

Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja

1237. Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, izdaja na podlagi 13. člena statuta Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (Uradni list RS, št. 87/01 in 1/02, v nadaljevanju: zavod) in sklepa skupščine z dne 10. 12. 2002 prečiščeno besedilo pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki obsega:

- pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (prečiščeno besedilo), ki jih je sprejela skupščina zavoda na seji dne 13. 10. 1997 (Uradni list RS, št. 3/98),
- spremembe in dopolnitve pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki jih je sprejela skupščina zavoda na seji dne 4. 12. 1998 (Uradni list RS, št. 90/98 in popr. Uradni list RS, št. 6/99),
- spremembe in dopolnitve pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki jih je sprejela skupščina zavoda na seji dne 4. 4. 2000 (Uradni list RS, št. 61/00 in popr. Uradni list RS, št. 64/00 in 91/00),
- spremembe in dopolnitve pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki jih je sprejela skupščina zavoda na seji dne 22. 5. 2002 (Uradni list RS, št. 59/02),
- spremembe in dopolnitve pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki jih je sprejela skupščina zavoda na seji dne 10. 12. 2002 (Uradni list RS, št. 18/03) in h katerim je dal soglasje minister za zdravje, dne 14. 12. 1998, št. 020-61/98, dne 14. 6. 2000, št. 515-9/2000, dne 21. 6. 2002, št. 5150-1/02-2 ter dne 5. 2. 2003, št. 5150-1/2002-7

PRAVILA obveznega zdravstvenega zavarovanja (prečiščeno besedilo)

I. SPLOŠNE DOLOČBE

1. člen

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

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

1.a člen

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

2. člen

Posamezni izrazi, uporabljeni v pravilih, imajo naslednji pomen:

1. čakalna doba je doba, kakor je opredeljena v zakonu, ki ureja pacientove pravice;

2. čakalni seznam je seznam, kakor je opredeljen v zakonu, ki ureja pacientove pravice;

3. delovni nalog je listina, s katero pooblaščen zdravnik naroča laboratorijske, rentgenske, ultrazvočne, zobotehnične, citološke in druge preiskave, nego na domu, fizioterapevtske storitve in storitve s področja psihologije, logopedije, defektologije in druge storitve, ki niso vezane na zdravniške preglede;

4. dobavitelj je lekarna ali druga pravna ali fizična oseba v Republiki Sloveniji, ki opravlja promet z medicinskimi pripomočki na drobno v specializirani prodajalni in ki ima z zavodom sklenjeno pogodbo o izdaji, o izposoji ali o izdaji in izposoji medicinskih pripomočkov;

5. dogovor je dogovor iz 63. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 63/13 – ZIUPTDSV, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C in 111/13 – ZMEPIZ-1);

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

7. funkcionalno ustrezen medicinski pripomoček je medicinski pripomoček, ki zavarovani osebi glede na njeno zdravstveno stanje zagotavlja zdravljenje oziroma medicinsko rehabilitacijo;

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

9. izvajalec je javni zdravstveni zavod ali druga pravna ali fizična oseba v Republiki Sloveniji, ki ima z zavodom sklenjeno pogodbo za izvajanje določenih zdravstvenih storitev;

10. kartica zdravstvenega zavarovanja je identifikacijski dokument zavarovane osebe;

11. magistralno zdravilo je zdravilo za uporabo v humani medicini, kakor je opredeljeno v zakonu, ki ureja zdravila;

12. meddržavna pogodba je dvostranski sporazum o socialni varnosti oziroma socialnem zavarovanju;

13. medicinski pripomoček je medicinski pripomoček, ki se predpisuje na naročilnico;

14. nadomestni zdravnik je zdravnik, ki izpolnjuje pogoje za osebnega zdravnika, in tega nadomešča v njegovi odsotnosti z vsemi njegovimi pooblastili;

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

16. napotni zdravnik je zdravnik specialist, pri katerem zavarovana oseba uveljavlja zdravstveno storitev na podlagi napotnice osebnega zdravnika ali po njegovem pooblastilu na podlagi napotnice drugega napotnega zdravnika, ki opravlja zdravstveno dejavnost na isti ali višji ravni kot zdravnik, ki je izdal napotnico;

17. napotnica je listina zavoda, s katero osebni zdravnik prenaša pooblastila na napotnega zdravnika oziroma s katero napotni zdravnik po pooblastilu osebnega zdravnika prenaša pooblastila na drugega napotnega zdravnika;

18. naročilnica je listina zavoda za predpisovanje medicinskih pripomočkov, ki jih zavarovani osebi predpiše pooblaščen zdravnik;

19. naročilnica EU je listina za predpisovanje medicinskega pripomočka, ki jo v okviru zdravstvene storitve iz prve ali druge alinee prvega odstavka 135.c člena pravil izda zdravnik v drugi državi članici Evropske unije, ki izpolnjuje enake pogoje kot pooblaščen zdravnik;

20. nosilec zavarovanja je zavarovanec, po katerem so zavarovani družinski člani;

21. nujna medicinska pomoč so zdravstvene storitve iz dvanajste alinee 1. točke prvega odstavka 23. člena zakona, določene v prvem odstavku 103. člena pravil;

22. nujno zdravljenje so zdravstvene storitve, določene v drugem odstavku 103. člena pravil, ki jih uveljavljajo zavarovane osebe na podlagi 25. in 78.a člena zakona;

23. obvezno zavarovanje je obvezno zdravstveno zavarovanje;

24. osebni ginekolog je izbrani osebni zdravnik ženske za zagotavljanje dispanzerske dejavnosti s področja ginekologije;

25. osebni otroški zdravnik je izbrani osebni zdravnik zavarovane osebe do dopolnjenega 19. leta starosti v otroškem ali šolskem dispanzerju;

26. osebni zdravnik je izbrani osebni zdravnik kot skupni pojem za splošnega osebnega zdravnika, osebnega zobozdravnika, osebnega ginekologa in osebnega otroškega zdravnika, ki si ga zavarovana oseba izbere v skladu s pravili;

27. osebni zobozdravnik je izbrani osebni zobozdravnik, ki si ga zavarovana oseba izbere v skladu s pravili;

28. pooblaščen zdravnik je osebni zdravnik, napotni zdravnik ali drug zdravnik pri izvajalcu, ki je z zakonom ali s splošnim aktom zavoda pooblaščen izvesti določeno zdravstveno storitev;

29. pravica je pravica, ki se zagotavlja zavarovani osebi iz obveznega zavarovanja;

30. pravni red EU je pravni predpisi Evropske unije na področju koordinacije sistemov socialne varnosti, ki se v Republiki Sloveniji neposredno uporabljajo;

31. pripomoček je medicinski pripomoček, ki se predpisuje na naročilnico oziroma drug medicinski pripomoček, ki ga zagotavlja izvajalec pri opravljanju zdravstvene dejavnosti;

32. pripomoček (artikel) je serijsko izdelan medicinski pripomoček z imenom, kot ga določi proizvajalec, ki se zagotavlja v okviru določene vrste medicinskega pripomočka;

33. prispevek je prispevek za obvezno zavarovanje;

34. razumen čas je čas, kakor je opredeljen v zakonu, ki ureja pacientove pravice;

35. recept je listina zavoda za predpisovanje zdravil in živil, ki jih zavod razvrsti na pozitivno ali vmesno listo na podlagi zakona in splošnega akta zavoda, in jih zavarovani osebi predpiše pooblaščen zdravnik;

36. receptni obrazec je listina za predpisovanje zdravil in živil, ki se predpisuje na recept, ki jo v okviru zdravstvene storitve iz prve ali druge alinee prvega odstavka 135.c člena pravil predpiše zdravnik v drugi državi članici Evropske unije, ki izpolnjuje enake pogoje kot pooblaščen zdravnik;

37. seznam medicinskih pripomočkov je seznam medicinskih pripomočkov iz drugega odstavka 64. člena pravil;

38. skupina medicinskih pripomočkov je skupina medicinskih pripomočkov, določena v šifrantu vrst medicinskih pripomočkov;

39. splošni akt zavoda so pravila in drugi splošni akti zavoda za izvajanje obveznega zavarovanja;

40. splošni osebni zdravnik je izbrani osebni zdravnik zavarovane osebe od 19. leta starosti;

41. standard so vrsta, količina, normativi in vrednost zdravstvenih storitev iz obveznega zavarovanja, ter pogoji in postopki uveljavljanja pravic;

42. status zavarovane osebe je lastnost zavarovane osebe po zakonu in pravilih;

43. šifrant vrst medicinskih pripomočkov je šifrant vrst medicinskih pripomočkov iz prvega odstavka 64. člena pravil;

44. vrsta medicinskega pripomočka je vrsta medicinskega pripomočka, določena v šifrantu vrst medicinskih pripomočkov;

45. zakon je Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju;

46. zavarovana oseba je zavarovanec iz 15. člena zakona in družinski člani iz 20. člena zakona;

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

48. zavod je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije;

49. zoboprotetični pripomočki so pripomočki, ki so sestavni del zobozdravstvenih storitev;

50. živilo je živilo za posebne zdravstvene namene, ki so pravica.

3. člen

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

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

(3) Izvajalci in dobavitelji izpolnjujejo obveznosti, določene v zakonu, splošnih aktih zavoda, dogovoru oziroma dogovoru iz 63.a člena zakona in pogodbah, ki jih imajo sklenjene z zavodom.

4. člen

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

(2) Zavod ima pravico zavrnilo plačilo zdravstvene storitve in pravico od izvajalca in dobavitelja zahtevati povrnitev stroškov za zdravstveno storitev, če izvajalec oziroma dobavitelj ne ravna v skladu z zakonom, s splošnimi akti zavoda, dogovorom oziroma dogovorom iz 63.a člena zakona ali pogodbo, ki jo ima sklenjeno z zavodom.

(3) Zavod ima pravico razdreti pogodbo z izvajalcem in dobaviteljem, če izvajalec oziroma dobavitelj več kot dvakrat ne ravna v skladu s prejšnjim odstavkom, če ni drugače določeno v dogovoru oziroma dogovoru iz 63.a člena zakona ali v pogodbi, ki jo ima sklenjeno z zavodom.

II. PRIDOBITEV, SPREMEMBA OZIROMA IZGUBA LASTNOSTI ZAVAROVANE OSEBE

5. člen

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

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

6. člen

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

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

7. člen

Zavod prizna lastnost zavarovane osebe z izdajo kartice zdravstvenega zavarovanja.

8. člen

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

9. člen

Lastnost zavarovane osebe ob pogoju prijave pridobijo:

- osebe v delovnem razmerju v Republiki Sloveniji – z dnem, ko so sklenile delovno razmerje;
- osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki so zaposlene pri tujem delodajalcu in niso zavarovane pri tujem delodajalcu – z dnem, ko so sklenile delovno razmerje;
- osebe, ki v Republiki Sloveniji opravljajo gospodarsko ali poklicno dejavnost kot edini ali glavni poklic – z dnem vpisa v predpisan register oziroma z dnem, ki je na odločbi upravnega organa naveden kot pričetek opravljanja dejavnosti;
- družbeniki osebnih družb, družbeniki družb z omejeno odgovornostjo in ustanovitelji zavodov, ki so hkrati poslovodne osebe, in opravljajo poslovodno funkcijo kot edini ali glavni poklic – z dnem vpisa družbenika družbe oziroma ustanovitelja zavoda kot poslovodne osebe v predpisan register;
- kmetije – z dnem, ko začnejo opravljati kmetijsko dejavnost kot edini ali glavni poklic;
- vrhunski športniki in vrhunski šahisti – z dnem, ko pridobijo status vrhunskega športnika ali vrhunskega šahista;
- brezposelne osebe, ki prejemajo pri zavodu za zaposlovanje denarno nadomestilo – z dnem, ko pridobijo to pravico;
- upravičenci do pravic po zakonu o starševskem varstvu in družinskih prejemkih – z dnem, ko pridobijo pravico po tem zakonu;
- prejemniki denarnega nadomestila po zakonu o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih odraslih oseb – z dnem, ko pridobijo pravico do nadomestila;
- osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki prejemajo trajno denarno socialno pomoč – z dnem, ko pridobijo to pravico;
- upokojenci, ki prejemajo pokojnino po predpisih Republike

Slovenije, in prejemniki preživnin po zakonu o preživninskem varstvu kmetov – z dnem, ko pridobijo pravico do pokojnine oziroma preživnine;

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

13. prejemniki nadomestil po zakonu o pokojninskem in invalidskem zavarovanju s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji (delavci na prekvalifikaciji oziroma dokvalifikaciji, invalidi II. in III. kategorije, ki čakajo na zaposlitev po prekvalifikaciji oziroma dokvalifikaciji, invalidi II. in III. kategorije, ki čakajo na delo, ko jim preneha pravica do nadomestila iz naslova brezposelnosti) – z dnem, ko pridobijo pravico do nadomestila;

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

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

16. vojaški obvezniki s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji med služenjem vojaškega roka oziroma med usposabljanjem za rezervno sestavo policije – z dnem, ko nastopijo služenje vojaškega roka oziroma z dnem začetka usposabljanja;

17. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja, ki med bivanjem v Republiki Sloveniji ne morejo uveljavljati pravic iz tega zavarovanja – z dnem, ko pridejo v Republiko Slovenijo;

18. družinski člani osebe, zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja, ki imajo stalno prebivališče v Republiki Sloveniji in v tujini ne morejo biti zavarovani kot družinski člani – z dnem, ko nosilec zavarovanja vstopi v zavarovanje v drugi državi;

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

20. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, če ne izpolnjujejo pogojev za zavarovanje po eni izmed točk iz prvega odstavka 15. člena zakona in si same plačujejo prispevek – z dnem, ko ne izpolnjujejo več pogojev za zavarovanje po kateri drugi točki prvega odstavka 15. člena zakona;

21. osebe iz 21. točke prvega odstavka 15. člena zakona, ki imajo pravico do plačila prispevka po zakonu, ki ureja uveljavljanje pravic iz javnih sredstev – z dnem priznanja pravice do plačila prispevka za obvezno zavarovanje po zakonu, ki ureja uveljavljanje pravic iz javnih sredstev;

22. osebe, ki jim je Republika Slovenija priznala status begunca ali subsidiarno zaščito v skladu s predpisi o mednarodni zaščiti, če niso obvezno zavarovane iz drugega naslova – z dnem, ko jim je bil priznan status begunca oziroma z dnem, ko jim je bila priznana subsidiarna zaščita;

23. priporniki, ki niso zavarovanci iz drugega naslova do trenutka nastopa pripora oziroma jim zavarovanje preneha v času pripora – z dnem, ko nastopijo pripor oziroma z naslednjim dnem po prenehanju zavarovanja iz drugega naslova v času pripora;

24. obsojenci na prestajanju kazni zapora, mladoletniškega zapora, mladoletniki na prestajanju vzgojnega ukrepa oddaje v prevzgojni dom, osebe, ki jim je izrečen varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu ter obvezno zdravljenje odvisnosti od alkohola in drog – z dnem pričetka prestajanja kazni zapora, vzgojnega ukrepa ali varnostnega ukrepa;

25. otroci do 18. leta starosti, ki se šolajo in niso obvezno zavarovani kot družinski člani, ker njihovi starši ne skrbijo za njih oziroma, ker starši ne izpolnjujejo pogojev za vključitev v obvezno zavarovanje – z

dnem, ko občina ugotovi, da otrok izpolnjuje pogoje za prijavo v obvezno zavarovanje iz tega naslova;

26. družinski pomočniki po zakonu, ki ureja socialno varstvo – z dnem pridobitve pravice do delnega plačila za izgubljeni dohodek po predpisih o socialnem varstvu;

27. prejemniki nadomestil iz drugega in tretjega odstavka 34. člena zakona – z naslednjim dnem po prenehanju delovnega razmerja, in nadomestil po drugih zakonih – z dnem, ko pričnejo prejemati nadomestilo;

28. družinski člani zavarovancev iz prejšnjih točk tega člena, ki ne morejo biti zavarovanci po kateri od teh točk, z dnem, ko izpolnijo pogoje za obvezno zavarovanje po zakonu in pravilih.

10. člen

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

(2) Zavarovanec lahko kot družinskega člana zavaruje osebo, ki je najmanj 2 leti pred vložitvijo prijave za obvezno zavarovanje živel z njim v življenjski skupnosti, ki je po predpisih o zakonski zvezi in družinskih razmerjih v pravnih posledicah izenačena z zakonsko zvezo. Domneva se, da med dvema osebama, ki nista sklenili zakonske zveze, obstaja zunajzakonska skupnost, ne glede na njen čas trajanja, če se jima je rodil skupni otrok ali sta posvojili otroka in ne gre za enostarševsko družino, in ni razlogov, zaradi katerih bi bila zakonska skupnost neveljavna.

(3) Zavarovanec iz 23. in 24. točke prejšnjega člena ne more zavarovati po sebi družinskih članov.

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

11. člen

(1) Zavarovano osebo prijavi v obvezno zavarovanje zavezanec.

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

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

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

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

(6) Sprememba nosilca zavarovanja se izvede na podlagi nove

prijave družinskega člana v obvezno zavarovanje, ki jo vloži novi nosilec zavarovanja.

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

12. člen

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

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

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

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

13. člen

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

14. člen

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

15. člen

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

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

(3) V primeru, da je zavarovanec, ki je hkrati zavezanec za odjavo,

umrl, ga zavod odjavi iz obveznega zavarovanja po uradni dolžnosti na podlagi izpisa iz matične knjige.

16. člen

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

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

17. člen

(1) Zavezanci so dolžni plačevati zavodu prispevke od osnov in po stopnjah, ki jih določa zakon oziroma zakon, ki ureja stopnje prispevkov za obvezno zavarovanje.

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

III. IZKAZOVANJE ZAVAROVANIH OSEB

18. člen

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

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

19. člen

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

20. člen

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

21. člen

(1) Zavod določi obliko in vsebino kartice zdravstvenega zavarovanja ter listino za izbiro osebnega zdravnika. Zavod zagotovi zavarovani

osebi ob sprejemu v obvezno zavarovanje kartico zdravstvenega zavarovanja.

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

IV. PRAVICE ZAVAROVANIH OSEB

22. člen

(1) Obvezno zavarovanje obsega pravice zavarovanih oseb do:

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

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

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

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

5. zdravil, ki so predpisana na recept, v skladu z razvrstitvijo 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;

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

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

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

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

22.a člen

(1) Zavarovanci iz 22. točke prvega odstavka 15. člena zakona nimajo pravice do zdravljenja in nege na domu, zdravljenja v tujini, zdraviliškega zdravljenja, nadomestila med začasno zadržanostjo od dela, nadomestila zaradi nege ožjega družinskega člana in povračila potnih stroškov.

(2) Zavarovanci iz prejšnjega odstavka si osebne zdravnika izberejo izmed zdravnikov, ki opravljajo osnovno zdravstveno in zobozdravstveno dejavnost za te zavarovance v zavodu oziroma za zavod, v katerem so na prestajanju pripora oziroma izrečene kazenske sankcije. Zdravstvene storitve, ki jih osebni zdravnik ne opravlja, uveljavljajo ti zavarovanci skladno s predpisi s področja izvrševanja kazenskih sankcij.

23. člen

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

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

24. člen

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

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

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

25. člen

Med pravice ne sodijo:

1. storitve estetskih operacij, razen če so potrebne zaradi posledic poškodb, okvar ali bolezni in so povezane tudi z odpravo funkcionalnih prizadetosti;

2. storitve, ki so povezane z iztreznitvijo ob akutnem alkoholnem opoju;

3. storitve neobveznega cepljenja;

4. storitve ugotavljanja zdravstvenega stanja, ki jih zavarovana oseba uveljavlja zaradi zahtev ali predpisov na drugih področjih ali pri drugih organih (pri zavarovalnicah, sodiščih, v kazenskem postopku, izdaja potrdil za voznike motornih vozil, ukrepi v zvezi z varstvom pri delu itd.);

5. storitve, potrebne za uveljavljanje pravic iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja, ki presegajo obseg storitev, opredeljenih v seznamu obvezne medicinske dokumentacije za uveljavljanje pravic na podlagi invalidnosti in preostale delovne zmožnosti in storitve na zahtevo invalidske komisije;

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

7. storitve, ki se izvedejo na zahtevo zavarovane osebe in ki po mnenju pooblaščenega zdravnika, glede na njeno zdravstveno stanje, niso potrebne;

8. storitve, ki so potrebne za odpravo škode, ki si jo je zavarovana oseba povzročila sama.

9. stroški prevoza zavarovane osebe iz tujine v domovino.

IV/1. Pravica do storitev osnovne zdravstvene dejavnosti

26. člen

Pravice zavarovanih oseb do storitev osnovne zdravstvene dejavnosti obsegajo:

1. zdravniške kurativne preglede in preiskave ter zdravstveno nego, z namenom, da bi odkrili, preprečili ali zdravili bolezni ter poškodbe in medicinsko rehabilitacijo zbolelih, poškodovanih in oseb z motnjami v razvoju. V odkrivanje bolezni štejejo kurativni pregledi, storitve diagnostike, ki jih določijo zdravnik, presejalni testi in programirana zdravstvena vzgoja;

2. zdravljenje na domu zbolelih in poškodovanih ter oseb z motnjami v razvoju;

3. zdravstveno nego na njihovem domu, v domovih za starejše, v posebnih socialno-varstvenih zavodih in zavodih za usposabljanje;

4. sistematične in preventivne preglede, laboratorijske storitve, rentgenska slikanja in ultrazvočne preiskave, ki so v skladu s programom;

5. ugotavljanje začasne zadržanosti od dela;

6. patronažna zdravstvena nega;

7. hišne obiske splošnih osebnih zdravnikov in osebnih otroških zdravnikov in članov tima razvojne medicine, kadar zavarovana oseba zaradi svojega zdravstvenega stanja ali drugih okoliščin ne more priti k zdravniku v ambulanto ali razvojno ambulanto;

8. zagotavljanje storitev nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči;

9. prevoze z reševalnimi vozili;

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

11. individualna svetovanja in pomoč pri spreminjanju nezdravega življenjskega sloga ob drugih preventivnih, sistematičnih in kurativnih pregledih ter svetovanja, izobraževanje, usposabljanje in pomoč v skupinah, ki jih vodijo in organizirajo zdravstveni zavodi in izvajalci na primarni ravni zdravstvene dejavnosti skladno s programom in pogodbo z zavodom.

27. člen

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

1. dojenčkim in predšolskih otrocih do 6. leta starosti:

- sistematični pregledi dojenčkov v 1., 3., 6., 9., 12. in 18. mesecu starosti;

- ultrazvočna preiskava kolkov ob rojstvu in v 3. mesecu;

- sistematični pregledi malih otrok v 3. letu s psihološkim testiranjem in 5. letu starosti z logopedskim presejanjem;

- Denverski razvojno-presejalni test pri vseh pregledih v prvem, tretjem in petem letu starosti;

- namenski pregledi dojenčkov v 2. mesecu starosti in pred vstopom v vrtec in namenski pregled pred odhodom na organizirano zdravstveno letovanje;

- 8 patronažnih obiskov v družini z dojenčkom v starosti do enega leta, dva dodatna patronažna obiska pri dojenčkih slepih in invalidnih mater do 12. meseca otrokove starosti in po en obisk v 2. in 3. letu starosti;

- cepljenja in druge storitve, s katerimi se preprečujejo širjenja nalezljivih bolezni, ki jih določa republiški imunizacijski program;

2. šolskih otrocih, mladini in študentih:

- sistematični pregled v času do šest mesecev pred vstopom v osnovno šolo (če se ne pokriva s pregledom v 5. letu starosti);

- sistematični pregledi v 1., 3., 6. in 8. razredu osnovne šole;

- sistematični pregled v 1. in 3. letniku srednje šole;

- sistematični pregledi študentov prvih in zadnjih letnikov višjih in visokih šol;
- sistematični pregledi mladine, ki se ne šola redno, v 18. letu starosti;
- namenski pregled pred odhodom na organizirano zdravstveno letovanje;
- cepljenja in druge storitve za preprečevanje širjenja nalezljivih bolezni, ki jih določa republiški imunizacijski program;
- izdaja zdravniškega mnenja o sposobnosti otroka za začetek šolanja, ki ga vključuje sistematični pregled šolskega novince pred vstopom v osnovno šolo (medicinsko svetovanje šolskemu novincu in njegovim staršem);
- izdaja zdravniškega mnenja, potrebnega za nadaljnje šolanje, ki ga vključuje zadnji sistematični pregled v času šolanja (medicinsko svetovanje učencu in njegovim staršem);
- dva patronažna obiska na leto pri slepih in slabovidnih z dodatnimi motnjami v starosti od 7 do 25 let, ki so v domači oskrbi in se ne šolajo;

3. ženskah:

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

4. zavarovanih osebah, starih 25 let in več:

- preventivni pregled za srčnožilne in druge kronične bolezni vsakih 5 let pri moških v obdobju od 35 do 65 let in pri ženskah od 45 do 70 let, ter pri posameznikih, ki so družinsko obremenjeni z boleznimi srca in ožilja, tudi pred 35. in 45. letom in po potrebi pogosteje;
- preventivni zdravstveni pregled za zgodnje odkrivanje raka debelega črevesa in danke vsaki dve leti pri moških in ženskah v starosti od 50 do 69 let;
- dva patronažna obiska na leto v družini bolnika z aktivno tuberkulozo;
- dva patronažna obiska na leto pri kronično bolnih osebah in težkih invalidih, ki so osamelci in socialno ogroženi ter pri osebah z motnjami v razvoju;
- aktivnosti oziroma storitve v okviru samozaščite ali sozaščite zavarovanih oseb za premagovanje določenih kroničnih bolezni in stanj oziroma bolezni zasvojenosti, kar je v skladu s programom storitev in dogovorom, po pogodbi s izvajalci;
- storitve in ukrepi za preprečevanje, odkrivanje in zatiranje nalezljivih bolezni v skladu z določili imunizacijskega programa;

5. pri športnikih, ki nastopajo na uradnih tekmovanjih nacionalnih panožnih športnih zvez:

- predhodni pregled pred začetkom ukvarjanja z izbrano športno panogo z namenom ugotovitve sposobnosti za obremenitve te športne panoge, če pri zavarovani osebi ni bil opravljen sistematični pregled, predviden za šolsko mladino in študente v času 6 mesecev pred začetkom ukvarjanja z določeno športno panogo;
- obdobji pregledi enkrat letno s katerimi se preverja, ali zdravstveno stanje osebe še ustreza zahtevam in obremenitvam izbrane športne panoge, če v zadnjih 6 mesecih ni bil opravljen sistematični pregled, predviden za šolsko mladino in študente;

6. druge zdravstvene storitve in vzgojni ukrepi za preprečevanje nalezljivih bolezni v skladu z republiškim imunizacijskim programom.

IV/2. Pravica do storitev zobozdravstvene dejavnosti

28. člen

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

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

29. člen

Zavarovane osebe nimajo pravice do:

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

30. člen

Zavarovane osebe so upravičene do naslednjih zobnoproteničnih storitev oziroma nadomestkov:

1. prevlek, kron, nazidkov ter vlitih zalivk v primerih, ko:

- okvarjene zobne krone ni mogoče zadovoljivo obnoviti s plombiranjem;

- je to potrebno zaradi dviga ugriza;

- biomehanski vidiki narekujejo izdelavo takšnega nadomestka na podpornih, retencijskih zobeh za delne snemne proteze ali parodontološko podprte proteze ali za teleskopsko prevleko, ki je potrebna za izdelavo mostička oziroma proteze, ki je pravica;

2. mostička, če manjkajo zavarovani osebi:

- v vidnem sektorju do štirje zobje;

- v eni vrzeli zapored najmanj trije zobje, ki niso na koncu zobne vrste;

- pet zob v dveh ali več vrzelih v istem ali obeh kvadrantih iste čeljusti, če so vrzeli prekinjene s po enim prisotnim zobom;

3. snemne delne proteze, če manjkajo:

- trije ali več zob zapored in izdelava mostička iz statičnih ali drugih strokovnih vidikov ni možna;

- trije ali več zob na koncu zobne vrste (najmanj kočniki) enostransko in ob tem še najmanj dva zoba v istem ali drugem kvadrantu v isti čeljusti;

- zobje v več vrzelih in vsaka od njih predstavlja pravico do mostička, a je cena za protezo nižja kot za mostiček;

4. totalne proteze, če manjkajo zavarovani osebi vsi zobje v eni čeljusti;

5. zobno-proteničnih nadomestkov, če se ob tem zagotovi celovita rehabilitacija v obeh čeljustih v okviru pravic iz tega člena.

31. člen

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

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

1. se med obveznim šolanjem zadnjih 5 let redno udeleževale sistematičnih zobozdravstvenih pregledov ter zdravljenja zob in jim je bila opravljena fluorizacija zobovja, v skladu z republiškim preventivnim programom;

2. imele ob končanem šolanju primarno ali sekundarno zdravo zobovje.

32. člen

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

(2) Kadar je zavarovana oseba po določitih 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 zobnoproteničnih fiksnih nadomestkov.

33. člen

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

34. člen

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

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

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

34.a člen

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

(2) Če zavarovana oseba med zdravljenjem ne ravna po navodilih ortodonta iz prejšnjega odstavka, lahko ortodont prekine z zdravljenjem. V vsakem primeru pa je dolžan to storiti, če zavarovana oseba:

- več kot 6 mesecev brez upravičenega razloga ne pride na kontrolni pregled, na katerega je bila naročena,

- kljub večkratnim opozorilom osebe ali njenih staršev, ki so tudi evidentirana v dokumentaciji, ne nosi aparata po ortodontovih navodilih;

- ne vzdržuje ustrezne ustne higijene in s tem ogroža lastno oralno zdravje.

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

35. člen

Preventivne storitve s področja zobozdravstvenih dejavnosti so pri:

1. predšolskih otrocih:

- preventivni zobozdravstveni pregled dojenčka v starosti od 6 do 12 mesecev;

- preventivni zobozdravstveni pregled otrok v prvem, drugem in tretjem letu starosti;

- preventivni zobozdravstveni pregled otrok v četrtem, petem in

šestem letu starosti;

- indicirano zalitje mlečnih kočnikov;
- fluorizacija s tabletami po prenehanju dojenja;
- fluorizacija s premazi, raztopinami ali želeji do dvakrat mesečno ali s kombinacijo te metode z jemanjem fluorjevih tablet;
- preventivni pregled eno leto pred vstopom v šolo in indicirano zalitje fisur na prvih stalnih kočnikih.

2. mladini do 19. leta starosti in študentih:

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

IV/3. Pravica do storitev v domovih za starejše, posebnih socialno-varstvenih zavodih in zavodih za usposabljanje

36. člen

(1) Zavarovani osebi so zagotovljene pravice do:

1. zdravljenja in zdravstvene nege v primeru kronične bolezni ter pri premestitvi iz bolnišnice v skladu z merili, ki jih določijo ministrstvo, pristojno za zdravje, 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 in pripomočki v skladu s pravili in pogodbo z zavodom.

IV/4. Pravica do storitev specialistično-ambulantne, bolnišnične in terciarne zdravstvene dejavnosti

37. člen

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

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

(2) V okviru specialistično-ambulantne dejavnosti imajo ženske od dopolnjenega 18. leta starosti do dopolnjenega 43. leta starosti tudi pravico do oploditve z biomedicinsko pomočjo, in sicer do največ šestih ciklusov za prvi porod živorojenega otroka, za vsak nadaljnji pa do največ štirih ciklusov. Pri ženski, mlajši od 35 let starosti, se pri prvih dveh ciklusih zunajtelesne oploditve opravi elektivni prenos enega zarodka dobre kakovosti. Postopek oploditve z biomedicinsko pomočjo z odmrznjenimi zarodki se šteje v tisti cikel, v katerem so bili zarodki zamrznjeni.

38. člen

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

1. strokovno, tehnološko in organizacijsko zahtevnejše storitve diagnostike in zdravljenja ter medicinske rehabilitacije, ki jih ni mogoče opraviti v osnovni ali specialistično-ambulantni dejavnosti oziroma v zdraviliščih;
2. zdravstveno nego med bolnišničnim zdravljenjem;
3. nastanitev in prehrano med bivanjem v bolnišnici;
4. nastanitev in prehrano v bolnišnici samo podnevi (dnevna bolnišnica);
5. zdravila, ki so potrebna v času zdravljenja;
6. pripomočke, ki so potrebni v času zdravljenja.

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

39. člen

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

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

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

40. člen

(1) Eden od staršev ima pravico do bivanja ob hospitaliziranem otroku do njegove starosti vključno pet let. Zavod krije stroške nastanitve in prehrane v višini celotne cene, določene s pogodbo med zavodom in izvajalcem. V primeru, da je hospitalizirana mati, ki doji otroka, ima pravico, da ob njej biva tudi otrok.

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

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

(4) V primerih iz prejšnjih dveh odstavkov krije zavod stroške v višini 70% cene obračunske enote za nemedicinski del oskrbe, določene s pogodbo med zavodom in bolnišnico.

41. člen

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

42. člen

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

IV/5. Pravica do zdraviliškega zdravljenja

43. člen

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

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

- na stacionarni način, če mora zavarovana oseba glede na zdravstveno stanje bivati v zdravilišču;

- na ambulantni način, če lahko zavarovana oseba glede na zdravstveno stanje dnevno prihaja v zdravilišče.

(3) Zdraviliško zdravljenje je glede na vrsto:

1. zdraviliško zdravljenje, ki je nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja in se izvaja na stacionarni način, če se začne neposredno po končanem bolnišničnem zdravljenju ali najpozneje pet dni od izdaje odločbe o odobritvi zdraviliškega zdravljenja;

2. zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja in se izvaja na stacionarni ali ambulantni način in se začne po roku iz prejšnje točke.

44. člen

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

45. člen

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

1. Vnetne revmatične in sistemske vezivno tkivne bolezni:

- revmatoidni artritis v umirjeni fazi z zmanjšano gibljivostjo najmanj enega velikega in vsaj treh malih sklepov, kadar težje funkcionalne prizadetosti ni mogoče obvladati z zdravili;

- spondiloartritis z aksialno prizadetostjo (ankilozirajoči spondilitis, psoriatični in enteropatski spondiloartritis) s slabšanjem gibljivosti, ki je dokumentirana z meritvami;

- spondiloartritis s periferno prizadetostjo (ankilozirajoči spondilitis, psoriatični in enteropatski spondiloartritis) v umirjeni fazi z zmanjšano gibljivostjo najmanj enega velikega in vsaj treh malih sklepov, kadar težje funkcionalne prizadetosti ni mogoče obvladati z zdravili;

- sistemske vezivno tkivne bolezni, kot sistemska skleroza s hitrim slabšanjem kožne simptomatike in nastajanjem kontraktur sklepov;

- polimiozitis, dermatomiozitis z izrazitim slabšanjem mišične moči in atrofijo mišic udov.

2. Degenerativni revmatizem:

- generalizirana spondiloza hrbtenice s težjo funkcionalno prizadetostjo in nevrološkimi izpadi, ki jih operativni poseg ne bi odpravil oziroma je operativni poseg kontraindiciran;

- težja funkcionalna prizadetost velikih sklepov z možnostjo hitrega nastanka mišičnih atrofij ali kontraktur sklepov.

3. Poškodbe in operacije na lokomotornem sistemu:

- politravma s težjo funkcionalno prizadetostjo motorike;

- opekline s težjo funkcionalno prizadetostjo motorike;

- zlomi velikih kosti ali hrbtenice; izjemoma brez operativnega posega le ob težji, a popravljivi funkcionalni prizadetosti;

- osteotomija velikih kosti zaradi korekcije položaja sklepov, s težjo funkcionalno prizadetostjo;

- endoproteza velikih sklepov, ki ni vstavljena zaradi zloma, najmanj štiri tedne po posegu, a le ob težji in še popravljivi funkcionalni

prizadetosti;

- totalna sinovektomija velikih sklepov ob težji funkcionalni prizadetosti;

- rekonstrukcija križnih vezi kolena, operativna stabilizacija pogačice;

- stabilizacijske operacije rame, šivanje rotatorne manšete;

- operativni poseg na hrbtenici, s težjo funkcionalno prizadetostjo.

4. Nevrološke in živčno-mišične bolezni:

- novo odkrite organske pareze in paralize s klinično jasnimi funkcionalnimi motnjami;

- okvare centralnega ali perifernega živčevja s popravljivo težjo funkcionalno prizadetostjo motorike, kadar kirurško zdravljenje ni možno;

- nevrokirurške operacije na centralnem ali perifernem živčevju s težjo funkcionalno prizadetostjo motorike.

5. Bolezni srca in ožilja:

- akutni srčni infarkt z zgodnjimi akutnimi zapleti;

- operacije na srcu in ožilju z izvedeno torakotomijo, zajema tudi transplantacijo srca.

6. Ginekološke bolezni in bolezni sečil:

- radikalni kirurški posegi s pooperativno radioterapijo ali kemoterapijo;

- laparotomijski radikalni operativni posegi s težjimi zapleti;

- večji rekonstruktivni posegi istočasno na dveh od naslednjih organskih sistemov: sečila, rodila, prebavila, s težjimi zapleti;

- rak dojke po radikalnem kirurškem posegu ali po končani radioterapiji ali kemoterapiji.

7. Kožne bolezni:

- generalizirana oblika psoriaze, ki je ni mogoče obvladati z zdravili;

- sklerodemija s prizadetostjo kože na sklepih ali na prsnem košu, po zaključenem bolnišničnem zdravljenju;

- obsežne resekcije kože in podkožja, zaradi operacije malignega melanoma ali drugih malignomov kože, z odstranitvijo regionalnih bezgavk.

8. Bolezni prebavil:

- obsežni torakotomijski ali laparotomijski posegi na prebavilih s težjo funkcionalno prizadetostjo;

- Crohnova bolezen ali ulcerozni kolitis zaradi težje epizode poslabšanja;

- akutni nekrozantni pankreatitis, ponavljajoči se pankreatitisi s težjimi zapleti ali podhranjenostjo;

- operativni posegi na jetrih, stanje po transplantaciji jeter.

9. Bolezni dihal:

- obsežni kirurški posegi na pljučih ali v mediastinumu, z izvedeno torakotomijo;

- cistična fibroza pljuč z zmanjšano pljučno funkcijo (FEV1 pod 70 %).

10. Onkološke bolezni:

- radikalne operacije malignomov pred ali po zaključeni radioterapiji ali kemoterapiji;

- obsežne odstranitve aksilarnih, retroperitonealnih ali ingvinalnih bezgavk.

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

1. cistična fibroza pljuč ali druge kronične gnojne pljučne bolezni s potrebo po vsakodnevni respiratorni fizioterapiji in kronične pljučne bolezni, pri katerih je potrebna podpora ventilacije;
2. hujše dermatoze (psoriza, ihtioza, epidermolysis bullosa, atopijski dermatitis - alergijski in nealergijski) z več kot 30 % prizadete kože ob poslabšanju v zadnjem letu ob dokumentiranem zdravljenju;
3. astma in ponavljajoče piskanje pri zavarovani osebi do dopolnjenega petega leta starosti z dvema ali več hospitalizacijami v zadnjem letu ali delno ali neurejena bolezen ob dokumentiranem zdravljenju v zadnjem letu s srednjim odmerkom protivnetnega zdravila oziroma astma pri zavarovani osebi nad petimi leti starosti z eno ali več hospitalizacijami v zadnjem letu ali delno ali neurejena bolezen ob dokumentiranem zdravljenju v zadnjem letu s srednjim odmerkom protivnetnega zdravila;
4. tuberkuloza po zdravljenju težkih oblik bolezni;
5. osteogenesis imperfekta, primarna osteoporoza in skeletne displazije z gibalno oviranostjo;
6. trdovratni alergijski rinitis, ki ga ni mogoče urediti z zdravljenjem s specifično imunoterapijo.

46. člen

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

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

47. člen

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

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

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

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

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

dvoposteljni ali večposteljni sobi s prehrano, v višini cene za nemedicinski del oskrbnega dne.

48. člen

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

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

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

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

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

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

(6) V primeru iz četrtega in petega odstavka tega člena obdobje odloga začetka zdraviliškega zdravljenja oziroma nadaljevanja zdraviliškega zdravljenja ne sme biti daljše od treh mesecev od izdaje odločbe o odobritvi zdraviliškega zdravljenja.

49. člen

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

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

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

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

IV/6. Pravica do obnovitvene rehabilitacije invalidov, udeležbe v organiziranih skupinah za usposabljanje ter letovanja otrok in šolarjev

50. člen

Zavod bo skladno s svojim letnim programom zagotovil zavarovanim osebam z mišičnimi in živčno-mišičnimi boleznimi, s paraplegijo, cerebralno paralizo, z najtežjo obliko generalizirane psorize, multiplo sklerozo in paralitikom ob določeni funkcionalni okvari možnost udeležbe v skupinski ter njim prilagojeni rehabilitaciji, ki jo strokovno vodi ustreza klinika ali inštitut ali drug zdravstveni zavod. Udeleženci rehabilitacije imajo zagotovljeno sofinanciranje fizioterapije

in stroške bivanja, ki ga s pogodbo določita zavod in organizator skupinske rehabilitacije. V tem programu zavod določi število dni skupinske rehabilitacije in sredstva za njeno izvajanje v posameznem letu.

51. člen

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

(2) Usposabljanje traja največ 14 dni na leto.

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

52. člen

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

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

53. člen

(1) Organizator pravice iz 50. in 51. člena pravil mora biti reprezentativna invalidska organizacija, ki ji je priznan ta status v skladu z zakonom, ki ureja invalidske organizacije, in je hkrati interesno združenje za bolezen ali stanje iz 50. oziroma 51. člena pravil, za katero organizira skupinsko rehabilitacijo oziroma skupinsko usposabljanje.

(2) Če za posamezno bolezen ali stanje iz 50. ali 51. člena pravil reprezentativna invalidska organizacija iz prejšnjega odstavka ne obstaja ali se ne prijavi na javni razpis zavoda za izbiro organizatorjev pravic iz prejšnjega odstavka, je lahko organizator pravic humanitarna organizacija za kronične bolnike, ki ji je priznan ta status v skladu z zakonom, ki ureja humanitarne organizacije, in je hkrati interesno združenje za kronično bolezen iz 50. oziroma 51. člena pravil, za katero organizira skupinsko rehabilitacijo oziroma skupinsko usposabljanje.

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

IV/7. Pravica do prevoza z reševalnimi in drugimi vozili

54. člen

Zavarovana oseba ima pravico do prevoza z reševalnimi in drugimi

vozili, kadar iz zdravstvenih razlogov ni mogoče opraviti prevoza z javnim prevoznim sredstvom. Ti prevozi so:

1. nujni prevozi, ko je potrebno zagotoviti čimprejšnjo zdravniško pomoč in preprečiti najhujšo možno posledico za življenje ali zdravje zavarovane osebe, za zdravje drugih in v vseh primerih, ko zavarovana oseba potrebuje takojšnje nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč;

2. prevozi, ki niso nujni, ker ne gre za reševanje življenja ali prevoz zaradi nujnega medicinskega posega, ampak za prevoz nepokretne zavarovane osebe do zdravstvenega zavoda ali zdravnika in nazaj ali prevoz osebe na in z dialize;

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

4. prevozi zavarovane osebe s spremstvom zdravstvenega delavca.

55. člen

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

56. člen

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

IV/8. Pravica do zdravil in živil na recept

57. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do zdravil na recept, ki jih zavod razvrsti na pozitivno ali vmesno listo na podlagi zakona in splošnega akta zavoda in ji jih na recept predpiše pooblaščen zdravnik.

(2) Zavarovana oseba ima pod pogoji iz prejšnjega odstavka pravico do magistralnih zdravil na recept, ki so navedena v Seznamu magistralnih zdravil na recept, ki je Priloga pravil (v nadaljnjem besedilu: Seznam magistralnih zdravil), če na trgu ni industrijsko proizvedenega ali galensko izdelanega zdravila z isto sestavo, razen če ni v Seznamu magistralnih zdravil za posamezno magistralno zdravilo oziroma njegovo farmacevtsko obliko določeno drugače. Magistralno zdravilo se ne sme predpisati in izdati na recept, če je na trgu galensko zdravilo v podobni količini ali jakosti, ki je razvrščeno na pozitivno ali vmesno listo zdravil; v tem primeru se izda galensko zdravilo v najboljšem približku količine ali jakosti.

57.a člen

Zavarovana oseba ima pravico do naslednjih vrst živil na recept, ki jih zavod razvrsti na pozitivno ali vmesno listo na podlagi zakona in splošnega akta zavoda in ji jih na recept predpiše pooblaščen zdravnik:

1. živila s prilagojeno sestavo hranil, ki so namenjena za trajno zdravljenje zavarovanih oseb z vrojenimi motnjami presnove;

2. živila za prehransko podporo, ki so namenjena bolnikom z akutnim poslabšanjem hude kronične bolezni s hudim telesnim izčrpanjem in bolnikom, pri katerih je do takšnega stanja prišlo zaradi neželenih učinkov terapevtskih postopkov, za katere je takšna dopolnilna prehrana potrebna za bistveno izboljšanje kakovosti življenja ali uspeh zdravljenja;

3. živila za otroke z alergijami, ki so namenjena otrokom s hudimi alergijami in drugimi težkimi oblikami intolerance na hrano.

58. člen

(1) Industrijsko proizvedeno ali galensko izdelano zdravilo se predpiše na recept z njegovim splošnim ali z lastniškim imenom, razen v primeru iz drugega odstavka 206. člena pravil.

(2) Imena sestavin magistralnega zdravila se pišejo v skladu s predpisi, ki urejajo predpisovanje in izdajanje zdravil za uporabo v humani medicini, in Seznamom magistralnih zdravil.

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

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

1. zdravilo, predpisano pri akutnih stanjih – za največ deset dni;

2. zdravilo, predpisano ob uvedbi novega zdravila – eno, najmanjše pakiranje zdravila, izjemoma v količini, ki zadostuje za enomesečno zdravljenje;

3. zdravilo, predpisano v primeru iz tretje alineje prvega odstavka 202. člena pravil – eno, najmanjše pakiranje zdravila;

4. industrijsko proizvedeno in galensko izdelano zdravilo za dolgotrajno zdravljenje – najmanjšo potrebno količino, vendar največ za trimesečno zdravljenje oziroma do enega leta na obnovljivi recept; če je predpisano več zdravil za dolgotrajno zdravljenje, se lahko obdobje na en recept predpiše dodatna količina posameznega zdravila, tako da se količina vseh predpisanih zdravil za dolgotrajno zdravljenje na letni ravni izravna;

5. magistralno zdravilo – največ za enomesečno zdravljenje, razen, ko rok njegove uporabnosti omogoča predpis za daljše obdobje, vendar ne več kot za trimesečno zdravljenje oziroma do enega leta na obnovljivi recept.

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

1. živila s prilagojeno sestavo hranil – največ za trimesečno zdravljenje oziroma do enega leta na obnovljivi recept;

2. živila za prehransko podporo – največ za enomesečno zdravljenje oziroma do treh mesecev na obnovljivi recept;

3. živila za otroke z alergijami – največ za trimesečno zdravljenje oziroma do enega leta na obnovljivi recept.

59. člen

(1) Na recept ni dovoljeno predpisati naslednjih zdravil:

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

2. nadomestnih zdravil v primeru izgubljenih ali pozabljenih zdravil ali uničenja stične ali zunanje ovojnine;

3. zdravil za potovanje, ki niso del zdravljenja.

(2) Zdravila iz 1. točke prejšnjega odstavka so vključena v standard zdravstvene storitve, ki ga zagotoviti izvajalec.

(3) Na recept ni dovoljeno predpisati naslednjih magistralnih zdravil:

1. farmacevtskih oblik za peroralno, oralno, dermalno in vaginalno uporabo, ki v svoji sestavi vsebujejo borovo kislino in derivate;

2. mazil, raztopin in emulzij s protimikrobnimi zdravili za lokalno uporabo, če ni v Seznamu magistralnih zdravil določeno drugače;

3. razredčenih industrijsko proizvedenih protimikrobnih zdravil za lokalno uporabo;

4. razredčenih industrijsko proizvedenih zdravil za lokalno uporabo za zdravljenje aken;

5. razredčenih industrijsko proizvedenih glukokortikoidnih zdravil za lokalno uporabo v kombinaciji z eno ali več zdravilnimi učinkovinami;

6. razredčenih industrijsko proizvedenih glukokortikoidnih zdravil za lokalno uporabo z mazilno podlago, ki nima enakega emulzijskega sistema;

7. kombinacij industrijsko proizvedenih glukokortikoidnih zdravil za lokalno uporabo z industrijsko proizvedenimi mazili;

8. tonikov in roboransov;

9. farmacevtskih oblik za zdravljenje kože, če imajo vgrajeno eno ali več naslednjih učinkovin: urotropin, lokalni anestetik, več kot 10 % salicilna kislina, mentol;

10. farmacevtskih oblik, ki so namenjeni za nego kože.

60. člen

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

1. veljavne cene zdravila, določene v skladu s predpisi, ki urejajo zdravila,

2. najvišje priznane vrednosti za zdravila iz posamezne skupine medsebojno zamenljivih zdravil in posamezne terapevtske skupine zdravil, določene v skladu s splošnim aktom zavoda, ali

3. veljavne cene zdravila iz posamezne skupine medsebojno zamenljivih zdravil ali posamezne terapevtske skupine zdravil, če je veljavna cena zdravila nižja od najvišje priznane vrednosti.

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

1. cene živila, ki jo dogovori zavod s ponudnikom živil, ali

2. najvišje priznane vrednosti, ki jo določi zavod za živila iz 2. in 3. točke 57.a člena pravil, ki se razvrščajo na vmesno listo.

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

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

(5) Ne glede na 2. točko prvega odstavka tega člena ima zavarovana oseba v primeru iz drugega in tretjega odstavka 207. člena pravil pravico do zdravila iz posamezne skupine medsebojno zamenljivih zdravil oziroma posamezne terapevtske skupine zdravil v njegovi celotni vrednosti ali v določenem odstotku njegove vrednosti v skladu z razvrstitvijo zdravila na pozitivno ali vmesno listo.

(6) Če ne gre za primer iz prejšnjega odstavka, se doplača naslednja razlika vrednosti:

- za izdano zdravilo z določeno najvišjo priznano vrednostjo – razliko med ceno izdanega zdravila in najvišjo priznano vrednostjo;

- za izdano zdravilo, predpisano s splošnim imenom, ki nima določene najvišje priznane vrednosti – razliko med ceno izdanega in najcenejšega zdravila.

IV/9. Pravica do spremstva

61. člen

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

zdravnik.

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

62. člen

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

63. člen

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

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

V. PRAVICE DO MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV

64. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do medicinskih pripomočkov, potrebnih za zdravljenje in medicinsko rehabilitacijo. Medicinski pripomočki in natančnejša opredelitev zdravstvenih stanj, pri katerih ima zavarovana oseba pravico do posameznega medicinskega pripomočka, se določijo s splošnim aktom skupščine zavoda s soglasjem ministra, pristojnega za zdravje. Šifrant vrst medicinskih pripomočkov določi s splošnim aktom upravni odbor zavoda.

(2) Zavarovana oseba ima na podlagi naročilnice pravico do medicinskega pripomočka, ki je uvrščen na seznam medicinskih pripomočkov. Seznam medicinskih pripomočkov vsebuje podatke o vrstah medicinskih pripomočkov z zahtevami iz prve in druge alinee drugega odstavka 111. člena pravil ter podatke o pripomočkih (artiklih), ki izpolnjujejo te zahteve. Zavod seznam medicinskih pripomočkov objavi na svoji spletni strani.

(3) Podrobnejšo vsebino seznama medicinskih pripomočkov, postopek in podrobnejša merila za uvrščanje pripomočkov (artiklov) na ta seznam in njihovo izločitev s tega seznama ter postopek ugotavljanja izpolnjevanja zahtev iz prejšnjega odstavka pri posameznem pripomočku (artiklu) se določi s splošnim aktom skupščine zavoda s soglasjem ministra, pristojnega za zdravje.

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

65. člen

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

- pripomočke, ki jih potrebuje za opravljanje svoje zdravstvene dejavnosti,

- naslednje medicinske pripomočke, ki se v tem primeru ne predpisujejo na naročilnico:

1. standardni voziček na ročni pogon ali standardni voziček za otroka;
2. otroški tricikel;
3. sobno dvigalo;
4. trapez za obračanje;

5. negovalno posteljo, varovalno posteljno ograjo, posteljno mizico;

6. prenosni nastavljiv hrbtni naslon;

7. blazine za preprečevanje preležanin;

8. toaletni stol;

9. dvigalo za kopalnico;

10. nastavek za toaletno školjko;

11. sedež za kopalno kad;

12. raztopine in materiale iz sedmega, osmega in devetega odstavka 89. člena pravil;

13. predloge, hlačne predloge (plenice) za enkratno uporabo ali vpojne in nepropustne hlačke za večkratno uporabo pri bolezenski inkontinenci;

14. katetre iz prvega, četrtega in petega odstavka 89. člena pravil;

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

16. navadna stojka;

17. bergle;

18. hodulje;

19. vakuumski zbiralnik za plevralno drenažo, in

- pripomočke, ki jih mora zagotavljati v skladu s 105. in 107. členom pravil.

(2) Ne glede na prejšnji odstavek se zavarovanim osebam v domovih za starejše, drugih splošnih in posebnih socialnih zavodih in zavodih za usposabljanje zagotovijo pripomočki iz 13. točke druge alinee prejšnjega odstavka pri dobaviteljih na podlagi izdane naročilnice.

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

66. člen

(1) Pravica do medicinskih pripomočkov vključuje redno vzdrževanje in popravila naslednjih medicinskih pripomočkov:

1. protez;

2. ortoz;

3. vozičkov na ročni pogon, vozičkov na elektromotorni pogon, dodatkov za vozičke, počivalnikov, prenosnih posebnih sedežev, električnega skuterja;

4. koncentratorja kisika, aparata za vzdrževanje stalnega pritiska v dihalnih poteh, aparata za mehanično ventilacijo, aparata za podporo dihanja s pozitivnim tlakom ob vdihu in izdihu;

5. Braillovega pisalnega stroja, predvajalnika zvočnih zapisov, Brajeve vrstice;

6. za- in v-ušesnih slušnih aparatov, aparatov za kostno prevodnost, žepnih aparatov, aparatov za omogočanje glasnega govora, aparatov za boljše sporazumevanje, zunanijh delov za polžev vsadek in kostno vsidranega slušnega aparata.

(2) Redno vzdrževanje so zamenjave delov potrošnega značaja in storitve, ki jih je treba izvesti v določenem obdobju v skladu z navodili proizvajalca, ali če je to potrebno zaradi zagotavljanja uporabe medicinskega pripomočka v skladu z namenom, kot ga je določil proizvajalec. Popravilo so zamenjave delov, ki ne zagotavljajo več funkcionalne ustreznosti medicinskega pripomočka in storitve, povezane z zamenjavo teh delov.

(3) V času trajnostne dobe oziroma do prejema novega medicinskega pripomočka skupni stroški popravil medicinskega

pripomočka oziroma pripomočka (artikla) v breme obveznega zavarovanja znašajo največ 50 % cene, ki je bila za medicinski pripomoček oziroma pripomoček (artikel) krita iz obveznega zavarovanja. Ob smiselno enakih pogojih iz prejšnjega stavka tudi skupni stroški vzdrževanja znašajo največ 50 % cene. Ne glede na prvi stavek lahko skupni stroški popravi pri protezah v času trajnostne dobe oziroma do prejema nove proteze znašajo največ 70 % cene proteze, ki je bila krita iz obveznega zavarovanja, če je za zagotavljanje nadaljnje funkcionalne ustreznosti proteze treba zamenjati dele, katerih garancijska doba je vsaj 12 mesecev.

(4) Zavod zagotavlja redno vzdrževanje in popravila po izteku garancijske dobe za tisti izdani medicinski pripomoček oziroma pripomoček (artikel) v okviru iste vrste medicinskega pripomočka, ki ga je zavarovana oseba nazadnje prejela v breme obveznega zavarovanja.

(5) Zavarovana oseba plača stroške popravil medicinskega pripomočka oziroma pripomočka (artikla), ki so potrebna, če ni ravnala v skladu z navodili za uporabo medicinskega pripomočka, kot je to določil proizvajalec.

(6) Zavarovana oseba krije strošek zamenjave akumulatorjev pri vozičku na elektromotorni pogon in pri električnem skuterju v prvih dveh letih, nato pa ga krije zavod, če akumulator ni več uporaben.

(7) Dobavitelj krije v garancijskem roku stroške popravil, ki so potrebna zaradi neustrezne kakovosti ali napak v materialu.

V/1. Pravica do protez, ortoz (opornic) in ortopedskih čevljev

67. člen

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

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

68. člen

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

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

69. člen

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

70. člen

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

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

1. gre za otroke do dopolnjenega 15. leta starosti, ki imajo več kot 1,5 cm krajšo nogo oziroma starejše zavarovane osebe z več kot 2,5 cm krajšo nogo;

2. imajo zaradi izpaha, preloma ali večjih kostnih izrastkov močnejše deformiran skočni sklep in stopalo, v številni močnejšo deformacijo

nožnih palcev in je potrebno izdelati obutev po mavčnem odlitku;

3. imajo prirojeno ali pridobljeno močnejše dvignjeno stopalo, petno stopalo, konjsko stopalo, navznoter obrnjeno oziroma izrazito navzven obrnjeno stopalo, paralično ali paretično stopalo;

4. imajo močno deformirane prste stopala, tako da posamezni prsti segajo čez druge prste oziroma manjkata na stopalu dva prsta ali del stopala;

5. so na stopalu izrazite trofične spremembe, diabetično stopalo IV. rizične skupine in z II. stopnjo deformiranosti;

6. imajo elefantiazo.

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

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

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

71. člen

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

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

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

72. člen

(1) Zavarovana oseba, ki je nezmožna hoje oziroma je njena hoja tako nefunkcionalna, da zmore ob pomoči druge osebe ali uporabi pripomočkov prehoditi v bivalnem prostoru manj kot 10 metrov, lahko pa samostojno uporablja voziček na javnem mestu, je upravičena do vozička na ročni pogon ali vozička za otroka, če:

1. ima amputirani obe nogi nad kolonom ali sta amputirani obe nogi pod kolonom in je aplikacija protez kontraindicirana;

2. ima amputirano eno nogo in ji zaradi bolezni na drugi nogi ni mogoče napraviti proteze in omogočiti hoje;

3. ima popolnoma ohromela spodnja uda oziroma takšne motorične motnje, ki onemogočajo hojo in mora prebiti večino časa na vozičku;

4. ima amputirano eno nogo in eno roko, kar onemogoča hojo;

5. ima težke deformativne ali vnetne procese na velikih sklepih spodnjih udov ali težke posledice politravm na teh sklepih, kar onemogoča hojo;

6. ima na isti strani popolnoma hromo roko in nogo, hoja pa ni možna zaradi drugih bolezni ali drugih medicinskih razlogov;

7. ima eksartikulirano nogo v kolku, kar onemogoča hojo;

8. ne sme obremenjevati spodnjih udov, ker ima v njih zasevke novotvorb.

(2) Zavarovana oseba, ki je starejša od 12 let, je, kadar ima zaradi

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

(3) Zavarovana oseba ima, kadar je nezmožna hoje oziroma je njena hoja tako nefunkcionalna, da zmore ob pomoči druge osebe ali uporabi pripomočkov prehoditi v bivalnem prostoru manj kot 10 metrov, in ima zaradi bolezni ali poškodbe močno zmanjšano mišično moč trupa in vseh štirih udov, tako da ne more uporabljati vozička na ročni pogon oziroma vozička za otroka niti ob uporabi gonil, pravico do vozička na elektromotorni pogon, če ima zadovoljive psihofizične sposobnosti za njegovo samostojno in stalno uporabo v bivalnem in na javnem prostoru.

(4) Zavarovana oseba je upravičena do standardnega vozička na ročni pogon ali standardnega vozička za otroka, če gre za začasno funkcijsko prizadetost hoje ali, če ni upravičena do pripomočka iz prvega, drugega ali tretjega odstavka tega člena.

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

(6) Pravica do vozička iz prvega, tretjega in četrtega odstavka tega člena vključuje tudi pravico do dodatkov za voziček in nastavitve vozička, če to narekuje zdravstveno stanje zavarovane osebe.

(7) Motorično prizadete zavarovane osebe do 15. leta starosti, ki imajo pravico do vozička iz prvega odstavka tega člena, so upravičene tudi do prilagojenega otroškega tricikla.

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

73. člen

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

74. člen

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

75. člen

Zavarovana oseba ima pravico do:

1. trapeza za obračanje v postelji ob dvojni amputaciji, paraplegiji, hemiplegiji in podobnih stanjih pri zdravljenju in negi na domu;
2. bergel ali trinožne oziroma štirinožne palice za dodatno oporo in razbremenitev spodnjih udov;
3. hodulj, če gre za oslabiljeno mišičje nog, slabo usklajenost korakov zaradi prirojelih in pridobljenih sprememb velikih sklepov, ki motijo in otežujejo hojo;
4. navadne stojke, če ima ohromele spodnje ude;
7. stolčka, kadar gre za motorično prizadetega otroka;
8. terapevtskega valja, žoge, gibalne deske in blazine, če gre za

motorično prizadetega otroka do dopoljenega 15. leta starosti.

76. člen

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

77. člen

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

V/3. Pravica do medicinskih pripomočkov za izboljšanje vida in do medicinskih pripomočkov za slepoto in slabovidnost

78. člen

Zavarovana oseba ima pravico do:

1. očal s korekcijskimi stekli za izboljšanje vida zaradi nepravilnega lomljenja žarkov (ametropije), zaradi starovidnosti (presbiopije) pri starosti nad 63 let;
2. očal z mlečnimi stekli pri dvojnem videnju (diplopiji) in pri enostranski brezlečnosti v primeru večje razlike v dvojnem videnju med obema očesoma (monokularni afakiji in v primeru anizometropije);
3. specialnega sistema leč (teleskopska očala) pri visoki stopnji slabovidnosti, pri kateri ostrine vida ni mogoče izboljšati z navadnimi stekli za korekcijo in je s takimi očali (sistemom leč) mogoče doseči uporabno ostrino vida;
4. očal s stanjšanimi (lenticularnimi) stekli pri ametropiji 8,0 in več dioptrij;
5. očal z mnogožariščnimi (multifokalnimi) stekli za korekcijo afakije ali psevdofakije pri otrocih do 18. leta starosti.

79. člen

Zavarovana oseba ima pravico do temnih očal:

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

4. s temnimi stekli pri slepoti.

80. člen

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

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

81. člen

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

82. člen

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

83. člen

Zavarovana oseba ima pravico do:

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

84. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do:

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

(2) Pravica do pripomočkov iz 1. in 2. točke prejšnjega odstavka se uveljavlja po postopku, ki velja za zdravstvene storitve.

(3) Zavarovana oseba z izgubo vida iz 4. ali 5. kategorije poslabšanja vida (vidna ostrina z najboljšo možno korekcijo) po Mednarodni klasifikaciji bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (MKB-10), ki obvlada brajevo pisavo, je upravičena do brajevega pisalnega stroja ali brajeve vrstice, če je usposobljena za delo z brajevim pisalnim strojem oziroma brajevo vrstico.

V/4. Pravica do medicinskih pripomočkov za sluh in govor

85. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do slušnega aparata za eno ali obe ušesi, če gre za enostransko ali obojestransko izgubo sluha, ki je z zdravljenjem ni mogoče izboljšati in če je s tonsko in govorno preiskavo sluha (avdiometrijo) in testiranjem karakteristik amplifikatorja ugotovljeno, da je s slušnim aparatom mogoče doseči zadovoljiv rehabilitacijski učinek.

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

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

86. člen

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

(2) Zavarovana oseba, ki ji je vgrajen kostno usidrani slušni pripomoček, je upravičena do zamenjave njegovega zunanjega dela (procesorja).

87. člen

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

88. člen

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

V/5. Pravica do drugih medicinskih pripomočkov

89. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do:

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

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

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

(3) Zavarovana oseba s traheostomo je upravičena do:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(9) Zavarovana oseba z rakom v področju vratu ali glave je pri kombinaciji zdravljenja s kemoterapijo in obsevanjem upravičena do raztopine za zaščito ustne sluznice.

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

90. člen

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

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

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

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

91. člen

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

1. kadar se zaradi nestabilne sladkorne bolezni trajno zdravi z inzulinom in je usposobljena za izvajanje samokontrole,

2. pri kombiniranem peroralnem zdravljenju, pri katerem je pričakovati prehod na inzulinsko zdravljenje, če je zavarovana oseba usposobljena spremljati zdravljenje na osnovi rezultatov samokontrole,

3. v času nosečnosti in dojenja pri gestacijskem diabetesu.

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

1. otrok do 18. leta starosti s sladkorno boleznijo tip 1 ter pogostimi in velikimi nihanjem krvnega sladkorja kljub natančnemu zdravljenju z večkratnimi aplikacijami inzulina dnevno;

2. zavarovana oseba z neurejeno sladkorno boleznijo tip 1, pri kateri je bilo tudi 6-mesečno izvajanje funkcionalne inzulinske terapije (FIT) neuspešno;

3. zavarovana oseba s sladkorno boleznijo tip 1 in sindromom nezavedanja hipoglikemije kljub zdravljenju z večkratnimi aplikacijami inzulina dnevno;

4. zavarovana oseba s sladkorno boleznijo, ki se zdravi z inzulinom pred načrtovano nosečnostjo, med nosečnostjo in v času dojenja in ki nima dobro urejene sladkorne bolezni.

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

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

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

(5) Zavarovana oseba, ki je na podlagi rezultatov meritev sposobna izboljšati urejenost glikemije, je upravičena do sistema za kontinuirano merjenje glukoze, če:

- ima sladkorno bolezen tip 1, proces razvoja centralnega živčnega sistema (mielinizacija) pa še ni zaključen. Pravico ima do zaključenega razvoja centralnega živčnega sistema, vendar najdlje do dopolnjenega sedmega leta starosti;

- ima sladkorno bolezen s sindromom nezavedanja hipoglikemije in hudimi hipoglikemijami;

- je noseča, ima sladkorno bolezen tip 1 ali 2 in potrebuje intenzivirano inzulinsko zdravljenje.

(6) Sistem za kontinuirano merjenje glukoze iz prejšnjega odstavka vključuje senzorje in oddajnik.

92. člen

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

93. člen

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

94. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do psa vodiča, če gre za slepo osebo z izgubo vida iz 3., 4. ali 5. kategorije poslabšanja vida (vidna ostrina z najboljšo možno korekcijo) po Mednarodni klasifikaciji bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (MKB – 10), z ustreznimi psihofizičnimi lastnostmi in primernimi bivalnimi pogoji. To pravico ima praviloma največ enkrat na šest let ob ustrezni strokovni oceni sposobnosti psa za opravljanje funkcije vodiča.

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

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

95. člen

(1) Zavarovani osebi, ki boleha za dolgotrajno respiratorno boleznijo s tako stalno hipoksemijo, da ima v stabilni fazi boleznijo pO₂ v arterijski krvi pod 7,3 kPa ali pod 7,8 kPa, pri čemer je pri slednji vrednosti hkrati že prisotna pljučna hipertenzija ali pa je hematokrit >=56%, je zagotovljena možnost zdravljenja s kisikom na domu s pomočjo koncentratorja kisika ali drugega vira kisika.

(2) Zavarovani osebi, ki je mlajša od 15 let in boleha za dolgotrajno respiratorno boleznijo s stalno hipoksemijo, je zagotovljeno zdravljenje na domu s pomočjo koncentratorja kisika ali drugega vira kisika.

(3) Zavarovani osebi z obstruktivno motnjo dihanja v spanju, dokazano s polisomnografsko preiskavo, in ob tem dokazano respiracijsko insuficienco, je zagotovljena možnost zdravljenja z aparatom za vzdrževanje stalnega pritiska v dihalnih poteh.

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

(5) Zavarovana oseba iz prvega in drugega odstavka tega člena lahko namesto koncentratorja kisika ali drugega vira kisika uveljavi pravico do zdravljenja s tekočim kisikom na domu. Zdravljenje s tekočim kisikom na domu se predpiše in odobri za največ eno leto z možnostjo podaljšanja zavarovani osebi, ki izpolnjuje enega od naslednjih meril:

1. je mlajša od 15 let;

2. je uvrščena na čakalno listo za transplantacijo pljuč;

3. stalno potrebuje odmerke kisika nad 4 litre na minuto;

4. z dodatkom kisika v Shuttle testu prehodi vsaj 300 metrov.

(6) Zavarovana oseba s kronično kompenzirano respiracijsko acidozo v budnosti, ko je pCO₂ večji ali enak 6kPa, pri kateri zdravljenje s pomočjo aparata za vzdrževanje stalnega pritiska v dihalnih poteh (CPAP) zaradi zahtev po tlakih, ki so višji od 18 cm H₂O ali zaradi pridruženih bolezni in stanj, ni uspešno, je upravičena do aparata za podporo dihanju s pozitivnim tlakom pri vdihu in izdihu (BIPAP).

(7) Zavarovana oseba, ki se zdravi zaradi bolezni pljuč v okviru cistične fibroze, je upravičena do električnega masatorja pljuč.

(8) Do medicinskega pripomočka za izkašljevanje, ki ustvari oscilacijske in vibracijske pritiske ob izdihu – resonanco v dihalnih poteh (flutter), je upravičen otrok, ki se zdravi zaradi kronične gnojne pljučne bolezni in odrasla zavarovana oseba, ki je za kronično gnojno pljučno boleznijo zbolela pred dopolnjenim 18. letom starosti in se zdravljenje nadaljuje v odraslo dobo.

(9) Otrok do petega leta starosti, ki se zdravi zaradi gnojne pljučne bolezni v okviru cistične fibroze, je upravičen do medicinskega pripomočka za vzdrževanje pozitivnega tlaka med izdihom (PEEP valvula) z masko.

(10) Zavarovana oseba je upravičena do dihalnega balona, če se na domu zdravi zaradi kronične dihalne odpovedi, ima trajno traheostomo, je trajno odvisna od mehanične ventilacije pljuč in je oseba, ki zanjo skrbi, usposobljena za uporabo dihalnega balona, če:

- bi morebitna okvara aparata za mehanično predihavanje pljuč zahtevala takojšnje izvajanje temeljnih postopkov oživljanja ali

- je dihalni balon potreben za nego traheostome in toaletno spodnjih dihalnih poti.

(11) Otrok do petega leta starosti z boleznijo pljuč, ki ima traheostomo, je upravičen do dihalnega balona, če je oseba, ki zanj skrbi na domu, usposobljena za uporabo dihalnega balona.

(12) Do pulznega oksimetra s pripadajočimi senzorji je:

- upravičen otrok, ki se zdravi zaradi kronične dihalne odpovedi in

- upravičena odrasla zavarovana oseba, če je v otroški dobi zbolela za kronično dihalno odpovedjo in se zdravljenje nadaljuje v odraslo dobo,

če se trajno zdravi s kisikom na domu ali je trajno odvisna od mehanične ventilacije na domu in če se je oseba, ki za tako zavarovano osebo skrbi, na podlagi rezultatov meritev sposobna odločiti glede nadaljnjih postopkov zdravljenja.

96. člen

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

V/6. Medicinski pripomočki, ki jih zavarovane osebe dobijo v izposojajo

97. člen

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

1. koncentrador 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. hoduljo;
12. sobno dvigalo;
13. negovalno posteljo;
14. posteljno mizico;
15. prenosni hrbtni naslon.
16. inzulinsko črpalko zavarovani osebi iz 4. točke drugega odstavka 91. člena teh pravil, vendar največ skupaj za 18 mesecev;
17. električni skuter;
18. počivalnik – serijsko izdelan;
19. aparat za podporo dihanju s pozitivnim tlakom ob vdihu in izdihu (BIPAP);
20. pulzni oksimeter.

98. člen

(1) Dobavitelji, ki izposojajo medicinske pripomočke iz prejšnjega člena:

- nabavljajo nove medicinske pripomočke;
- zbirajo od zavarovanih oseb rabljene medicinske pripomočke;
- medicinske pripomočke vzdržujejo, popravljajo, očistijo in usposablajo za nadaljnjo uporabo;
- zagotavljajo v pogodbeno določenem roku garancijo za medicinske

pripomočke.

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

(3) Dobavitelj ob izposoji medicinskega pripomočka izroči zavarovani osebi navodilo za uporabo in vzdrževanje medicinskega pripomočka in navodilo o kraju servisiranja medicinskega pripomočka.

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

100. člen

(1) Zavarovana oseba vrne izposojeni medicinski pripomoček dobavitelju:

- ko izteče čas, določen za izposojajo;
- če zavarovana oseba biva v zavodu iz 2. točke prvega odstavka 36. člena pravil in mora pripomoček zagotoviti tak zavod;
- če ga ne potrebuje več;
- če je zaradi anatomskih oziroma funkcionalnih sprememb postal neuporaben.

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

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

101. člen

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

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

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. zobnoprostetične pripomočke in storitve;
5. medicinske pripomočke za izboljšanje vida in medicinske pripomočke za sluh ter medicinske 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.

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

102.a člen

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

103. člen

(1) Nujna medicinska pomoč iz 12. alineje prve točke prvega odstavka 23. člena zakona vključuje storitve oživljanja, storitve potrebne za ohranjanje življenjskih funkcij, za preprečitev hudega poslabšanja zdravstvenega stanja nenadno obolelih, poškodovanih in kronično bolnih. Storitve se zagotavljajo do stabilizacije življenjskih funkcij oziroma do začetka zdravljenja na ustreznem mestu. Nujni reševalni prevozi so vključeni v storitve nujne medicinske pomoči.

(2) Nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene storitve vključujejo:

- takojšnje zdravljenje po nudenju nujne medicinske pomoči, vkolikor je to potrebno,
- oskrbo ran, preprečitev nenadnih in usodnih poslabšanj kroničnih bolezni oziroma zdravstvenega stanja, ki bi lahko povzročilo trajne okvare posameznih organov ali njihovih funkcij,
- zdravljenje zvinov in zlomov ter poškodb, ki zahtevajo specialistično obravnavo,
- zdravljenje zastrupitev,
- storitve za preprečevanje širjenja infekcij, ki bi pri zavarovani osebi utegnile povzročiti septično stanje,
- zdravljenje bolezni, za katere je z zakonom predpisano obvezno zdravljenje ali storitve, ki so z zakonom opredeljene kot obvezne in

za katere ni plačnik država, delodajalec ali zavarovana oseba sama,

- zdravila, predpisana na recept s pozitivne liste, potrebna za zdravljenje stanj iz predhodnih alinej,

- pripomočke, potrebne za obravnavo stanj iz predhodnih alinej in sicer v obsegu, standardih in normativih, kot jih določajo pravila.

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

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

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

104. člen

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

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

VII. STANDARDI STORITEV, MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV IN MATERIALOV

105. člen

(1) Standardi zdravstvenih storitev v vseh zdravstvenih dejavnostih so strokovno – doktrinarno utemeljene storitve glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe, skladno s presojo zavarovančevega osebnega ali napotnega zdravnika.

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

106. člen

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

107. člen

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

1. zdravila, potrebna za diagnostiko in zdravljenje, ki jih v skladu s pravili ni mogoče predpisovati na recept;
2. pripomočki, ki jih izvajalci uporabljajo pri diagnostiki, zdravljenju,

zdravstveni negi v zavodih in rehabilitaciji.

108. člen

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

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

109. člen

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

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

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

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

110. člen

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

111. člen

(1) Standardi pri medicinskih pripomočkih so tiste zahteve, ki zagotavljajo funkcionalno ustreznost medicinskega pripomočka glede na določena zdravstvena stanja iz prvega odstavka 64. člena pravil in glede na njegovo vrednost iz 113. člena pravil.

(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) Zahteve iz prve in druge alineje prejšnjega odstavka za posamezne vrste medicinskih pripomočkov določi s splošnimi akti skupščina zavoda s soglasjem ministra, pristojnega za zdravje.

(4) Posebne strokovne komisije pripravijo predlog zahtev iz prejšnjega odstavka in ugotavljajo njihovo izpolnjevanje pri pripomočku (artiklu) v skladu s postopkom iz tretjega odstavka 64. člena pravil.

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 polžlahne zlitine, ki so najcenejše na tržišču. Pri tem šteje za standard dva grama kovine po členu, pri čemer ceno najcenejšega materiala določi upravni odbor zavoda ali po njegovem pooblastilu generalni direktor zavoda;

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 pripravljene kovinski in drugi elementi.

113. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do medicinskega pripomočka v njegovi celotni vrednosti ali v določenem odstotku njegove vrednosti na podlagi:

- cenovnega standarda;
- najvišje priznane cene;
- pogodbene cene;
- dnevne izposojnine z enkratnim pavšalnim zneskom,

kar upravni odbor zavoda določi na podlagi izhodišč, določenih s splošnim aktom skupščine zavoda iz drugega odstavka 64. člena zakona, razen pogodbene cene in primera iz šestega odstavka tega člena.

(2) Cenovni standard se lahko določi za posamezne vrste medicinskih pripomočkov in vključuje v pravilih določeno obvezno kritje stroškov, ki jih plača zavarovana oseba.

(3) Najvišja priznana cena se lahko določi v okviru cenovnega standarda za en pripomoček (artikel) ali več pripomočkov (artiklov).

(4) Pogodbena cena se dogovori za posamezne vrste medicinskih pripomočkov oziroma za pripomočke (artikle), za katere ni določen cenovni standard.

(5) Dnevna izposojnina se določi za medicinske pripomočke iz 97. člena pravil, razen v tistih primerih, ko to za zavod ni ekonomsko upravičeno. V okviru dnevne izposojnine zagotavlja dobavitelj zavarovani osebi ustrezne medicinske pripomočke v skladu z zahtevami pooblaščenega zdravnika, vsa vzdrževanja in popravila ter druge naloge, potrebne za ponovno usposobitev medicinskega pripomočka za drugo zavarovano osebo.

(6) Če medicinski pripomoček iz drugega, tretjega, četrtega ali petega odstavka tega člena glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe ne zagotavlja funkcionalne ustreznosti, ima zavarovana oseba na podlagi predhodne potrditve zavoda pravico do medicinskega pripomočka z enakim namenom uporabe in enakimi lastnostmi, ki je funkcionalno ustrezen in najcenejši.

(7) Zavarovana oseba ima pravico do pripomočka (artikla), ki ga uporablja na dan uveljavitve prvega oziroma novega cenovnega standarda, prve oziroma nove najvišje priznane cene, pogodbene cene ali dnevne izposojnine, do prve izdaje pripomočka (artikla), vendar najdlje tri mesece od uveljavitve njegove prve oziroma nove vrednosti. Zavarovana oseba, ki uporablja pripomoček (artikel), katerega funkcija je dosežena z uporabo drugega pripomočka (artikla), ima po izteku roka iz prejšnjega stavka pravico do obeh pripomočkov (artiklov).

VIII. TRAJNOSTNE DOBE MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV

IN ZOBOZDRAVSTVENIH STORITEV**114. člen**

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

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

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

(3) Trajnostna doba drugih medicinskih pripomočkov znaša najmanj:

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

- iz lateksa 14 dni

- iz silikona 42 dni

25. kateter za dovajanje kisika 1 mesec

25.a kateter za dovajanje kisika za otroke do dopolnjenega 5. leta starosti 7 dni;

26. endotrahealna kanila

- kovinska 6 mesecev

- plastična 1 mesec

- silikonska 3 mesece

27. sprožilna naprava (za lancete) 3 leta

28. aparat za nadomestno sporazu-mevanje 4 leta

29. koncentrador kisika 6 let

30. CPAP 8 let

31. negovalna postelja 10 let

32. trapez za obračanje 10 let

33. zaščitno čelado 1 leto

34. aspirator 5 let

35. gonilnik za voziček 5 let

36. irigacijski sistem s konusom in rokavnikom 18 mesecev

37. akumulator 3 leta

38. kanila z valvulo 4 mesece

39. ventilator 8 let

40. elastične kompresijske nogavice 1 leto

41. procesor za polžev vsadek 5 let

42. mikrofona za polžev vsadek 5 let

43. oddajnik za polžev vsadek 5 let

44. vrvice za polžev vsadek 6 mesecev

45. varovalna posteljna ograja 10 let

46. sedež za kopalno kad 10 let

47. nastavek za toaletno školjko 10 let

48. posteljna mizica 10 let

49. prenosni nastavljeni hrbtni zaslon 10 let

50. inzulinska črpalka 8 let

51. nastavek z masko ali ustnik za dajanje zdravila 1 leto

52. elastomerna črpalka največ 7 dni

53. navleke za krn 6 na leto

54. prsna proteza 1 leto

55. ortopedski nedrček za prsno protezo 1 leto

56. električni skuter 5 let

57. procesor za kostno usidrani slušni pripomoček 5 let

58. aparat za podporo dihanju s pozitivnim tlakom ob vdihu in izdihu (BIPAP) 2 leti

59. električni masator pljuč 8 let

60. medicinski pripomoček za izkašljevanje (flutter) 5 let

61. dihalni balon 7 let

62. pulzni oksimeter 18 mesecev

63. senzor za pulzni oksimeter za večkratno uporabo 12 mesecev
64. pri otroku do dopolnjenega tretjega leta največ tri senzorje za pulzni oksimeter za lepljenje na kožo na mesec.

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

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

115. člen

Medicinski pripomočki, ki so enkratna pravica, so:

1. brajev pisalni stroj,
2. brajeva vrstica,
3. začasna prsna proteza,
4. medicinski pripomoček za vzdrževanje pozitivnega tlaka med izdihom (PEEP valvula).

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 medicinskih pripomočkov za srednjo, težko in zelo težko inkontinenco. V primeru uporabe vpojnih in nepropustnih hlačk za lahko inkontinenco po kriterijih za predpisovanje medicinskih pripomočkov, ima zavarovana oseba pravico do največ 7 kosov za 6 mesecev.

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

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

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

(5) Zavarovani osebi, ki se sama zdravi na domu ali jo zdravi na domu oseba, ki skrbi zanjo, lahko zdravnik predpiše obvezilne materiale in raztopine za zdravstveno 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) Zavarovana oseba je pri malignem plevralnem izlivu upravičena do največ dveh vakuumskih zbiralnikov za plevralno drenažo za obdobje enega tedna. Pooblaščen zdravnik jih lahko predpiše največ deset naenkrat.

(8) Zavarovani osebi, ki je upravičena do medicinskih pripomočkov, za katere trajnostna doba ni določena, pooblaščen zdravnik predpiše količino medicinskih pripomočkov, ki je potrebna do prve

kontrole pri zdravniku, vendar največ za dobo treh mesecev. Pooblaščen zdravnik lahko na obnovljivo naročilnico predpiše naj-manjšo potrebno količino medicinskih pripomočkov za obdobje do enega leta pri stabilnih kroničnih boleznih oziroma zdravstvenih stanjih, pri katerih je potrebna dolgotrajna uporaba medicinskih pripomočkov, če gre za medicinske pripomočke, za katere trajnostna doba ni določena ali je krajša od enega leta.

117. člen

Trajnostne dobe medicinskih pripomočkov za izboljšanje vida in medicinskih pripomočkov za slepoto in slabovidnost znašajo najmanj:

1. očala 2 leti
- pri otrocih do 15. leta starosti in pri odraslih z ametropijo 10 in več ali izgubo vida 90% in več 1 leto
2. kontaktne leče 2 leti
- pri otrocih do 15. leta starosti in pri odraslih z ametropijo 10 in več ali izgubo vida 90% in več 1 leto
3. očesne proteze
- iz stekla 1 leto
- iz akrilata 5 let
4. povečevalno steklo (lupa) 3 leta.

118. člen

(1) Trajnostna doba slušnih aparatov znaša najmanj:

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

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

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

(4) Trajnostna doba za digitalne slušne aparate je najmanj 5 let.

119. člen

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

1. vlitve inlaye iz standardnih materialov 3 leta.
- (2) Trajnostna doba zobnoprotečnih nadomestkov znaša pri:
 1. prevlekah, kronah in mostičkih in povezanih solitarnih prevlekah iz polplemenitih zlitin in pri estetskih prevlekah 7 let;
 2. prevlekah pri zobeh, ki nosijo delne proteze 3 leta;
 3. delnih protezah iz akrilata 3 leta;
 4. totalnih protezah z akrilatno bazo 5 let;
 5. protezah s kovinsko ploščo 7 let;
 6. opornicah pri parodontopatijah 3 leta;
 7. začasnih totalnih ali delnih protezah 1 leto.

120. člen

Trajnostna doba medicinskega pripomočka začne teči od dneva, ko ga zavarovana oseba prejme.

121. člen

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

(2) Garancijska doba znaša za:

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

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

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

122. člen

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

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

123. člen

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

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

IX. PREDHODNO ZAVAROVANJE

124. člen

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

125. člen

Predhodno zavarovanje je:

1. za zobnoprotenične fiksne in snemne nadomestke ter za medicinske pripomočke za izboljšanje vida in medicinske pripomočke za sluh 6 mesecev;
2. za druge medicinske pripomočke 3 mesece.

126. člen

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

(2) Pogoj predhodnega zavarovanja ne velja za primer poškodbe pri

delu in poklicne bolezni.

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

127. člen

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

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

128. člen

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

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

129. člen

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

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

130. člen

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

131. člen

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

132. člen

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

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

(3) Zavarovana oseba, ki potrebuje zdravstvene storitve v določenih časovnih obdobjih, lahko uveljavlja te storitve tudi v tujini, če pred odhodom pridobi soglasje zavoda. To soglasje ni potrebno, če

zavarovana oseba uveljavlja storitve dialize in kisikove terapije v državah v katerih velja pravni red EU. Zavod ji ob vrnitvi prizna stroške največ do višine povprečne cene takih zdravstvenih storitev v Sloveniji, razen če pravni red EU ali meddržavna pogodba ne določata drugače.

133. člen

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

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

134. člen

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

XI. PRAVICA DO ZDRAVLJENJA V TUJINI

135. člen

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

135.a člen

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

(2) Če pravico iz prejšnjega odstavka uveljavlja zavarovana oseba, ki še ni dopolnila 18 let, ima na potovanju in med pregledom, preiskavo ali zdravljenjem v tujini pravico do spremstva.

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

135.b člen

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

- če ji je bila pri vpisu v čakalni seznam izvajalca določena čakalna doba, ki presega najdaljšo dopustno čakalno dobo in zdravstvene storitve ni mogoče uveljaviti v okviru najdaljših dopustnih čakalnih dob pri vsaj enem izvajalcu;

- če ji je bila pri vpisu v čakalni seznam izvajalca določena čakalna doba, ki ne presega najdaljše dopustne čakalne dobe, presega pa razumen čas in zdravstvene storitve ni mogoče uveljaviti v razumnem času pri vsaj enem izvajalcu.

(2) Če pravico iz prejšnjega odstavka uveljavlja zavarovana oseba, ki še ni dopolnila 18 let, ima na potovanju in med pregledom, preiskavo

ali zdravljenjem v državi članici Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora in Švicarski konfederaciji, pravico do spremstva.

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

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

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

135.c člen

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

- na podlagi napotnice osebnega zdravnika ali napotnega zdravnika v Republiki Sloveniji do bolnišničnih in specialistično ambulantnih zdravstvenih storitev, pri čemer napotnica ni potrebna za specialistično ambulantne zdravstvene storitve, ki jih zavarovana oseba lahko uveljavi pri izvajalcih brez napotnice;

- na podlagi odločbe zavoda o predhodni odobritvi;

- na podlagi odločbe zavoda o odobritvi zdraviliškega zdravljenja;

- na podlagi odločbe zavoda o upravičenosti do medicinskega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe ali o pravici do zahtevnejšega medicinskega pripomočka;

- na podlagi naročilnice ali naročilnice EU;

- na podlagi recepta ali receptnega obrazca.

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

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

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

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

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

razen v delu, ki določa naziv zdravilišča v Republiki Sloveniji.

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

135.d člen

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

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

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

(4) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov cene medicinskega pripomočka s seznama zdravstvenih storitev iz sedmega odstavka 44.c člena zakona, če je kupljen v drugi državi članici Evropske unije na podlagi naročilnice ali naročilnice EU in je bila pred nakupom izdana odločba zavoda o predhodni odobritvi povračila stroškov cene medicinskega pripomočka. Odločba zavoda o predhodni odobritvi povračila stroškov cene medicinskega pripomočka se izda:

- na zahtevo, ki jo je treba vložiti v 30 dneh od izdaje naročilnice ali naročilnice EU ali odločbe iz prejšnjega odstavka, na podlagi katere se zahteva predhodna odobritev zavoda;

- na zahtevo, ki se jo poda v predlogu pooblaščenega zdravnika ali v zahtevi iz prejšnjega odstavka, če se v tem predlogu oziroma zahtevi sočasno zahteva predhodna odobritev zavoda iz tega odstavka.

(5) V primeru iz tretjega in četrtega odstavka tega člena si lahko zavarovana oseba nabavi medicinski pripomoček pri dobavitelju na podlagi potrdila o upravičenosti do medicinskega pripomočka, ki ga zavod izda ob izdaji odločbe iz tretjega oziroma četrtega odstavka tega člena.

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

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

- od izdaje naročilnice ali naročilnice EU;

- od dokončnosti odločitve zavoda iz tretjega oziroma četrtega odstavka tega člena.

(8) Stroški cene medicinskega pripomočka iz prvega, drugega, tretjega in četrtega odstavka tega člena se zavarovani osebi povrnejo do višine iz drugega, tretjega, četrtega oziroma šestega

odstavka 113. člena pravil, vendar ne več, kot znašajo dejanski stroški.

135.e člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov vrednosti zdravila in živila, če je kupljeno v drugi državi članici Evropske unije na podlagi recepta oziroma na podlagi recepta, ki ga je potrdil zavod, če je za zdravilo, predpisano na recept, uvedeno potrjevanje na podlagi šestega odstavka 202. člena pravil.

(2) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov vrednosti zdravila in živila, če je kupljeno v Republiki Sloveniji ali drugi državi članici Evropske unije na podlagi receptnega obrazca oziroma na podlagi receptnega obrazca, ki ga je potrdil zavod, če je za zdravilo, predpisano na receptni obrazec, uvedeno potrjevanje na podlagi šestega odstavka 202. člena pravil.

(3) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov vrednosti zdravila in živila s seznama zdravstvenih storitev iz sedmega odstavka 44.c člena zakona, če je kupljeno na podlagi recepta v drugi državi članici Evropske unije ali na podlagi receptnega obrazca v Republiki Sloveniji ali drugi državi članici Evropske unije in je bila pred nakupom na podlagi tega recepta oziroma receptnega obrazca izdana odločba zavoda o predhodni odobritvi povračila stroškov vrednosti zdravila in živila. Če je za zdravilo, predpisano na recept oziroma receptni obrazec, ki je podlaga za izdajo odločbe iz prejšnjega stavka, uvedeno potrjevanje na podlagi šestega odstavka 202. člena pravil, se šteje, da ga je zavod potrdil z izdajo te odločbe. Odločba zavoda o predhodni odobritvi povračila stroškov vrednosti zdravila in živila se izda na zahtevo, ki jo je treba vložiti v 30 dneh od predpisa recepta oziroma receptnega obrazca, na podlagi katerega se zahteva predhodna odobritev zavoda. V primeru vložene zahteve iz prejšnjega stavka mora biti recept oziroma receptni obrazec predložen lekarni v 30 dneh od dokončnosti odločitve zavoda o predhodni odobritvi.

(4) V primeru iz prvega, drugega in tretjega odstavka tega člena mora biti zdravilo oziroma živilo predpisano na recept oziroma receptni obrazec in izdano v skladu s splošnimi akti zavoda.

(5) Stroški vrednosti zdravila in živila iz prvega, drugega in tretjega odstavka tega člena se zavarovani osebi povrnejo do višine iz 60. člena pravil, vendar ne več, kot znašajo dejanski stroški.

135.f člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov vrednosti zdravila in živila, če je kupljeno v tujini na podlagi recepta, na zadnji strani katerega je potrdilo farmacevta v lekarni iz Republike Slovenije, da ji v Republiki Sloveniji ni bilo mogoče izdati zdravila oziroma živila zaradi motnje v njegovi preskrbi na trgu Republike Slovenije, ki ga mora zavod potrditi pred nakupom zdravila, če je za zdravilo, predpisano na recept, uvedeno potrjevanje na podlagi šestega odstavka 202. člena pravil.

(2) V primeru iz prejšnjega odstavka mora biti zdravilo oziroma živilo predpisano na recept in izdano v skladu s splošnimi akti zavoda.

(3) Stroški vrednosti zdravila in živila iz prvega odstavka tega člena se zavarovani osebi povrnejo do višine dejanskih stroškov v državi, v kateri je kupljeno.

136. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov zdravstvene storitve oploditve z biomedicinsko pomočjo z darovanimi celicami, ki jo uveljavi v tujini.

(2) Stroški zdravstvene storitve iz prejšnjega odstavka se zavarovani osebi povrnejo v višini povprečne cene te storitve v Republiki

Sloveniji, vendar ne več, kot znašajo dejanski stroški.

XII. PRAVICE DO NADOMESTIL IN POVRAČIL

XII/1. Pravica do nadomestila plače

137. člen

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

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

2. od 31. delovnega dne začasne nezmožnosti za delo zaradi bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom ter poklicne bolezni ali poškodbe pri delu, razen v primerih iz 3. in 4. točke tega odstavka;

3. od prvega delovnega dne začasne nezmožnosti za delo delavca zaradi bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom potem, ko je bilo za posamezno odsotnost z dela do 30 delovnih dni zaradi bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom, izplačano nadomestilo v breme istega delodajalca v koledarskem letu za 120 delovnih dni;

4. če gre za dve ali več zaporednih odsotnosti z dela zaradi iste bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom do 30 delovnih dni, pa traja v posameznem primeru prekinitiv med eno in drugo odsotnostjo manj kot deset delovnih dni, gre nadomestilo plače v breme obveznega zavarovanja od prekinitve dalje.

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

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

138. člen

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

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

1. sedem delovnih dni za nego ožjega družinskega člana;

2. petnajst delovnih dni za nego otroka do 7. leta starosti ali zmerno, težje ali težko duševno in telesno prizadetega otroka.

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

1. največ do 30 delovnih dni za nego otroka do 7. leta starosti ali za starejše zmerno, težje ali težko duševno in telesno prizadete otroke;

2. največ do 14 delovnih dni za nego drugih ožjih družinskih članov;

3. največ do 6 mesecev za nego otroka zaradi nenadnega hudega poslabšanja zdravstvenega stanja;

4. več kot šest mesecev za nego otroka zaradi težke možganske okvare, rakavih obolenj ali drugih posebno hudih poslabšanj

zdravstvenega stanja, na predlog strokovnega kolegija za pediatrijo univerzitetnega kliničnega centra.

(4) Pravico do nadomestila zaradi nege ožjega družinskega člana lahko uveljavlja eden od staršev do dopolnjenega 18. leta otrokove starosti oziroma dokler traja roditeljska pravica.

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

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

139. člen

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

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

1. 100 % osnove ob zadržanosti od dela zaradi poklicne bolezni, poškodbe pri delu in darovanja krvi;

2. 90 % osnove v primerih presaditve živega tkiva in organov v korist druge osebe, posledic dajanja krvi in izolacije;

3. 80 % osnove ob zadržanosti od dela zaradi bolezni, nege ožjega družinskega člana ter v primerih odsotnosti zaradi razlogov iz drugega in tretjega odstavka 40. člena pravil;

4. 70 % osnove ob zadržanosti od dela zaradi poškodb izven dela in spremstva;

5. 90 % osnove v vseh primerih zadržanosti od dela, če gre za vojaške invalide in civilne invalide vojne, razen v primeru zadržanosti od dela zaradi poklicne bolezni, poškodbe pri delu in nege ožjega družinskega člana, ko nadomestilo znaša 100 % osnove.

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

1. 100 % osnove ob zadržanosti od dela zaradi poklicne bolezni, poškodbe pri delu, presaditve živega tkiva in organov v korist druge osebe, darovanja krvi, posledic dajanja krvi in izolacije;

2. 90 % osnove ob zadržanosti od dela zaradi bolezni;

3. 80 % osnove ob zadržanosti od dela zaradi poškodb izven dela, nege ožjega družinskega člana in spremstva ter v primerih odsotnosti zaradi razlogov iz drugega in tretjega odstavka 40. člena pravil;

4. 100 % osnove v vseh primerih zadržanosti od dela, če gre za vojaške invalide in civilne invalide vojne.

139.a člen

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

140. člen

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

letom, v katerem je nastala začasna zadržanost od dela.

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

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

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

141. člen

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

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

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

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

142. člen

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

143. člen

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

144. člen

Zavarovancu, ki je med trajanjem začasne zadržanosti od dela

odstranjen z dela, se nadomestilo zniža za toliko, kot bi se mu v tem primeru znižala plača.

146. člen

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

147. člen

(1) Zavod zadrži izplačevanje nadomestila zavarovancu, ki:

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

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

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

XII/3. Pravica do povračil potnih stroškov

153. člen

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

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

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

154. člen

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

povračilo za prevoz z osebnim avtomobilom.

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

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

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

155. člen

Zavarovana oseba, ki uveljavlja pravico iz prvega odstavka 135.a ali prvega odstavka 135.b člena pravil, ima pravico do povračila prevoznih stroškov v skladu z 153. in 154. členom pravil. Če je zaradi zdravstvenega stanja zavarovane osebe potreben prevoz z letalom, spalnikom, ladjo ali drugim prevoznim sredstvom, se dejanski stroški prevoza zmanjšajo za znesek, določen v prejšnjem členu.

156. člen

(1) Zavarovana oseba, ki je napotena k izvajalcu v Republiki Sloveniji in je odsotna od doma več kot 12 ur, ima pravico do povračila stroškov prehrane v višini 60% dnevnice, ki se izplačuje javnim uslužbencem v organih državne uprave. Pri obračunu se upošteva vrednost dnevnice na dan, ko je bilo opravljeno potovanje.

(2) Če mora zavarovana oseba zaradi napotitve k izvajalcu v Republiki Sloveniji bivati v drugem kraju, ima pravico do povračila stroškov nastanitve v višini dejanskih stroškov, vendar ne več kot je cena enoposteljne sobe v najcenejšem hotelu s tremi zvezdicami v kraju, kjer uveljavlja zdravstvene storitve, če v tem kraju ni hotela s tremi zvezdicami, pa v kraju, ki je najbližji. Do povračila teh stroškov je zavarovana oseba upravičena le ob predložitvi računov.

(3) Zavarovana oseba, ki uveljavlja pravico iz prvega odstavka 135.a ali prvega odstavka 135.b člena pravil, odsotnost od doma pa je daljša od 12 ur, ima pravico do povračila stroškov prehrane v višini 50% devizne dnevnice, ki se izplačuje javnim uslužbencem v organih državne uprave za potovanje v posamezno državo, če ji prehrana ni bila zagotovljena v okviru uveljavljene storitve v tujini. Pri obračunu se upošteva vrednost dnevnice na posamezen dan, ko je zaradi uveljavljanja pravice iz prvega odstavka 135.a ali prvega odstavka 135.b člena pravil morala bivati v tujini.

(4) Zavarovana oseba, ki uveljavlja pravico iz prvega odstavka 135.a ali prvega odstavka 135.b člena pravil, ima pravico do povračila stroškov nastanitve v tujini v višini dejanskih stroškov, vendar ne več kot znaša 70% devizne dnevnice, ki se izplačuje javnim uslužbencem v organih državne uprave za potovanje v posamezno državo, če ji nastanitev ni bila zagotovljena v okviru uveljavljene storitve v tujini. Do povračila teh stroškov je zavarovana oseba upravičena le ob predložitvi računov. Če so stroški v tuji valuti, se preračunajo v eure po referenčnem tečaju Evropske centralne banke na dan, ko je bil izstavljen račun. Na isti dan se upošteva tudi vrednost dnevnice.

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

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

XIII. POSTOPKI IN POGOJI ZA UVELJAVLJANJE PRAVIC

157. člen

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

158. člen

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

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

(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 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, ki so pravica.

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

159. člen

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

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

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

160. člen

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

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

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

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

XIII/1. Izbira osebnega zdravnika

161. člen

(1) Zavarovana oseba uveljavlja pravice do zdravstvenih storitev v

osnovni zdravstveni dejavnosti pri svojem osebnem zdravniku.

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

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

162. člen

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

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

163. člen

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

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

164. člen

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

165. člen

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

166. člen

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

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

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

167. člen

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

167.a člen

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

XIII/2. Zamenjava osebnega zdravnika

168. člen

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

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

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

169. člen

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

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

170. člen

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

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

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

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

171. člen

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

XIII/3. Uveljavljanje pravic v osnovni zdravstveni dejavnosti

172. člen

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

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

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

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

173. člen

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

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

174. člen

(1) Osebni zdravnik je pooblaščen in dolžan tudi:

1. ugotavljati začasno zadržanost od dela;
2. napotiti zavarovano osebo na imenovanega zdravnika ali zdravstveno komisijo in invalidsko komisijo;
3. napotiti zavarovano osebo k zdravniku specialistu na ambulantno ali bolnišnično obravnavo na ustrezni ravni oziroma na konziliarne preglede k drugim zdravnikom na isti ravni;
4. predpisovati zdravila na recept;
5. predpisovati medicinske pripomočke;
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;
8. odrejati prevoze z reševalnimi in drugimi vozili ter ocenjevati in

potrditi njihovo nujnost, razen v primerih, ko je bila zavarovana oseba odpuščena iz bolnišnice;

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

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

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

175. člen

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

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

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

176. člen

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

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

1. naroči, naj opravi pregled zavarovane osebe in poda mnenje o njenem stanju, pri čemer izvede preiskave, ki so potrebne za oblikovanje mnenja in za predlog zdravljenja;

2. dovoli, da prevzame zavarovano osebo v zdravljenje za določeno bolezen, pri čemer ji zagotovi vse potrebne diagnostične, terapevtske in rehabilitacijske storitve ter predpisuje zdravila na recept;

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

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

(4) Napotni zdravnik lahko odkloni sprejem pooblastila osebnega zdravnika, če niso predhodno opravljene vse storitve, ki bi jih lahko

zagotovil osebni zdravnik na primarni ravni, oziroma narava bolezni ne zahteva obravnave na sekundarni ravni.

177. člen

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

178. člen

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

179. člen

Zavarovana oseba lahko brez napotnice uveljavlja nujno zdravljenje, nujno medicinsko pomoč in druge zdravstvene storitve v skladu s splošnimi akti zavoda.

180. člen

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

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

XIII/4. Uveljavljanje pravic do prevozov z reševalnimi in drugimi vozili

181. člen

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

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

182. člen

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

183. člen

Če zavarovana oseba ali njeni svojci oziroma kdo drug v njenem imenu naroči prevoz z reševalnim vozilom, sama poravnava stroške

prevoza. Zavarovana oseba lahko zahteva povračilo stroškov od zavoda, če zdravnik, ki jo je prevzel v zdravljenje, ugotovi, da je bil prevoz nujen in ji o tem izda potrdilo.

184. člen

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

XIII/5. Uveljavljanje pravic do zobozdravstvenih storitev

185. člen

(1) Osebni zobozdravnik je lahko za:

1. za otroke šolarje in mladino do dopolnjenega 19. leta starosti zobozdravnik usposobljen za zobozdravstveno varstvo otrok in mladine oziroma specialist pedontolog. V krajih, kjer tako usposobljenega zdravnika ni, pa lahko tudi drug zobozdravnik;

2. druge zavarovane osebe splošni zobozdravnik ali zobozdravnik – specialist, ki zavarovanim osebam zagotovi vse storitve s področja zdravljenja zob in ustne votline ter zobne protetike.

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

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

186. člen

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

187. člen

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

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

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

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

188. člen

(1) Osebni zobozdravnik oziroma specialist protetik, ki je prejel

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

(2) Predlog zobnoprotenične rehabilitacije mora predvideti celotno rehabilitacijo v okviru pravic.

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

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

XIII/6. Uveljavljanje pravic v specialistični ambulantni in bolnišnični dejavnosti

189. člen

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

190. člen

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

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

191. člen

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

192. člen

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

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

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

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

193. člen

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

194. člen

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

195. člen

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

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

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

196. člen

(1) Napotnica za specialistični pregled ni potrebna:

1. za pregled pri okulistu zaradi ugotavljanja vida oziroma predpisovanja medicinskih pripomočkov za izboljšanje vida;
2. za pregled in zdravljenje pri specialistu – psihiatru;
3. pri pregledih zaradi odkrivanja kontaktov pri tuberkulozi in spolno

prenosljivih boleznih ter za kontrolne preglede po končanem zdravljenju, ki so predpisani z zakonom.

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

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

XIII/7. Uveljavljanje pravice do zdraviliškega zdravljenja

197. člen

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

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

2. osebnega zdravnika, če gre za zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja.

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

(2) Zdravnik iz prejšnjega odstavka mora imenovanemu zdravniku predložiti podatke o zdravstvenem stanju zavarovane osebe, ki utemeljujejo zdraviliško zdravljenje, ter predlagati spremstvo, če gre za slepo zavarovano osebo iz drugega odstavka 63. člena pravil, če je to potrebno. Na predlogu je lahko navedena tudi izjava zavarovane osebe glede zdravilišča, v katero želi biti napotena.

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

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

(5) Z odločbo o odobritvi zdraviliškega zdravljenja se določijo vrsta, način izvajanja, tip standarda in trajanje zdraviliškega zdravljenja, razlog obravnave, rok, v katerem mora zavarovana oseba začeti zdraviliško zdravljenje, naziv zdravilišča, spremstvo, če gre za slepo zavarovano osebo iz drugega odstavka 63. člena pravil, in namestitvev na negovalni oddelek, če je to potrebno glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe.

198. člen

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

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

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

zdravljenja.

(4) Zavarovana oseba ali njen osebni zdravnik lahko v primeru iz četrtega odstavka 48. člena pravil predlaga imenovanemu zdravniku odlog začetka zdraviliškega zdravljenja, o čemer zavarovana oseba istočasno pisno obvesti zdravilišče.

(5) Zavarovana oseba ali njen osebni zdravnik lahko v primeru iz petega odstavka 48. člena pravil predlaga imenovanemu zdravniku nadaljevanje zdraviliškega zdravljenja.

199. člen

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

200. člen

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

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

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

XIII/8. Uveljavljanje pravice do zdravil in živil na recept

202. člen

(1) Za predpisovanje zdravil na recept je pooblaščen:

- osebni zdravnik;

- napotni zdravnik – zdravila s svojega delovnega področja v skladu s pooblastili z napotnice;

- zdravnik zdravilišča – zdravilo za neprekinjeno zdravljenje osnovne bolezni zavarovane osebe, ki v zdravilišču uveljavlja zdraviliško zdravljenje iz prve alineje drugega odstavka 43. člena pravil, in zdravila, ki jih rabi za zdravljenje bolezni ali poškodbe, ki je nastala v času tega zdraviliškega zdravljenja in bi lahko brez predpisa zdravila povzročila prekinitvev tega zdraviliškega zdravljenja;

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

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

- v skladu s predpisi, ki urejajo predpisovanje in izdajanje zdravil za uporabo v humani medicini, in splošnimi akti zavoda,

- ob upoštevanju povzetka glavnih značilnosti zdravila, strokovnih smernic in vseh okoliščin, ki lahko vplivajo na potek zdravljenja in ob upoštevanju uspešnosti predhodnega zdravljenja,

- v smiselnih kombinacijah, najprimernejših odmerkih in primernem časovnem obdobju, in

- ob upoštevanju stroškovnega vidika predpisa zdravila na recept.

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

(4) Do uvedbe elektronskega obnovljivega recepta zavarovana oseba nabavlja zdravila na obnovljivi recept v lekarni, v kateri je na posamezni obnovljivi recept prvič nabavila zdravilo.

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

(6) Za zdravilo iz prejšnjega odstavka lahko zavod uvede potrjevanje receptov, kar označi ob razvrstitvi ali prerazvrstitvi zdravila na listo.

202.a člen

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

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

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

(4) Farmacevt zaključi obnovljivi recept:

- če ga pooblaščen zdravnik obvesti, da je ukinil ali zamenjal zdravilo v obdobju veljavnosti obnovljivega recepta;

- če je predpisano zdravilo izločeno z liste ali ni dostopno na trgu in ga ni možno ustrezno nadomestiti, o čemer obvesti pooblaščenega zdravnika, ki ga je predpisal.

(5) Na obnovljivi recept se lahko predpiše za enkratno izdajo količina zdravil, ki ne presega trimesečnega obdobja. V izjemnem primeru (študijska obveznost v tujini, daljše službeno ali zasebno potovanje v tujino in podobno) se lahko na obnovljivi recept izda večjo količino zdravila, kot je določena za enkratno izdajo, vendar največ za obdobje njegove veljavnosti. Razlog izdaje večje količine zdravila se kot opombo vpiše na zadnjo stran obnovljivega recepta ali označi v računalniškem programu ali naredi uradni zaznamek.

203. člen

(1) Obliko in vsebino recepta določi zavod.

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

(3) Če na recept predpiše zdravilo iz sedme alineje drugega odstavka 103. člena pravil, pooblaščen zdravnik to označi z besedami: "nujno zdravljenje!" in se poleg podpiše.

204. člen

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

(2) Zavarovana oseba mora recept predložiti lekarni:

- v 24 urah od predpisa recepta za zdravilo iz sedme alineje drugega odstavka 103. člena pravil;

- v treh dneh od dneva predpisa recepta za protimikrobno zdravilo za akutno bolezen;

- v 30 dneh od dneva predpisa recepta;

- v 30 dneh od dokončnosti odločitve zavoda o predhodni odobritvi v primeru iz tretjega odstavka 135.e člena pravil.

(3) Zavarovana oseba lahko ponovno izdajo zdravila na obnovljivi recept uveljavi v 30 dneh pred predvideno ponovno izdajo zdravila, pred tem rokom pa le v izjemnem primeru (študijska obveznost v tujini, daljše službeno ali zasebno potovanje v tujino in podobno), pri čemer se razlog predčasne ponovne izdaje zdravila kot opombo vpiše na zadnjo stran obnovljivega recepta ali označi v računalniškem programu ali naredi uradni zaznamek.

205. člen

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

206. člen

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

(2) Kadar iz zdravstvenih razlogov enakovredno zdravljenje ni mogoče z drugim zdravilom s seznama medsebojno zamenljivih zdravil oziroma iz terapevtske skupine zdravil, pooblaščen zdravnik lahko predpiše na recept zdravilo z lastniškim imenom, pripiše "ne zamenjaj!" in se poleg podpiše. Za zdravstveni razlog se šteje alergija na zdravilo ali drug neželeni učinek zdravila, ki ogroža zdravje zavarovane osebe, in se dokumentira v zdravstveni dokumentaciji zavarovane osebe.

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

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

207. člen

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

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

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

208. člen

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

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

209. člen

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

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

(3) Kadar je na receptu napaka o zavarovani osebi, pooblaščenem zdravniku, plačniku zdravila ali v načinu doplačila glede na razvrstitev ali indikacijsko področje predpisane zdravila, ki jo je mogoče preveriti in takoj odpraviti, se recept pravilno obračuna in popravek označi na receptu.

(4) Zdravilo na recept se ne sme izdati:

- če recept ni predpisan in izpolnjen v skladu s predpisi, ki urejajo predpisovanje in izdajanje zdravil za uporabo v humani medicini, in splošnimi akti zavoda;

- če je recept predložen lekarni po obdobju iz drugega odstavka 204. člena pravil;

- če je obnovljivi recept predložen lekarni pred 30 dnevni rok predvidene ponovne izdaje zdravila, razen v primeru predčasne ponovne izdaje zdravila v izjemnem primeru iz tretjega odstavka 204. člena pravil.

(5) Naenkrat se ne sme izdati dveh ali več zdravil na recepte z enako učinkovino v enaki jakosti in enaki farmacevtski obliki, ne glede, ali je recepte predpisal en ali več pooblaščenih zdravnikov. V tem primeru se izda zdravilo na en recept ali v količini iz četrtega odstavka 58. člena pravil, drugi recept pa se na sprednji strani označi z opombo "podvojeni recept" in žigom lekarnice ter se vrne zavarovani osebi z ustreznim pojasnilom. Na podvojeni recept se ne sme izdati zdravila.

(6) Izda se izvorno pakiranje, ki je najbližje predpisani količini zdravila. Če je zavarovani osebi predpisanih več zdravil za dolgotrajno zdravljenje na recepte, ki niso usklajeni glede obdobja izdaj zdravil, se lahko prilagodi količino izdanih zdravil, da se optimalno prilagodi obdobja njihovih izdaj v obdobjih, določenih z recepti.

(7) Zdravilo, katerega nabavna cena pakiranja ob izdaji oziroma ob prvi izdaji na obnovljivi recept presega 200 evrov, se izdaja za obdobje do enomesečne terapije, vsaka izdaja pa se obračuna in evidentira kot izdaja na obnovljivi recept.

(8) Zdravilo iz šestega odstavka 202. člena pravil se lahko izda, če je recept predhodno potrdil zavod.

209.a člen

(1) Za predpisovanje živil na recept je pooblaščen:

1. za živila s prilagojeno sestavo hranil – splošni osebni zdravnik oziroma osebni otroški zdravnik, oba po postavitvi indikacije na pediatrični kliniki;

2. za živila za prehransko podporo – zdravnik ustrezne specialnosti,

določene v omejitvi predpisovanja posameznega živila, v okviru specialistične ambulantne dejavnosti, in splošni osebni zdravnik oziroma osebni otroški zdravnik na podlagi izvida tega zdravnika specialista ali pisnega mnenja konzilija ustrezne klinike;

3. za živila za otroke z alergijami – osebni otroški zdravniki na podlagi mnenja pediatrične klinike.

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

210. člen

Zdravila na recept lahko izjemoma predpisuje zase in za svoje družinske člane, ki imajo urejeno obvezno zavarovanje v Republiki Sloveniji, tudi zdravnik, ki ni osebni ali napotni zdravnik teh zavarovanih oseb, če je evidentiran v Bazi podatkov o izvajalcih zdravstvenih storitev Nacionalnega inštituta za javno zdravje in ima stalno prebivališče v Republiki Sloveniji oziroma, kadar ima začasno prebivališče v Republiki Sloveniji, če je vključen v javno zdravstveno mrežo v Republiki Sloveniji. Zavod dodeli zdravniku iz prejšnjega stavka na njegov predlog 30 receptov na leto, ki so označeni z žigom zavoda (recept za osebno rabo) in za katere veljajo enaki predpisi in splošni akti zavoda, ki veljajo za predpisovanje in izdajanje zdravil na recept. Če zdravnik iz prvega stavka ne ravna v skladu s prejšnjim stavkom, mu lahko zavod zavrne nadaljnjo dodelitev receptov za osebno rabo.

XIII/9. Uveljavljanje pravic do medicinskih pripomočkov

211. člen

Zavarovana oseba je upravičena do medicinskega pripomočka, če potrebo po njem ugotovi zdravnik, ki pri tem upošteva zdravstveno stanje zavarovane osebe, bolezni in zdravstvena stanja iz prvega odstavka 64. člena pravil in druge standarde, določene s splošnimi akti zavoda, ali o tem odloči imenovani zdravnik v primerih iz 214. in 215. člena pravil.

212. člen

(1) Za predpisovanje medicinskih pripomočkov so pooblaščen:

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, ortopedski nedrček za prsno protezo, senzorje za pulzni oksimeter in akumulatorje;

- medicinske 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;

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

3. napotni zdravniki okulisti za medicinske pripomočke iz 78., 79., 80., 81., 82., 83. in 84. člena pravil;

4. napotni zdravniki otorinolaringologi za medicinske 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 medicinske pripomočke iz drugega odstavka 91. člena Pravil;

6. specialisti diabetologi internisti za zavarovane osebe od 18. leta starosti, ki jih imenuje upravni odbor zavoda, za medicinske pripomočke iz drugega odstavka 91. člena Pravil;

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

(2) Medicinske 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 medicinskih pripomočkov iz prejšnjega odstavka poimensko določi seznam pooblaščenih zdravnikov.

(3) Medicinske pripomočke, pri katerih je potrebna timska obravnava zavarovane osebe, individualna izdelava in individualna aplikacija medicinskega 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 medicinskega pripomočka morajo biti razvidne iz zdravstvene dokumentacije. Med prilagoditve in nastavitve medicinskega pripomočka ne štejejo nastavitve sestavnih delov medicinskega pripomočka ali montaža dodatka k medicinskemu pripomočku.

(4) Seznam medicinskih 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 medicinskih pripomočkov določi s posebnim sklepom upravni odbor zavoda na predlog Univerzitetnega rehabilitacijskega inštituta Republike Slovenije – Soča, 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 medicinskih pripomočkov.

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

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

(8) Zavarovana oseba mora naročilnico predložiti dobavitelju v 30 dneh od izdaje naročilnice oziroma od dokončnosti odločitve zavoda o pravici do medicinskega pripomočka ali o drugih zahtevah v zvezi z medicinskim pripomočkom oziroma od odobritve vzdrževanja in popravil medicinskih pripomočkov iz prvega odstavka 66. člena pravil. Zavod s pogodbo z dobaviteljem določi najdaljši rok dobave oziroma izdelave medicinskega pripomočka.

213. člen

(1) Pooblaščen zdravnik mora na naročilnici označiti šifro in naziv medicinskega pripomočka v skladu s šifrantom vrst medicinskih pripomočkov.

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

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

(4) Upravni odbor zavoda določi vrste medicinskih pripomočkov in zdravstvena stanja, pri katerih se medicinske 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 do uvedbe elektronske obnovljive naročilnice medicinski pripomoček, ki je predpisan na obnovljivo naročilnico, nabavlja pri dobavitelju, pri katerem je na posamezno obnovljivo naročilnico prvič nabavila medicinski pripomoček. Posamezna izdaja na podlagi obnovljive letne naročilnice je lahko največ v količini, predvideni za obdobje treh mesecev.

(2) Dobavitelj pri vrstah medicinskih pripomočkov iz skupin medicinskih pripomočkov pri umetno izpeljanem črevesju, pri težavah z odvajanjem seča, pri zdravljenju sladkorne bolezni in obvezilnih materialov, ki so predmet pogodbe med njim in zavodom, zagotavlja na vseh svojih izdajnih mestih najmanj 50 % vseh pripomočkov (artiklov), določenih s seznamom medicinskih pripomočkov v posamezni vrsti medicinskega pripomočka, vendar ne manj kot štiri pripomočke (artikle), določene s seznamom medicinskih pripomočkov v posamezni vrsti medicinskega pripomočka. Dobavitelj pri vrstah medicinskih pripomočkov, ki so predmet pogodbe med njim in zavodom, zagotavlja na vseh svojih izdajnih mestih vse pripomočke (artikle), določene s seznamom medicinskih pripomočkov v posamezni vrsti medicinskega pripomočka, ki imajo najvišjo priznano ceno, in ponudi zavarovani osebi najprej te.

(3) Dobavitelj zagotavlja tudi pripomoček (artikel), brez katerega ni mogoča uporaba drugega pripomočka (artikla).

(4) Dobavitelj zagotovi zavarovani osebi medicinski pripomoček takoj oziroma najpozneje v 24 urah od predložitve naročilnice, razen medicinskih pripomočkov, ki se individualno izdelajo oziroma zahtevajo individualne prilagoditve za posamezno zavarovano osebo, ki jih zagotovi v pogodbeno določenem roku.

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

(6) 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.

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

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

217. člen

Dobavitelj zavarovani osebi ob izročitvi medicinskega pripomočka da vsa ustrezna navodila o uporabi in ravnanju z njim ter izstavi garancijski list oziroma garancijo za izdelek. V garancijski dobi dobavitelj nosi vse stroške popravil oziroma reklamacij zaradi neustrezne izdelave medicinskega pripomočka, okvar ali poškodb zaradi neprimernih materialov, napak v proizvodnji in podobno.

219. člen

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

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

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

221. člen

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

1. zavarovancu, ki je napoten na delo v tujino, in njegovim družinskim članom največ za čas predvidenega dela v tujini;
2. zavarovanim osebam, ki študirajo ali so na strokovnem izpopolnjevanju v tujini, nimajo pa lastnosti delavca, največ za študijsko leto oziroma za predvideno dobo študija ali izpopolnjevanja v tujini;
3. zavarovanim osebam za čas začasnega bivanja v tujini za eno leto;
4. upokojevcem in po njih zavarovanim družinskim članom ter otrokom do dopolnjenega 18. leta, če niso sami zavarovanci, za pet let oziroma do dopolnjenega 18. leta.

222. člen

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

223. člen

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

224. člen

(1) Zahteva za uveljavljanje pravice iz 135.a do 136. člena pravil se vložijo pri območni enoti zavoda.

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

225. člen

(1) V postopku odločanja o pravici iz 135.a do 136. člena pravil lahko uradna oseba zavoda pridobi mnenje konzilija ustreznega izvajalca na terciarni ravni zlasti o naslednjih vidikih zdravljenja zavarovane osebe glede na zdravstveno storitev, ki je predmet zahteve za odobritev zdravljenja v tujini oziroma zahteve za povračilo stroškov tega zdravljenja:

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

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

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

226. člen

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

(2) Če je odobrena zdravstvena storitev na podlagi 135.a člena pravil, zavod izda zavarovani osebi listino, na podlagi katere lahko uveljavi to storitev v tujini, ali nakaže akontacijo stroškov te storitve izvajalcu zdravstvene dejavnosti v tujini, pri katerem bo uveljavljena.

(3) Če je odobrena zdravstvena storitev na podlagi 135.b člena pravil, zavod izda zavarovani osebi listino, na podlagi katere lahko uveljavi to storitev v državi članici Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora ali Švicarski konfederaciji.

(4) Če je odobrena zdravstvena storitev na podlagi 135.a ali 135.b člena pravil, zavod nakaže zavarovani osebi na njeno zahtevo akontacijo za potne stroške.

227. člen

V postopku odločanja o pravici iz 135.a do 136. člena pravil lahko uradna oseba zavoda, če nima določenega strokovnega znanja, pridobi mnenje imenovanega zdravnika, člana zdravstvene komisije ali drugega zdravnika zavoda.

228. člen

Če je v primeru iz 228.a, 228.b, 228.c, 228.d, 228.e, 228.f ali 228.g člena pravil zavodu predložena zdravstvena ali druga dokumentacija v tujem jeziku, ki ga uradna oseba zavoda ne razume, zavarovana oseba na poziv zavoda na lastne stroške predloži tudi njen prevod v slovenski jezik.

228.a člen

(1) V primeru iz 135.a člena pravil mora zahteva za odobritev pregleda, preiskave ali zdravljenja v tujini, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- zdravstveno dokumentacijo o dosedanem zdravljenju v Republiki Sloveniji;
- morebitno dokumentacijo o že opravljenem pregledu, preiskavi ali zdravljenju v tujini;
- na zahtevo zavoda drugo dokumentacijo, ki jo zavod potrebuje za odločanje o odobritvi pregleda, preiskave ali zdravljenja v tujini;
- podatek o zavarovalnici in številki police, pri kateri ima zavarovana oseba sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje.

(2) V primeru iz 135.a člena pravil mora zahteva za povračilo stroškov opravljenega pregleda, preiskave ali zdravljenja v tujini, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- zdravstveno dokumentacijo o dosedanem zdravljenju v Republiki Sloveniji;
- zdravstveno dokumentacijo o opravljenem pregledu, preiskavi ali zdravljenju v tujini;
- na zahtevo zavoda drugo dokumentacijo, ki jo zavod potrebuje za odločanje o povračilu stroškov opravljenega pregleda, preiskave ali zdravljenja v tujini;
- izvornik računa za opravljen pregled, preiskavo ali zdravljenje v tujini z dokazilom o njegovem plačilu in
- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

228.b člen

(1) V primeru iz 135.b člena pravil mora zahteva za odobritev pregleda, preiskave ali zdravljenja v državi članici Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora ali Švicarski konfederaciji, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- nedvoumno navedbo, da zavarovana oseba uveljavlja pregled, preiskavo ali zdravljenje v državi članici Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora ali Švicarski konfederaciji;
- zdravstveno dokumentacijo o dosedanem zdravljenju v Republiki Sloveniji;
- dokumentacijo, iz katere je razvidno, da je zavarovana oseba vpisana v čakalni seznam;
- dokumentacijo, iz katere je razviden določen datum zdravljenja v Republiki Sloveniji in pri katerem izvajalcu;
- na zahtevo zavoda drugo dokumentacijo, ki je potrebna v postopku odločanja;
- podatek o zavarovalnici in številki police, pri kateri ima zavarovana oseba sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje.

(2) V primeru iz 135.b člena pravil mora zahteva za povračilo stroškov opravljenega pregleda, preiskave ali zdravljenja v državi članici Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora ali Švicarski konfederaciji, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- zdravstveno dokumentacijo o dosedanem zdravljenju v Republiki Sloveniji;
- zdravstveno dokumentacijo o opravljenem pregledu, preiskavi ali zdravljenju v državi članici Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora ali Švicarski konfederaciji;
- dokumentacijo, iz katere je razvidno, da je zavarovana oseba vpisana v čakalni seznam;
- dokumentacijo, iz katere je razviden določen datum zdravljenja v Republiki Sloveniji in pri katerem izvajalcu;
- na zahtevo zavoda drugo dokumentacijo, ki je potrebna v postopku odločanja;
- izvornik računa za opravljen pregled, preiskavo ali zdravljenje v državi članici Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora ali Švicarski konfederaciji, z dokazilom o njegovem plačilu, in
- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

228.c člen

(1) V primeru iz prve alineje prvega odstavka 135.c člena pravil mora zahteva za povračilo stroškov zdravstvenih storitev, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- izvornik napotnice oziroma drugo dokumentacijo, če se lahko specialistično ambulantna zdravstvena storitev opravi brez napotnice v javni zdravstveni mreži v Republiki Sloveniji;
- ustrezno dokumentacijo o opravljeni zdravstveni storitvi;
- izvornik računa za opravljeno zdravstveno storitev z dokazilom o njegovem plačilu in
- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

(2) V primeru iz druge alineje prvega odstavka 135.c člena pravil mora zahteva za predhodno odobritev zavoda, poleg sestavin,

določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- nedvoumno navedbo, da zavarovana oseba uveljavlja zdravljenje v drugi državi članici Evropske unije;
- navedbo zdravstvene storitve, ki jo želi zavarovana oseba uveljaviti v drugi državi članici Evropske unije;
- zdravstveno dokumentacijo o doseganju zdravljenju v Republiki Sloveniji;
- dokumentacijo, iz katere je razvidno, da je zavarovana oseba vpisana v čakalni seznam;
- dokumentacijo, iz katere je razviden določen datum zdravljenja v Republiki Sloveniji in pri katerem izvajalcu, in
- na zahtevo zavoda drugo dokumentacijo, ki je potrebna v postopku odločanja.

(3) V primeru iz druge alinee prvega odstavka 135.c pravil mora zahteva za povračilo stroškov zdravstvene storitve, uveljavljene na podlagi predhodne odobritve zavoda, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- podatek o številki in datumu odločbe zavoda o predhodni odobritvi povračila stroškov vrednosti zdravstvene storitve;
- ustrezno dokumentacijo o opravljeni zdravstveni storitvi;
- izvornik računa za opravljeno zdravstveno storitev z dokazilom o njegovem plačilu in
- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

(4) V primeru iz tretje alinee prvega odstavka 135.c člena pravil mora zahteva za povračilo stroškov zdraviliškega zdravljenja, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- ustrezno dokumentacijo o opravljenem zdraviliškem zdravljenju;
- izvornik računa za opravljeno zdraviliško zdravljenje z dokazilom o njegovem plačilu in
- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

(5) Določbe prvega do tretjega odstavka tega člena se ne uporabljajo v primeru povračila stroškov cene medicinskega pripomočka ter vrednosti zdravil in živil, ki se predpisujejo na recept.

228.d člen

(1) V primeru iz prvega odstavka 135.d člena pravil mora zahteva za povračilo stroškov cene za medicinski pripomoček, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- naročilnico, na podlagi katere je kupljen medicinski pripomoček,
- izvornik računa za kupljeni medicinski pripomoček,
- na zahtevo zavoda drugo dokumentacijo, ki je potrebna v postopku odločanja, in
- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

(2) V primeru iz drugega odstavka 135.d člena pravil mora zahteva za povračilo stroškov cene za medicinski pripomoček, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- naročilnico EU, na podlagi katere je kupljen medicinski pripomoček,
- zdravstveno dokumentacijo, ki dokazuje, da je predložena naročilnica EU izdana v okviru zdravstvene storitve iz prve ali druge alinee prvega odstavka 135.c člena pravil,

- izvornik računa za kupljeni medicinski pripomoček,

- na zahtevo zavoda drugo dokumentacijo, ki je potrebna v postopku odločanja, in

- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

(3) V primeru iz tretjega odstavka 135.d člena pravil mora zahteva oziroma predlog pooblaščenega zdravnika za izdajo odločbe zavoda o upravičenosti do medicinskega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe ali o pravici do zahtevnejšega medicinskega pripomočka, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- naročilnico ali naročilnico EU, na podlagi katere se uveljavlja medicinski pripomoček pred iztekom trajnostne dobe ali zahtevnejši medicinski pripomoček,

- zdravstveno dokumentacijo, ki dokazuje, da je predložena naročilnica EU izdana v okviru zdravstvene storitve iz prve ali druge alinee prvega odstavka 135.c člena pravil, če je zahteva vložena na podlagi naročilnice EU, in

- na zahtevo zavoda drugo dokumentacijo, ki je potrebna v postopku odločanja.

Če se sočasno zahteva predhodna odobritev zavoda iz četrtega odstavka 135.d člena pravil, mora zahteva iz prejšnjega stavka vsebovati tudi navedbo, da se na podlagi odločbe zavoda o upravičenosti do medicinskega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe oziroma odločbe zavoda o pravici do zahtevnejšega medicinskega pripomočka zahteva predhodna odobritev zavoda iz četrtega odstavka 135.d člena pravil.

(4) V primeru iz tretjega odstavka 135.d člena pravil mora zahteva za povračilo stroškov cene medicinskega pripomočka, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- podatek o številki in datumu odločbe zavoda o upravičenosti do medicinskega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe ali o pravici do zahtevnejšega medicinskega pripomočka iz tretjega odstavka 135.d člena pravil,

- naročilnico oziroma naročilnico EU, na podlagi katere je kupljen medicinski pripomoček,

- izvornik računa za kupljeni medicinski pripomoček,

- na zahtevo zavoda drugo dokumentacijo, ki je potrebna v postopku odločanja, in

- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

(5) V primeru iz četrtega odstavka 135.d člena pravil mora zahteva za izdajo odločbe zavoda o predhodni odobritvi, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- naročilnico ali naročilnico EU ali podatek o številki in datumu odločbe o upravičenosti do medicinskega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe ali o pravici do zahtevnejšega medicinskega pripomočka iz tretjega odstavka 135.d člena pravil,

- zdravstveno dokumentacijo, ki dokazuje, da je predložena naročilnica EU izdana v okviru zdravstvene storitve iz prve ali druge alinee prvega odstavka 135.c člena pravil, če je zahteva vložena na podlagi naročilnice EU, in

- na zahtevo zavoda drugo dokumentacijo, ki je potrebna v postopku odločanja.

(6) V primeru iz četrtega odstavka 135.d člena pravil mora zahteva za povračilo stroškov cene medicinskega pripomočka, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- podatek o številki in datumu odločbe zavoda o predhodni odobritvi povračila stroškov cene medicinskega pripomočka iz četrtega odstavka 135.d člena pravil,

- naročilnico oziroma naročilnico EU, na podlagi katere je kupljen medicinski pripomoček,

- izvornik računa za kupljeni medicinski pripomoček,

- na zahtevo zavoda drugo dokumentacijo, ki je potrebna v postopku odločanja, in

- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

228.e člen

(1) V primeru iz prvega odstavka 135.e člena pravil mora zahteva za povračilo stroškov vrednosti zdravila ali živila, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- recept, na podlagi katerega je kupljeno zdravilo oziroma živilo,

- izvornik računa lekarne za kupljeno zdravilo oziroma živilo in

- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

(2) V primeru iz drugega odstavka 135.e člena pravil mora zahteva za povračilo stroškov vrednosti zdravila ali živila, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- receptni obrazec, na podlagi katerega je kupljeno zdravilo oziroma živilo,

- izvid z diagnozo in mnenjem zdravnika, ki je predpisal receptni obrazec, ki dokazuje, da je zdravilo oziroma živilo predpisano na predloženem receptnem obrazcu v okviru zdravstvene storitve iz prve ali druge alineje prvega odstavka 135.c člena pravil,

- izvornik računa lekarne za kupljeno zdravilo oziroma živilo,

- na zahtevo zavoda drugo dokumentacijo, ki je potrebna v postopku odločanja, in

- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

(3) V primeru iz tretjega odstavka 135.e člena pravil mora zahteva za izdajo odločbe zavoda o predhodni odobritvi povračila stroškov vrednosti zdravila in živila, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- kopijo recepta oziroma receptnega obrazca, na podlagi katerega se zahteva predhodna odobritev zavoda,

- izvid z diagnozo in mnenjem zdravnika, ki je predpisal receptni obrazec, ki dokazuje, da je zdravilo oziroma živilo predpisano na predloženem receptnem obrazcu v okviru zdravstvene storitve iz prve ali druge alineje prvega odstavka 135.c člena pravil, če je zahteva vložena na podlagi receptnega obrazca, in

- na zahtevo zavoda drugo dokumentacijo, ki je potrebna v postopku odločanja.

(4) V primeru iz tretjega odstavka 135.e člena pravil mora zahteva za povračilo stroškov vrednosti zdravila ali živila, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- podatek o številki in datumu odločbe zavoda o predhodni odobritvi povračila stroškov vrednosti zdravila in živila iz tretjega odstavka 135.e člena pravil,

- recept oziroma receptni obrazec, na podlagi katerega je kupljeno zdravilo oziroma živilo,

- izvornik računa lekarne za kupljeno zdravilo oziroma živilo,

- na zahtevo zavoda drugo dokumentacijo, ki je potrebna v postopku odločanja, in

- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

228.f člen

V primeru iz 135.f člena pravil mora zahteva za povračilo stroškov vrednosti zdravila ali živila, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- recept, na podlagi katerega je kupljeno zdravilo oziroma živilo, na zadnji strani katerega je potrdilo farmacevta iz Republike Slovenije, da ji v Republiki Sloveniji ni bilo mogoče izdati zdravila oziroma živila zaradi motnje v njegovi preskrbi na trgu Republike Slovenije;

- izvornik računa lekarne za kupljeno zdravilo oziroma živilo in

- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

228.g člen

V primeru iz 136. člena pravil mora zahteva za povračilo stroškov postopka oploditve z biomedicinsko pomočjo z darovano celico v tujini, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- podatek o številu že opravljenih postopkov oploditve z biomedicinsko pomočjo (štejejo vsi ti postopki v Republiki Sloveniji in v tujini, ne zgolj z darovano celico), kje in kdaj so bili opravljeni,

- zdravstveno dokumentacijo o opravljenem postopku oploditve z biomedicinsko pomočjo z darovano celico v tujini, za katerega se vlaga zahteva za povračilo stroškov, iz katere je razvidno, kakšna sredstva in metode je lečeči zdravnik specialist uporabil za vzpodbujanje rasti foliklov v jajčnikih (vrsta in količina) ter kolikšno število jajčnih celic je pridobil,

- sklep Državne komisije za oploditev z biomedicinsko pomočjo, s katerim so zavarovani osebi odobreni postopki oploditve z biomedicinsko pomočjo z uporabo darovane celice,

- izvornik računa za opravljeno zdravstveno storitev z dokazilom o njegovem plačilu in

- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

XIII/11. Uveljavljanje pravic do nadomestila plače

229. člen

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

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

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

(3) V primeru, ko delodajalec zahteva refundacijo nadomestila za dan, ko delavec prostovoljno daruje kri, je delodajalec zahtevi za

refundacijo dolžan priložiti potrdilo na posebnem obrazcu, ki ga predpiše zavod o tem, da je delavec daroval kri;

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

- če jih ni izplačal delavcem, ki so bili do njih upravičeni;

- če ni izkazano, da je delodajalec plačal delavcu iz lastnih sredstev nadomestilo plače za 120 delovnih dni v koledarskem letu v primeru začasne nezmožnosti delavca za delo zaradi njegove bolezn ali poškodbe, ali če ne izkaže, da gre za dve ali več zaporednih odsotnosti z dela zaradi iste bolezn ali poškodbe, ki ni povezana z delom, do 30 dni, in je v posameznem primeru prekinitev med in eno in drugo odsotnostjo manj kot 10 delovnih dni (recidiv);

- če v primerih začasne nezmožnosti za delo, ko gre nadomestilo v breme obveznega zavarovanja, ni odločal imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija, da je zadržanost od dela utemeljena.

(5) Zavarovancem, ki so sami zavezanci za plačilo prispevka in so upravičeni do nadomestila, zavod izplača nadomestilo, zmanjšano za davke in prispevke, v 15 dneh po predložitvi listin, potrebnih za obračun nadomestila. Davke in prispevke od nadomestil zavod obračuna in plača ob izplačilu nadomestila.

229.a člen

(1) Delodajalec, ki delavcem ne izplača plač in nadomestil plač, na zavod vložiti zahtevo za izplačilo zapadlega neizplačanega nadomestila neposredno delavcu (v nadaljnjem besedilu: zahteva), in sicer do osmega dne v mesecu po preteku meseca, v katerem je nadomestilo, ki bremeni zavod, zapadlo v plačilo.

(2) Če delavec v roku iz prejšnjega odstavka ne prejme pisnega obvestila delodajalca o vloženi zahtevi, jo lahko pri zavodu vložiti sam.

(3) Zahtevi je treba priložiti za vsak koledarski mesec zadržanosti od dela posebej:

- dokumentacijo iz drugega odstavka prejšnjega člena;

- podatke o transakcijskem računu delavca;

- morebitno drugo dokumentacijo, potrebno za obračun nadomestila.

Delodajalec zahtevi priloži tudi izjavo, da delavcem ni izplačal plač in nadomestila plač, navedeno izjavo pa lahko predloži tudi delavec.

(4) Zavod izplača delavcu nadomestilo:

- če je izkazano, da delodajalec vsem pri njem zaposlenim delavcem ni izplačal plač in nadomestil;

- če nadomestilo delavcu ni bilo izplačano ali mu ni bilo izplačano v celoti. V primeru delnega izplačila nadomestila, je delavec upravičen do izplačila razlike med nadomestilom, do katerega bi bil upravičen, in nadomestilom, ki mu je bilo že izplačano.

(5) Če delodajalec ne predloži obračuna nadomestila in ni mogoče pridobiti podatkov, potrebnih za obračun nadomestila, zavod izplača nadomestilo v znesku najnižjega nadomestila po sedmem odstavku 31. člena zakona. Če se pozneje izve za nova dejstva, ki vplivajo na spremembo višine obračunanega in priznanega nadomestila, se delavcu izplača razlika med prvotno prizanim in novo izračunanim nadomestilom.

(6) Zavod delavcu v 15 dneh od prejema popolne zahteve izplača nadomestilo, zmanjšano za davke in prispevke, ki jih zavod plača ob izplačilu nadomestila.

230. člen

(1) Listino, s katero zavarovanec uveljavlja nadomestilo plače, izstavi

zdravnik, ki je pristojen za ugotavljanje začasne zadržanosti od dela, na podlagi svoje ocene o upravičenosti zadržanosti oziroma na podlagi odločbe imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije. V primeru uveljavljanja nadomestila plače za dan darovanja krvi na podlagi drugega odstavka 167. člena Zakona o delovnih razmerjih (Uradni list RS, št. 21/13 in 78/13 – popr.) izstavi listino s katero zavarovanec uveljavlja nadomestilo plače zdravstveni zavod, ki opravlja dejavnost jemanja krvi.

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

231. člen

(1) V primeru, da je zavarovanec najprej zadržan od dela zaradi posledic dajanja organov oziroma tkiva za presaditev drugi osebi, zaradi poškodb, ki so nastale pri aktivnostih iz 18. člena zakona, nege ožjega družinskega člana, razlogov iz drugega in tretjega odstavka 40. člena pravil, zaradi izolacije ali spremljanja zavarovane osebe, poslana v drug kraj, nato pa brez prekinitve še zaradi bolezn oziroma poškodbe, ki ni posledica prej navedenih vzrokov, se dnevi zavarovančeve zadržanosti od dela ne seštevajo.

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

232. člen

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

233. člen

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

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

234. člen

(1) Če se zavarovanec ali delodajalec ne strinjata z ugotovitvijo osebnega zdravnika glede zavarovančeve začasne zadržanosti od dela do 30 dni, lahko v roku 3 delovnih dni od dne, ko sta bila z

oceno seznanjena, zahtevata presojo s strani imenovanega zdravnika. Ne glede na vloženo zahtevo, se mora zavarovanec ravnati po mnenju osebnega zdravnika. Odločitev imenovanega zdravnika velja le za naprej, za nazaj pa le v primerih iz 232. člena.

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

235. člen

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

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

236. člen

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

237. člen

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

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

238. člen

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

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

239. člen

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

(2) Imenovani zdravnik mora zdravstveni komisiji po prejemu pritožbe posredovati vso dokumentacijo o zavarovancu, vključno z izpodbijano odločbo, praviloma isti dan.

240. člen

Zdravstvena komisija lahko pred odločitvijo povabi zavarovanca na pregled. Če se zavarovanec pisnemu vabilu ne odzove, se

obravnavata njegova zadržanost od dela na podlagi zdravstvene dokumentacije.

241. člen

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

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

242. člen

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

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

243. člen

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

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

244. člen

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

245. člen

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

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

246. člen

Osebni zdravnik oziroma imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija sta dolžna napotiti zavarovanca na invalidsko komisijo, če ocenita, da ni pričakovati izboljšanja zdravstvenega stanja, ki bi mu omogočilo tudi povrnitev njegove delovne zmožnosti. To morata storiti tudi, če je zavarovanec zadržan od dela zaradi bolezni ali poškodbe neprekinjeno eno leto poln delovni čas, ali delovni čas,

krajši od polnega.

246.a člen

Določbe 229. do 246. člena pravil, ki se nanašajo na pravico do nadomestila oziroma na zadržanost od dela zaradi nege ožjega družinskega člana, se smiselno uporabljajo tudi za rejnika in skrbnika, kadar otroka dejansko neguje in varuje, ter za zakonca ali zunajzakonskega partnerja, kadar dejansko neguje in varuje otroka svojega zakonca ali zunajzakonskega partnerja.

XIII/12. Uveljavljanje pravic do povračil potnih stroškov

247. člen

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

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

XIII/13. Druge določbe pri uveljavljanju pravic

250. člen

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

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

251. člen

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

252. člen

(1) Izvajalec in dobavitelj ne smeta 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 uveljavi v višjem oziroma drugačnem standardu za:

2. razliko v ceni storitve izvajalca, kadar je ta na podlagi pogodbe z zavodom višja od cenovnega standarda zanj;
3. razliko v ceni zobnoproteničnih 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 zobnoproteničnega nadomestka, ki ga zavarovana oseba zahteva pred iztekom trajnostne dobe, razen v primerih, določenih v 123. členu pravil. Za zobnoprotenične nadomestke lahko izvajalec zahteva plačilo v celoti, če je zavarovana oseba zobnoprotenični nadomestek 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) Če zavarovana oseba predhodno soglaša, da medicinski pripomoček uveljavi v višjem ali drugačnem standardu, dobavitelji od zavarovane osebe lahko zahtevajo:

1. doplačilo kot razliko med ceno izdanega medicinskega pripomočka ali pripomočka (artikla) in cenovnim standardom, v okviru katerega najvišja priznana cena ni določena, če zavarovana oseba izbere drug istovrstni medicinski pripomoček ali pripomoček (artikel), katerega cena je višja od cenovnega standarda;

2. doplačilo kot razliko med cenovnim standardom in najvišjo priznano ceno, če zavarovana oseba izbere pripomoček (artikel) znotraj iste vrste medicinskega pripomočka, ki je na seznamu medicinskih pripomočkov in katerega cena je višja od najvišje priznane cene;

3. celotno ceno pripomočka (artikla), če zavarovana oseba izbere istovrstni pripomoček (artikel), ki ni na seznamu medicinskih pripomočkov in v okviru vrste katerega je določena najvišja priznana cena;

4. doplačilo kot razliko med ceno izbranega medicinskega pripomočka ali pripomočka (artikla) in pogodbeno ceno, če zavarovana oseba izbere istovrstni medicinski pripomoček ali pripomoček (artikel), katerega cena je višja od pogodbene cene;

5. doplačilo kot razliko med dnevno izposojnino izbranega medicinskega pripomočka in dnevno izposojnino iz petega odstavka 113. člena pravil, če zavarovana oseba izbere istovrstni medicinski pripomoček, katerega dnevna izposojnina je višja od tiste, ki jo določi zavod;

6. doplačilo kot razliko med ceno izbranega medicinskega pripomočka in ceno funkcionalno ustreznega medicinskega pripomočka iz šestega odstavka 113. člena pravil, če zavarovana oseba izbere istovrstni medicinski pripomoček, katerega cena je višja od cene funkcionalno ustreznega medicinskega pripomočka;

7. celotno vrednost stroškov popravila ali vzdrževanja izbranega medicinskega pripomočka ali pripomočka (artikla), če ti presegajo vrednost stroškov iz tretjega odstavka 66. člena pravil;

8. razliko med stroški predelave kateregakoli izbranega medicinskega pripomočka ali pripomočka (artikla), ki jo zahteva zavarovana oseba, če so ti višji od stroškov predelave medicinskega pripomočka ali pripomočka (artikla), ki jo je predlagal napotni zdravnik.

(4) Za medicinske pripomočke lahko dobavitelj zahteva plačilo v celoti:

- če ga je zavarovana oseba izgubila, pokvarila ali ga je z neustreznim ravnanjem ali ravnanjem v nasprotju z navodili uničila;

- če ga zavarovana oseba zahteva pred iztekom trajnostne dobe, razen v primerih, določenih v drugem odstavku 123. člena pravil;

- če zavarovana oseba ne predloži kartice zdravstvenega zavarovanja ali drugega dokumenta, ki dokazuje obvezno zavarovanje. V tem primeru dobavitelj seznanjen zavarovano osebo, da ima pravico zahtevati povrnitev vrednosti medicinskega pripomočka od zavoda, če bo dokazala, da je imela v času njegovega uveljavljanja urejeno obvezno zavarovanje.

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

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

253. člen

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

(2) Zavarovane osebe iz prejšnjega odstavka lahko pri zavodu uveljavljajo povračilo stroškov zdravstvenih storitev in izplačilo denarnih dajatev iz tretjega odstavka 159. člena pravil ob pogoju, da poravnajo vse zapadle prispevke za obvezno zavarovanje. Stroški zdravstvenih storitev se povrnejo v višini in po cenah, ki veljajo za obračun zdravstvenih storitev v obveznem zavarovanju na dan koriščenja 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.

255. člen

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

XIV. ORGANI IN IZVEDENCI V POSTOPKIH UVELJAVLJANJA IN VARSTVA PRAVIC

256. člen

(1) Za postopek, v katerem se odloča o pravicah, se uporablja zakon, ki ureja splošni upravni postopek, če z zakonom ni drugače določeno.

(2) V postopkih za uveljavljanje pravic iz 81. člena zakona odloča imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija.

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

1. pridobitvi, spremembi ali izgubi lastnosti zavarovane osebe;

2. o pravici do nadomestila plače, potnih stroškov;

3. zahtevi po povračilu stroškov zdravljenja, ki jih je zavarovana oseba plačala izvajalcu, in meni, da gre za pravico;

4. izgubi pravice do nadomestila plače ali zadržanja nadomestila plače;

5. pravicah iz 80. člena zakona ter o zahtevi zavarovane osebe za prekinitev izbire osebnega zdravnika;

6. obveznosti zavarovanca za plačilo prispevkov na podlagi 17. člena pravil;

7. zahtevi zavarovanih oseb iz tretjega odstavka 158. člena in tretjega odstavka 159. člena, katerim so bile v času, ko niso imeli poravnanih obveznosti plačevanja prispevkov, zadržane njihove pravice, za povračilo stroškov zdravstvenih storitev in o zahtevi za izplačilo denarnih dajatev;

7.a zdravljenju v tujini in zahtevi za povračilo stroškov iz 135.a do 136. člena pravil;

7.b zahtevi za povračilo stroškov zdravstvenih storitev, ki jih je zavarovana oseba uveljavljala med začasnim bivanjem v tujini;

8. drugih zahtevah iz obveznega zavarovanja.

257. člen

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

258. člen

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

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

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 oziroma celotno ali delno povračilo stroškov, ki niso pravica.

260. člen

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

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

261. člen

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

264. člen

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

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

XV. NADZOR URESNIČEVANJA PRAVIC

265. člen

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

1. vzpostaviti, vzdrževati in varovati ustrezne evidence in podatkovne baze v skladu s posebnim zakonom;
2. nadzirati izvajanje pogodbe in obračunavanje zdravstvenih storitev pri izvajalcih in dobaviteljih;
3. preverjati in nadzirati uveljavljanje pravic.

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

266. člen

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

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

267. člen

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

(2) Izvajalci in dobavitelji pooblaščenim osebam zavoda, ki opravljajo nadzor na podlagi zakona, drugih predpisov, splošnih aktov zavoda in pogodb, sklenjenih z izvajalci oziroma dobavitelji, omogočijo vpogled v dokumentacijo, ki je bila podlaga za njihovo odločitev za zdravstvene storitve, napotitve k drugim zdravnikom, predpisovanje zdravil in pripomočkov ter za obračunavanje storitev zavodu ali doplačil zavarovanih oseb.

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

XVI. PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

268. člen

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

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

269. člen

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

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

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

270. člen

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 izposoji pred datumom sklenitve pogodb na podlagi prvega javnega razpisa za izposoji 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.

271. člen

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

(2) Določba prvega odstavka 159. člena pravil se prične izvajati najkasneje s 1. 7. 2005. Do takrat uveljavlja zavarovana oseba

pravico do denarnih dajatev pri enoti zavoda pri kateri je prijavljena v obvezno zavarovanje.

271.a člen

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

271.b člen

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

272. člen

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

Št. 1500-1/137-03

Ljubljana, dne 10. decembra 2002.

Predsednica

Skupščine

Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Ana Mokorel l. r.

K tem spremembam in dopolnitvam pravil je dal soglasje minister za zdravje pod št. 5150-1/2002-7 z dne 5. februar 2003.

Priloga

SEZNAM MAGISTRALNIH ZDRAVIL NA RECEPT

1. Farmacevtske oblike za peroralno uporabo:

1.1. peroralna raztopina:

1.1.1. za uravnavanje želodčne kisline
- za otroke;

1.1.2. s ZnSO₄ v primeru pomanjkanja cinka
- za otroke;

1.1.3. z opioidnimi in drugimi učinkovinami (npr. deksametazon) za zdravljenje bolečin
- za onkološke paciente;

1.2. peroralni prašek:

1.2.1. s ZnSO₄ za zdravljenje Wilsonovega sindroma, ce ga predpiše ali predlaga nevrolog;

1.2.2. s ZnSO₄ v primeru pomanjkanja cinka
- za otroke;

1.2.3. s fruktozo do 50 g
- za otroke;

1.2.4. z laktozo do 50 g
- za otroke;

1.2.5. s koruznim škrobom
- za otroke;

1.2.6. z opioidnimi učinkovinami za zdravljenje bolečin
- za onkološke paciente;

1.3. peroralne raztopine, praški in druge peroralne oblike z odmerjanjem za otroke, ce ni na trgu industrijskega ali galenskega zdravila v primernih jakostih ali farmacevtskih oblikah ne glede na status razvrstitve;

2. Farmacevtske oblike za oralno uporabo:

2.1. oralni praški za zdravljenje aft in razjed ustne sluznice:

2.1.1. z antibiotikom oziroma kemoterapevtikom v ustrezni podlagi;

2.2. oralne suspenzije za zdravljenje aft in razjed ustne sluznice:

2.2.1. z antibiotikom oziroma kemoterapevtikom, lokalnim anestetikom ter hidrokortizonom v ustrezni podlagi;

2.2.2. s hidrokortizonom ali triamcinolonom in lokalnim

anestetikom v ustrezni podlagi;

2.3. oralne paste za zdravljenje aft in razjed ustne sluznice:

2.3.1. z antibiotikom oziroma kemoterapevtikom, lokalnim anestetikom, hidrokortizonom v ustrezni podlagi;

2.4. oralne raztopine za zdravljenje aft in razjed ustne sluznice:

2.4.1. s klorheksidinom od 0,1 % do 0,2 % v enotah po 50 g v skupni količini do 200 g

- za onkološke paciente po obsevanju ali terapiji s citostatiki,
- za imunokompromitirane paciente in
- za paciente z avtoimuno pogojenimi razjedami ustne sluznice;

2.5. oralni gel z vgrajenimi zdravilnimi učinkovinami ali brez:

2.5.1. oralni gel brez vgrajenih zdravilnih učinkovin
- za zaščito ran po kirurških posegih v ustni votlini kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja;

2.5.2. oralni gel z vgrajeno eno, dvema ali tremi zdravilnimi učinkovinami (na primer oksitetraciklin, triamcinolon, benzokain ali ksilokain)
- za nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja vnetnih in imunsko povzročenih razjed v ustni sluznici;

3. Farmacevtske oblike za dermalno uporabo:

3.1. Poltrdne dermalne farmacevtske oblike:

3.1.1. Oficinalne mazilne podlage po veljavnem Formularium Slovenicum, v katere se vgrajuje zdravilne učinkovine ali z njimi razredcuje gotova glukokortikoidna mazila ali kreme:

3.1.1.1. Mazilo z lanolinskimi alkoholi;

3.1.1.2. Mazilo z lanolinskimi alkoholi z vodo;

3.1.1.3. Hidrofilno mazilo;

3.1.1.4. Hidrofilno mazilo z vodo;

3.1.1.5. Neionska hidrofilna krema;

3.1.1.6. Hidroksietilcelulozni gel;

3.1.1.7. Karboksietilcelulozni gel;

3.1.2. Industrijsko izdelane mazilne podlage za vgradnjo zdravilnih učinkovin:

3.1.2.1. Belobaza;

3.1.2.2. Lexobaza AMF, Lexobaza HB, Lexobaza HBG, Lexobaza HBaq;

3.1.2.3. Linola-Fett N in Linola oziroma Linola podlage:
- za zdravljenje obolele kože pri psoriazii, ihtiozi in diskeratozi in
- za onkološke paciente;

3.1.2.4. Excipialne podlage s šiframi, ki jih doloci generalni direktor zavoda z navodilom, ki se objavi na spletni strani zavoda:

- za zdravljenje obolele kože pri psoriazii, ihtiozi in diskeratozi in
- za onkološke paciente;

3.1.2.5. Basis creme;

3.1.3. Industrijsko izdelane mazilne podlage za razredcevanje gotovih glukokortikoidnih mazil:

3.1.3.1. Belobaza;

3.1.3.2. Lexobaza AMF, Lexobaza HB, Lexobaza HBG, Lexobaza HBaq;

3.1.3.3. Basis creme;

3.1.3.4. Excipialne podlage s šiframi, ki jih doloci generalni direktor zavoda z navodilom, ki se objavi na spletni strani zavoda;

3.1.4. Neoficinalne mazilne podlage za vgradnjo zdravilnih učinkovin ali razredcenje gotovih glukokortikoidnih mazil in krem, pri katerih mora biti receptura izpisana v celoti, razen v primeru naslednjih mazilnih podlag, ki so opredeljene v Kodeksu galenskih izdelkov:

3.1.4.1. Mazilna podlaga s holesterolom (Eucerol oziroma Excipiens cum cholesterolo oziroma Ung. cholesteroli);

3.1.4.2. Hladilno mazilo z olivnim oljem;

3.1.4.3. Hladilno mazilo s tekocim parafinom;

3.1.4.4. Mazilna podlaga - emolliens (Unguentum emolliens);

3.1.5. Oficinalne, neoficinalne ali industrijske mazilne podlage brez zdravilne učinkovine:

- za zdravljenje obolele kože pri psoriazii, atopijskem dermatitisu, kroničnih vnetnih dermatozah, ihtiozi, diskeratozi, ce ga predpiše ali predlaga dermatolog,
- za zdravljenje poškodovane kože pri opeklinah in
- za onkološke paciente;

- 3.1.6. gel
- 3.1.6.1. z aluminijevim kloridom heksahidratom
- za hiperhidrozo stopal ali dlani otrok, ce ga predpiše ali predlaga dermatolog;
- 3.1.7. paste
- 3.1.7.1. z zdravilno učinkovino, razen lokalnih anestetikov;
- 3.2. Tekoče dermalne farmacevtske oblike
- 3.2.1. Rastopine:
- 3.2.1.1. olivno olje za vgradnjo v mazilno podlago z zdravilnimi učinkovinami ali brez in za vgradnjo v mazilno podlago, skupaj z gotovim glukokortikoidnim mazilom, z zdravilno učinkovino ali brez:
- za zdravljenje obolele kože pri psoriazi, atopijskem dermatitisu,
- za zdravljenje poškodovane kože pri opeklinah in
- za onkološke paciente;
- 3.2.1.2. riblje olje za vgradnjo v mazilno podlago z zdravilnimi učinkovinami ali brez:
- za zdravljenje obolele kože pri psoriazi, atopijskem dermatitisu,
- za zdravljenje poškodovane kože pri opeklinah in
- za onkološke paciente;
- 3.2.1.3. raztopine s klorheksidinom 0,05 % po 50 g do 200 g;
- 3.2.1.4. raztopine s salicilno kislino v jakosti od 2 % do 5 % v olju
- za otroke, ce ga predpiše ali predlaga dermatolog;
- 3.2.1.5. raztopina s salicilno kislino od 2 % do 10 % v olju
- za odrasle za zdravljenje mocno lušcecih se dermatoz lasišca pri psoriazi ali seboroicnem dermatitisu;
- 3.2.1.6. raztopina z etakridinijevim laktatom do 200 g;
- 3.2.2. Suspenzije:
- 3.2.2.1. s salicilno kislino od 2 % do 10 % v olju
- za odrasle za zdravljenje mocno lušcecih se dermatoz lasišca pri psoriazi ali seboroicnem dermatitisu;
- 3.2.2.2. suspenzija do 200 g, v katero se vgradijo zdravilne učinkovine;
- 3.3. Antibiotiki in kemoterapevtiki, ki jih je dovoljeno vgrajevati kot zdravilne učinkovine v farmacevtske oblike za dermalno uporabo:
- 3.3.1. klindamicin;
- 3.3.2. eritromicin;
- 3.3.3. metronidazol;
- 3.4. V farmacevtske oblike za dermalno uporabo se sme vgrajevati v ustrezne podlage, naslednje zdravilne učinkovine brez kombinacij z drugimi zdravilnimi učinkovinami:
- 3.4.1. resorcinol;
- 3.4.2. ihtamol;
- 3.4.3. salicilna kislina (v koncentraciji 2 % do 10 %);
- 3.4.4. žveplo;
- 3.4.5. kapsaicin
- za zdravljenje nevropatske bolečine;
- 3.4.6. dimetil sulfoksid
- za zdravljenje kompleksnega regionalnega bolečinskega sindroma;
4. Farmacevtske oblike za oko:
- 4.1. pripravki za oci, vključno z ampuliranimi ali liofiliziranimi oblikami zdravilnih učinkovin, ne glede na status razvrstitve, in z borovo kislino;
- 4.2. vitaminsko mazilo za oci ali kapljice za oci z vitamini in fiziološka raztopina za izpiranje
- za zdravljenje po operativnih posegih na zunanjih ocesnih delih ali pri zdravljenju poškodb ocesa za dobo največ do enega meseca po operaciji ali poškodbi;
5. Vaginalne farmacevtske oblike:
- 5.1. v ustrezno podlago se sme vgrajevati protimikrobne učinkovine;
6. Rektalne farmacevtske oblike:
- 6.1. svečke
- 6.1.1. z zdravilnimi učinkovinami
- za otroke;
- za onkološke paciente in za paciente, pri katerih peroralna aplikacija zdravil ni možna;
- 6.2. poltrdne rektalne farmacevtske oblike:
- 6.2.1. rektalni gel s hidrokortizonom v jakosti 100 in 500 mg v obliki klizme
- za zdravljenje kronicne vnetne črevesne bolezni, ce ga predpiše ali predlaga gastroenterolog;
7. Farmacevtske oblike za inhaliranje:
- 7.1. Rastopine
- 7.1.1. z amiloridom
- za paciente s cisticno fibrozo;
- 7.1.2. hipertonična inhalacijska raztopina z NaCl
- za paciente s cisticno fibrozo;
8. Parenteralne farmacevtske oblike:
- 8.1. Analgetična in druga raztopina za podkožno ali epiduralno aplikacijo z elastomerno crpaliko:
- za zdravljenje hude onkološke bolečine in za lajšanje drugih simptomov (na primer bruhanja in delirantnih stanj) pri onkoloških pacientih z napredovalim rakom.
Za pripravo raztopin iz te točke 8.1. se lahko uporabljajo vsa zdravila, ne glede na status razvrstitve zdravila na listo.