1. **BESEDILO ČLENOV**

Na podlagi 13. člena Statuta Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (Uradni list RS, št. 87/01 in 1/02 - popr.) je Skupščina Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije na xx. seji dne dd.mm.llll sprejela

**Spremembe in dopolnitve Pravil**

**obveznega zdravstvenega zavarovanja**

1. **člen**

V Pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 30/03 – prečiščeno besedilo, 35/03 – popr., 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 – popr., 64/07, 33/08, 7/09, 88/09, 30/11 in 49/12) se v 4. točki 1. člena besedilo "medicinsko-tehničnih pripomočkov" nadomesti z besedilom "medicinskih pripomočkov".

1. **člen**

V 2. členu se 8. točka spremeni tako, da se glasi:

"8. zavezanec - pravna ali fizična oseba, ki je zavezanec za prijavo zavarovanca v obvezno zavarovanje. Zavezanec za družinskega člana je nosilec zavarovanja;".

V 20. točki se besedilo "medicinsko-tehnični pripomočki" nadomesti z besedilom "medicinski pripomočki" in črta peta alinea.

Za 20. točko se doda nova 20.a točka, ki se glasi:

"20.a zobnoprotetični pripomočki - pripomočki, ki so sestavni del zobozdravstvenih storitev;".

V 23. točki se besedi "Evropskih skupnosti" nadomestita z besedama "Evropske unije".

1. **člen**

11. člen se spremeni tako, da se glasi:

"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.".

1. **člen**

V 22. členu se v 7. točki prvega odstavka besedilo "medicinsko-tehničnih pripomočkov" nadomesti z besedilom "medicinskih pripomočkov".

1. **člen**

V 32. členu se v drugem odstavku pika nadomesti z vejico in za njo doda besedilo "če je cena te storitve enaka ali nižja od cene zobnoprotetičnih fiksnih nadomestkov.".

1. **člen**

V drugem odstavku 36. člena, v naslovu "V. PRAVICE DO MEDICINSKO-TEHNIČNIH PRIPOMOČKOV", v prvem, drugem in tretjem odstavku 64. člena ter v četrtem odstavku 66. člena se besedilo "medicinsko-tehnični pripomočki" v vseh sklonih nadomesti z besedilom "medicinski pripomočki" v ustreznem sklonu.

1. **člen**

V 82. členu se besedilo "očesnimi pripomočki" nadomesti z besedilom "medicinskimi pripomočki za izboljšanje vida".

1. **člen**

V naslovu "V/5. Pravica do drugih medicinsko-tehničnih pripomočkov", v prvem in drugem odstavku 97. člena, v prvem, drugem, tretjem in četrtem odstavku 98. člena ter v 100. členu se besedilo "medicinsko-tehnični pripomočki" v vseh sklonih nadomesti z besedilom "medicinski pripomočki" v ustreznem sklonu.

1. **člen**

V 102. členu se v 5. točki tretjega odstavka beseda "očesne" nadomesti z besedilom "medicinske pripomočke za izboljšanje vida".

1. **člen**

V naslovu "VII. STANDARDI STORITEV, MEDICINSKO-TEHNIČNIH PRIPOMOČKOV IN MATERIALOV", v 2. točki 107. člena ter v prvem, drugem, tretjem in petem odstavku 111. člena se besedilo "medicinsko-tehnični pripomočki" v vseh sklonih nadomesti z besedilom "medicinski pripomočki" v ustreznem sklonu.

1. **člen**

V 112. členu se v prvem odstavku:

- v 1. točki črta besedilo ", silikofosfatni, silikatni cementi", beseda "ter" pa nadomesti z besedo "in",

- 5. točka spremeni tako, da se glasi:

"5. protezah akrilati in pri delnih snemnih protezah ulita kovinska baza iz kobaltkromove ali podobne zlitine.".

1. **člen**

V prvem odstavku 113. člena, v 115. členu, v drugem odstavku 116. člena in v drugem odstavku 120. člena se besedilo "medicinsko-tehnični pripomočki" v vseh sklonih nadomesti z besedilom "medicinski pripomočki" v ustreznem sklonu.

1. **člen**

V 125. členu se v 1. točki beseda "očesne" nadomesti z besedilom "medicinske pripomočke za izboljšanje vida".

1. **člen**

V drugem odstavku 136. člena se besedilo "medicinsko-tehničnega pripomočka" nadomesti z besedilom "medicinskega pripomočka".

1. **člen**

V 158. členu se za tretjim odstavkom doda nov četrti odstavek, ki se glasi:

"(4) Ne glede na prejšnji odstavek, se družinskim članom iz 2. podtočke točke a) ter 1. in 2. podtočke točke b) prvega odstavka 20. člena zakona, v času, ko zavarovanci iz prejšnjega odstavka, po katerih so zavarovani ti družinski člani, nimajo poravnanih obveznosti plačevanja prispevkov, ne zadržijo njihove pravice do zdravstvenih storitev in denarnih dajatev iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja.".

Dosedanji četrti odstavek postane peti odstavek.

1. **člen**

V 5. in 7. točki prvega odstavka 174. člena, v naslovu "XIII/9. Uveljavljanje pravic do medicinsko-tehničnih pripomočkov", v prvem odstavku 211. člena, v prvem, sedmem in osmem odstavku 212. člena, v prvem in drugem odstavku 213. člena, v prvem in drugem odstavku 214. člena, v 215. členu, v prvem, drugem, tretjem in osmem odstavku 216. člena ter v 217. členu se besedilo "medicinsko-tehnični pripomočki" v vseh sklonih nadomesti z besedilom "medicinski pripomočki" v ustreznem sklonu.

1. **člen**

V 221. členu se 3. točka spremeni tako, da se glasi:

"3. zavarovanim osebam za čas začasnega bivanju v tujini za eno leto;".

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

"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.".

1. **člen**

V 9. točki drugega odstavka 252. člena, v 254. členu, v tretjem odstavku 259. člena, v prvem odstavku 269. člena in v drugem odstavku 270. člena se besedilo "medicinsko-tehnični pripomočki" v vseh sklonih nadomesti z besedilom "medicinski pripomočki" v ustreznem sklonu.

**Prehodni določbi in končna določba**

1. **člen**

Črta se Priloga "Šifrant ortopedskih, ortotičnih, očesnih, slušnih in drugih pripomočkov".

1. **člen**

Sprememba 8. točke 2. člena in sprememba 11. člena pravil, obeh v delu, ki se nanaša na zavarovanje družinskih članov, se začneta uporabljati 1. junija 2013 in se uporabljata tudi za zavarovanje družinskih članov, ki so ob začetku njune uporabe že obvezno zavarovani.

1. **člen**

Te spremembe in dopolnitve se objavijo v Uradnem listu Republike Slovenije, ko da nanje soglasje minister, pristojen za zdravje, in začnejo veljati petnajsti dan po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije.

Št.

Ljubljana, dne

EVA 2012-2711-0038

Predsednik Skupščine

Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Vladimir Tkalec

Soglašam!

Tomaž Gantar

Minister za zdravje

1. **OBRAZLOŽITEV**

**K 1., 4., 6., 8., 10., 12., 14., 16. in 18. členu**

Na podlagi Zakona za uravnoteženje javnih financ[[1]](#footnote-1) (v nadaljnjem besedilu: ZUJF) je bil Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju[[2]](#footnote-2) (v nadaljnjem besedilu: ZZVZZ) spremenjen tudi glede poimenovanja medicinskih pripomočkov. Skladno s poimenovanjem matičnega Zakona o medicinskih pripomočkih[[3]](#footnote-3) je bil v ZZVZZ pojem "medicinsko-tehnični pripomočki" nadomeščen s pojmom "medicinski pripomočki". Zato je treba tudi v Pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja[[4]](#footnote-4) (v nadaljnjem besedilu: Pravila) kot podzakonskem aktu Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: zavod) pojem terminološko uskladiti. Te spremembe določajo 1., 4., 6., 8., 10., 12., 14. in 16. člen tega predloga Sprememb in dopolnitev Pravil (v nadaljnjem besedilu: predlog Pravil).

Finančne posledice

Sprememba nima finančnih posledic za zavod.

**K 2. členu**

S prvim odstavkom 2. člena predloga Pravil se spreminja pojem "zavezanec", ki je v veljavnih Pravilih opredeljen kot pravna ali fizična oseba, ki je zavezanec za prijavo oseb v zavarovanje in za plačilo prispevkov za obvezno zavarovanje. Vendar že po veljavni zakonodaji zavezanec za prijavo oseb v zavarovanje ni nujno tudi zavezanec za plačilo prispevka. Tako je na primer po Zakonu o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev[[5]](#footnote-5) zavezanec za prijavo oseb iz 21. točke prvega odstavka 15. člena ZZVZZ center za socialno delo, plačnik prispevka pa je občina. Poleg tega je sprememba pojma "zavezanec" potrebna zaradi predlagane spremembe načina prijave v obvezno zavarovanje družinskega člana, ki ga ureja prvi do šesti odstavek spremenjenega 11. člena Pravil. Zavezanec za prijavo družinskega člana je po tem predlogu nosilec zavarovanja.

Z drugim in s tretjim odstavkom 2. člena predloga Pravil se Pravila usklajujejo s spremembo četrtega odstavka 23. člena ZZVZZ, sprejeto z ZUJF. Na njeni podlagi je poenotena uporaba pojma medicinski pripomočki za pojme ortopedski, ortotični, medicinski pripomočki za izboljšanje vida, slušni in drugi pripomočki, izločeni pa so zobnoprotetični pripomočki. Pravica do slednjih se namreč obravnava ločeno od pravic do ostalih medicinskih pripomočkov in je urejena v okviru pravice do storitev iz zobozdravstvene dejavnosti. Način zagotavljanja zobnoprotetičnih pripomočkov se v skladu s Pravili tako postopkovno kot tudi glede načina financiranja povsem razlikuje. Zato je treba tudi v Pravilih kot podzakonskem aktu pojem zobnoprotetični pripomočki izločiti iz pojma medicinski pripomočki in ga posebej opredeliti.

S četrtim odstavkom 2. člena predloga Pravil se pojem "Evropskih skupnosti" usklajuje s pojmom "Unije", kot ga opredeljuje Lizbonska pogodba.

Finančne posledice

Sprememba nima finančnih posledic za zavod.

**K 3. členu**

Sprememba 11. člena Pravil, ki ureja način prijave družinskih članov in udeležencev usposabljanj obvezno zavarovanje, se predlaga zaradi naslednjih prednosti glede na veljavno ureditev:

* razbremenitev nosilca zavarovanja (to je zavarovanec, po katerem so zavarovani družinski člani), ki ne bo več moral vsakokratnemu zavezancu za prijavo (npr. delodajalcu, nosilcu socialnega zavarovanja, kot je ZRSZ, ZPIZ) sporočati, da je potrebno v zavarovanje vključiti tudi njegove družinske člane. S tem je posledično zagotovljeno varstvo osebnih podatkov nosilca zavarovanja in njegovih družinskih članov (npr. podatke, da živi v zunajzakonski skupnosti, v katero šolo hodijo njegovi otroci). Sam Obrazec MDČ, ki je sicer enostaven za izpolnitev, bo nosilcu zavarovanja na prijavno/odjavni službi izpolnil referent ob ureditvi zavarovanja;
* razbremenitev referentov prijavno/odjavnih služb zavoda, saj ob vsakokratni spremembi podlage zavarovanja nosilca zavarovanja ne bo več potrebna nova odjava in prijava za družinskega člana;
* zapis prijav in odjav za družinskega člana bo potekal avtomatsko, kar preprečuje možnost, da bi družinski član ob spremembi podlage zavarovanja nosilca zavarovanja (npr. če nosilec zamenja delodajalca) ostal brez zavarovanja, ker bi nosilec pozabil sporočiti, da ga je potrebno prijaviti v zavarovanje.

V obdobju 1. 1. 2011 do 14. 12. 2011 je bilo na primer samo zaradi spremembe v zavezancu za prijavo (nosilec zavarovanja je zamenjal npr. delodajalca, kar pomeni odjavo nosilca in njegovih družinskih članov pri prejšnjem zavezancu in njihovo prijavo pri novem zavezancu) vloženih 114.460 odjav in ponovnih prijav za 41.247 družinskih članov po podlagi 077. Skupno število vpisanih prijav in odjav v tem obdobju pa je bilo 234.660, za 126.828 družinskih članov po podlagi 077. Po novem sistemu teh odjav in prijav zaradi spremembe v zavezancu za prijavo nosilca zavarovanja družinskega člana (ker npr. starš ali zakonec zamenja delodajalca) ne bo več potrebnih, saj bo sistem narejen tako, da bo družinski član sledil svojega nosilca, kar pomeni, da bo imel urejeno zavarovanje, dokler ga bo imel urejenega njegov nosilec in bodo izpolnjeni tudi drugi pogoji za zavarovanje družinskega člana.

Predlagana sprememba 11. člena Pravil tako določa:

* na podlagi prvega odstavka zavarovano osebo prijavi v obvezno zavarovanje zavezanec, ki ga opredeljuje 8. točka 2. člena Pravil;
* drugi odstavek določa rok za vložitev prijave v obvezno zavarovanje, ki je osem dni od izpolnitve pogojev za zavarovanje, določenih z ZZVZZ in Pravili;
* tretji odstavek določa izjemo od splošnega pravila iz drugega odstavka. Gre za izjemo, ki je določena tudi v Navodilu za beleženje in obračunavanje zdravstvenih storitev. Na njeni podlagi lahko novorojenček do starosti 60 dni, ki še nima urejenega obveznega zavarovanja (ki še ni prijavljen v obvezno zavarovanje), uveljavlja zdravstvene storitve na zavarovanje enega od staršev. Pri tem je pogoj na strani starša, da je zavarovan po taki podlagi, da so po njem lahko zavarovani družinski člani (ne sme iti za zavarovanje iz naslova prestajanja kazni zapora, pripora in podobno). Otrok, ki ni prijavljen v obvezno zavarovanje do poteka te starosti, je obravnavan kot oseba brez urejenega obveznega zavarovanja in je tako uvrščen na seznam oseb, ki se jih redno mesečno poziva na ureditev obveznega zavarovanja;
* na podlagi četrtega odstavka bo zavod po uradni dolžnosti urejal obvezno zavarovanje družinskega člana po njegovi prvi prijavi, če so izpolnjeni pogoji tako na njegovi strani kot na strani nosilca zavarovanja. To bo zavod ugotavljal na podlagi podatkov, ki jih vodi v svojih evidencah, in na podlagi podatkov, katere dobiva v dnevnih izmenjavah z uradnimi evidencami (npr. podatek ali je oseba poročena ali samska, ki ga dobiva iz CRP) ali do katerih lahko dostopa z neposrednim vpogledom v uradne evidence (npr. preverjanje družinskih vezi v CRP). Zavod bo uredil obvezno zavarovanje tudi v primeru, če bi prišlo v obveznem zavarovanju nosilca zavarovanja do prekinitve tega zavarovanja ter, da je družinski član zavarovan po nosilcu zavarovanja ves čas, dokler so izpolnjeni pogoji tako na strani družinskega člana (npr. da se otrok, ki je starejši od 18 let, šola, ali da še ni dopolnil 26 let) kot nosilca zavarovanja (da ima npr. urejeno zavarovanje kot zavarovanec, da ni zavarovan kot zavarovanec po 22. točki 15. člena ZZVZZ);
* peti odstavek določa izjemo od četrtega odstavka. Zavezanec za zavarovanje družinskih članov mora tako v skladu z 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. Zavod je izvajalec tako obveznega zdravstvenega zavarovanja kot tudi meddržavnih pogodb o socialnem zavarovanju ter pravnega reda EU. Za slovenske zavarovane osebe, ki imajo stalno prebivališče v tujini (družinski člani naših zavarovancev) ni mogoče pridobivati podatkov od nosilcev baz podatkov (CRP in drugih), temveč je treba urejati obvezno zavarovanje na podlagi pridobitve dokazil iz tujine tako kot do sedaj. Ureditev obveznega zavarovanja nosilcev zavarovanja, to je prijava in odjava obveznega zavarovanja, vključuje tudi zavarovanje družinskih članov, za katere ni mogoče pridobiti dokazil drugače, kot da so priloga ob ureditvi obveznega zavarovanja za nosilca. Pravilna ureditev obveznega zavarovanja za njihove družinske člane ima v tem primeru za zavod finančne posledice, saj se za družinske člane plačuje v tujino prispevek (pavšalni znesek ali dejanski stroški);
* na podlagi šestega odstavka bo za spremembo nosilca zavarovanja (otrok npr. ne bo več zavarovan po mami, temveč po očetu) novi nosilec moral vložiti novo prijavo družinskega člana v obvezno zavarovanje. Po tej novi prijavi se bo uporabljal četrti odstavek – zavod torej zopet skrbi za obvezno zavarovanje družinskega člana;
* sedmi odstavek določa način prijave obveznega zavarovanja za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni, ker je določeno v tretjem odstavku veljavnega 11. člena Pravil. Razlika je le v tem, da je sedaj na splošno določeno, da če je ob prijavi znano tudi trajanje zavarovanja, da se lahko vloži hkrati s prijavo tudi že odjava, saj ni razloga, da bi to veljalo le, če gre za enkratno akcijo, kakor je določeno v veljavnem 11. členu Pravil.

Finančne posledice

Sprememba nima neposrednih finančnih posledic za zavod, bo pa vplivala na poenostavitev postopka urejanja obveznega zavarovanja za družinske člane.

**K 5. členu**

Na podlagi veljavnega drugega odstavka 32. člena Pravil ima v primeru, kadar je zavarovana oseba po določilih 30. člena Pravil hkrati upravičena do mostička in delne snemne proteze v isti čeljusti, pravico do proteze, ki nadomesti vse vrzeli v čeljusti. Predlaga se dopolnitev določbe v smeri, da ima zavarovana oseba v teh primerih pravico do proteze, ki nadomesti vse vrzeli v čeljusti, če je cena te storitve enaka ali nižja od cene zobnoprotetičnih fiksnih nadomestkov. Fiksnoprotetična rehabilitacije vrzeli namreč bistveno izboljša kvaliteto življenja zavarovane osebe v primerjavi s snemnoprotetično rehabilitacijo in je v nekaterih primerih cenejša kot delna snemna proteza z ulito kovinsko bazo.

Finančne posledice

Sprememba nima finančnih posledic za zavod.

**K 7., 9. in 13. členu**

Z navedenimi členi predloga Pravil se Pravila usklajujejo s spremembo ZZVZZ, sprejeto z ZUJF. Na njegovi podlagi je pojem "očesni pripomočki" nadomeščen s pojmom "medicinski pripomočki za izboljšanje vida". Zato je treba tudi v Pravilih kot podzakonskem aktu pojem terminološko uskladiti.

Finančne posledice

Sprememba nima finančnih posledic za zavod.

**K 11. členu**

Na podlagi veljavne 1. točke prvega odstavka 112. člena Pravil so standardni materiali v zobozdravstveni dejavnosti pri zalivkah v vidnem sektorju (oba sekalca in podočnik v posameznem kvadrantu) fosfatni, silikofosfatni, silikatni cementi ter kompozitni materiali. S spremembo navedene določbe se predlaga črtanje silikofosfatnih in silikatnih materialov, saj se zaradi svoje toksičnosti silikofosfatni in silikatni cementi več ne uporabljajo v sodobni stomatologiji.

Na podlagi veljavne 5. točke prvega odstavka 112. člena Pravil so standardni materiali v zobozdravstveni dejavnosti pri protezah akrilati, pri čemer se sme zavarovani osebi, pri kateri je potrebno kombinirati protezo z opornico oziroma je možno s protezo nadomestiti več vrzeli, od katerih bi vsaka pomenila pravico do mostička, izdelati proteza z vlito bazo iz kromkobaltmolibdenove in drugih podobnih zlitin. S spremembo navedene določbe se predlaga kot standardni material pri protezah akrilati in pri delnih snemnih protezah ulita kovinska baza iz kobaltkromove ali podobne zlitine. Približno polovica odrasle populacije potrebuje eno vrsto zobnoprotetične restavracije. Na osnovi literature in opravljene analize predlogov zobnoprotetične rehabilitacije ocenjujem, da je odstotek odraslih zavarovanih oseb, ki imajo ali potrebujejo delno snemno protezo 20 do25 odstotkov. Zavarovanci, pri katerih je ugotovljena potreba za izdelavo delne snemne proteze, imajo pravico do delne snemne proteze z akrilno bazo. Akrilne delne snemne proteze (po navadi z žičnimi zaponami) so v sodobni stomatologiji obravnavane kot začasne proteze. Delne snemne proteze z akrilno bazo se uporablja npr. ko je potrebno začasno zagotoviti estetiko in funkcijo, na novo vzpostaviti medčeljustne odnose, pri osebah s slabo oralno higieno ali s slabim stanjem sidranih zob. Trajnostna doba tovrstnih protez je 3 leta (119. člen Pravil). Zaradi škodljivega vpliva na obzobna tkiva sidranih zob je te potrebno pogosto ekstrahirati. Trajnostna doba skeletne ali delne snemne proteze z ulito bazo je 7 let (119. člen Pravil) in bistveno zmanjšuje tveganja za nastanek škodljivih posledic za obzobna tkiva sidranih zob. Potreba po reparaturah popravilih delne snemne proteze z akrilno bazo je večja kot pri delnih snemnih protezah s kovinsko bazo. Na osnovi tega se predlaga razširitev pravice do izdelave delne snemne proteze z ulito bazo.

Finančne posledice

Sprememba nima finančnih posledic za zavod.

**K 15. členu**

Dopolnitev 158. člena Pravil z novim četrtim odstavkom predstavlja uskladitev Pravil z drugim odstavkom 78.a člena ZZVZZ, ki je bil dodan z Zakonom o spremembi in dopolnitvi Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju[[6]](#footnote-6).

Finančne posledice

Sprememba nima finančnih posledic za zavod.

**K 17. členu**

Glede na rešitve v drugih državah članicah EU ter možne prihranke v prihodnjih letih in ob tem upoštevajoč tveganja, se predlaga sprememba veljavnosti listin za tujino za določene kategorije zavarovanih oseb (upokojence in po njih zavarovane družinske člane in otroke do dopolnjenega 18. leta starosti, če niso sami zavarovanci) in sicer iz enega na pet let oziroma do dopolnjenega 18 leta. Gre za kategorije zavarovanih oseb, kjer je tveganje za možnost izgube obveznega zavarovanja oziroma za vključitev v obvezno zavarovanje v drugih državah članicah EU majhna ter za njih do sedaj niso bile zaznane zlorabe kartic.

Veljavnost listin je opredeljena v 221. členu Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja. Evropska kartica zdravstvenega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu: EUKZZ) in konvencijsko potrdilo za BIH se zavarovanim osebam Republike Slovenije sedaj izda za obdobje enega leta. V preteklosti je bila veljavnost listin dvakrat spremenjena, in sicer je bila najprej za vse zavarovane osebe na zasebnem ali službenem potovanju določena za 3 mesece, leta 2006 pa se je za upokojence in po njih zavarovane družinske člane ter otroke do 15. leta starosti, oziroma do 18. leta, če niso bili sami zavarovanci, podaljšala na eno leto. Leta 2008 pa je bila določena veljavnost listin za vse kategorije zavarovanih oseb za 1 leto.

Zavod je v letu 2011 izdal 671.496 EUKZZ, od tega upokojencem s stalnim prebivališčem v Sloveniji[[7]](#footnote-7) 84.847, njihovim družinskim članom[[8]](#footnote-8) 6.176 ter družinskim članom mlajšim od 18 let[[9]](#footnote-9) 168.019.

Slovenske zavarovane osebe lahko z EUKZZ uveljavljajo zdravstvene storitve v državah članicah EU, EGP, Švici, Avstraliji, Črni gori, na Hrvaškem, v Makedoniji in Srbiji. V letu 2011 so tako koristile zdravstvene storitve na podlagi evropske kartice v 18.851 primerih.

Podaljšanje veljavnosti zavarovanja za vse zavarovane osebe glede na možna tveganja ob izgubi zavarovanja oziroma zlorabah trenutno ni primerna, saj zmanjšanje števila naročenih kartic in s tem povezanih stroškov ne odtehta morebitnih stroškov zdravljenja ob prenehanju zavarovanja oziroma s tem povezanih zlorab EUKZZ. EUKZZ niso pametne kartice s čipom ter ji tako ni mogoče blokirati oziroma preprečiti njihovo neupravičeno uporabo.

V skladu s pravnim redom EU je Slovenija in enako tudi vse druge države, dolžna poravnati drugi državi vse nastale stroške v tej državi na podlagi izdane EUKZZ, in sicer do datuma veljavnosti, navedenega na kartici. V prihodnosti pa se tudi na nivoju EU (v okviru projekta EESSI) predvideva možnost takojšnjega preverjanja veljavnosti izdane evropska kartice. Uveljavitve elektronske EUKZZ je bila predvidena že za leto 2008, sedaj pa se njena uveljavitev veže na izgradnjo EESSI- ja.

V primeru tujcev, zaposlenih v Republiki Sloveniji, je možnost fluktuacije največja (izguba zaposlitve, vrnitev v matično državo) in bi daljša veljavnost EUKZZ od sedanje predstavljala zelo veliko tveganje.

Določeno tveganje je tudi zaposlitev slovenskih zavarovanih oseb v tujini, s katerimi gredo po navadi tudi njihovi družinski člani vendar pa je možnost zlorabe v tem primeru majhna, saj s zaposlitvijo v tujini dobijo tudi pravico do vključitve v zavarovanje druge države.

Pomembno pa je tudi dejstvo, da je osebam, s stalnim prebivališčem v Sloveniji mogoče v primeru neupravičene uporabe kartice vložiti regresni zahtevek, v primeru tujcev pa nam večinoma ni znano novo prebivališče v drugi državi in takšne možnosti ni.

Kot enega od ukrepov za odvrnitev od morebitne zlorabe bomo v bodoče vsem osebam ob izdaji EUKZZ v dopisu tudi navedli, da je potrebno ob prenehanju zavarovanja oziroma zaposlitvi v drugi državi članici, EUKZZ vrniti, v nasprotnem primeru bomo ob morebitni neupravičeni uporabi kartice proti osebi uvedli regresni zahtevek ter v primeru zlorab obvestili tudi organe pregona.

Opozoriti je potrebno na dejstvo, da je bilo do sedaj zaznanih v Sloveniji nekaj takšnih neupravičenih uporab kartice v primeru oseb, ki niso bile več zavarovane v Sloveniji, pa so uporabile še veljavno EUKZZ, nekatere druge države pa poročajo o več takšnih primerih. Največ primerov zlorab beleži Litva, Poljska in še posebej Španija.

EUKZZ je kartica z vidnimi podatki, kjer je poleg osebnih podatkov osebe ter številke kartice navedeno obdobje veljavnosti do določenega datuma, ki sedaj znaša največ eno leto.

UREDITEV V DRUGIH DRŽAVAH ČLANICAH EU

Uveljavitev EUKZZ je bila določena z Sklepom Upravne komisije za koordinacijo sistemov socialne varnosti leta 2004, kateri je natančno določil obliko in vsebino navedene kartice, obdobje veljavnosti pa določi vsaka država sama. V nadaljevanju predstavljamo ureditev izdaje in uporabo evropske kartice v drugih državah članicah EU[[10]](#footnote-10).

Veljavnost evropskih kartic je državah članicah EU urejena zelo različno, na kar vpliva tako različna ureditev sistema zdravstvena zavarovanja posamezne države (nacionalni sistem ali zavarovalniški sistem) kot tudi način izdaje kartice (ločeno/skupaj z nacionalno kartico).

V državah s nacionalnim sistemom zdravstvenega varstva je obdobje EUKZZ praviloma daljše (Italija, Španija, Portugalska), saj država financira iz proračuna tako zdravstveno varstvo v njihovih državah kot tudi stroške zdravljenja v drugih državah članicah. Te države v tem segmentu niso primerljive z nami temveč so bolj primerljive države s sistemom obveznega zdravstvenega varstva, kjer je vpliv na stroške večji in s tem povezano vprašanje tveganj (Avstrija, Belgija, Nemčija).

Kot zanimivost je potrebno navesti, da imajo nekatere države EUKZZ na drugi strani nacionalne kartice (Avstrija, Češka).

V tabeli podajamo podatke o veljavnosti EUKZZ v nekaterih državah EU:

| Država | Veljavnost  evropske kartice | Število kartic v obtoku v letu 2011 | Število izdanih kartic v letu 2011 | Prebivalstvo | % kartic glede na celotno prebivalstvo |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Avstrija | 5 let (10 let upokojenci) | 8,059,279 | 1,015,397 | 8,404,252 | 95.90 |
| Belgija | 1 leto (2 leti upokojenci) | 3,133,103 | 2,148,514 | 10,951,665 | 28.61 |
| Nemčija | 3 meseci do več let | 45,000,000 | Ni podatkov | 81,751,602 | 55.04 |
| Italija | 6 let (tujci odvisno od bivanja/zaposlitve) | 59,814,580 | 7,820,789 | 60,626,442 | 98.66 |
| Poljska | 6 mesecev (5 let upokojenci) | 1,225,502 | 1,456,059 | 38,200,037 | 3.21 |
| Francija | 1 leto | Ni podatkov | Ni podatkov | Ni podatkov | Ni podatkov |
| Slovenija | 1 leto (tujci odvisno od bivanja/zaposlitve) | 646,675 | 671,496 | 2,050,189 | 31.54 |
| Finska | 2 leti | 1,025,552 | 382,870 | 5,375,276 | 19.08 |
| Madžarska | 3 ali 4 leta | 946,987 | 369,638 | 9,985,722 | 9.48 |
| Nizozemska | 5 let (tuji delavci 1 leto) | 4,991,186 | 6,159,716 | 16,655,799 | 29.97 |

Glede na vse navedeno ugotavljamo, da bi se s predlagano spremembo veljavnosti EUKZZ Slovenija uvrstila med države, ki imajo v povprečju daljšo veljavnostjo EUKZZ, vendar pa glede na to, da bi 5 letna veljavnost kartice veljala le za upokojence in družinske člane, bi bilo to v celoti primerljivo z drugimi državami, kjer prav tako uvajajo diferenciran pristop (različna veljavnost za posamezne kategorije zavarovanih oseb) glede veljavnosti EUKZZ.

Finančne posledice

V nadaljevanju podajamo oceno števila izdanih kartic (po letih) za upokojence in družinske člane, katerim bi se veljavnost kartice podaljšala na 5 let po 1. 1. 2013. V letih 2014-2017 tako lahko pričakujemo zmanjšanja števila izdanih kartic in s tem povezan prihranek (glede na leto 2011). Osebam, ki jim bo kartica izdana v letu 2013 z veljavnostjo 5 let, bo tako potrebno izdati novo kartico šele v letu 2018. Cena izdane kartice (skupaj s poštnino) sicer trenutno znaša 0,475 EUR. V projekciji je v letih 2014-2017 zajetih tudi nekaj novih kartic iz razloga novih upokojencev in družinskih članov. V oceni pa niso upoštevani podrobnejši trendi upokojevanja, temveč je projekcija narejena gleda na znano število izdanih evropskih kartic upokojencem in družinskim članom v letu 2011.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | PROJEKCIJA PO LETIH | | | | | | |
| KATEGORIJA | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| upokojenci | 84.847 | 85.000 | 85.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 85.000 |
| družinski člani | 174.195 | 175.000 | 175.000 | 2.000 | 2.000 | 2.000 | 2.000 | 175.000 |
| Skupaj število izdanih kartic | 259.042 | 260.000 | 260.000 | 3.000 | 3.000 | 3.000 | 3.000 | 260.000 |
| Strošek izdaje v EUR  (št. izdanih x cena kartice) | 123.045 | 123.500 | 123.500 | 1.425 | 1.425 | 1.425 | 1.425 | 123.500 |
| Prihranek glede na 2011 v EUR | 0 | 0 | 0 | 121.620 | 121.620 | 121.620 | 121.620 | 0 |
| Prihranek glede na 2011 v % | 0 | 0 | 0 | 98,842 | 98,842 | 98,842 | 98,842 | 0 |

**K 19. členu**

Prvi odstavek 213. člena Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja[[11]](#footnote-11), ki so začela veljati 1. 1. 1995, je določal, da mora pooblaščeni zdravnik na naročilnici označiti šifro pripomočka, ki temelji na mednarodnih standardih tehničnih pripomočkov za prizadete osebe in da je šifrant teh pripomočkov (t. i. "Šifranta ortopedskih, ortotičnih, očesnih, slušnih in drugih pripomočkov, izdelan na podlagi mednarodnega standarda ISO 9999: Tehnični pripomočki za prizadete osebe – Klasifikacija") priloga pravil.

Določba je bila spremenjena z 69. členom Sprememb in dopolnitev Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja[[12]](#footnote-12), ki so začele veljati 20. 7. 2002. Ta je določil, da mora pooblaščeni zdravnik na naročilnici označiti šifro in naziv medicinsko-tehničnega pripomočka in da šifrant določi Upravni odbor zavoda.

Kljub navedeni spremembi, da je za določitev šifranta pristojen Upravni odbor zavoda, spremembe Pravil niso razveljavile šifranta, ki je priloga Pravil na podlagi prvotnega prvega odstavka 213. člena Pravil, četudi se od spremembe določbe Pravil tudi dejansko več ne uporablja. Zato se predlaga njegovo prenehanje.

Finančne posledice

Sprememba nima finančnih posledic za zavod.

**K 20. členu**

Predlaga se zamik začetka uporabe na 1. junij 2013, in sicer 8. točke 2. člena in 11. člena Pravil, obeh v delu, ki se nanaša na zavarovanje družinskih članov, ki se bosta uporabljali tudi za obvezno zavarovanje družinskih članov, ki bodo ob začetku njune uporabe že obvezno zavarovani. Za te družinske člane bo z dnem začetka uporabe navedenih določb Pravil nosilec zavarovanja postal zavezanec. Zaradi navedene spremembe zavezanca ne bo potrebna odjava in ponovna prijava družinskega člana v obvezno zavarovanje. Zamik začetka uporabe se predlaga, ker je treba za izvedbo spremenjenega načina prijave družinskih članov v obvezno zavarovanje ustrezno spremeniti informacijsko podporo zavoda ter o spremenjenem načinu pravočasno seznaniti zavarovane osebe.

**K 21. členu**

Določen je običajen petnajstdnevni rok začetka veljavnosti Pravil o spremembah in dopolnitvah Pravil od dneva objave v Uradnem listu Republike Slovenije. Na podlagi 26. člena ZZVZZ se Pravila kot splošni akt zavoda sprejemajo v soglasju z ministrom, pristojnim za zdravje.

1. **BESEDILO ČLENOV, KI SE SPREMINJAJO**

**1. člen**

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

1. vrste in obseg pravic,

2. obveznosti zavezancev in zavarovanih oseb,

3. pogoje in postopke za uresničevanje pravic,

4. standarde zdravstvenih storitev in medicinsko-tehničnih pripomočkov,

5. varstvo pravic zavarovanih oseb,

6. nadzor uresničevanja pravic in obveznosti.

**2. člen**

V pravilih pomenijo:

1. zavod - Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije;

2. zakon - zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju;

3. dogovor - dogovor o programu zdravstvenih storitev in o izhodiščih za njegovo izvajanje iz 63. člena zakona;

4. obvezno zavarovanje - obvezno zdravstveno zavarovanje;

5. zavarovana oseba - zavarovanec iz 15. člena zakona in družinski člani iz 20. člena zakona;

6. status zavarovane osebe - lastnost zavarovane osebe po zakonu in pravilih;

7. nosilec zavarovanja - zavarovanec, po katerem so zavarovani družinski člani;

8. zavezanec - pravna ali fizična oseba, ki je zavezanec za prijavo oseb v zavarovanje in za plačilo prispevkov za obvezno zavarovanje;

9. osebni zdravnik - osebni zdravnik, osebni zobozdravnik, osebni ginekolog in osebni otroški zdravnik;

10. osebni zdravnik - zdravnik, ki si ga zavarovana oseba izbere v skladu s pravili v splošni medicini, medicini dela, otroškem ali šolskem dispanzerju;

11. osebni zobozdravnik - zobozdravnik, ki si ga zavarovana oseba izbere v skladu s pravili;

12. osebni ginekolog - zdravnik, ki si ga ženska izbere za zagotavljanje storitev v dispanzerski ginekološki dejavnosti;

13. nadomestni zdravnik - zdravnik, ki nadomešča odsotnega osebnega zdravnika;

14. napotni zdravnik - zdravnik, pri katerem zavarovana oseba uveljavlja pravice do storitev na podlagi napotnice osebnega ali napotnega zdravnika;

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

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

17. kartica zdravstvenega zavarovanja - identifikacijski dokument zavarovane osebe;

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

19. delovni nalog - listina, s katero zdravnik naroča laboratorijske, rentgenske, fizioterapevtske, ultrazvočne, zobotehnične, citološke in druge preiskave, prevoze z reševalnimi in drugimi vozili, zdravljenje ter nego na domu, storitve s področja psihologije, logopedije, defektologije in druge storitve, ki niso vezane na zdravniške preglede;

20. medicinsko-tehnični pripomočki so:

- proteze, ortoze in ortopedski čevlji;

- vozički in drugi pripomočki za gibanje, stojo in sedenje;

- pripomočki za vid;

- pripomočki za sluh in govor;

- zobnoprotetični pripomočki;

- drugi medicinski pripomočki;

21. nujna medicinska pomoč - zdravstvene storitve, ki jih krije obvezno zdravstveno zavarovanje v celoti in so opredeljene v prvem odstavku 103. člena pravil;

22. nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene storitve - zdravstvene storitve, ki jih uveljavljajo zavarovane osebe na podlagi 25. člena zakona in so podrobneje opredeljene v 101., 102., 103. in 104. členu pravil;

23. pravni red EU - pravni predpisi Evropskih skupnosti na področju koordinacije sistemov socialne varnosti, ki so neposredno uporabljivi v slovenski zakonodaji;

24. meddržavna pogodba - dvostranski sporazum o socialni varnosti oziroma socialnem zavarovanju;

25. edini poklic - poklic, ki ga zavarovanec opravlja kot samostojno dejavnost in ni v delovnem razmerju;

26. glavni poklic - poklic, ki ga zavarovanec opravlja kot samostojno dejavnost in je v delovnem razmerju s krajšim delovnim časom od polnega;

27. čakalna doba, čakalni seznam in razumen čas - kakor so opredeljeni v zakonu, ki ureja pacientove pravice;

28. najdaljša dopustna čakalna doba - doba, kakor je za posamezno zdravstveno storitev glede na stopnjo nujnosti določena v pravilniku, ki ureja najdaljše dopustne čakalne dobe za posamezne zdravstvene storitve.

**11. člen**

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

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

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

**22. člen**

(1) Obvezno zavarovanje obsega pravice zavarovanih oseb do:

1. zdravstvenih storitev osnovne, zobozdravstvene, lekarniške, specialistično-ambulantne, bolnišnične, zdraviliške in terciarne zdravstvene dejavnosti ter do zdravstvene nege. Pri tem so zagotovljene preventivne storitve po sprejetem republiškem programu ter storitve s področja diagnostike, zdravljenja in medicinske rehabilitacije bolnih in poškodovanih;

2. zdravstvenih storitev v zvezi s porodom, umetno prekinitvijo nosečnosti, umetno oploditvijo in sterilizacijo;

3. obnovitvene rehabilitacije, organiziranega usposabljanja za življenje z določeno boleznijo po posebnih programih;

4. nujnih in drugih prevozov z reševalnimi ter drugimi vozili;

5. zdravil, ki so predpisana na recept, v skladu z razvrstitvijo na liste, ki jo določi zavod;

6. živil za posebne zdravstvene namene, ki so predpisana na recept, v skladu z razvrstitvijo na liste, ki jo določi zavod;

7. medicinsko-tehničnih pripomočkov;

8. nadomestila plače zavarovancev v delovnem razmerju in z njimi izenačenih zavarovancev v času, ko so začasno zadržani od dela zaradi bolezni, poškodbe pri delu in izven dela, poklicne bolezni, presaditve živega tkiva in organov v korist druge osebe, posledic dajanja krvi, izolacije, spremstva in nege;

9. pogrebnine;

10. posmrtnine;

11. povračila potnih stroškov ob potovanju oziroma bivanju v drugem kraju.

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

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

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

**32. člen**

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

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

**36. člen**

(1) Zavarovani osebi so zagotovljene pravice do:

1. zdravljenja in zdravstvene nege v primeru kronične bolezni ter pri premestitvi iz bolnišnice v skladu z merili, ki jih določijo Ministrstvo za zdravstvo, zavod in skupnost socialnih zavodov;

2. fizioterapije in storitev z drugih področij, ki jih, glede na zdravstveno stanje varovancev, določa pogodba med zavodom in izvajalcem v domu za starejše, posebnem socialno-varstvenem zavodu oziroma zavodu za usposabljanje.

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

**Naslov: V. PRAVICE DO MEDICINSKO-TEHNIČNIH PRIPOMOČKOV**

**64. člen**

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

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

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

**66. člen**

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

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

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

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

**82. člen**

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

**Naslov: V/5. Pravica do drugih medicinsko-tehničnih pripomočkov**

**97. člen**

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

1. koncentrator kisika ali drug vir kisika;

2. aparat za vzdrževanje stalnega pritiska v dihalnih poteh (CPAP);

3. posteljne blazine za preprečevanje preležanin - standardne;

4. prilagojeni otroški tricikli;

5. dvigalo za kopalnico (hidrolift);

6. ventilator;

7. standardni voziček na ročni pogon ali standardni voziček za otroka;

8. varovalno posteljno ograjo;

9. trapez za obračanje;

10. aspirator;

11. hodulja;

12. sobno dvigalo;

13. negovalna postelja;

14. posteljna mizica;

15. prenosni hrbtni naslon;

16. črtan

17. električni skuter;

18. črtan

19. inzulinsko črpalko zavarovani osebi iz 4. točke drugega odstavka 91. člena teh pravil, vendar največ skupaj za 18 mesecev;

20. črtan

21. črtan

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

**98. člen**

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

- opravljajo servisiranje pripomočkov;

- zagotavljajo v pogodbeno določenem roku garancijo za pripomočke.

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

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

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

**100. člen**

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

**102. člen**

(1) Pravico do nujnega zdravljenja in neodložljivih zdravstvenih storitev iz 2., 3. in 4. točke prvega odstavka 23. člena zakona brez doplačil imajo tudi zavarovane osebe, ki niso dopolnilno zdravstveno zavarovane, potem ko so v tekočem koledarskem letu za te storitve že doplačale znesek v višini:

1. dvakratnega zneska povprečne letne premije za dopolnilno zdravstveno zavarovanje veljavne v prvem mesecu tekočega leta, če gre za zavarovane osebe, katerih dohodek, preračunan na družinskega člana, dosega do 150% zneska, določenega kot cenzus za pridobitev denarne socialne pomoči po predpisih o socialnem varstvu;

2. trikratnega zneska povprečne letne premije za dopolnilno zdravstveno zavarovanje veljavne v prvem mesecu tekočega leta, če gre za zavarovane osebe, katerih dohodek, preračunan na družinskega člana, znaša od 150 do 250% zneska, določenega kot cenzus za pridobitev denarne socialne pomoči po predpisih o socialnem varstvu;

3. štirikratnega zneska povprečne polne letne premije za dopolnilno zdravstveno zavarovanje veljavne v prvem mesecu tekočega leta, če gre za zavarovane osebe, katerih dohodek, preračunan na družinskega člana, presega 250% zneska, določenega kot cenzus za pridobitev denarne socialne pomoči po predpisih o socialnem varstvu.

(2) Povprečna letna premija za dopolnilno zdravstveno zavarovanje je povprečje letnih premij za dopolnilno zdravstveno zavarovanje brez popustov, vseh zavarovalnic, ponudnic tega zavarovanja v Republiki Sloveniji.

(3) V zneske plačanih doplačil iz prvega odstavka tega člena ne štejejo doplačila za:

1. prevoze z reševalnimi vozili, ki niso bili nujni;

2. zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja;

3. zdravila z vmesne liste,

4. zobnoprotetične pripomočke in storitve;

5. očesne in slušne pripomočke ter pripomočke iz 75. člena pravil;

6. storitve, opravljene v višjem standardu ali obsegu oziroma po drugačnem postopku, kot določajo pravila;

7. druge storitve, ki niso pravica iz obveznega zavarovanja.

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

**Naslov: VII. STANDARDI STORITEV, MEDICINSKO-TEHNIČNIH PRIPOMOČKOV IN MATERIALOV**

**107. člen**

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

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

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

**111. člen**

(1) Standardi pri medicinsko-tehničnih pripomočkih, ki se zagotavljajo zavarovanim osebam v breme obveznega zavarovanja, so tiste zahteve, ki zagotavljajo funkcionalno ustreznost medicinsko-tehničnega pripomočka glede na opredeljene bolezni in stanja v skladu s prvim odstavkom 64. člena pravil in glede na določene najvišje vrednosti za posamezne vrste medicinsko-tehničnih pripomočkov oziroma posamezne pripomočke (artikle).

(2) Standardi pri medicinsko-tehničnih pripomočkih so:

- materiali, ki zagotavljajo funkcionalno ustreznost pripomočka, so dosegljivi in najcenejši na slovenskem tržišču,

- druge zahteve, ki zagotavljajo funkcionalno ustreznost pripomočka, in

- doba, po preteku katere lahko zavarovana oseba prejme nov pripomoček iste vrste.

(3) Minimalne zahteve za materiale in druge zahteve iz druge alinee prejšnjega odstavka za posamezne vrste medicinsko-tehničnih pripomočkov določi skupščina zavoda s soglasjem ministra, pristojnega za zdravje. Predlog minimalnih zahtev pripravijo posebne strokovne komisije, ki jih imenuje generalni direktor zavoda. Posebne strokovne komisije ugotavljajo tudi izpolnjevanje minimalnih zahtev materialov in drugih zahtev za posamezne pripomočke (artikle).

(4) Sestavo komisij iz prejšnjega odstavka, način njihovega dela in postopek ugotavljanja izpolnjevanja zahtev iz prejšnjega odstavka s posebnim aktom določi skupščina zavoda.

(5) Zavod na svoji spletni strani objavi seznam vrst medicinsko-tehničnih pripomočkov z minimalnimi zahtevami za materiale in drugimi zahtevami, ki jih je sprejela skupščina zavoda, in seznam pripomočkov (artiklov), za katere je bilo ugotovljeno, da izpolnjujejo te zahteve.

**112. člen**

(1) Standardni materiali v zobozdravstveni dejavnosti so pri:

1. zalivkah v vidnem sektorju (oba sekalca in podočnik v posameznem kvadrantu) fosfatni, silikofosfatni, silikatni cementi ter kompozitni materiali;

2. zalivkah v stranskem (transkaninem) sektorju amalgam;

3. pri vlitih zalivkah, prevlekah, kronah in mostičkih srebropaladijeve, zlatopaladijeve oziroma druge polžlahtne zlitine, ki so najcenejše na tržišču. Pri tem šteje za standard dva grama kovine po členu, pri čemer ceno najcenejšega materiala določi zavod;

4. zobnih fasetah v prevlekah, kronah in mostičkih akrilat ali kompozitni materiali;

5. protezah akrilati. Zavarovani osebi, pri kateri je potrebno kombinirati protezo z opornico oziroma je možno s protezo nadomestiti več vrzeli, od katerih bi vsaka pomenila pravico do mostička, se sme izdelati proteza z vlito bazo iz kromkobaltmolibdenove in drugih podobnih zlitin.

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

**113. člen**

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

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

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

**115. člen**

Medicinsko tehnični pripomočki, ki so enkratna pravica zavarovane osebe, in zato zanje trajnostna doba ni določena, so:

1. brajev pisalni stroj,

2. brajeva vrstica,

3. začasna prsna proteza.

**116. člen**

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

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

stanjem zavarovane osebe.

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

(4) Zavarovani osebi, ki je upravičena do sistema za kontinuirano merjenje glukoze, lahko pooblaščeni zdravnik predpiše največ en oddajnik in 40 senzorjev na leto.

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

(6) Zavarovana oseba z rakom v področju vratu ali glave je pri kombinaciji zdravljenja s kemoterapijo in obsevanjem upravičena do največ treh odmerkov raztopine za zaščito ustne sluznice dnevno za največ devet tednov.

(7) Zavarovani osebi, ki je upravičena do pripomočkov, za katere trajnostna doba ni določena, pooblaščeni zdravnik predpiše količino pripomočkov, ki je potrebna do prve kontrole pri zdravniku, vendar največ za dobo treh mesecev. Pooblaščeni zdravnik lahko na obnovljivo naročilnico predpiše najmanjšo potrebno količino pripomočkov za obdobje do enega leta pri stabilnih kroničnih boleznih oziroma stanjih, pri katerih je potrebna dolgotrajna uporaba pripomočkov, če gre za pripomočke, za katere trajnostna doba ni določena ali je krajša od enega leta.

**120. člen**

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

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

**125. člen**

Predhodno zavarovanje je:

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

2. za druge pripomočke 3 mesece.

**136. člen**

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

(2) Zavarovana oseba, ki ima pravico do medicinsko-tehničnega pripomočka v skladu s pravili, ga lahko nabavi v tujini, razen pripomočkov iz 94. in 97. člena.

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

**158. člen**

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

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

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

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

**174. člen**

(1) Osebni zdravnik je pooblaščen in dolžan tudi:

1. ugotavljati začasno zadržanost od dela;

2. napotiti zavarovano osebo na imenovanega zdravnika ali zdravstveno komisijo in invalidsko komisijo;

3. napotiti zavarovano osebo k zdravniku specialistu na ambulantno ali bolnišnično obravnavo na ustrezni ravni oziroma na konziliarne preglede k drugim zdravnikom na isti ravni;

4. predpisovati zdravila na recept;

5. predpisovati medicinsko-tehnične pripomočke v skladu z določili pravil;

6. prenašati na ustreznega specialista del pooblastil, kar zadeva zdravljenje, predpisovanje zdravil na recept, napotitev na nadaljnje specialistične preglede oziroma v bolnišnico;

7. napotiti k pooblaščenim specialistom za predpisovanje medicinsko-tehničnih pripomočkov v skladu s pravili;

8. odrejati prevoze z reševalnimi in drugimi vozili ter ocenjevati in potrditi njihovo nujnost, razen v primerih, ko je bila zavarovana oseba odpuščena iz bolnišnice;

9. izstavljati zavarovani osebi obrazce za povračilo potnih stroškov in drugih potrdil v skladu s pravili;

10. zbirati in hraniti dokumentacijo o zdravstvenem stanju zavarovane osebe, o njenem zdravljenju pri drugih izvajalcih, o zadržanosti od dela zaradi bolezni in poškodb ter zaradi nege, predpisanih zdravilih na recept, prejetih pripomočkih in o zdravljenju na domu.

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

**Naslov: XIII/9. Uveljavljanje pravic do medicinsko-tehničnih pripomočkov**

**211. člen**

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

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

**212. člen**

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

1. osebni zdravnik za:

- materiale za zdravstveno nego na domu, bergle, hodulje, navleke za krn, nepodložene usnjene rokavice, standardni voziček na ročni pogon, toaletni stol, trapez za obračanje, tri ali štirinožne palice, sobno dvigalo oziroma dvigalo za kopalnico, elastomerno črpalko, potrošne materiale za inzulinsko črpalko, belo palico za slepe, prsne proteze in ortopedski nedrček za prsno protezo;

- pripomočke iz 89. člena pravil, razen elastičnih rokavic, potrebnih po radikalni operaciji dojke, elastičnih kompresijskih nogavic, razpršilca zraka (inhalatorja), mehanskega injektorja za zdravljenje sladkorne bolezni in raztopine za zaščito ustne sluznice;

- pripomočke iz 90. člena pravil, razen blazin, ki so namenjene preprečevanju preležanin tretje in četrte stopnje po Shei (zahtevnih in zelo zahtevnih blazin za preprečevanje preležanin);

2. za pripomočke iz 7. in 8. točke 75. člena pravil tudi zdravnik specialist v razvojni ambulanti;

3. napotni zdravniki okulisti za pripomočke iz 5. točke prvega odstavka 75., 78., 79., 80., 81., 82., 83. in 84. člena pravil;

4. napotni zdravniki otorinolaringologi za pripomočke iz 85., 87. in 88. člena pravil;

5. specialisti diabetologi pediatri za zavarovane osebe do dopolnjenega 18. leta starosti, ki jih imenuje upravni odbor Zavoda, za pripomočke iz drugega odstavka 91. člena Pravil;

6. specialisti diabetologi internisti za zavarovane osebe starejše od 18 let, ki jih imenuje upravni odbor Zavoda, za pripomočke iz drugega odstavka 91. člena Pravil;

7. za ostale pripomočke napotni zdravniki s svojega delovnega področja.

(2) Pripomočke iz 1. točke prejšnjega odstavka lahko predpisujejo tudi napotni zdravniki, če jih zato pooblastijo osebni zdravniki zavarovanih oseb z napotnico. Upravni odbor zavoda lahko za predpisovanje posameznih vrst pripomočkov iz prejšnjega odstavka poimensko določi seznam pooblaščenih zdravnikov.

(3) Pripomočke, pri katerih je potrebna timska obravnava zavarovane osebe, individualna izdelava in individualna aplikacija pripomočka, lahko predpisujejo napotni zdravniki, ki so ustrezno usposobljeni in razpolagajo s timom sodelavcev. V tim morajo biti vključeni vsaj usposobljen zdravnik ortoped ali specialist fizikalne in rehabilitacijske medicine (FRM), usposobljen delovni terapevt ali fizioterapevt in usposobljen inženir ortopedske tehnike. Opravljene naloge posameznih članov tima v zvezi z ugotovitvijo zdravstvenega in funkcionalnega stanja, izbire, nastavitve, izdelave in aplikacije pripomočka morajo biti razvidne iz zdravstvene dokumentacije. Med prilagoditve in nastavitve pripomočka ne štejejo nastavitve sestavnih delov pripomočka ali montaža dodatka k pripomočku.

(4) Seznam pripomočkov, pri katerih je potrebna timska obravnava zavarovane osebe, individualna izdelava in individualna aplikacija, določi minister, pristojen za zdravje.

(5) Pooblastilo za predpisovanje in izdelovanje posameznih vrst ali skupin pripomočkov določi s posebnim sklepom Upravni odbor zavoda na predlog Inštituta Republike Slovenije za rehabilitacijo. Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, ki po posebnem zakonu določa doktrino na področju preskrbe z medicinskimi pripomočki, predlaga zavodu predpisovalca medicinskih pripomočkov, za katerega ugotovi, da izpolnjuje pogoje iz tretjega odstavka tega člena in izdelovalca medicinskih pripomočkov, za katerega ugotovi, da izpolnjuje tehnične in kadrovske zahteve za izdelavo najzahtevnejših pripomočkov.

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

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

(8) Zavarovana oseba mora naročilnico predložiti lekarni ali pravni ali fizični osebi, ki opravlja promet z medicinskotehničnimi pripomočki na drobno v specializiranih prodajalnah v 30 dneh od izdaje naročilnice oziroma vročitve izvršljive odločbe imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije oziroma odobritve vzdrževanja in popravil pripomočkov iz prvega odstavka 66. člena pravil. Zavod s pogodbo z izvajalcem določi najdaljši rok dobave oziroma izdelave pripomočka.

**213. člen**

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

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

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

(4) Upravni odbor zavoda določi vrste pripomočkov in zdravstvena stanja, pri katerih se pripomočke lahko predpiše na obnovljivo naročilnico.

**214. člen**

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

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

**215. člen**

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

**216. člen**

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

(2) Zavarovana oseba si do uvedbe elektronske obnovljive naročilnice pripomoček, ki je predpisan na obnovljivo naročilnico, nabavlja pri tisti lekarni ali pravni ali fizični osebi, ki opravlja promet z medicinsko-tehničnimi pripomočki na drobno v specializirani prodajalni, pri kateri je na posamezno obnovljivo naročilnico prvič nabavila pripomoček. Posamezna izdaja na podlagi obnovljive letne naročilnice je lahko največ v količini, predvideni za obdobje treh mesecev.

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

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

(5) Zavarovana oseba lahko v primeru, ko ima izbrana inzulinska črpalka funkcijo aparata za določanje glukoze v krvi, namesto diagnostičnih trakov za aparat za določanje glukoze v krvi uveljavlja pravico do ustreznega števila diagnostičnih trakov za določanje glukoze v krvi za inzulinsko črpalko.

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

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

(8) Zavarovana oseba je upravičena do vzdrževanja in popravil pripomočkov iz prvega odstavka 66. člena teh pravil ter do zamenjave njihovih delov na podlagi naročilnice, ki jo izda osebni zdravnik in predhodne odobritve zavoda. Osebni zdravnik na naročilnici označi, kdaj je zavarovana oseba medicinsko-tehnični pripomoček prejela.

(9) Naročilnica in predhodna odobritev zavoda iz prejšnjega odstavka nista potrebna, kadar gre za vzdrževanje, popravila ali zamenjavo delov slušnega aparata, digitalnega slušnega aparata, aparata za boljše sporazumevanje, aparata za omogočanje glasnega govora in pripomočkov, ki so predmet izposoje.

**217. člen**

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

**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, ki so na zasebnem ali na službenem potovanju v tujini, za eno leto.

**252. člen**

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

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

1. razliko v ceni pripomočka, če zavarovana oseba zahteva pripomoček v višji vrednosti kot ga določa cenovni standard;

2. razliko v ceni storitve izvajalca, kadar je ta na podlagi pogodbe z zavodom višja od cenovnega standarda zanjo;

3. razliko v ceni zobnoprotetičnih nadomestkov oziroma storitev, izdelanih iz materialov, ki niso standardni;

4. razliko v ceni za nemedicinski del oskrbnega dne (stroški nastanitve in prehrane), če zavarovana oseba na lastno zahtevo biva v sobi, ki presega standard ali zahteva posebno postrežbo in nego. V tem primeru lahko doplačilo dosega razliko med ceno nemedicinskega dela oskrbnega dne, določenega s pogodbo med zavodom in izvajalcem, ter ceno za višji standard tega dela oskrbnega dne;

5. razliko v ceni storitev, določeni s pogodbo med zavodom in izvajalcem, in ceno, ki jo le-ta določi ta za storitve, opravljene na zahtevo zavarovane osebe v nočnem času (med 20. in 6. uro), ob nedeljah in praznikih in ne gre za nujne zdravstvene storitve;

6. doplačilo k ceni za pregled na primarni ravni v primerih, ko si ženska izbere svojega ginekologa v terciarni ustanovi, če je bil pregled opravljen izven rednega delovnega časa izvajalca;

7. celotno ceno storitev, ki jih zavarovana oseba uveljavlja pri zdravniku, ki ni njen osebni zdravnik in ne gre za nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč;

8. celotno ceno storitve za preglede in storitve, opravljene pri specialistih brez napotnice osebnega oziroma napotnega zdravnika, če ne gre za nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč ali za primere, ko je s pravili določeno, da napotnica ni potrebna;

9. celotno vrednost medicinsko-tehničnega pripomočka in zobnoprotetičnega nadomestka, ki ga zavarovana oseba zahteva pred iztekom trajnostne dobe, razen v primerih, določenih v 123. členu pravil. Za pripomočke lahko izvajalec zahteva plačilo v celoti, če je zavarovana oseba pripomoček izgubila, pokvarila ali ga je z neustreznim ravnanjem ali ravnanjem v nasprotju z navodili uničila;

10. celotno vrednost storitev, opravljenih na zahtevo zavarovane osebe zaradi uveljavljanja njenih zahtev in pravic na drugih področjih in na zahtevo drugih pravnih oseb (npr. zavarovalnice, sodišča, delodajalci, Zavod za invalidsko in pokojninsko zavarovanje, organizatorji raznih prireditev itd.);

11. celotno pogodbeno ceno storitev, če ne predloži kartice zdravstvenega zavarovanja oziroma drugega dokumenta, iz katerega bo razvidna urejenost zavarovanja. V tem primeru izvajalec zavarovano osebo napoti na zavod, kjer lahko uveljavlja povračilo računa, če bo izkazala, da je imela v času uveljavljanja zdravstvenih storitev urejeno zdravstveno zavarovanje.

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

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

**254. člen**

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

**259. člen**

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

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

(3) Zavod lahko izjemoma odobri zavarovani osebi medicinsko-tehnični pripomoček, zdravilo ali živilo za posebne zdravstvene namene oziroma celotno ali delno povračilo stroškov, ki niso pravica po pravilih.

**Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (prečiščeno besedilo) (Uradni list RS, št.** [**30/03**](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200330&stevilka=1237)**)**

**269. člen**

(1) Za dopolnjevanje in usklajevanje določb pravil o vrstah, standardnih materialih in rokih trajanja medicinsko-tehničnih pripomočkov z rezultati tehnološkega razvoja in strokovne doktrine zavod ustanovi posebno strokovno komisijo. V komisiji sodelujejo strokovnjaki s področja medicine, zdravstvene ekonomike in prava.

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

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

**Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS. št.** [**88/09**](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200988&stevilka=3879)**)**

**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 medicinsko-tehnične pripomočke v izposojo pred datumom sklenitve pogodb na podlagi prvega javnega razpisa za izposojo pripomočkov, izvedenega na podlagi Dogovora o preskrbi z medicinskimi in tehničnimi 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.

**Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS. št.** [**49/12**](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=201249&stevilka=2048)**)**

PREHODNA IN KONČNA DOLOČBA

14. člen

(1) Minimalne zahteve za materiale in druge zahteve, ki zagotavljajo standard za posamezne vrste medicinsko-tehničnih pripomočkov, in ugotavljanje teh zahtev za posamezne pripomočke (artikle) iz tretjega odstavka 111. člena pravil se vzpostavi postopoma po posameznih skupinah iz šifranta vrst medicinsko-tehničnih pripomočkov, in sicer za pripomočke pri težavah z odvajanjem seča in za pripomočke pri zdravljenju sladkorne bolezni v dvanajstih mesecih od dneva uveljavitve posebnega akta skupščine zavoda iz četrtega odstavka 111. člena pravil, za ostale skupine pripomočkov iz šifranta vrst medicinsko-tehničnih pripomočkov se določijo minimalne zahteve za materiale in druge zahteve, ki zagotavljajo standard za posamezne vrste medicinsko-tehničnih pripomočkov ter vzpostavi seznam pripomočkov (artiklov) do 31. decembra 2015. Do vzpostavitve teh zahtev pri posamezni skupini iz šifranta vrst medicinsko-tehničnih pripomočkov se za to skupino uporabljajo standardi iz 111. člena pravil.

(2) Dobavitelji lahko pripomočke (artikle), ki jih zagotavljajo v skladu s pogodbo z zavodom in za katere posebne strokovne komisije iz tretjega odstavka 111. člena pravil ugotovijo, da ne izpolnjujejo minimalnih zahtev za materiale oziroma drugih zahtev, izdajajo v breme obveznega zavarovanja še največ 30 dni od datuma prejema obvestila zavoda.

1. **ČISTOPIS BESEDILA ČLENOV, KI SE SPREMINJAJO**

**1. člen**

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

1. vrste in obseg pravic,

2. obveznosti zavezancev in zavarovanih oseb,

3. pogoje in postopke za uresničevanje pravic,

4. standarde zdravstvenih storitev in medicinskih pripomočkov,

5. varstvo pravic zavarovanih oseb,

6. nadzor uresničevanja pravic in obveznosti.

**2. člen**

V pravilih pomenijo:

1. zavod - Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije;

2. zakon - zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju;

3. dogovor - dogovor o programu zdravstvenih storitev in o izhodiščih za njegovo izvajanje iz 63. člena zakona;

4. obvezno zavarovanje - obvezno zdravstveno zavarovanje;

5. zavarovana oseba - zavarovanec iz 15. člena zakona in družinski člani iz 20. člena zakona;

6. status zavarovane osebe - lastnost zavarovane osebe po zakonu in pravilih;

7. nosilec zavarovanja - zavarovanec, po katerem so zavarovani družinski člani;

8. zavezanec - pravna ali fizična oseba, ki je zavezanec za prijavo zavarovanca v obvezno zavarovanje. Zavezanec za družinskega člana je nosilec zavarovanja;

9. osebni zdravnik - osebni zdravnik, osebni zobozdravnik, osebni ginekolog in osebni otroški zdravnik;

10. osebni zdravnik - zdravnik, ki si ga zavarovana oseba izbere v skladu s pravili v splošni medicini, medicini dela, otroškem ali šolskem dispanzerju;

11. osebni zobozdravnik - zobozdravnik, ki si ga zavarovana oseba izbere v skladu s pravili;

12. osebni ginekolog - zdravnik, ki si ga ženska izbere za zagotavljanje storitev v dispanzerski ginekološki dejavnosti;

13. nadomestni zdravnik - zdravnik, ki nadomešča odsotnega osebnega zdravnika;

14. napotni zdravnik - zdravnik, pri katerem zavarovana oseba uveljavlja pravice do storitev na podlagi napotnice osebnega ali napotnega zdravnika;

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

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

17. kartica zdravstvenega zavarovanja - identifikacijski dokument zavarovane osebe;

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

19. delovni nalog - listina, s katero zdravnik naroča laboratorijske, rentgenske, fizioterapevtske, ultrazvočne, zobotehnične, citološke in druge preiskave, prevoze z reševalnimi in drugimi vozili, zdravljenje ter nego na domu, storitve s področja psihologije, logopedije, defektologije in druge storitve, ki niso vezane na zdravniške preglede;

20. medicinski pripomočki so:

- proteze, ortoze in ortopedski čevlji;

- vozički in drugi pripomočki za gibanje, stojo in sedenje;

- pripomočki za vid;

- pripomočki za sluh in govor;

**- črtan**

- drugi medicinski pripomočki;

20.a zobnoprotetični pripomočki - pripomočki, ki so sestavni del zobozdravstvenih storitev;

21. nujna medicinska pomoč - zdravstvene storitve, ki jih krije obvezno zdravstveno zavarovanje v celoti in so opredeljene v prvem odstavku 103. člena pravil;

22. nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene storitve - zdravstvene storitve, ki jih uveljavljajo zavarovane osebe na podlagi 25. člena zakona in so podrobneje opredeljene v 101., 102., 103. in 104. členu pravil;

23. pravni red EU - pravni predpisi Unije na področju koordinacije sistemov socialne varnosti, ki so neposredno uporabljivi v slovenski zakonodaji;

24. meddržavna pogodba - dvostranski sporazum o socialni varnosti oziroma socialnem zavarovanju;

25. edini poklic - poklic, ki ga zavarovanec opravlja kot samostojno dejavnost in ni v delovnem razmerju;

26. glavni poklic - poklic, ki ga zavarovanec opravlja kot samostojno dejavnost in je v delovnem razmerju s krajšim delovnim časom od polnega;

27. čakalna doba, čakalni seznam in razumen čas - kakor so opredeljeni v zakonu, ki ureja pacientove pravice;

28. najdaljša dopustna čakalna doba - doba, kakor je za posamezno zdravstveno storitev glede na stopnjo nujnosti določena v pravilniku, ki ureja najdaljše dopustne čakalne dobe za posamezne zdravstvene storitve.

**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.

**22. člen**

(1) Obvezno zavarovanje obsega pravice zavarovanih oseb do:

1. zdravstvenih storitev osnovne, zobozdravstvene, lekarniške, specialistično-ambulantne, bolnišnične, zdraviliške in terciarne zdravstvene dejavnosti ter do zdravstvene nege. Pri tem so zagotovljene preventivne storitve po sprejetem republiškem programu ter storitve s področja diagnostike, zdravljenja in medicinske rehabilitacije bolnih in poškodovanih;

2. zdravstvenih storitev v zvezi s porodom, umetno prekinitvijo nosečnosti, umetno oploditvijo in sterilizacijo;

3. obnovitvene rehabilitacije, organiziranega usposabljanja za življenje z določeno boleznijo po posebnih programih;

4. nujnih in drugih prevozov z reševalnimi ter drugimi vozili;

5. zdravil, ki so predpisana na recept, v skladu z razvrstitvijo na liste, ki jo določi zavod;

6. živil za posebne zdravstvene namene, ki so predpisana na recept, v skladu z razvrstitvijo na liste, ki jo določi zavod;

7. medicinskih pripomočkov;

8. nadomestila plače zavarovancev v delovnem razmerju in z njimi izenačenih zavarovancev v času, ko so začasno zadržani od dela zaradi bolezni, poškodbe pri delu in izven dela, poklicne bolezni, presaditve živega tkiva in organov v korist druge osebe, posledic dajanja krvi, izolacije, spremstva in nege;

9. pogrebnine;

10. posmrtnine;

11. povračila potnih stroškov ob potovanju oziroma bivanju v drugem kraju.

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

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

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

**32. člen**

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

(2) Kadar je zavarovana oseba po določilih 30. člena pravil hkrati upravičena do mostička in delne snemne proteze v isti čeljusti, ima pravico do proteze, ki nadomesti vse vrzeli v čeljusti, če je cena te storitve enaka ali nižja od cene zobnoprotetičnih fiksnih nadomestkov.

**36. člen**

(1) Zavarovani osebi so zagotovljene pravice do:

1. zdravljenja in zdravstvene nege v primeru kronične bolezni ter pri premestitvi iz bolnišnice v skladu z merili, ki jih določijo Ministrstvo za zdravstvo, zavod in skupnost socialnih zavodov;

2. fizioterapije in storitev z drugih področij, ki jih, glede na zdravstveno stanje varovancev, določa pogodba med zavodom in izvajalcem v domu za starejše, posebnem socialno-varstvenem zavodu oziroma zavodu za usposabljanje.

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

**Naslov: V. PRAVICE DO MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV**

**64. člen**

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

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

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

**66. člen**

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

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

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

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

**82. člen**

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

**Naslov: V/5. Pravica do drugih medicinskih pripomočkov**

**97. člen**

(1) Zavod omogoči zavarovani osebi, da dobi v izposojo naslednje medicinske pripomočke potrebne pri zdravljenju, negi in rehabilitaciji na domu:

1. koncentrator kisika ali drug vir kisika;

2. aparat za vzdrževanje stalnega pritiska v dihalnih poteh (CPAP);

3. posteljne blazine za preprečevanje preležanin - standardne;

4. prilagojeni otroški tricikli;

5. dvigalo za kopalnico (hidrolift);

6. ventilator;

7. standardni voziček na ročni pogon ali standardni voziček za otroka;

8. varovalno posteljno ograjo;

9. trapez za obračanje;

10. aspirator;

11. hodulja;

12. sobno dvigalo;

13. negovalna postelja;

14. posteljna mizica;

15. prenosni hrbtni naslon;

16. črtan

17. električni skuter;

18. črtan

19. inzulinsko črpalko zavarovani osebi iz 4. točke drugega odstavka 91. člena teh pravil, vendar največ skupaj za 18 mesecev;

20. črtan

21. črtan

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

**98. člen**

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

- opravljajo servisiranje pripomočkov;

- zagotavljajo v pogodbeno določenem roku garancijo za pripomočke.

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

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

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

**100. člen**

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

**102. člen**

(1) Pravico do nujnega zdravljenja in neodložljivih zdravstvenih storitev iz 2., 3. in 4. točke prvega odstavka 23. člena zakona brez doplačil imajo tudi zavarovane osebe, ki niso dopolnilno zdravstveno zavarovane, potem ko so v tekočem koledarskem letu za te storitve že doplačale znesek v višini:

1. dvakratnega zneska povprečne letne premije za dopolnilno zdravstveno zavarovanje veljavne v prvem mesecu tekočega leta, če gre za zavarovane osebe, katerih dohodek, preračunan na družinskega člana, dosega do 150% zneska, določenega kot cenzus za pridobitev denarne socialne pomoči po predpisih o socialnem varstvu;

2. trikratnega zneska povprečne letne premije za dopolnilno zdravstveno zavarovanje veljavne v prvem mesecu tekočega leta, če gre za zavarovane osebe, katerih dohodek, preračunan na družinskega člana, znaša od 150 do 250% zneska, določenega kot cenzus za pridobitev denarne socialne pomoči po predpisih o socialnem varstvu;

3. štirikratnega zneska povprečne polne letne premije za dopolnilno zdravstveno zavarovanje veljavne v prvem mesecu tekočega leta, če gre za zavarovane osebe, katerih dohodek, preračunan na družinskega člana, presega 250% zneska, določenega kot cenzus za pridobitev denarne socialne pomoči po predpisih o socialnem varstvu.

(2) Povprečna letna premija za dopolnilno zdravstveno zavarovanje je povprečje letnih premij za dopolnilno zdravstveno zavarovanje brez popustov, vseh zavarovalnic, ponudnic tega zavarovanja v Republiki Sloveniji.

(3) V zneske plačanih doplačil iz prvega odstavka tega člena ne štejejo doplačila za:

1. prevoze z reševalnimi vozili, ki niso bili nujni;

2. zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja;

3. zdravila z vmesne liste,

4. zobnoprotetične pripomočke in storitve;

5. medicinske pripomočke za izboljšanje vida in slušne pripomočke ter pripomočke iz 75. člena pravil;

6. storitve, opravljene v višjem standardu ali obsegu oziroma po drugačnem postopku, kot določajo pravila;

7. druge storitve, ki niso pravica iz obveznega zavarovanja.

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

**Naslov: VII. STANDARDI STORITEV, MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV IN MATERIALOV**

**107. člen**

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

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

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

**111. člen**

(1) Standardi pri medicinskih pripomočkih, ki se zagotavljajo zavarovanim osebam v breme obveznega zavarovanja, so tiste zahteve, ki zagotavljajo funkcionalno ustreznost medicinskega pripomočka glede na opredeljene bolezni in stanja v skladu s prvim odstavkom 64. člena pravil in glede na določene najvišje vrednosti za posamezne vrste medicinskih pripomočkov oziroma posamezne pripomočke (artikle).

(2) Standardi pri medicinskih pripomočkih so:

- materiali, ki zagotavljajo funkcionalno ustreznost pripomočka, so dosegljivi in najcenejši na slovenskem tržišču,

- druge zahteve, ki zagotavljajo funkcionalno ustreznost pripomočka, in

- doba, po preteku katere lahko zavarovana oseba prejme nov pripomoček iste vrste.

(3) Minimalne zahteve za materiale in druge zahteve iz druge alinee prejšnjega odstavka za posamezne vrste medicinskih pripomočkov določi skupščina zavoda s soglasjem ministra, pristojnega za zdravje. Predlog minimalnih zahtev pripravijo posebne strokovne komisije, ki jih imenuje generalni direktor zavoda. Posebne strokovne komisije ugotavljajo tudi izpolnjevanje minimalnih zahtev materialov in drugih zahtev za posamezne pripomočke (artikle).

(4) Sestavo komisij iz prejšnjega odstavka, način njihovega dela in postopek ugotavljanja izpolnjevanja zahtev iz prejšnjega odstavka s posebnim aktom določi skupščina zavoda.

(5) Zavod na svoji spletni strani objavi seznam vrst medicinskih pripomočkov z minimalnimi zahtevami za materiale in drugimi zahtevami, ki jih je sprejela skupščina zavoda, in seznam pripomočkov (artiklov), za katere je bilo ugotovljeno, da izpolnjujejo te zahteve.

**112. člen**

(1) Standardni materiali v zobozdravstveni dejavnosti so pri:

1. zalivkah v vidnem sektorju (oba sekalca in podočnik v posameznem kvadrantu) fosfatni in kompozitni materiali;

2. zalivkah v stranskem (transkaninem) sektorju amalgam;

3. pri vlitih zalivkah, prevlekah, kronah in mostičkih srebropaladijeve, zlatopaladijeve oziroma druge polžlahtne zlitine, ki so najcenejše na tržišču. Pri tem šteje za standard dva grama kovine po členu, pri čemer ceno najcenejšega materiala določi zavod;

4. zobnih fasetah v prevlekah, kronah in mostičkih akrilat ali kompozitni materiali;

5. protezah akrilati in pri delnih snemnih protezah ulita kovinska baza iz kobaltkromove ali podobne zlitine.

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

**113. člen**

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

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

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

**115. člen**

Medicinski pripomočki, ki so enkratna pravica zavarovane osebe, in zato zanje trajnostna doba ni določena, so:

1. brajev pisalni stroj,

2. brajeva vrstica,

3. začasna prsna proteza.

**116. člen**

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

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

stanjem zavarovane osebe.

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

(4) Zavarovani osebi, ki je upravičena do sistema za kontinuirano merjenje glukoze, lahko pooblaščeni zdravnik predpiše največ en oddajnik in 40 senzorjev na leto.

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

(6) Zavarovana oseba z rakom v področju vratu ali glave je pri kombinaciji zdravljenja s kemoterapijo in obsevanjem upravičena do največ treh odmerkov raztopine za zaščito ustne sluznice dnevno za največ devet tednov.

(7) Zavarovani osebi, ki je upravičena do pripomočkov, za katere trajnostna doba ni določena, pooblaščeni zdravnik predpiše količino pripomočkov, ki je potrebna do prve kontrole pri zdravniku, vendar največ za dobo treh mesecev. Pooblaščeni zdravnik lahko na obnovljivo naročilnico predpiše najmanjšo potrebno količino pripomočkov za obdobje do enega leta pri stabilnih kroničnih boleznih oziroma stanjih, pri katerih je potrebna dolgotrajna uporaba pripomočkov, če gre za pripomočke, za katere trajnostna doba ni določena ali je krajša od enega leta.

**120. člen**

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

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

**125. člen**

Predhodno zavarovanje je:

1. za zobnoprotetične fiksne in snemne nadomestke ter za medicinske pripomočke za izboljšanje vida in slušne pripomočke 6 mesecev;

2. za druge pripomočke 3 mesece.

**136. člen**

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

(2) Zavarovana oseba, ki ima pravico do medicinskega pripomočka v skladu s pravili, ga lahko nabavi v tujini, razen pripomočkov iz 94. in 97. člena.

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

**158. člen**

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

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

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

(4) Ne glede na prejšnji odstavek, se družinskim članom iz 2. podtočke točke a) ter 1. in 2. podtočke točke b) prvega odstavka 20. člena zakona, v času, ko zavarovanci iz prejšnjega odstavka, po katerih so zavarovani ti družinski člani, nimajo poravnanih obveznosti plačevanja prispevkov, ne zadržijo njihove pravice do zdravstvenih storitev in denarnih dajatev iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja.

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

**174. člen**

(1) Osebni zdravnik je pooblaščen in dolžan tudi:

1. ugotavljati začasno zadržanost od dela;

2. napotiti zavarovano osebo na imenovanega zdravnika ali zdravstveno komisijo in invalidsko komisijo;

3. napotiti zavarovano osebo k zdravniku specialistu na ambulantno ali bolnišnično obravnavo na ustrezni ravni oziroma na konziliarne preglede k drugim zdravnikom na isti ravni;

4. predpisovati zdravila na recept;

5. predpisovati medicinske pripomočke v skladu z določili pravil;

6. prenašati na ustreznega specialista del pooblastil, kar zadeva zdravljenje, predpisovanje zdravil na recept, napotitev na nadaljnje specialistične preglede oziroma v bolnišnico;

7. napotiti k pooblaščenim specialistom za predpisovanje medicinskih pripomočkov v skladu s pravili;

8. odrejati prevoze z reševalnimi in drugimi vozili ter ocenjevati in potrditi njihovo nujnost, razen v primerih, ko je bila zavarovana oseba odpuščena iz bolnišnice;

9. izstavljati zavarovani osebi obrazce za povračilo potnih stroškov in drugih potrdil v skladu s pravili;

10. zbirati in hraniti dokumentacijo o zdravstvenem stanju zavarovane osebe, o njenem zdravljenju pri drugih izvajalcih, o zadržanosti od dela zaradi bolezni in poškodb ter zaradi nege, predpisanih zdravilih na recept, prejetih pripomočkih in o zdravljenju na domu.

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

**Naslov: XIII/9. Uveljavljanje pravic do medicinskih pripomočkov**

**211. člen**

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

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

**212. člen**

(1) Za predpisovanje medicinskih pripomočkov so pooblaščeni:

1. osebni zdravnik za:

- materiale za zdravstveno nego na domu, bergle, hodulje, navleke za krn, nepodložene usnjene rokavice, standardni voziček na ročni pogon, toaletni stol, trapez za obračanje, tri ali štirinožne palice, sobno dvigalo oziroma dvigalo za kopalnico, elastomerno črpalko, potrošne materiale za inzulinsko črpalko, belo palico za slepe, prsne proteze in ortopedski nedrček za prsno protezo;

- pripomočke iz 89. člena pravil, razen elastičnih rokavic, potrebnih po radikalni operaciji dojke, elastičnih kompresijskih nogavic, razpršilca zraka (inhalatorja), mehanskega injektorja za zdravljenje sladkorne bolezni in raztopine za zaščito ustne sluznice;

- pripomočke iz 90. člena pravil, razen blazin, ki so namenjene preprečevanju preležanin tretje in četrte stopnje po Shei (zahtevnih in zelo zahtevnih blazin za preprečevanje preležanin);

2. za pripomočke iz 7. in 8. točke 75. člena pravil tudi zdravnik specialist v razvojni ambulanti;

3. napotni zdravniki okulisti za pripomočke iz 5. točke prvega odstavka 75., 78., 79., 80., 81., 82., 83. in 84. člena pravil;

4. napotni zdravniki otorinolaringologi za pripomočke iz 85., 87. in 88. člena pravil;

5. specialisti diabetologi pediatri za zavarovane osebe do dopolnjenega 18. leta starosti, ki jih imenuje upravni odbor Zavoda, za pripomočke iz drugega odstavka 91. člena Pravil;

6. specialisti diabetologi internisti za zavarovane osebe starejše od 18 let, ki jih imenuje upravni odbor Zavoda, za pripomočke iz drugega odstavka 91. člena Pravil;

7. za ostale pripomočke napotni zdravniki s svojega delovnega področja.

(2) Pripomočke iz 1. točke prejšnjega odstavka lahko predpisujejo tudi napotni zdravniki, če jih zato pooblastijo osebni zdravniki zavarovanih oseb z napotnico. Upravni odbor zavoda lahko za predpisovanje posameznih vrst pripomočkov iz prejšnjega odstavka poimensko določi seznam pooblaščenih zdravnikov.

(3) Pripomočke, pri katerih je potrebna timska obravnava zavarovane osebe, individualna izdelava in individualna aplikacija pripomočka, lahko predpisujejo napotni zdravniki, ki so ustrezno usposobljeni in razpolagajo s timom sodelavcev. V tim morajo biti vključeni vsaj usposobljen zdravnik ortoped ali

specialist fizikalne in rehabilitacijske medicine (FRM), usposobljen delovni terapevt ali fizioterapevt in usposobljen inženir ortopedske tehnike. Opravljene naloge posameznih članov tima v zvezi z ugotovitvijo zdravstvenega in funkcionalnega stanja, izbire, nastavitve, izdelave in aplikacije pripomočka morajo biti razvidne iz zdravstvene dokumentacije. Med prilagoditve in nastavitve pripomočka ne štejejo nastavitve sestavnih delov pripomočka ali montaža dodatka k pripomočku.

(4) Seznam pripomočkov, pri katerih je potrebna timska obravnava zavarovane osebe, individualna izdelava in individualna aplikacija, določi minister, pristojen za zdravje.

(5) Pooblastilo za predpisovanje in izdelovanje posameznih vrst ali skupin pripomočkov določi s posebnim sklepom Upravni odbor zavoda na predlog Inštituta Republike Slovenije za rehabilitacijo. Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, ki po posebnem zakonu določa doktrino na področju preskrbe z medicinskimi pripomočki, predlaga zavodu predpisovalca medicinskih pripomočkov, za katerega ugotovi, da izpolnjuje pogoje iz tretjega odstavka tega člena in izdelovalca medicinskih pripomočkov, za katerega ugotovi, da izpolnjuje tehnične in kadrovske zahteve za izdelavo najzahtevnejših pripomočkov.

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

(7) Medicinski pripomočki se predpisujejo z naročilnico. Obrazec naročilnice predpiše zavod.

(8) Zavarovana oseba mora naročilnico predložiti lekarni ali pravni ali fizični osebi, ki opravlja promet z medicinskimi pripomočki na drobno v specializiranih prodajalnah v 30 dneh od izdaje naročilnice oziroma vročitve izvršljive odločbe imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije oziroma odobritve vzdrževanja in popravil pripomočkov iz prvega odstavka 66. člena pravil. Zavod s pogodbo z izvajalcem določi najdaljši rok dobave oziroma izdelave pripomočka.

**213. člen**

(1) Pooblaščeni zdravnik mora na naročilnici označiti šifro in naziv medicinskega pripomočka. Šifrant določi upravni odbor zavoda.

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

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

(4) Upravni odbor zavoda določi vrste pripomočkov in zdravstvena stanja, pri katerih se pripomočke lahko predpiše na obnovljivo naročilnico.

**214. člen**

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

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

**215. člen**

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

**216. člen**

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

(2) Zavarovana oseba si do uvedbe elektronske obnovljive naročilnice pripomoček, ki je predpisan na obnovljivo naročilnico, nabavlja pri tisti lekarni ali pravni ali fizični osebi, ki opravlja promet z medicinskimi pripomočki na drobno v specializirani prodajalni, pri kateri je na posamezno obnovljivo naročilnico prvič nabavila pripomoček. Posamezna izdaja na podlagi obnovljive letne naročilnice je lahko največ v količini, predvideni za obdobje treh mesecev.

(3) Lekarna ali pravna ali fizična oseba, ki opravlja promet z medicinskimi pripomočki na drobno v specializirani prodajalni mora ob pogojih iz prvega in drugega odstavka tega člena zagotavljati pripomočke, ki se smejo dajati v promet v skladu z zakonom in izvedbenimi predpisi.

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

(5) Zavarovana oseba lahko v primeru, ko ima izbrana inzulinska črpalka funkcijo aparata za določanje glukoze v krvi, namesto diagnostičnih trakov za aparat za določanje glukoze v krvi uveljavlja pravico do ustreznega števila diagnostičnih trakov za določanje glukoze v krvi za inzulinsko črpalko.

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

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

(8) Zavarovana oseba je upravičena do vzdrževanja in popravil pripomočkov iz prvega odstavka 66. člena teh pravil ter do zamenjave njihovih delov na podlagi naročilnice, ki jo izda osebni zdravnik in predhodne odobritve zavoda. Osebni zdravnik na naročilnici označi, kdaj je zavarovana oseba medicinski pripomoček prejela.

(9) Naročilnica in predhodna odobritev zavoda iz prejšnjega odstavka nista potrebna, kadar gre za vzdrževanje, popravila ali zamenjavo delov slušnega aparata, digitalnega slušnega aparata, aparata za boljše sporazumevanje, aparata za omogočanje glasnega govora in pripomočkov, ki so predmet izposoje.

**217. člen**

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

**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 bivanju 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.

**252. člen**

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

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

1. razliko v ceni pripomočka, če zavarovana oseba zahteva pripomoček v višji vrednosti kot ga določa cenovni standard;

2. razliko v ceni storitve izvajalca, kadar je ta na podlagi pogodbe z zavodom višja od cenovnega standarda zanjo;

3. razliko v ceni zobnoprotetičnih nadomestkov oziroma storitev, izdelanih iz materialov, ki niso standardni;

4. razliko v ceni za nemedicinski del oskrbnega dne (stroški nastanitve in prehrane), če zavarovana oseba na lastno zahtevo biva v sobi, ki presega standard ali zahteva posebno postrežbo in nego. V tem primeru lahko doplačilo dosega razliko med ceno nemedicinskega dela oskrbnega dne, določenega s pogodbo med zavodom in izvajalcem, ter ceno za višji standard tega dela oskrbnega dne;

5. razliko v ceni storitev, določeni s pogodbo med zavodom in izvajalcem, in ceno, ki jo le-ta določi ta za storitve, opravljene na zahtevo zavarovane osebe v nočnem času (med 20. in 6. uro), ob nedeljah in praznikih in ne gre za nujne zdravstvene storitve;

6. doplačilo k ceni za pregled na primarni ravni v primerih, ko si ženska izbere svojega ginekologa v terciarni ustanovi, če je bil pregled opravljen izven rednega delovnega časa izvajalca;

7. celotno ceno storitev, ki jih zavarovana oseba uveljavlja pri zdravniku, ki ni njen osebni zdravnik in ne gre za nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč;

8. celotno ceno storitve za preglede in storitve, opravljene pri specialistih brez napotnice osebnega oziroma napotnega zdravnika, če ne gre za nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč ali za primere, ko je s pravili določeno, da napotnica ni potrebna;

9. celotno vrednost medicinskega pripomočka in zobnoprotetičnega nadomestka, ki ga zavarovana oseba zahteva pred iztekom trajnostne dobe, razen v primerih, določenih v 123. členu pravil. Za pripomočke lahko izvajalec zahteva plačilo v celoti, če je zavarovana oseba pripomoček izgubila, pokvarila ali ga je z neustreznim ravnanjem ali ravnanjem v nasprotju z navodili uničila;

10. celotno vrednost storitev, opravljenih na zahtevo zavarovane osebe zaradi uveljavljanja njenih zahtev in pravic na drugih področjih in na zahtevo drugih pravnih oseb (npr. zavarovalnice, sodišča, delodajalci, Zavod za invalidsko in pokojninsko zavarovanje, organizatorji raznih prireditev itd.);

11. celotno pogodbeno ceno storitev, če ne predloži kartice zdravstvenega zavarovanja oziroma drugega dokumenta, iz katerega bo razvidna urejenost zavarovanja. V tem primeru izvajalec zavarovano osebo napoti na zavod, kjer lahko uveljavlja povračilo računa, če bo izkazala, da je imela v času uveljavljanja zdravstvenih storitev urejeno zdravstveno zavarovanje.

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

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

**254. člen**

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

**259. člen**

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

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

(3) Zavod lahko izjemoma odobri zavarovani osebi medicinski pripomoček, zdravilo ali živilo za posebne zdravstvene namene oziroma celotno ali delno povračilo stroškov, ki niso pravica po pravilih.

**Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (prečiščeno besedilo) (Uradni list RS, št.** [**30/03**](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200330&stevilka=1237)**)**

**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.

**Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS. št.** [**88/09**](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200988&stevilka=3879)**)**

**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 izposojo pred datumom sklenitve pogodb na podlagi prvega javnega razpisa za izposojo pripomočkov, izvedenega na podlagi Dogovora o preskrbi z medicinskimi in tehničnimi 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.«;

**Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS. št.** [**49/12**](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=201249&stevilka=2048)**)**

PREHODNA IN KONČNA DOLOČBA

14. člen

(1) Minimalne zahteve za materiale in druge zahteve, ki zagotavljajo standard za posamezne vrste medicinskih pripomočkov, in ugotavljanje teh zahtev za posamezne pripomočke (artikle) iz tretjega odstavka 111. člena pravil se vzpostavi postopoma po posameznih skupinah iz šifranta vrst medicinskih pripomočkov, in sicer za pripomočke pri težavah z odvajanjem seča in za pripomočke pri zdravljenju sladkorne bolezni v dvanajstih mesecih od dneva uveljavitve posebnega akta skupščine zavoda iz četrtega odstavka 111. člena pravil, za ostale skupine pripomočkov iz šifranta vrst medicinskih pripomočkov se določijo minimalne zahteve za materiale in druge zahteve, ki zagotavljajo standard za posamezne vrste medicinskih pripomočkov ter vzpostavi seznam pripomočkov (artiklov) do 31. decembra 2015. Do vzpostavitve teh zahtev pri posamezni skupini iz šifranta vrst medicinskih pripomočkov se za to skupino uporabljajo standardi iz 111. člena pravil.

(2) Dobavitelji lahko pripomočke (artikle), ki jih zagotavljajo v skladu s pogodbo z zavodom in za katere posebne strokovne komisije iz tretjega odstavka 111. člena pravil ugotovijo, da ne izpolnjujejo minimalnih zahtev za materiale oziroma drugih zahtev, izdajajo v breme obveznega zavarovanja še največ 30 dni od datuma prejema obvestila zavoda.

**Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. \_\_/\_\_\_)**

**Prehodni določbi in končna določba**

**19. člen**

Črta se Priloga "Šifrant ortopedskih, ortotičnih, očesnih, slušnih in drugih pripomočkov".

**20. člen**

Sprememba 8. točke 2. člena in sprememba 11. člena, obeh v delu, ki se nanaša na zavarovanje družinskih članov, se začneta uporabljati 1. junija 2013 in se uporablja tudi za zavarovanje družinskih članov, ki so ob začetku njune uporabe že obvezno zavarovani.

**21. člen**

Te spremembe in dopolnitve se objavijo v Uradnem listu Republike Slovenije, ko da nanje soglasje minister, pristojen za zdravje, in začnejo veljati petnajsti dan po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije.

1. Uradni list RS, št. 40/12 [↑](#footnote-ref-1)
2. Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11 in 40/12 – ZUJF [↑](#footnote-ref-2)
3. Uradni list RS, št. 98/09 [↑](#footnote-ref-3)
4. Uradni list RS, št. 30/03 – prečiščeno besedilo, 35/03 – popr., 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 – popr., 64/07, 33/08, 7/09, 88/09, 30/11 in 49/12 [↑](#footnote-ref-4)
5. Uradni list RS, št. 62/10, 40/11, 40/12 – ZUJF in 57/12 – ZPCP-2D [↑](#footnote-ref-5)
6. Uradni list RS, št. 87/11 [↑](#footnote-ref-6)
7. Zavarovalne podlage 059, 060, 062, 063, 108 [↑](#footnote-ref-7)
8. Zakonci in starši upokojencev [↑](#footnote-ref-8)
9. Zavarovalne podlage 057, 077 in 109 [↑](#footnote-ref-9)
10. Vir: EHIC Report 2012, Upravna komisija za koordinacijo sistemov socialne varnosti - A.C. 263/12 REV [↑](#footnote-ref-10)
11. Uradni list RS, št. 79/94 [↑](#footnote-ref-11)
12. Uradni list RS, št. 59/02 [↑](#footnote-ref-12)