obvestila delodajalca o vloženi zahtevi, jo lahko pri zavodu vloži sam.

(3) Zahtevi je treba priložiti za vsak koledarski mesec zadržanosti od dela posebej:

- podatke iz prvega stavka drugega odstavka prejšnjega člena;

Opomba: Spremenjena prva alineja tretjega odstavka 229.a člena pravil se začne uporabljati od vzpostavitve tehničnih možnosti, ki bodo omogočale njihovo izvajanje prek informacijskega sistema za podporo poslovnim subjektom.

Sklic: https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ANJP179#clen_49

- podatke o transakcijskem računu delavca.

Delodajalec zahtevi priloži tudi izjavo, da delavcem ni izplačal plač in nadomestila plač, navedeno izjavo pa lahko predloži tudi delavec.

(4) Zavod izplača delavcu nadomestilo:

- če je izkazano, da delodajalec vsem pri njem zaposlenim delavcem ni izplačal plač in nadomestil;
- če nadomestilo delavcu ni bilo izplačano ali mu ni bilo izplačano v celoti. V primeru delnega izplačila nadomestila, je delavec upravičen do izplačila razlike med nadomestilom, do katerega bi bil upravičen, in nadomestilom, ki mu je bilo že izplačano.

(5) (črtan).

(6) Zavod delavcu v 15 dneh od prejema popolne zahteve izplača nadomestilo, zmanjšano za davke in prispevke, ki jih zavod plača ob izplačilu nadomestila.

230. člen

Opomba: Spremenjeni 230. člen pravil se začne uporabljati od vzpostavitve tehničnih možnosti, ki bodo omogočale njihovo izvajanje prek informacijskega sistema za podporo poslovnim subjektom.

Sklic: https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ANJP179#clen_49

(1) Osebni zdravnik v elektronski obliki izpolni zdravstveni del obrazca prijava nezgode in poškodbe pri delu v primeru poškodbe pri delu.

(2) Potrdila iz prvega odstavka 229. člena pravil se izdajo v elektronski obliki, za zavarovanca, ki je zaposlen pri delodajalcu, ki ni vpisan v Poslovni register Slovenije, in zavarovanca, ki je sam zavezanec za plačilo prispevkov in ni vpisan v Poslovni register Slovenije, pa se izdajo tudi v papirnati obliki.

(3) Če potrdil iz prvega odstavka 229. člena pravil ni mogoče izdati v elektronski obliki zaradi tehničnih vzrokov, se izdajo v papirnati obliki, po odpravi tehničnih težav pa se izdajo tudi v elektronski obliki.

(4) Delodajalec, ki je vpisan v Poslovni register Slovenije, in zavarovanec, ki je sam zavezanec za plačilo prispevkov in je vpisan v Poslovni register Slovenije, prek informacijskega sistema za podporo poslovnim subjektom:

- prevzame potrdila iz prvega odstavka 229. člena pravil,
- izvede prijavo nezgode in poškodbe pri delu.

231. člen

(1) V primeru, da je zavarovanec najprej zadržan od dela zaradi posledic dajanja organov oziroma tkiva za presaditev drugi osebi, zaradi poškodb, ki so nastale pri aktivnostih iz 18. člena zakona, nege ožjega družinskega člana, sobivanja iz 40. člena pravil, zaradi izolacije ali spremljanja zavarovane osebe, poslane v drug kraj, nato pa brez prekinitve še zaradi bolezni oziroma poškodbe, ki ni posledica prej navedenih vzrokov, se dnevi zavarovančeve zadržanosti od dela ne seštevajo.

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

232. 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 tri delovne dni od dneva, ko se je zavarovanec zglasil pri njem, razen če osebni zdravnik zaradi praznikov ni bil dosegljiv v tem času. Če je bil zavarovanec v bolnišnici ali če je zbolel v tujini, in v drugih utemeljenih primerih, ko ni mogel do osebnega zdravnika oziroma mu ni mogel sporočiti razlogov za zadržanost, imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija oceni odsotnost, daljšo od treh delovnih dni.

(2) Zavarovanec uveljavlja začasno zadržanost od dela na podlagi potrdila o upravičeni zadržanosti od dela, ki je predpisana listina zavoda in jo izda osebni zdravnik, ki je pristojen za ugotavljanje začasne zadržanosti od dela. Osebni zdravnik izda potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela na podlagi svoje ocene o začasni zadržanosti od dela, odločbe imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije ali drugih dokazil v primeru iz petega odstavka tega člena.

Opomba: Drugi stavek drugega odstavka 232. člena pravil v delu, ki odkazuje na peti odstavek tega člena se začne uporabljati od vzpostavitve tehničnih možnosti, ki bodo omogočale njihovo izvajanje prek informacijskega sistema za podporo poslovnim subjektom.

Sklic: https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ANJP179#clen_49

(3) Ne glede na prejšnji odstavek zavarovanec uveljavi začasno zadržanost od dela brez ugotavljanja začasne zadržanosti od dela na podlagi potrdila o prostovoljnem darovanju krvi, ki ga izda izvajalec, ki opravlja dejavnost jemanja krvi.

(4) Ne glede na drugi odstavek tega člena zavarovanec uveljavi začasno zadržanost od dela brez ugotavljanja začasne zadržanosti od dela na podlagi potrdila izvajalca o zadržanosti od dela, ki ga zaradi:

Opomba: Četrty odstavek spremenjenega 232. člena pravil se začne uporabljati od vzpostavitve tehničnih možnosti, ki bodo omogočale njihovo izvajanje prek informacijskega sistema za podporo poslovnim subjektom.

Sklic: https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ANJP179#clen_49

- sobivanja iz 40. člena pravil izda zdravstveni zavod ali zdravilišče, v katerem zavarovanec sobiva;
- spremstva zavarovane osebe iz 1. točke 62. člena pravil izda izvajalec, h kateremu zavarovanec spremlja zavarovano osebo.

(5) Ne glede na drugo alinejo prejšnjega odstavka se ne izda potrdila izvajalca o zadržanosti od dela, temveč osebni zdravnik izda potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela zaradi spremstva, če gre za eno od naslednjih spremstev zavarovane osebe iz 1. točke 62. člena pravil:

Opomba: Peti odstavek spremenjenega 232. člena pravil se začne uporabljati od vzpostavitve tehničnih možnosti, ki bodo omogočale njihovo izvajanje prek informacijskega sistema za podporo poslovnim subjektom.

Sklic: https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ANJP179#clen_49

- na zdravstveno obravnavo k osebemu otroškemu zdravniku ali osebemu ginekologu,
- na obravnavo k imenovanemu zdravniku ali zdravstveni komisiji,
- o katerem odloči imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija,
- na zdravljenje v tujino, o katerem odloči zavod.

(6) Vsebino potrdila izvajalca o zadržanosti od dela in navodila za njegovo izpolnitev določi generalni direktor zavoda s splošnim aktom, ki se objavi na spletni strani zavoda.

233. člen

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

(2) Osebni zdravnik ali imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija morata zavarovancu dati navodila o ravnanju v času zadržanosti od dela (npr. režim življenja, strogo ležanje, počitek, sprehodi), pri čemer osebni zdravnik ta navodila zapiše v zdravstveno dokumentacijo zavarovanca. V času zadržanosti od dela zaradi bolezni, poškodbe ali nege mora zavarovanec, ki se zdravi doma v času takšne zadržanosti biti na svojem domu. Odsotnost z doma je dopustna za čas izvajanja predpisanih zdravstvenih storitev ali če osebni zdravnik, imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija meni, da odsotnost ne vpliva negativno na zdravstveno stanje zavarovanca. Za odhod izven kraja bivanja je vedno potrebna odobritev osebnega zdravnika. V primerih kršenja navodil mora imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija pozvati zavarovano osebo na sejo senata in ugotoviti ali so še podani razlogi za začasno nezmožnost za delo.

(3) Začasna nezmožnost za delo se ugotavlja glede na delo, ki ga zavarovanec opravlja po pogodbi o zaposlitvi, na podlagi katere je zavarovan oziroma iz naslova opravljanja dejavnosti, na podlagi katere je zavarovan za pravico do denarnega nadomestila in ob upoštevanju preostale delovne zmožnosti v skladu z izvršljivo odločbo Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje.

234. člen

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

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

235. člen

(1) Če osebni zdravnik meni, da so še podani razlogi za začasno zadržanost od dela, o kateri odloča imenovani zdravnik, napoti zavarovanca k imenovanemu zdravniku vsaj pet dni pred iztekom začasne zadržanosti od dela, v primeru recidiva iz druge alineje petega odstavka 229. člena pravil pa še isti dan, ko ugotovi potrebo po začasni nezmožnosti za delo.

(2) **(črtan).**

236. člen

Predlog ali zahtevo za presojo ocene osebnega zdravnika, zdravstveno in drugo dokumentacijo pregleda imenovani zdravnik in po potrebi zahteva od osebnega zdravnika njeno dopolnitev ali obrazložitev.

237. člen

(črtan)

238. člen

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

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

239. člen

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

(2) Imenovani zdravnik mora zdravstveni komisiji po prejemu pritožbe posredovati vso dokumentacijo o zavarovancu, vključno z izpodbijano odločbo, praviloma isti dan.

240. člen

(črtan)

241. člen

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

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

242. člen

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

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

243. člen

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

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

244. člen

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

245. člen

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

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

246. člen

(črtan)

246.a člen

Določbe 229. do 245. člena pravil, ki se nanašajo na pravico do nadomestila oziroma na zadržanost od dela zaradi nege ožjega družinskega člana, se smiselno uporabljajo tudi za rejnika in skrbnika, kadar otroka dejansko neguje in varuje, ter za zakonca ali zunajzakonskega partnerja, kadar dejansko neguje in varuje otroka svojega zakonca ali zunajzakonskega partnerja.

XIII/12. UVELJAVLJANJE PRAVIC DO POVRAČIL POTNIH STROŠKOV

247. člen

(1) V primeru iz 154. člena pravil zahteva za povračilo prevoznih stroškov, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebuje:

- predpisano listino, ki jo izda osebni ali napotni zdravnik, ali potrdilo izvajalca o zadržanosti od dela zaradi spremstva iz druge alineje četrtega odstavka 232. člena pravil, če ni izdano v elektronski obliki, ko zavarovana oseba uveljavlja povračilo stroškov zase in za spremljevalca oziroma drugo dokazilo o spremstvu, ko zavarovana oseba ne uveljavlja povračila stroškov tudi za spremljevalca;

Opomba: Spremenjena prva alineja prvega odstavka 247. člena pravil se začne uporabljati od vzpostavitve tehničnih možnosti, ki bodo omogočale njihovo izvajanje prek informacijskega sistema za podporo poslovnim subjektom.

Sklic: https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ANJP179#clen_49

- vozno karto ali drugo ustrezno dokazilo o plačilu javnega ali avtotaksi prevoza;
- **(črtana);**
- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

(2) V primeru iz 155. člena pravil zahteva za povračilo prevoznih stroškov, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebuje:

- vozno karto ali drugo ustrezno dokazilo o plačilu prevoza ali navedbo kilometrov, če je zavarovana oseba potovala z osebnim vozilom;
- **(črtana);**
- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

(3) V primeru iz 156. člena pravil zahteva za povračilo stroškov prehrane oziroma nastanitve, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebuje:

- predpisano listino, ki jo izda osebni ali napotni zdravnik, ali potrdilo izvajalca o zadržanosti od dela zaradi spremstva iz druge alineje četrtega odstavka 232. člena pravil, če ni izdano

v elektronski obliki, ko zavarovana oseba uveljavlja povračilo stroškov zase in za spremljevalca oziroma izjavo zavarovane osebe o spremstvu, ko zavarovana oseba ne uveljavlja povračila stroškov tudi za spremljevalca;

Opomba: Prva alineja tretjega odstavka 247. člena pravil se začne uporabljati od vzpostavitve tehničnih možnosti, ki bodo omogočale njihovo izvajanje prek informacijskega sistema za podporo poslovnim subjektom.

Sklic: https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ANJP179#clen_49

- račun za nočitev z dokazilom o njegovem plačilu;
- **(črtana)**;
- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

(4) V primeru iz 156.a člena pravil zahteva za povračilo stroškov prehrane in nastanitve, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebuje:

1. poročilo o poteku potovanja, ki vsebuje:
 - navedbo datuma in ure odhoda na pregled, preiskavo ali zdravljenje ter datuma in ure prihoda iz pregleda, preiskave ali zdravljenja;
 - navedbo števila nočitev in zagotovljene prehrane med potovanjem in bivanjem;
 - poročilo o poteku pregleda, preiskave ali zdravljenja z navedbo datuma in ure začetka ter datuma in ure zaključka pregleda, preiskave ali zdravljenja;
2. račun za nočitve z dokazilom o njegovem plačilu;
3. ustrezno dokumentacijo o opravljeni zdravstveni storitvi;
4. **(črtana)**;
5. podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

248. člen

(prenehal veljati)

Datum konca veljavnosti: 04.12.2013

Datum prenehanja uporabe: 31.12.2013

Sklic: [38. člen ZSVarPre-C](#)

249. člen

(prenehal veljati)

Datum konca veljavnosti: 04.12.2013
Datum prenehanja uporabe: 31.12.2013
Sklic: [38. člen ZSVarPre-C](#)

XIII/13. DRUGE DOLOČBE PRI UVELJAVLJANJU PRAVIC

250. člen

(črtan)

251. člen

(črtan)

252. člen

(1) Izvajalci in dobavitelji zagotovijo zavarovanim osebam zdravstvene storitve oziroma medicinske pripomočke v standardu brez plačila vrednosti, ki se krije iz obveznega zavarovanja.

(2) Izvajalec lahko na podlagi pisnega soglasja zavarovane osebe, ki ga poda po predhodni pisni informaciji o predvidenih stroških zdravstvene storitve, od zavarovane osebe zahteva plačilo:

1. cene zdravstvene storitve, ki bi jo zavod plačal izvajalcu na podlagi pogodbe (v nadaljnjem besedilu: pogodbeni cena), ko zavarovana oseba z zadržanimi pravicami uveljavi zdravstveno storitev, ki ni nujna medicinska pomoč ali nujno zdravljenje;
2. cene zdravstvene storitve, ki jo določi izvajalec (v nadaljnjem besedilu: izvajalčeva cena), ko zavarovana oseba uveljavi zdravstveno storitev:
 - v primeru iz drugega odstavka 20. člena pravil;
 - ki ni pravica (npr. uveljavi jo zaradi uveljavljanja zahtev ali pravic 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);
 - pri zdravniku, ki ni njen osebni zdravnik, razen v primeru nujne medicinske pomoči ali nujnega zdravljenja;
 - v času, ki ne spada v standard iz 108. člena pravil;
 - popravil, prilagoditev ali novega zobno-protetičnega pripomočka, če je izgubljen, odtujen ali z neustreznim ravnanjem ali ravnanjem v nasprotju z navodili uničen ali poškodovan;
 - zobno-protetičnega pripomočka, če ga zahteva pred iztekom trajnostne dobe iz 121. člena pravil, ko ta ni pravica v skladu s pravili;
 - zobno-protetičnega pripomočka, če ga zahteva po izteku trajnostne dobe iz 121. člena pravil in ni izpolnjen pogoj iz drugega odstavka 123. člena pravil;

- pri napotnem zdravniku brez napotnice, če ne gre za zdravstveno storitev iz 196. člena pravil;
3. dela cene zdravstvene storitve v višini razlike med izvajalčevo in pogodbeno ceno, ko zavarovana oseba uveljavi zdravstveno storitev:
- ortodontskega zdravljenja z nesnemnim ortodontskim aparatom iz 2. točke četrtega odstavka 34. člena pravil, do katerega nima pravice, če ima pravico do ortodontskega zdravljenja s snemnim ortodontskim aparatom iz 1. točke četrtega odstavka 34. člena pravil;
 - nemedicinskega oskrbnega dne v drugačnem ali višjem standardu, kot je določen v 40., 47. in 110. členu pravil;
 - zobozdravstvene storitve ali zobno-protetičnega pripomočka v drugačnem ali višjem standardu, kot je določen v 112. členu pravil;
 - popravil in prilagoditev zobno-protetičnega pripomočka nad stroški iz 1. točke petega odstavka 122. člena pravil oziroma 1. točke prvega odstavka 123. člena pravil;
 - pri osebni ginekologu, ki si ga je izbrala pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti na terciarni ravni v skladu s 164. členom pravil;
 - v vseh drugih primerih, ki niso navedeni v prejšnji in tej točki, ko je zdravstvena storitev opravljena v drugačnem ali višjem standardu.

(3) Dobavitelj lahko na podlagi pisnega soglasja zavarovane osebe, da bo medicinski pripomoček uveljavila v višjem ali drugačnem standardu in v katerem je navedena tudi vrednost doplačila, od zavarovane osebe zahteva doplačilo kot razliko med:

- ceno izbranega medicinskega pripomočka in vrednostjo medicinskega pripomočka;
- stroški vzdrževanj ali popravil medicinskega pripomočka in stroški iz četrtega odstavka 66. člena pravil;
- stroški prilagoditev medicinskega pripomočka in stroški iz prvega odstavka 120. člena pravil.

(4) Dobavitelj lahko na podlagi pisnega soglasja zavarovane osebe, v katerem je navedena tudi vrednost plačila, zahteva od zavarovane osebe plačilo za medicinske pripomočke v celoti:

1. če zavarovana oseba izbere artikel tiste vrste medicinskega pripomočka, ki je pravica, izbrani artikel pa ne izpolnjuje osnovnih zahtev kakovosti;
2. v primeru iz drugega odstavka 20. člena pravil;
3. če mu zavarovana oseba ne predloži ustrezne naročilnice, razen v primeru iz 213.a člena pravil;
4. za stroške popravil v primeru iz petega odstavka 66. člena pravil.

(5) (črtan).

(6) Zavarovana oseba lahko od zavoda zahteva povračilo neutemeljeno zaračunanih stroškov zdravstvene storitve in medicinskega pripomočka do vrednosti iz prvega odstavka tega člena na podlagi dokazila o njihovem plačilu.

253. člen

Stroški zdravstvene storitve, ki jih je plačala zavarovana oseba z zadržanimi pravicami, se ji povrnejo v višini dejanskih stroškov, vendar ne več kot do vrednosti iz prvega odstavka prejšnjega člena, veljavni na dan opravljene zdravstvene storitve.

254. člen

Zavarovana oseba nima pravice do povračila stroškov zdravstvenih storitev, vključno z zdravili, živili, medicinskimi pripomočki, zobno-protetičnimi pripomočki in prevozi, če so bile zdravstvene storitve opravljene v samoplačniški ambulanti.

254.a člen

(1) Imenovani zdravnik oziroma zdravstvena komisija opravi pregled zavarovane osebe:

- če oceni, da je pregled potreben zaradi odločitve ali podaje mnenja, ali
- če pregled zahteva zavarovana oseba, razen v primeru iz drugega odstavka tega člena.

(2) Pregled zavarovane osebe pri imenovanem zdravniku oziroma zdravstveni komisiji se kljub zahtevi zavarovane osebe ne opravi:

- če ni pravne podlage za priznanje začasne zadržanosti od dela, pravice do zdraviliškega zdravljenja ali medicinskega pripomočka, ali
- če je imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija pri odločanju v obravnavani zadevi že opravila pregled zavarovane osebe, pa se od takrat glede na razpoložljivo zdravstveno dokumentacijo njeno zdravstveno stanje ni bistveno spremenilo in se glede na drugo dokumentacijo tudi niso bistveno spremenile druge dejanske okoliščine, pomembne za odločitev.

(3) Če se zavarovana oseba ne odzove pisnemu vabilu na pregled pri imenovanem zdravniku ali zdravstveni komisiji, ta odloči na podlagi razpoložljive zdravstvene in druge dokumentacije.

255. člen

(črtan)

XIV. ORGANI IN IZVEDENCI V POSTOPKIH UVELJAVLJANJA IN VARSTVA PRAVIC

256. člen

(1) Za postopek, v katerem se odloča o pravicah, se uporablja zakon, ki ureja splošni upravni postopek, če z zakonom ni drugače določeno.

(2) V postopkih iz 81. člena zakona odloča na I. stopnji imenovani zdravnik in na II. stopnji zdravstvena komisija.

(3) V postopkih iz 84. člena zakona odloča na I. stopnji območna enota zavoda in na II. stopnji Direkcija zavoda o:

1. pridobitvi, spremembi in izgubi lastnosti zavarovane osebe;
2. obveznosti plačila prispevka, ki ga pobira zavod;
3. prekinitvi ortodonskega zdravljenja v primeru iz četrtega odstavka 35. člena pravil;
4. pravicah iz 80. člena zakona in zahtevi zavarovane osebe za prekinitev izbire osebnega zdravnika;
5. zahtevi za povračilo stroškov zdravstvenih storitev, ki jih je zavarovana oseba uveljavljala med začasnim bivanjem v tujini;
6. pravici do zdravljenja v tujini in zahtevi za povračilo stroškov iz 135.a do 135.f člena pravil;
7. pravici do nadomestila plače;
8. pravici do povračila potnih stroškov;
9. zahtevi za povračilo stroškov zdravstvenih storitev in povračilo oziroma izplačilo denarnih dajatev zavarovane osebe, katere pravice do zdravstvenih storitev in denarnih dajatev iz naslova obveznega zavarovanja so bile zadržane.
10. zahtevi za povračilo stroškov zdravstvenih storitev, ki jih je zavarovana oseba plačala izvajalcu ali dobavitelju, in meni, da gre za pravico;
11. drugih pravicah iz zakona in drugih zahtevah iz obveznega zavarovanja.

257. člen

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

258. člen

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

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

259. člen

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

(2) Imenovani zdravniki ali zdravstvene komisije izjemoma napotijo zavarovance na pregled zaradi pridobitve mnenja ali diagnostično zdravstveno storitev.

(3) (črtan).

260. člen

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

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

(3) Predlog zdravnika iz prvega odstavka tega člena, ki se nanaša na ugotavljanje začasne zadržanosti od dela in zdraviliško zdravljenje izda zdravnik v elektronski obliki.

Datum začetka uporabe: 01.01.2026

Sklic: https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ANJP179#clen_49

261. člen

Imenovani zdravnik območne enote zavoda v postopkih iz 81. člena zakona in območna enota zavoda v postopkih iz 84. člena zakona odloča na območju celotne države, če ni z organizacijskimi akti zavoda določeno drugače.

262. člen

(črtan)

263. člen

(črtan)

264. člen

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

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

XV. NADZOR URESNIČEVANJA PRAVIC

265. člen

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

1. vzpostaviti, vzdrževati in varovati ustrezne evidence in podatkovne baze v skladu s posebnim zakonom;
2. **(črtana)**;
3. preverjati in nadzirati uveljavljanje pravil.

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

266. člen

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

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

267. člen

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

XVI. PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

268. člen

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

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

269. člen

(1) Za dopolnjevanje in usklajevanje določb pravil o vrstah, standardnih materialih in rokih trajanja medicinskih pripomočkov z rezultati tehnološkega razvoja in strokovne doktrine zavod ustanovi posebno strokovno komisijo. V komisiji sodelujejo strokovnjaki s področja medicine, zdravstvene ekonomike in prava.

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

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

270. člen

(1) Določbe 98. in 100. člena začnejo veljati po datumu izvedbe javnega razpisa in se uporabljajo od sklenitve pogodb dalje.

(2) Zavarovane osebe, ki so prejele medicinske pripomočke v izposajo pred datumom sklenitve pogodb na podlagi prvega javnega razpisa za izposajo pripomočkov, izvedenega na podlagi Dogovora o preskrbi z medicinskimi pripomočki za obdobje 2009-2011, teh pripomočkov, ko jih ne potrebujejo več oziroma postanejo funkcionalno neustrezni, niso dolžne vrniti. Zavod za te izposojene pripomočke zagotavlja stroške popravil, zamenjave dotrajanih delov ter stroške vzdrževanja v skladu s 66. členom pravil.

271. člen

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

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

271.a člen

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

271.b člen

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

272. člen

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

Priloga: (črtana)