

I. PREDLOG ČLENOV

Na podlagi 13. člena Statuta Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (Uradni list RS, št. 87/01 in 1/02 – popr.) je Skupščina Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije na ___ seji _____ sprejela

SPREMEMBE IN DOPOLNITVE PRAVIL obveznega zdravstvenega zavarovanja

1. člen

V Pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 30/03 – prečiščeno besedilo, 35/03 – popr., 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 – popr., 64/07, 33/08, 7/09, 88/09, 30/11, 49/12, 106/12, 99/13 – ZSVarPre-C, 25/14, 85/14, 10/17 – ZČmIS, 64/18, 4/20, 42/21 – odl. US in 61/21) se v 22. členu v prvem odstavku v 8. točki beseda »in« za besedo »spremstva« nadomesti z vejico in za besedo »nege« doda besedilo »ožjega družinskega člana in sobivanja iz 40. člena pravil«.

2. člen

V 22.a členu se v prvem odstavku za besedo »stroškov« doda besedilo »ter ne morejo sobivati ob zavarovani osebi iz 40. člena pravil, razen matere ob otroku, ki sicer biva pri materi v skladu s predpisi, ki urejajo izvrševanje kazenskih sankcij«.

3. člen

V 37. členu se v drugem odstavku prvi stavek spremeni tako, da se glasi:

»V okviru specialistično-ambulantne dejavnosti ima ženska tudi pravico do oploditve z biomedicinsko pomočjo pod pogoji iz zakona, ki ureja zdravljenje neplodnosti in postopke oploditve z biomedicinsko pomočjo.«.

4. člen

40. člen se spremeni tako, da se glasi:

»40. člen

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

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

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

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

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

5. člen

63. člen se črta.

6. člen

V 135. členu se v drugem odstavku številka »136.« nadomesti s številko »135.f«.

7. člen

136. člen se črta.

8. člen

V 137. členu se v prvem odstavku v 1. točki za besedo »člana« dodata vejica in besedilo »sobivanja iz 40. člena pravil«.

9. člen

V 138. členu se v prvem odstavku beseda »plače« črta.

V tretjem odstavku se:

- v 1. točki besedilo »sedem delovnih« nadomesti z besedo »deset«;
- v 2. točki besedilo »petnajst delovnih« nadomesti s številko »20«.

V četrtem odstavku se:

- v 1. točki besedilo »30 delovnih« nadomesti s številko »40«;
- v 2. točki besedilo »14 delovnih« nadomesti s številko »20«.

V šestem odstavku se beseda »plače« črta.

Sedmi odstavek se spremeni tako, da se glasi:

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

Za sedmim odstavkom se doda nov, osmi odstavek, ki se glasi:

»(8) Pravice do nadomestila nimajo starši v primerih, ko otrok uveljavlja pravico iz 50., 51. in 52. člena pravil.«.

10. člen

V 139. členu se v drugem odstavku:

- v 3. točki besedilo »ter v primerih odsotnosti zaradi razlogov iz drugega in tretjega odstavka« nadomesti z besedilom »in sobivanja iz«;
- v 5. točki za besedo »člana« dodata vejica in besedilo »sobivanja iz 40. člena pravil«.

V tretjem odstavku se v 3. točki za besedo »člana« dodata vejica in besedilo »sobivanja iz 40. člena pravil« in besedilo »ter v primerih odsotnosti zaradi razlogov iz drugega in tretjega odstavka 40. člena pravil« črta.

11. člen

V 196. členu se v tretjem odstavku besedilo »v primerih« nadomesti z besedilom »za sobivanje«.

12. člen

V 197. členu se v drugem odstavku besedilo », ter predlagati spremstvo, če gre za slepo zavarovano osebo iz drugega odstavka 63. člena pravil, če je to potrebno« črta.

V petem odstavku se besedilo », spremstvo, če gre za slepo zavarovano osebo iz drugega odstavka 63. člena pravil,« črta.

13. člen

V 224. členu se v prvem odstavku številka »136.« nadomesti s številko »135.f«.

14. člen

V 225. členu se v prvem odstavku številka »136.« nadomesti s številko »135.f«.

15. člen

V 227. členu se številka »136.« nadomesti s številko »135.f«.

16. člen

V 228. členu se za številko »228.e« vejica nadomesti z besedo »ali« in besedilo »ali 228.g« črta.

17. člen

V 228.a členu se v drugem odstavku besedilo »izvirnik računa« nadomesti z besedo »račun«.

18. člen

V 228.b členu se v drugem odstavku besedilo »izvirnik računa« nadomesti z besedo »račun«.

19. člen

V 228.c členu se v prvem, tretjem in četrtem odstavku besedilo »izvirnik računa« nadomesti z besedo »račun«.

20. člen

V 228.d členu se v prvem, drugem, četrtem in šestem odstavku besedilo »izvirnik računa« nadomesti z besedo »račun«.

21. člen

V 228.e členu se v prvem, drugem in četrtem odstavku besedilo »izvirnik računa« nadomesti z besedo »račun«.

22. člen

V 228.f členu se v prvem odstavku besedilo »izvirnik računa« nadomesti z besedo »račun«.

23. člen

228.g člen se črta.

24. člen

V 229. členu se v prvem odstavku beseda »oziroma« nadomesti z vejico in za besedo »krvi« doda besedilo »oziroma potrdila zdravstvenega zavoda ali zdravilišča o sobivanju, katerega vsebino določi zavod«.

V četrtem odstavku se:

- v napovednem stavku za besedilom »kri,« doda besedilo »oziroma za obdobje sobivanja iz 40. člena pravil«;
- v prvi alineji za besedo »krvi« doda besedilo »oziroma potrdilo zdravstvenega zavoda ali zdravilišča o sobivanju«.

V šestem odstavku se za besedo »obliki« doda besedilo »oziroma potrdilo zdravstvenega zavoda ali zdravilišča o sobivanju«.

25. člen

V 229.a členu se v tretjem odstavku v prvi alineji za besedo »tretjega« doda besedilo »oziroma četrtega«.

26. člen

V 231. členu se v prvem odstavku besedilo »razlogov iz drugega in tretjega odstavka« nadomesti z besedilom »sobivanja iz«.

27. člen

V 232. členu se za besedilom člena, ki se označi kot prvi odstavek, doda nov, drugi odstavek, ki se glasi:

»(2) Ne glede na prejšnji odstavek zavarovanec uveljavlja začasno zadržanost od dela zaradi sobivanja iz 40. člena pravil na podlagi potrčila zdravstvenega zavoda ali zdravilišča o sobivanju brez ugotavljanja začasne zadržanosti od dela.«.

28. člen

V 247. členu se v prvem in drugem odstavku besedilo »izvirnik vozne karte ali drugega ustreznega dokazila« nadomesti z besedilom »vozno karto ali drugo ustrezno dokazilo«.

V tretjem in četrtem odstavku se besedilo »izvirnik računa« nadomesti z besedo »račun«.

29. člen

V 252. členu se v drugem odstavku v 3. točki v drugi alineji besedilo », 63.« črta.

30. člen

V 256. členu se v tretjem odstavku v 6. točki številka »136.« nadomesti s številko »135.f«.

PREHODNA IN KONČNA DOLOČBA

31. člen

Postopki odločanja o pravici do povračila stroškov zdravstvene storitve oploditve z biomedicinsko pomočjo z darovanimi celicami, ki je izvedena po 136. členu Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 30/03 – prečiščeno besedilo, 35/03 – popr., 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 – popr., 64/07, 33/08, 7/09, 88/09, 30/11, 49/12, 106/12, 99/13 – ZSVarPre-C, 25/14, 85/14, 10/17 – ZČmIS, 64/18, 4/20, 42/21 – odl. US in 61/21) do zadnjega dne v mesecu, ki sledi mesecu, v katerem začnejo veljati te spremembe in dopolnitve, se končajo oziroma vodijo v skladu s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 30/03 – prečiščeno besedilo, 35/03 – popr., 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 – popr., 64/07, 33/08, 7/09, 88/09, 30/11, 49/12, 106/12, 99/13 – ZSVarPre-C, 25/14, 85/14, 10/17 – ZČmIS, 64/18, 4/20, 42/21 – odl. US in 61/21).

32. člen

Te spremembe in dopolnitve začnejo veljati petnajsti dan po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije.

Št.
Ljubljana, dne
EVA

Lučka Böhm
predsednica skupščine
Zavoda za zdravstveno zavarovanje
Slovenije

Soglašam!
Janez Poklukar

minister za zdravje

II. OBRAZLOŽITEV ČLENOV

Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 30/03 – prečiščeno besedilo, 35/03 – popr., 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 – popr., 64/07, 33/08, 7/09, 88/09, 30/11, 49/12, 106/12, 99/13 – ZSVarPre-C, 25/14, 85/14, 10/17 – ZČmIS, 64/18, 4/20, 42/21 – odl. US in 61/21; v nadaljnjem besedilu: pravila) podrobneje urejajo vrste in obseg pravic, obveznosti zavezancev in zavarovanih oseb, pogoje in postopke za uresničevanje pravic, standarde zdravstvenih storitev in pripomočkov, varstvo pravic zavarovanih oseb in nadzor uresničevanja pravic in obveznosti.

Pravila sprejme skupščina Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: zavod) v soglasju z ministrom za zdravje na podlagi 26. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ, 64/17 – ZZDej-K, 36/19, 189/20 – ZFRO in 51/21; v nadaljnjem besedilu: ZZVZZ) ter 13. člena v zvezi s 1. in z 2. točko prvega odstavka 70. člena in s prvim odstavkom 71. člena Statuta Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (Uradni list RS, št. 87/01 in 1/02 – popr.).

Predlog sprememb in dopolnitev Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu: novela pravil) se nanaša na:

- 1. pravico do oploditve z biomedicinsko pomočjo** (v nadaljnjem besedilu: OBMP), in sicer:
 - pogoji za izvedbo OBMP se uskladijo z odločbo Ustavnega sodišča, št. U-I-307/19-10 z dne 21. 1. 2021 (Uradni list RS, št. 42/21), ki je razveljavilo določbo pravil, kolikor je določala zgornjo starost ženske (do dopolnjenega 43. leta) za izvedbo postopkov OBMP. Ocene finančnih posledic te spremembe pravil ni mogoče podati;
 - predlaga se črtanje 136. člena pravil (povračilo stroškov OBMP z darovanimi celicami v tujini) zaradi njegove obsoletnosti in glede na zakonske podlage, ki določajo obseg pravice do zdravljenja v tujini. Odhodki zavoda ne bodo manjši, saj imajo zavarovane osebe za to zdravstveno storitev pravico do povračila stroškov po 44.a, 44.b ali 44.c členu ZZVZZ;
- 2. pravico do sobivanja in pravico do nadomestila zaradi sobivanja**, ki se uskladi z Zakonom o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 51/21; v nadaljnjem besedilu: ZZVZZ-O), zaradi česar bodo odhodki zavoda višji za najmanj 6 mio. evrov letno;
- 3. pravico do nadomestila zaradi nege ožjega družinskega člana**, ki se uskladi z ZZVZZ-O (sprememba trajanja iz delovnih v koledarske dni), zaradi česar ne bo finančnih posledic;
- 4. postopke uveljavljanja pravice do povračila stroškov zdravljenja v tujini in potnih stroškov v Sloveniji** zaradi njihove poenostavitve ob upoštevanju Zakona o splošnem upravnem postopku (Uradni list RS, št. 24/06 – uradno prečiščeno besedilo, 105/06 – ZUS-1, 126/07, 65/08, 8/10, 82/13 in 175/20 – ZIUOPDVE), saj vlogam za povračilo stroškov ni več treba prilagati izvornikov dokumentacije, zaradi česar ne bo finančnih posledic.

K 1. členu (22. člen)

Prvi odstavek 22. člena pravil določa pravice zavarovanih oseb iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu: OZZ), med njimi v 8. točki določa nadomestilo med začasno zadržanostjo od dela (v nadaljnjem besedilu: nadomestilo).

Z dopolnitvijo te točke se kot razlog za nadomestilo določa tudi sobivanje iz 40. člena pravil. Dopolnitev je posledica uskladitve z ZZVZZ-O, s katerim je pravica do nadomestila razširjena na nadomestilo zaradi sobivanja ob zavarovani osebi, do katerega imajo pravico zavarovanci iz sedemnajste alineje 1. točke prvega odstavka 23. člena ZZVZZ (gl. tudi spremenjen 40. člen pravil).

Zaradi notranje terminološke uskladitve pravil se sočasno dopolni naziv razloga za nadomestilo zaradi nege ožjega družinskega člana.

Finančne posledice

Ocena finančnih posledic nove pravice do nadomestila zaradi sobivanja je podana pri obrazložitvi spremenjenega 40. člena pravil.

K 2. členu (22.a člen)

22.a člen pravil v skladu s petim odstavkom 23. člena ZZVZZ določa omejitve pravic zavarovancev iz 22. točke prvega odstavka 15. člena ZZVZZ (priporniki, 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).

Ti zavarovanci v skladu z ZZVZZ-O nimajo pravice do sobivanja, razen, ko gre za sobivanje matere ob otroku, ki sicer biva pri materi v skladu s predpisi, ki urejajo izvrševanje kazenskih sankcij. S to zakonsko ureditvijo se uskladi prvi odstavek 22.a člena pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 3. členu (37. člen)

Drugi odstavek 37. člena pravil natančneje ureja pravico ženske do OBMP. Med drugim določa, da ima to pravico ženska od dopolnjenega 18. leta (spodnja starostna omejitev) do dopolnjenega 43. leta (zgornja starostna omejitev).

Ustavno sodišče je določbo delno razveljavilo, kolikor določa zgornjo starostno omejitev, saj je ugotovilo, da so pravila parom, v katerih je ženska dopolnila 43 let, brez izrecnega zakonskega pooblastila omejila dostop do te pravice (Odl. US, št. U-I-307/19-10 z dne 21. 1. 2021; Uradni list RS, št. 42/21).

Zaradi uskladitve z ustavno odločbo je določba spremenjena tako, da se v pravilih več ne določa starostna omejitev ženske za izvedbo postopkov OBMP, temveč se glede pogojev za izvedbo teh postopkov odkazuje na ureditev iz Zakona o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo (Uradni list RS, št. 70/00 in 15/17 – DZ). Ta zakon poleg splošno opredeljenega starostnega pogoja za ženske (ženska mora biti v starostni dobi, ki je primerna za rojevanje) določa tudi druge pogoje, npr. da sta do tega postopka upravičena zakonca ali zunajzakonska partnerja, ki sta polnoletna, razsodna in v primerni starosti za opravljanje starševskih dolžnosti ter v takem psihosocialnem stanju, da se lahko utemeljeno pričakuje, da bosta sposobna opravljati starševske dolžnosti v korist otroka, pri čemer se za postopek OBMP z darovanimi celicami zahteva tudi soglasje Državne komisije za OBMP.

Finančne posledice

Finančnih posledic ni mogoče predvideti.

K 4. členu (40. člen)

40. člen pravil se spreminja zaradi uskladitve z ZZVZZ-O, s katerim je spremenjena ureditev pravice do sobivanja (sedemnajsta alineja 1. točke prvega odstavka in peti odstavek 23. člena ZZVZZ) in na novo določena pravica do nadomestila zaradi sobivanja (drugi odstavek 29. člena in 30.a člen ZZVZZ).

Pred uveljavitvijo ZZVZZ-O je bila pravica do sobivanja urejena bistveno ožje, in sicer le kot sobivanje enega od staršev v zdravstvenem zavodu z bolnim otrokom do šestega leta starosti. Ta ureditev je bila sicer začasno dopolnjena z 98. členom Zakona o interventnih ukrepih za omilitev posledic drugega vala epidemije COVID-19 (Uradni list RS, št. 175/20, 203/20 – ZIUPOPDVE, 15/21 – ZDUOP, 51/21 – ZZVZZ-O in 57/21 – odl. US), ki pa je prenehal veljati z uveljavitvijo ZZVZZ-O.

Glede na prej veljavno ureditev po ZZVZZ je nova zakonska ureditev pravice do sobivanja bistveno širša, in sicer:

1. glede kraja sobivanja: sobivanje je mogoče tudi v zdravilišču, ne le v zdravstvenem zavodu;
2. glede kroga zavarovanih oseb, ki imajo pravico do sobivanja: krog teh oseb je bistveno razširjen, in ni več omejen le na otroke do šestega leta starosti;
3. glede trajanja pravice do sobivanja: pravica do sobivanja ni časovno omejena, niti v primeru sobivanja zaradi usposabljanja za poznejšo medicinsko rehabilitacijo zavarovane osebe na domu (po prej veljavni ureditvi v pravilih je bila ta pravica v primeru usposabljanja omejena na največ 30 dni oziroma največ 14 dni za posamezni primer);
4. glede kroga oseb, ki lahko sobivajo ob zavarovani osebi: krog teh oseb je bistveno razširjen, in ni več omejen le na enega od staršev – krog teh oseb je enak krogu oseb, ki imajo pravico do nadomestila zaradi nege otroka (eden od staršev, rejnik, skrbnik oziroma zakonec ali zunajzakonski partner, kadar sobiva ob otroku svojega zakonca ali zunajzakonskega partnerja);
5. glede odstotka vrednosti sobivanja, ki se krije iz sredstev OZZ: sobivanje se v celoti (100 %) krije iz sredstev OZZ, in to tudi v primeru sobivanja zaradi usposabljanja za poznejšo medicinsko rehabilitacijo zavarovane osebe na domu (po prej veljavni ureditvi v pravilih so bili kriti stroški v višini 70-% cene obračunske enote za nemedicinski del oskrbe, določene s pogodbo med zavodom in bolnišnico);
6. glede pravice do nadomestila: pravica do nadomestila je razširjena tudi za primer sobivanja zavarovanca ob zavarovani osebi.

- **Prvi odstavek**

Prvi odstavek 40. člena pravil v skladu s sedemnajsto alinejo 1. točke prvega odstavka 23. člena ZZVZZ določa krog zavarovanih oseb, ki imajo pravico do sobivanja, in krog oseb, ki lahko sobivajo ob njih (eden od staršev, rejnik, skrbnik oziroma zakonec ali zunajzakonski partner, kadar sobiva ob otroku svojega zakonca ali zunajzakonskega partnerja). Glede na prej veljavno ureditev pravice do sobivanja sta oba kroga oseb bistveno razširjena. Sobivanje ob zavarovanih osebah – otrocih iz prve in druge alineje tega odstavka je določeno tudi glede na njihovo starost (za vse otroke do 15. leta starosti in za otroke z določenimi zdravstvenimi stanji do 18. leta starosti oziroma dokler traja roditeljska pravica). Po drugi strani sobivanje ni omejeno s starostjo, če gre za sobivanje ob zavarovanih osebah s posebnimi potrebami, ki potrebuje 24-urno nego in oskrbo (tretja alineja), in ob zavarovanih osebah s statusom po zakonu, ki ureja socialno vključevanje invalidov (četrti alineja). Glede na zakonsko ureditev in namen sobivanja je pri tem jasno določeno, da se sobivanje kot pravica iz OZZ izvaja le v okviru stacionarnega bolnišničnega zdravljenja ali stacionarnega zdraviliškega zdravljenja zavarovane osebe.

- **Drugi odstavek**

Drugi odstavek 40. člena pravil natančneje določa pomen izraza »sobivanje«. Glede na zakonsko ureditev in namen sobivanja, ki se izvaja v okviru stacionarnega bolnišničnega ali stacionarnega zdraviliškega zdravljenja, sobivanje traja 24-ur, torej je pravica iz OZZ le, če vključuje tudi prenočitev osebe, ki sobiva ob zavarovani osebi. Zato so iz OZZ kriti tako stroški nastanitve kot tudi stroški prehrane. Standard nastanitve in prehrane osebe, ki sobiva ob zavarovani osebi, je enak standardu, ki velja za zavarovano osebo. Ta standard je za stacionarno zdraviliško zdravljenje določen v petem odstavku 47. člena pravil (nastanitev v dvoposteljni ali večposteljni sobi z najmanj tremi obroki hrane dnevno), za stacionarno bolnišnično zdravljenje pa v 110. členu pravil (nastanitev v tri- ali večposteljni sobi s praviloma najmanj tremi obroki hrane dnevno).

- **Tretji odstavek**

Tretji odstavek 40. člena pravil določa prednostne kriterije, ki se upoštevajo pri zagotavljanju pravice do sobivanja, če izvajalec (zdravstveni zavod ali zdravilišče) zaradi omejenih prostorskih zmogljivosti ne more zagotoviti nastanitve vsem osebam, ki lahko v skladu z ZZVZZ sobivajo ob zavarovani osebi. Ti kriteriji so vsebinsko enaki kriterijem, ki jih določa 8. člen Zakona o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08, 55/17 in 177/20; v nadaljnjem besedilu: ZPacP) za primer odplačne nastanitve na zahtevo enega od staršev ali skrbnika otroka, torej v primerih, ki niso financirani iz OZZ. Vsebinska enakost kriterijev v OZZ je razumljiva, saj je namen obeh pravic (po ZZVZZ in ZPacP) vsebinsko enak – omogočiti staršem oziroma drugi osebi, da sledi poteku zdravljenja zavarovane osebe, ji dati čustveno oporo in zagotoviti njeno zaupanje v osebje, kar povečuje dovezetnost zavarovane osebe za zdravljenje. Tako je kot pomemben kriterij določeno zdravstveno stanje zavarovane osebe in njena starost, saj je potreba po prisotnosti starša oziroma druge osebe zagotovo večja, če gre za hujša zdravstvena stanja ali mlajšo zavarovano osebo. Pomemben kriterij je tudi krajevna oddaljenost od prebivališča (zavarovane osebe in osebe, ki sobiva), saj oseba iz bolj oddaljenega kraja težje pride na obisk k zavarovani osebi in ji posledično težje nudi čustveno oporo in drugo pomoč ter težje sodeluje pri poteku njenega zdravljenja.

Oseba, ki sobiva ob zavarovani osebi, uveljavi namestitvev in prehrano zaradi sobivanja neposredno pri izvajalcu (zdravstvenem zavodu ali zdravilišču), ne da bi zato potrebovala napotnico (gl. spremenjen tretji odstavek 196. člena pravil), pravico do nadomestila zaradi sobivanja pa uveljavi zgolj na podlagi potrdila izvajalca o sobivanju brez ugotavljanja začasne zadržanosti od dela, torej ne da bi njeno začasno zadržanost od dela zaradi sobivanja ugotavljal njen izbrani osebni zdravnik ali imenovani zdravnik (gl. tudi nov drugi odstavek 232. člena pravil), in posledično brez potrdila o upravičeni zadržanosti od dela (torej brez t. i. bolniškega lista).

- **Četrti odstavek**

Četrti odstavek 40. člena pravil določa pravico matere, da je med njenim stacionarnim bolnišničnim ali stacionarnim zdraviliškim zdravljenjem, ob njej nastanjen otrok, ki ga mati doji. Določba je enaka dosedanjemu drugemu stavku prvega odstavka 40. člena pravil, le da je glede na zakonsko ureditev razširjena na stacionarno zdraviliško zdravljenje.

Finančne posledice

Zaradi spremenjene ureditve pravice do sobivanja (širitev kroga zavarovanih oseb, ki imajo pravico do sobivanja, širitev sobivanja pri stacionarnem zdraviliškem zdravljenju in nova pravica do nadomestila zaradi sobivanja) bodo po grobi oceni odhodki zavoda višji za najmanj 6 mio. evrov letno. Ti stroški obsegajo stroške sobivanja v zdravstvenem zavodu in zdravilišču (stroški nastanitve in prehrane) in stroške nadomestila zaradi sobivanja, do katerega imajo pravico zakonsko določeni zavarovanci, ki sobivajo ob zavarovani osebi. Natančno finančno oceno je vnaprej težko predvideti, saj je pri starejših zavarovanih osebah od njihove zrelosti in

samostojnosti ter intenzivnosti poškodbe oziroma obolenja odvisno, koliko teh oseb bo svojo pravico dejansko uveljavilo.

Izračun višjih odhodkov zavoda iz naslova pravice do sobivanja z nadomestilom temelji na naslednjih izhodiščih:

1. pri izračunu niso upoštevani stroški prehrane in nastanitve pri sobivanju v zdravstvenem zavodu ob otrocih do 6. leta starosti, ker so to pravico imeli že po prejšnji ureditvi;
2. pri stroških sobivanja v zdravstvenem zavodu so upoštevani podatki o številu dni sobivanja pred epidemijo;
3. pri stroških sobivanja v zdravilišču so upoštevani podatki o številu dni odobrenega zdraviliškega zdravljenja (z odločbo zavoda) pred epidemijo;
4. število dni sobivanja ob otrocih od 6. do 15. leta starosti temelji na ugotovljenem gibanju števila dni sobivanja ob otrocih od 1. do 6. leta starosti (projekcija);
5. za zavarovane osebe od 15. leta naprej, ki imajo pravico do sobivanja, je predpostavljeno, da bodo stroški zaradi sobivanja (nadomestilo, nastanitev in prehrana) znašali 20 % stroškov, ki so predvideni za mlajše zavarovane osebe (do 15. leta starosti), saj je mogoče sklepati, da se potreba po sobivanju pri starejših zavarovanih osebah z njihovo starostjo zmanjšuje;
6. upoštevane so cene stroškov nastanitve in prehrane, ki so veljale v letu 2020, da so predvideni stroški čim bolj realno ocenjeni;
7. upoštevano je povprečno dnevno nadomestilo med začasno zadržanostjo od dela v letu 2020, da so predvideni stroški čim bolj realno ocenjeni.

Glede na navedena izhodišča bodo odhodki zavoda zaradi sobivanja med stacionarnim **bolnišničnim** zdravljenjem višji za predvidoma 4.758.924 evrov, in sicer:

- za starostno skupino do 15. leta v višini 3.965.770 evra, od tega:
 - 1.547.211 evrov za stroške nastanitve in prehrane;
 - 2.418.559 evrov za nadomestila zaradi sobivanja;
- za starostno skupino od 15. leta v višini 793.154 evra za stroške nastanitve in prehrane ter nadomestila zaradi sobivanja.

Glede na navedena izhodišča bodo odhodki zavoda zaradi sobivanja med stacionarnim **zdraviliškim** zdravljenjem višji za predvidoma 1.105.451 evrov, in sicer:

- za starostno skupino do 15. leta v višini 921.209 evra, od tega:
 - 457.468 evrov za stroške nastanitve in prehrane;
 - 463.741 evrov za nadomestila zaradi sobivanja;
- za starostno skupino od 15. leta v višini 184.242 evra za stroške nastanitve in prehrane ter nadomestila zaradi sobivanja.

K 5. členu (63. člen)

ZZVZZ-O je celovito spremenil in uredil pravico do sobivanja. Glede na prej veljavno zakonsko ureditev je pravico razširil tudi na sobivanje v zdravilišču, tako da je ne veže več le na zdravstveni zavod. Sočasno se je z novo ureditvijo bistveno razširil krog zavarovanih oseb, ki imajo pravico do sobivanja. Slepe zavarovane osebe niso določene kot posebna zakonska kategorija upravičencev, temveč ZZVZZ kot upravičence brez starostne omejitve določa osebe s posebnimi potrebami, ki potrebujejo 24-urno nego in oskrbo, ter osebe s statusom po zakonu, ki ureja socialno vključevanje invalidov. Med te zavarovane osebe lahko sodijo tudi slepe osebe, če izpolnjujejo enega od navedenih zakonskih pogojev. Glede na novo zakonsko ureditev je treba črtati 63. člen pravil, ki je določal, da spremstva (po namenu je šlo za sobivanje) ni mogoče odrediti med bolnišničnim ali zdraviliškim zdravljenjem, da pa se izjemoma med zdraviliškim zdravljenjem odobri spremstvo slepi zavarovani osebi, pri čemer je standard nastanitve in prehrane spremljevalca enak standardu iz petega odstavka 47. člena pravil. Slepa zavarovana oseba, ki sodi v eno od zakonsko določenih kategorij, ima tako po novi

ureditvi pravico, da med njenim stacionarnim zdraviliškim zdravljenjem ob njej sobiva ena od zakonsko določenih oseb. Pri tem je treba poudariti, da je imel spremljevalec slepe zavarovane osebe po prej veljavni ureditvi pravico do nadomestila zaradi spremstva v višini 70 %, medtem ko ima po novi ureditvi zavarovanec pravico do višjega nadomestila zaradi sobivanja, saj se nadomestilo zaradi sobivanja odmerja v enakem odstotku kot za nego ožjega družinskega člana, tj. 80 %.

Zaradi nove ureditve pravice do sobivanja in posledično črtanja 63. člena pravil je spremenjen 197. člen pravil (izključena je pristojnost imenovanega zdravnika, da odloča o spremstvu slepe zavarovane osebe med zdraviliškim zdravljenjem na predlog zdravnika, ki predlaga zdraviliško zdravljenje) in popravljen sklic v 252. členu pravil.

Finančne posledice

Ocena finančnih posledic spremenjene ureditve pravice do sobivanja in nove pravice do nadomestila zaradi sobivanja je podana pri obrazložitvi spremenjenega 40. člena pravil.

K 6. členu (135. člen)

V 135. členu pravil se popravi sklic zaradi črtanega 136. člena pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 7. členu (136. člen)

136. člen pravil določa pravico do povračila stroškov zdravstvene storitve OBMP z darovanimi celicami, ki jo zavarovana oseba uveljavi v tujini, pri čemer se stroški povrnejo v višini povprečne cene te storitve v Republiki Sloveniji, vendar ne več, kot znašajo dejanski stroški. Vsebina tega člena je bila v pravila vključena z novelo pravil leta 2014, s čimer se je v pravila prenesla vsebina do takrat veljavnega sklepa, ki ga je upravni odbor zavoda sprejel leta 2002.

Predlaga se črtanje tega člena, po eni strani glede na veljavne zakonske podlage, ki urejajo pravico do zdravljenja v tujini (44.a do 44.e člen ZZVZZ), in po drugi strani glede na dejansko uporabo tega člena, ki kaže na njegovo obsoletnost. Število prejetih zahtevkov za povračilo stroškov iz naslova tega člena ves čas upada, poleg tega so bili od leta 2014 do 2021 vsi postopki, za katere je zavod prejel vlogo za povračilo stroškov v skladu s 136. členom pravil, opravljeni v drugih državah članicah Evropske unije in niti eden v tretji državi, ki ni članica Evropske unije. Po drugi strani lahko zavarovane osebe pravico do OBMP z darovanimi celicami uveljavljajo v tujini (tj. v drugih državah članicah Evropske unije in v tretjih državah) na podlagi 44.a člena ZZVZZ (135.a člena pravil), pri čemer imajo večji obseg pravic kot po 136. členu pravil, saj se jim povrnejo dejanski stroški zdravstvene storitve, imajo pa tudi pravico do povračila potnih stroškov in pravico do spremstva, če so izpolnjeni pogoji, določeni s pravili. Zavarovane osebe lahko to zdravstveno storitev OBMP uveljavijo tudi na podlagi 44.b člena ZZVZZ (135.b člena pravil), ko imajo prav tako večji obseg pravic kot po 136. členu pravil (višje povračilo stroškov zdravstvene storitve s pravico do povračila potnih stroškov in pravico do spremstva). To zdravstveno storitev pa lahko zavarovane osebe uveljavijo tudi v skladu s 44.c členom ZZVZZ (135.c členom pravil), ko se jim stroški zdravstvene storitve povrnejo v enaki višini, kot jo določa 136. člen pravil.

Zaradi črtanja 136. člena pravil se uskladijo nanj vezane določbe pravil, kolikor se sklicujejo na ta člen (uskladitev sklicev v 135., 224., 225., 227., 228. in 256. členu pravil). Sočasno je s prehodno določbo novele pravil določeno, za katere zdravstvene storitve OBMP z darovanimi celicami v tujini se bo še lahko uporabljala dosedanja ureditev po 136. členu pravil. Povračilo stroškov na tej podlagi bo mogoče uveljaviti za zdravstvene storitve OBMP z darovanimi celicami, ki bodo v tujini izvedene do zadnjega dne v mesecu, ki sledi mesecu, v katerem začnejo veljati novela pravil.

Finančne posledice

Zaradi črtanja 136. člena pravil odhodki zavoda ne bodo manjši, saj imajo za isto zdravstveno storitev zavarovane osebe pravico do povračila stroškov po 44.a, 44.b ali 44.c členu ZZVZZ.

K 8. členu (137. člen)

Prvi odstavek 137. člena pravil določa, od katerega dne dalje gre zavarovancem nadomestilo v breme OZZ. Določba se uskladi z drugim odstavkom 29. člena ZZVZZ, da gre nadomestilo zaradi sobivanja v breme OZZ od prvega dne začasne zadržanosti od dela zaradi sobivanja.

Finančne posledice

Ocena finančnih posledic nove pravice do nadomestila zaradi sobivanja je podana pri obrazložitvi spremenjenega 40. člena pravil.

K 9. členu (138. člen)

138. člen pravil med drugim natančneje ureja nadomestilo zaradi nege ožjega družinskega člana. Spreminjata se tretji in četrti odstavek zaradi uskladitve s 3. členom ZZVZZ-O, ki je delovne dni spremenil v koledarske dni, ki se upoštevajo pri trajanju pravice do nadomestila zaradi te nege.

Sedmi odstavek je usklajen s 30.a členom ZZVZZ, da ima zavarovanec iz 40. člena pravil, ki sobiva ob zavarovani osebi, pravico do nadomestila za sobivanje, ki se odmerja v enakem odstotku kot nadomestilo zaradi nege ožjega družinskega člana.

Zaradi notranje uskladitve besedila člena se v prvem in šestem odstavku črta beseda »plače«, medtem ko je nov osmi odstavek vsebinsko enak drugemu stavku dosedanjega sedmega odstavka.

Finančne posledice

Sprememba ureditve glede trajanja pravice do nadomestila zaradi nege ožjega družinskega člana nima finančnih posledic, saj gre le za spremembo delovnih v koledarske dni.

Ocena finančnih posledic nove pravice do nadomestila zaradi sobivanja je podana pri obrazložitvi spremenjenega 40. člena pravil.

K 10. členu (139. člen)

V skladu z drugim odstavkom 30.a člena ZZVZZ se nadomestilo za sobivanje odmerja v enakem odstotku kot nadomestilo zaradi nege ožjega družinskega člana. Zaradi uskladitve s to zakonsko ureditvijo se spreminja 139. člen pravil, ki določa višino nadomestila glede na odstotke.

Finančne posledice

Ocena finančnih posledic nove pravice do nadomestila zaradi sobivanja je podana pri obrazložitvi spremenjenega 40. člena pravil.

K 11. členu (196. člen)

Zaradi terminološke uskladitve s 40. členom pravil se spreminja tretji odstavek 196. člena pravil, po katerem napotnica ni potrebna za sobivanje.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 12. členu (197. člen)

Zaradi črtanja 63. člena pravil se spreminjata drugi in peti odstavek 197. člena pravil, saj imenovani zdravnik ne bo več odločal o spremstvu slepe zavarovane osebe med zdraviliškim zdravljenjem na predlog zdravnika, ki predlaga zdraviliško zdravljenje. Če ima slepa zavarovana oseba med stacionarnim zdraviliškim zdravljenjem pravico do spremstva po 40. členu pravil, bo to pravico uveljavljala neposredno pri izvajalcu, tj. zdravilišču.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 13. do 16. členu (224., 225., 227. in 228. člen)

V 224., 225., 227. in 228. členih pravil se popravijo sklici zaradi črtanja 136. in 228.g člena pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 17. do 22. členu (228.a do 228.f člen)

Pravila v 228.a do 228.f členih med drugim določajo sestavine vlog zavarovanih oseb za povračilo stroškov zdravljenja v tujini. S spremembami členov se odpravlja zahteva, da zavarovane osebe vlogam prilagajo izvornike računov. Z ukinitvijo zahteve, da vlogam prilagajo izvornike dokumentacije, se zmanjšujejo administrativna bremena za zavarovane osebe in s tem poenostavlja postopek uveljavljanja pravice do povračila stroškov zdravljenja v tujini. Ureditve v pravilih s tem sledi ureditvi iz 173. člena Zakona o splošnem upravnem postopku. Na njegovi podlagi se lahko listine, ki so dokaz, predložijo v izvirniku, mikrofilmski kopiji listine ali reprodukciji te kopije ali v overjenem prepisu, lahko pa jo stranka priloži tudi v navadnem prepisu ali kot mikrofilmsko, elektronsko kopijo ali fotokopijo ali reprodukcijo te kopije. Uradna oseba, ki vodi postopek lahko od stranke (v primeru dvoma) zahteva, naj pokaže izvorno listino in s tem ugotovi, ali se prepis oziroma kopija ujema z izvirnikom. Zato predložitev listine v izvirniku ni obvezna. Ta sprememba se bo upoštevala že v postopkih, ki bodo ob uveljavitvi novele pravil že v teku.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 23. členu (228.g člen)

Zaradi črtanja 136. člena pravil se črta 228.g člen pravil, ki določa sestavine vloge za povračilo stroškov zdravstvene storitve OBMP iz 136. člena pravil. Dokazila o teh storitvah, ki jih določajo prve tri alineje 228.g člena pravil, so del zdravstvene dokumentacije (tj. podatek o številu, kraju in času že opravljenih postopkov OBMP; zdravstvena dokumentacija o opravljenem postopku OBMP z darovano celico v tujini, iz katere so razvidna sredstva in metode za vzpodbujanje rasti foliklov v jajčnikih (vrsta in količina) ter kolikšno število jajčnih celic je pridobil; sklep Državne komisije za OBMP). Če bo zavarovana oseba zdravstveno storitev OBMP uveljavljala na podlagi 44.a, 44.b ali 44.c člena ZZVZZ, bo zavod to dokumentacijo pridobil v skladu z 228.a, 228.b oziroma 228.c členom pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 24. členu (229. člen)

V skladu z drugim odstavkom 29. člena ZZVZZ imajo zavarovanci pravico do nadomestila zaradi sobivanja na podlagi potrdila izvajalca o sobivanju, tj. potrdila o sobivanju, ki ga izstavi zdravstveni zavod oziroma zdravilišče, v katerem se izvaja sobivanje. Zaradi uskladitve s to zakonsko ureditvijo je dopolnjen 229. člen pravil, ki med drugim določa listine, ki so potrebne

za izplačilo nadomestila. Zahtevi za povračilo oziroma izplačilo nadomestila zaradi sobivanja se priloži tudi potrdilo zdravstvenega zavoda ali zdravilišča o sobivanju. Vsebinsko tega potrdila določi zavod. Pravica do nadomestila zaradi sobivanja se torej ne uveljavlja na podlagi potrdila o upravičeni zadržanosti od dela (bolniškega lista), temveč na podlagi potrdila izvajalca o sobivanju. Ker v tem primeru ne bo izdan bolniški list, bo NIJZ kot upravljavec zbirke podatkov o začasni in trajni odsotnosti z dela ostal brez dela podatkov, ki jih zbira in obdeluje za statistične namene (za potrebe poročanja mednarodnim organizacijam, za pripravo nacionalne zdravstvene statistike ipd.).

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 25. členu (229.a člen)

Tretji odstavek 229.a člena pravil določa dokumentacijo, ki jo je treba priložiti zahtevi za neposredno izplačilo nadomestila. V primeru nadomestila zaradi darovanja krvi ali nadomestila zaradi sobivanja je treba zahtevi priložiti tudi potrdilo o prostovoljnem darovanju krvi oziroma potrdilo zdravstvenega zavoda ali zdravilišča o sobivanju. Zato se določba dopolni s sklicem na četrti odstavek 229. člena pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 26. členu (231. člen)

Zaradi nove pravice do nadomestila zaradi sobivanja in jasnosti ureditve je dopolnjen prvi odstavek 231. člena pravil, ki določa razlog oziroma vzroke začasne zadržanosti od dela, ko se dnevi zadržanosti ne seštevajo. Določba se dopolni z izrecno navedbo, da se dnevi začasne zadržanosti ne seštevajo niti, če je zavarovanec prvotno začasno zadržan od dela zaradi sobivanja nato pa brez prekinitve še zaradi bolezni oziroma poškodbe, ki ni posledica v tej določbi navedenih vzrokov.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 27. členu (232. člen)

V skladu z drugim odstavkom 29. člena ZZVZZ imajo zavarovanci (to so eden od staršev, rejnik, skrbnik oziroma zakonec ali zunajzakonski partner, kadar sobiva ob otroku svojega zakonca ali zunajzakonskega partnerja) pravico do nadomestila zaradi sobivanja od prvega dne zadržanosti od dela brez ugotavljanja začasne zadržanosti od dela, zgolj na podlagi potrdila izvajalca o sobivanju. Zaradi uskladitve s to zakonsko ureditvijo je dopolnjen 232. člen pravil, ki ureja način ugotavljanja začasne zadržanosti od dela, ko gre nadomestilo v breme OZZ. Glede na zakonsko ureditev se zaradi uveljavljanja pravice do nadomestila zaradi sobivanja ne izda potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela (bolniški list), saj o tej začasni zadržanosti od dela ne odločata niti izbrani osebni zdravnik niti imenovani zdravniki oziroma zdravstvena komisija. Pravico do nadomestila zaradi sobivanja zavarovanec uveljavi zgolj na podlagi potrdila, da je določeno obdobje sobival ob zavarovani osebi. To potrdilo izda zdravstveni zavod oziroma zdravilišče, v katerem je zavarovanec sobival. To tudi pomeni, da imenovani zdravnik ne bo več odločal o začasni zadržanosti od dela zaradi sobivanja v času usposabljanja za kasnejšo rehabilitacijo na domu (ki ni več časovno omejena), temveč bo zavarovanec tudi v tem primeru pravico do nadomestila zaradi sobivanja uveljavljal na podlagi potrdila izvajalca, pri katerem se je izvajalo sobivanje.

Finančne posledice

Ocena finančnih posledic spremenjene ureditve pravice do sobivanja in nove pravice do nadomestila zaradi sobivanja je podana pri obrazložitvi spremenjenega 40. člena pravil.

K 28. členu (247. člen)

247. člen pravil določa sestavine vlog zavarovanih oseb za povračilo potnih stroškov. S spremembo člena se odpravlja zahteva, da zavarovane osebe vlogam prilagajo izvornike voznih kart, izvornike drugih ustreznih dokazil o plačilu prevoza in izvornike računov za nočitve. Ukinitvev zahteve, da vlogam prilagajo izvornike dokumentacije, se določa iz enakih razlogov, zaradi katerih se spreminjajo 228.a do 228.f člen pravil in tudi ta sprememba se bo upoštevala že v postopkih, ki bodo ob uveljavitvi novele pravil že v teku.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 29. členu (252. člen)

V 252. členu pravil se popravi sklic zaradi črtanega 63. člena pravil.

Finančne posledice:

Predlog nima finančnih posledic.

K 30. členu (256. člen)

V 256. členu pravil se popravi sklic zaradi črtanega 136. člena pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

PREHODNA IN KONČNA DOLOČBA

K 31. členu (prehoda določba za postopke po 136. členu pravil)

S prehodno določbo je določeno, v katerih primerih se izvedejo oziroma končajo postopki odločanja o pravici do povračila stroškov zdravstvene storitve OBMP z darovanimi celicami v tujini iz 136. člena pravil, ki se s to novelo pravil sicer črta. Zavarovane osebe bodo lahko uveljavljale povračilo stroškov na podlagi 136. člena pravil za tiste zdravstvene storitve OBMP z darovanimi celicami, ki bodo opravljene v tujini najpozneje zadnji dan v mesecu po preteku meseca, v katerem bo uveljavljena novela pravil (npr. če bo novela pravil začela veljati novembra 2021, bo zadnji dan za izvedbo te zdravstvene storitve v tujini 31. 12. 2021).

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 32. členu (uveljavitev novele pravil)

S končno določbo novele pravil je določen petnajstdnevni rok začetka veljavnosti novele pravil od dneva objave v Uradnem listu Republike Slovenije. Novela pravil se objavi, ko da nanjo soglasje minister za zdravje, saj se pravila sprejemajo na podlagi 26. člena ZVZZ.

Čeprav novela pravil začne veljati petnajsti dan po objavi, se nova ureditev pravice do sobivanja z nadomestilom in spremenjena ureditev trajanja pravice dočasne zadržanosti od dela zaradi nege ožjega družinskega člana (šteta v koledarskih dneh in ne več delovnih dneh) uporabljata že prej, v skladu z ZVZZ-O:

- določbe, ki se nanašajo na sobivanje, se uporabljajo za čas sobivanja od dneva uveljavitve ZVZZ-O, tj. od 17. aprila 2021, medtem ko so se za čas sobivanja do dneva uveljavitve ZVZZ-O uporabljali do takrat veljavni predpisi (prvi odstavek 6. člena ZVZZ-O);

- določbe, ki se nanašajo na trajanja pravice do začasne zadržanosti od dela zaradi nege ožjega družinskega člana, pa se uporabljajo za začasno zadržanost od dela, ki se je začela od 1. maja 2021 dalje.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

III. ČLENI, KI SE SPREMINJAJO – Z OZNAČENIMI SPREMEMBAMI

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;
6. živil, ki so predpisana na recept;
7. 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, nege ožjega družinskega člana in sobivanja iz 40. člena pravil;
9. [\(prenehala veljati\)](#);
10. [\(prenehala veljati\)](#);
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, pogrebne, posmrtnine in povračila potnih stroškov ter ne morejo sobivati ob zavarovani osebi iz 40. člena pravil, razen matere ob otroku, ki sicer biva pri materi v skladu s predpisi, ki urejajo izvrševanje kazenskih sankcij. [\(delno prenehal veljati\)](#)

(2) Zavarovanci iz prejšnjega odstavka si osebnega 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.

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

40. člen

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

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

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

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

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

63. člen

135. člen

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

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

136. člen

137. člen

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

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

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

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

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

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

1. največ do 40 dni za nego otroka do 7. leta starosti ali za starejše zmerno, težje ali težko duševno in telesno prizadete otroke;
2. največ do 20 dni za nego drugih ožjih družinskih članov;
3. največ do 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.

(5) Pravico do nadomestila zaradi nege otroka lahko uveljavlja eden od staršev do dopolnjenega 18. leta otrokove starosti oziroma dokler traja roditeljska pravica.

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

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

(8) Pravice do nadomestila nimajo starši v primerih, ko otrok uveljavlja pravico iz 50., 51. in 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, darovanja in posledic darovanja živega tkiva in organov v korist druge osebe, dajanja krvi in posledic dajanja krvi;
2. 90 % osnove ob zadržanosti od dela zaradi izolacije;
3. 80 % osnove ob zadržanosti od dela zaradi bolezni, nege ožjega družinskega člana in sobivanja iz 40. člena pravil;
4. 70 % osnove ob zadržanosti od dela zaradi poškodb izven dela in spremstva;
5. 90 % osnove v vseh primerih zadržanosti od dela, če gre za vojaške invalide in civilne invalide vojne, razen v primeru zadržanosti od dela zaradi poklicne bolezni, poškodbe pri delu, nege ožjega družinskega člana, sobivanja iz 40. člena pravil, darovanja in posledic darovanja živega tkiva in organov v korist druge osebe, dajanja krvi in posledic dajanja krvi, ko nadomestilo znaša 100 % osnove.

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

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

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

196. člen

(1) Napotnica 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. za pregled in zdravljenje v primeru spolno prenosljivih bolezni;
4. za pregled zaradi odkrivanja kontaktov pri tuberkulozi in za kontrolne preglede po končanem zdravljenju, ki so predpisani z zakonom.

(2) Napotni zdravnik iz 1., 2. in 3. točke prejšnjega odstavka ima vsa pooblastila iz petega odstavka 176. člena pravil. Napotni zdravnik iz 4. točke prejšnjega odstavka ima pooblastilo iz 1. in 3. točke petega odstavka 176. člena pravil.

(3) Napotnica ni potrebna za sobivanje iz 40. člena pravil.

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 ali zdravnika, ki zavarovano osebo zdravi v bolnišnici, 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. 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 in namestitev na negovalni oddelek, če je to potrebno glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe.

224. člen

(1) Zahteva za uveljavljanje pravice iz 135.a do 135.f 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 135.f 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 nadaljnega slabšanja zdravstvenega stanja;
- kolikšen je razumen čas pri zavarovani osebi za zdravstveno storitev;
- ali bo zavarovana oseba z zadostno gotovostjo izpostavljena tveganju za varnost, ki se ne more razumeti kot sprejemljiva, pri čemer se upoštevajo tudi morebitne prednosti, ki bi jih zdravstvena storitev, uveljavljena v tujini, imela za zavarovano osebo;
- koliko časa naj bi trajala zdravstvena storitev v tujini;
- ali zdravstveno stanje zavarovane osebe utemeljuje odhod v tujino dan pred začetkom zdravljenja v tujini;
- ali zavarovana oseba potrebuje spremstvo za čas poti na zdravljenje in nazaj ali tudi za čas zdravljenja v tujini ter kakšno spremstvo;
- kakšno prevozno sredstvo je potrebno glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe in če je potreben reševalni prevoz, ali rabi prevoz z nujnim reševalnim vozilom, nenujnim reševalnim vozilom ali sanitetnim vozilom;
- naziv najbližjega izvajalca zdravstvene dejavnosti v tujini, pri katerem se predlaga uveljavitev zdravstvene storitve.

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

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

227. člen

V postopku odločanja o pravici iz 135.a do 135.f člena pravil lahko uradna oseba zavoda, če nima določenega strokovnega znanja, pridobi mnenje imenovanega zdravnika, člana zdravstvene komisije ali drugega zdravnika zavoda.

228. člen

Če je v primeru iz 228.a, 228.b, 228.c, 228.d, 228.e ali 228.f člena pravil zavodu predložena zdravstvena ali druga dokumentacija v tujem jeziku, ki ga uradna oseba zavoda ne

razume, zavarovana oseba na poziv zavoda na lastne stroške predloži tudi njen prevod v slovenski jezik.

228.a člen

(1) V primeru iz 135.a člena pravil mora zahteva za odobritev pregleda, preiskave ali zdravljenja v tujini, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- zdravstveno dokumentacijo o dosedanjem zdravljenju v Republiki Sloveniji;
- morebitno dokumentacijo o že opravljenem pregledu, preiskavi ali zdravljenju v tujini;
- 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 dosedanjem 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;
- račun za opravljen pregled, preiskavo ali zdravljenje v tujini z dokazilom o njegovem plačilu in
- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

228.b člen

(1) V primeru iz 135.b člena pravil mora zahteva za odobritev pregleda, preiskave ali zdravljenja v državi članici Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora ali Švicarski konfederaciji, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- nedvoumno navedbo, da zavarovana oseba uveljavlja pregled, preiskavo ali zdravljenje v državi članici Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora ali Švicarski konfederaciji;
- zdravstveno dokumentacijo o dosedanjem zdravljenju v Republiki Sloveniji;
- dokumentacijo, iz katere je razvidno, da je zavarovana oseba vpisana v čakalni seznam;
- 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 dosedanjem zdravljenju v Republiki Sloveniji;
- zdravstveno dokumentacijo o opravljenem pregledu, preiskavi ali zdravljenju v državi članici Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora ali Švicarski konfederaciji;
- dokumentacijo, iz katere je razvidno, da je zavarovana oseba vpisana v čakalni seznam;

- 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;
- račun za opravljen pregled, preiskavo ali zdravljenje v državi članici Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora ali Švicarski konfederaciji, z dokazilom o njegovem plačilu, in
- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

228.c člen

(1) V primeru iz prve alineje prvega odstavka 135.c člena pravil mora zahteva za povračilo stroškov zdravstvenih storitev, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- dokazilo, iz katerega je razvidno, da je zavarovano osebo na specialistično ambulantno storitev napotil osebni ali napotni zdravnik iz Slovenije;
- ustrezno dokumentacijo o opravljeni zdravstveni storitvi;
- račun za opravljeno zdravstveno storitev z dokazilom o njegovem plačilu in
- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

(2) V primeru iz druge alineje prvega odstavka 135.c člena pravil mora zahteva za predhodno odobritev zavoda, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- nedvoumno navedbo, da zavarovana oseba uveljavlja zdravljenje v drugi državi članici Evropske unije;
- navedbo zdravstvene storitve, ki jo želi zavarovana oseba uveljaviti v drugi državi članici Evropske unije;
- zdravstveno dokumentacijo o dosedanjem zdravljenju v Republiki Sloveniji;
- če je zavarovana oseba vpisana v čakalni seznam, dokumentacijo, iz katere je razviden vpis v čakalni seznam;
- če 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 alineje prvega odstavka 135.c pravil mora zahteva za povračilo stroškov zdravstvene storitve, uveljavljene na podlagi predhodne odobritve zavoda, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- podatek o številki in datumu odločbe zavoda o predhodni odobritvi povračila stroškov vrednosti zdravstvene storitve;
- ustrezno dokumentacijo o opravljeni zdravstveni storitvi;
- račun za opravljeno zdravstveno storitev z dokazilom o njegovem plačilu in
- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

(4) V primeru iz tretje alineje prvega odstavka 135.c člena pravil mora zahteva za povračilo stroškov zdraviliškega zdravljenja, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- ustrezno dokumentacijo o opravljenem zdraviliškem zdravljenju;
- račun za opravljeno zdraviliško zdravljenje z dokazilom o njegovem plačilu in
- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

(5) Določbe prvega do tretjega odstavka tega člena se ne uporabljajo v primeru povračila stroškov vrednosti medicinskega pripomočka ter vrednosti zdravil in živil, ki se predpisujejo na recept.

228.d člen

(1) V primeru iz prvega odstavka 135.d člena pravil mora zahteva za povračilo stroškov vrednosti za medicinski pripomoček, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- naročilnico, na podlagi katere je kupljen medicinski pripomoček,
- račun za kupljeni medicinski pripomoček,
- 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 vrednosti za medicinski pripomoček, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- naročilnico EU, na podlagi katere je kupljen medicinski pripomoček,
- zdravstveno dokumentacijo, ki dokazuje, da je predložena naročilnica EU izdana v okviru zdravstvene storitve iz prve ali druge alineje prvega odstavka 135.c člena pravil,
- račun za kupljeni medicinski pripomoček,
- 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 pravici do medicinskega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe ali o pravici do zahtevnejšega medicinskega pripomočka, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- naročilnico ali naročilnico EU, na podlagi katere se uveljavlja medicinski pripomoček pred iztekom trajnostne dobe ali zahtevnejši medicinski pripomoček,
- zdravstveno dokumentacijo, ki dokazuje, da je predložena naročilnica EU izdana v okviru zdravstvene storitve iz prve ali druge alineje prvega odstavka 135.c člena pravil, če je zahteva vložena na podlagi naročilnice EU, 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 pravici do medicinskega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe oziroma odločbe zavoda o pravici do zahtevnejšega medicinskega pripomočka zahteva predhodna odobritev zavoda iz četrtega odstavka 135.d člena pravil.

(4) V primeru iz tretjega odstavka 135.d člena pravil mora zahteva za povračilo stroškov vrednosti medicinskega pripomočka, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- podatek o številki in datumu odločbe zavoda o pravici do medicinskega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe ali o pravici do zahtevnejšega medicinskega pripomočka iz tretjega odstavka 135.d člena pravil,
- naročilnico oziroma naročilnico EU, na podlagi katere je kupljen medicinski pripomoček,
- račun za kupljeni medicinski pripomoček,
- 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 pravici do medicinskega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe ali o pravici do zahtevnejšega medicinskega pripomočka iz tretjega odstavka 135.d člena pravil,
- zdravstveno dokumentacijo, ki dokazuje, da je predložena naročilnica EU izdana v okviru zdravstvene storitve iz prve ali druge alineje prvega odstavka 135.c člena pravil, če je zahteva vložena na podlagi naročilnice EU, 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 vrednosti medicinskega pripomočka, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebovati:

- podatek o številki in datumu odločbe zavoda o predhodni odobritvi povračila stroškov vrednosti medicinskega pripomočka iz četrtega odstavka 135.d člena pravil,
- naročilnico oziroma naročilnico EU, na podlagi katere je kupljen medicinski pripomoček,
- račun za kupljeni medicinski pripomoček,
- 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 1. točke tretjega odstavka 135.e člena pravil zahteva za povračilo stroškov vrednosti zdravila ali živila, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebuje:

- recept na papirnati listini, na podlagi katerega je kupljeno zdravilo oziroma živilo,
- če se pravica do zdravila oziroma živila uveljavlja na podlagi elektronskega recepta, navedbo zavarovane osebe, da uveljavlja pravico na podlagi elektronskega recepta, ki ga pridobi uradna oseba zavoda,
- račun lekarne za kupljeno zdravilo oziroma živilo in
- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

(2) V primeru iz 2. točke tretjega odstavka in 1. točke četrtega odstavka 135.e člena pravil zahteva za povračilo stroškov vrednosti zdravila ali živila, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebuje:

- recept EU, na podlagi katerega je kupljeno zdravilo oziroma živilo,
- izvid z diagnozo in mnenjem zdravnika, ki je predpisal recept EU, ki dokazuje, da je zdravilo oziroma živilo predpisano na predloženem receptu EU v okviru zdravstvene storitve iz prve ali druge alineje prvega odstavka 135.c člena pravil,
- račun lekarne za kupljeno zdravilo oziroma živilo,
- 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 2. točke četrtega odstavka 135.e člena pravil zahteva za izdajo odločbe zavoda o predhodni odobritvi povračila stroškov vrednosti zdravila in živila, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebuje:

- kopijo recepta na papirnati listini oziroma recepta EU, na podlagi katerega se zahteva predhodna odobritev zavoda,
- če se pravica do zdravila oziroma živila uveljavlja na podlagi elektronskega recepta, navedbo zavarovane osebe, da uveljavlja pravico na podlagi elektronskega recepta, ki ga pridobi uradna oseba zavoda,
- izvid z diagnozo in mnenjem zdravnika, ki je predpisal recept EU, ki dokazuje, da je zdravilo oziroma živilo predpisano na predloženem receptu EU v okviru zdravstvene storitve iz prve ali druge alineje prvega odstavka 135.c člena pravil, če je zahteva vložena na podlagi recepta EU, in
- na zahtevo zavoda drugo dokumentacijo, ki je potrebna v postopku odločanja.

(4) V primeru iz 2. točke četrtega odstavka 135.e člena pravil zahteva za povračilo stroškov vrednosti zdravila ali živila, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebuje:

- podatek o številki in datumu odločbe zavoda o predhodni odobritvi povračila stroškov vrednosti zdravila in živila iz tretjega odstavka 135.e člena pravil,
- recept na papirnati listini oziroma recept EU, na podlagi katerega je kupljeno zdravilo oziroma živilo,
- če se pravica do zdravila oziroma živila uveljavlja na podlagi elektronskega recepta, navedbo zavarovane osebe, da uveljavlja pravico na podlagi elektronskega recepta, ki ga pridobi uradna oseba zavoda,
- račun lekarne za kupljeno zdravilo oziroma živilo,
- 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

(1) V primeru iz 135.f člena pravil zahteva za povračilo stroškov vrednosti zdravila ali živila, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebuje:

- navedbo zavarovane osebe, da uveljavlja povračilo stroškov vrednosti zdravila oziroma živila zaradi motnje v preskrbi z zdravilom oziroma živilom, ali potrdilo o deficitarnosti, če je izdano v papirnati obliki,
- recept na papirnati listini, na podlagi katerega je zdravilo oziroma živilo kupljeno,
- če se pravica do zdravila oziroma živila uveljavlja na podlagi elektronskega recepta, navedbo zavarovane osebe, da uveljavlja pravico na podlagi elektronskega recepta, ki ga pridobi uradna oseba zavoda,
- račun lekarne za kupljeno zdravilo oziroma živilo in
- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

(2) Potrdilo o deficitarnosti farmacevt vpiše kot opomba v elektronski recept ali ga izda v papirnati obliki na zadnji strani recepta na papirnati listini ali kot ločeno listino.

(3) Potrdilo o deficitarnosti se vpiše kot opomba v elektronski recept, če je predpisan elektronski recept in vsebuje datumom izdaje potrdila.

(4) Potrdilo o deficitarnosti, ki se izda v papirnati obliki, vsebuje datum izdaje potrdila, podpis farmacevta in žig lekarne.

(5) Če potrdilo o deficitarnosti ni priloženo zahtevi iz prvega odstavka tega člena, ga pridobi uradna oseba zavoda.

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

228.g člen

-

XIII/11. Uveljavljanje pravic do nadomestila plače

229. člen

(1) Nadomestilo med začasno zadržanostjo od dela se izplača na podlagi zahteve za njegovo povračilo oziroma izplačilo in podatkov z listine, katere obliko in vsebino določi zavod s splošnim aktom (v nadaljnjem besedilu: potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela), potrdila o prostovoljnem darovanju krvi, ki ga izstavi izvajalec, ki opravlja dejavnost jemanja krvi oziroma potrdila zdravstvenega zavoda ali zdravilišča o sobivanju, katerega vsebino določi zavod.

(2) Potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela izstavi osebni zdravnik, ki je pristojen za ugotavljanje začasne zadržanosti od dela, na podlagi svoje ocene o začasni zadržanosti od dela oziroma na podlagi odločbe imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije. Potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela se predpiše in izpolni v skladu s pravili in z drugimi splošnimi akti zavoda.

(3) Delodajalec poleg zahteve za povračilo nadomestila plače posreduje tudi:

- potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela, na katerem je osebni zdravnik izpolnil podatke iz svoje pristojnosti, če teh podatkov ni izpolnil v elektronski obliki;
- podatke, določene na hrbtni strani potrdila o upravičeni zadržanosti od dela, na podlagi katerih se izvede obračun nadomestila, in ki jih potrdi z žigom in podpisom.

(4) Delodajalec poleg zahteve za povračilo nadomestila plače za dan, ko delavec prostovoljno daruje kri, oziroma za obdobje sobivanja iz 40. člena pravil posreduje tudi:

- potrdilo o prostovoljnem darovanju krvi oziroma potrdilo zdravstvenega zavoda ali zdravilišča o sobivanju;
- podatke iz druge alineje prejšnjega odstavka.

(5) Zavod delodajalcu ne povrne obračunanega nadomestila plače:

- če ga ni izplačal delavcu, ki ima do njega pravico;
- če ni izkazano, da je iz lastnih sredstev plačal delavcu nadomestilo plače za 120 delovnih dni v koledarskem letu v primeru začasne nezmožnosti delavca za delo zaradi njegove bolezni ali poškodbe, ali če ni izkazano, da gre za dve ali več zaporednih odsotnosti z dela zaradi iste bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom, do 30 dni, in je v posameznem primeru prekinitev med eno in drugo odsotnostjo manj kot desetih delovnih dni (recidiv);
- če o začasni zadržanosti od dela ni, v skladu s svojimi pristojnostmi, ki so določene v skladu z zakonom in pravili, odločil imenovani zdravnik oziroma zdravstvena komisija.

(6) Zavarovancu s pravico do nadomestila v breme obveznega zavarovanja, ki je sam zavezanec za plačilo prispevka, zavod izplača nadomestilo v 15 dneh po predložitvi zahteve za izplačilo nadomestila, pri čemer davke in prispevke od nadomestila zavod obračuna in plača ob izplačilu nadomestila. Zavarovanec iz prejšnjega stavka priloži zahtevi za izplačilo nadomestila potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela, na katerem je osebni zdravnik izpolnil

podatke iz svoje pristojnosti, če teh podatkov ni izpolnil v elektronski obliki oziroma potrdilo zdravstvenega zavoda ali zdravilišča o sobivanju. Podatke iz druge alineje tretjega odstavka tega člena zavod pridobi od Finančne uprave Republike Slovenije.

(7) Delodajalec, ki je vpisan v Poslovni register Slovenije, vloga zahteve za povračilo izplačanega nadomestila iz tretjega in četrtega odstavka tega člena prek informacijskega sistema za podporo poslovnim subjektom.

229.a člen

(1) Delodajalec, ki delavcem ne izplača plač in nadomestil plač, na zavod vloži zahtevo za izplačilo zapadlega neizplačanega nadomestila neposredno delavcu (v nadaljnjem besedilu: zahteva), in sicer do osmega dne v mesecu po preteku meseca, v katerem je nadomestilo, ki bremeni zavod, zapadlo v plačilo.

(2) Če delavec v roku iz prejšnjega odstavka ne prejme pisnega obvestila delodajalca o vloženi zahtevi, jo lahko pri zavodu vloži sam.

(3) Zahtevi je treba priložiti za vsak koledarski mesec zadržanosti od dela posebej:

- dokumentacijo iz tretjega oziroma četrtega 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) **(črtan).**

(6) Zavod delavcu v 15 dneh od prejema popolne zahteve izplača nadomestilo, zmanjšano za davke in prispevke, ki jih zavod plača ob izplačilu nadomestila.

231. člen

(1) V primeru, da je zavarovanec najprej zadržan od dela zaradi posledic dajanja organov oziroma tkiva za presaditev drugi osebi, zaradi poškodb, ki so nastale pri aktivnostih iz 18. člena zakona, nege ožjega družinskega člana, sobivanja iz 40. člena pravil, zaradi izolacije ali spremljanja zavarovane osebe, poslani v drug kraj, nato pa brez prekinitve še zaradi bolezni oziroma poškodbe, ki ni posledica prej navedenih vzrokov, se dnevi zavarovančeve zadržanosti od dela ne seštevajo.

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

232. člen

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

(2) Ne glede na prejšnji odstavek zavarovanec uveljavlja začasno zadržanost od dela zaradi sobivanja iz 40. člena pravil na podlagi potrđila zdravstvenega zavoda ali zdravilišča o sobivanju brez ugotavljanja začasne zadržanosti od dela.

247. člen

(1) V primeru iz 154. člena pravil zahteva za povračilo prevoznih stroškov, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebuje:

- predpisano listino, ki jo izda osebni ali napotni zdravnik, ko zavarovana oseba uveljavlja povračilo stroškov zase in za spremljevalca oziroma dokazilo o spremstvu, ko zavarovana oseba ne uveljavlja povračila stroškov tudi za spremljevalca;
- vozno karto ali drugo ustrezno dokazilo o plačilu javnega ali avtotaksi prevoza;
- 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 155. člena pravil zahteva za povračilo prevoznih stroškov, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebuje:

- vozno karto ali drugo ustrezno dokazilo o plačilu prevoza ali navedbo kilometrov, če je zavarovana oseba potovala z osebnim vozilom;
- 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 156. člena pravil zahteva za povračilo stroškov prehrane oziroma nastanitve, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebuje:

- predpisano listino, ki jo izda osebni ali napotni zdravnik, ko zavarovana oseba uveljavlja povračilo stroškov zase in za spremljevalca oziroma izjavo zavarovane osebe o spremstvu, ko zavarovana oseba ne uveljavlja povračila stroškov tudi za spremljevalca;
- račun za nočitev z dokazilom o njegovem plačilu;
- 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.

(4) V primeru iz 156.a člena pravil zahteva za povračilo stroškov prehrane in nastanitve, poleg sestavin, določenih v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, vsebuje:

1. poročilo o poteku potovanja, ki vsebuje:
 - navedbo datuma in ure odhoda na pregled, preiskavo ali zdravljenje ter datuma in ure prihoda iz pregleda, preiskave ali zdravljenja;
 - navedbo števila nočitev in zagotovljene prehrane med potovanjem in bivanjem;
 - poročilo o poteku pregleda, preiskave ali zdravljenja z navedbo datuma in ure začetka ter datuma in ure zaključka pregleda, preiskave ali zdravljenja;

2. račun za nočitve z dokazilom o njegovem plačilu;
3. ustrezno dokumentacijo o opravljeni zdravstveni storitvi;
4. na zahtevo zavoda drugo dokumentacijo, ki je potrebna v postopku odločanja, in
5. podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

252. člen

(1) Izvajalci in dobavitelji zagotovijo zavarovanim osebam zdravstvene storitve oziroma medicinske pripomočke v standardu brez plačila vrednosti, ki se krije iz obveznega zavarovanja v skladu s prvim odstavkom 23. člena pravil.

(2) Izvajalec lahko na podlagi pisnega soglasja zavarovane osebe, ki ga poda po predhodni pisni informaciji o predvidenih stroških zdravstvene storitve, od zavarovane osebe zahteva plačilo:

1. cene zdravstvene storitve, ki bi jo zavod plačal izvajalcu na podlagi pogodbe (v nadaljnjem besedilu: pogodbeni cena), ko zavarovana oseba uveljavi zdravstveno storitev, ki ni nujna medicinska pomoč ali nujno zdravljenje v času, ko nima poravnanih obveznosti plačevanja prispevkov, če zdravstveno storitev uveljavi zavarovana oseba iz tretjega odstavka 158. člena pravil in ne gre za družinskega člana iz četrtega odstavka 158. člena pravil;
2. cene zdravstvene storitve, ki jo določi izvajalec (v nadaljnjem besedilu: izvajalčeva cena), ko zavarovana oseba uveljavi zdravstveno storitev:
 - v primeru iz drugega odstavka 20. člena pravil;
 - ki ni pravica (npr. uveljavi jo zaradi uveljavljanja zahtev ali pravic na drugih področjih ali pri drugih organih – pri zavarovalnicah, sodiščih, v kazenskem postopku, izdaja potrdil za voznike motornih vozil, ukrepi v zvezi z varstvom pri delu);
 - pri zdravniku, ki ni njen osebni zdravnik, razen v primeru nujne medicinske pomoči ali nujnega zdravljenja;
 - v času, ki ne spada v standard iz 108. člena pravil;
 - popravil, prilagoditev ali novega zobno-protetičnega pripomočka, če je izgubljen, odtujen ali z neustreznim ravnanjem ali ravnanjem v nasprotju z navodili uničen ali poškodovan;
 - zobno-protetičnega pripomočka, če ga zahteva pred iztekom trajnostne dobe iz 121. člena pravil, ko ta ni pravica v skladu s pravili;
 - zobno-protetičnega pripomočka, če ga zahteva po izteku trajnostne dobe iz 121. člena pravil in ni izpolnjen pogoj iz drugega odstavka 123. člena pravil;
 - pri napotnem zdravniku brez napotnice, če ne gre za zdravstveno storitev iz 179. člena pravil;
3. dela cene zdravstvene storitve v višini razlike med izvajalčevo in pogodbeno ceno, ko zavarovana oseba uveljavi zdravstveno storitev:
 - ortodontskega zdravljenja z nesnemnim ortodontskim aparatom iz 2. točke četrtega odstavka 34. člena pravil, do katerega nima pravice, če ima pravico do ortodontskega zdravljenja s snemnim ortodontskim aparatom iz 1. točke četrtega odstavka 34. člena pravil;
 - nemedicinskega oskrbnega dne v drugačnem ali višjem standardu, kot je določen v 40., 47. in 110. členu pravil;
 - zobozdravstvene storitve ali zobno-protetičnega pripomočka v drugačnem ali višjem standardu, kot je določen v 112. členu pravil;
 - popravil in prilagoditev zobno-protetičnega pripomočka nad stroški iz 1. točke petega odstavka 122. člena pravil oziroma 1. točke prvega odstavka 123. člena pravil;
 - pri osebni ginekologu, ki si ga je izbrala pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti na terciarni ravni v skladu s 164. členom pravil;

- v vseh drugih primerih, ki niso navedeni v prejšnji in tej točki, ko je zdravstvena storitev opravljena v drugačnem ali višjem standardu, če je na podlagi pogodbe z zavodom izvajalčeva cena višja od pogodbene cene.

(3) Dobavitelj lahko na podlagi pisnega soglasja zavarovane osebe, da bo medicinski pripomoček uveljavila v višjem ali drugačnem standardu in v katerem je navedena tudi vrednost doplačila, od zavarovane osebe zahteva doplačilo kot razliko med:

- ceno izvedbe artikla s seznama medicinskih pripomočkov, individualno izdelanega medicinskega pripomočka ali funkcionalno ustreznega medicinskega pripomočka v skladu z zahtevo zavarovane osebe in vrednostjo za to vrsto medicinskega pripomočka;
- stroški vzdrževanj ali popravil medicinskega pripomočka in stroški iz četrtega odstavka 66. člena pravil;
- stroški prilagoditev medicinskega pripomočka in stroški iz prvega odstavka 120. člena pravil.

(4) Dobavitelj lahko na podlagi pisnega soglasja zavarovane osebe, v katerem je navedena tudi vrednost plačila, zahteva od zavarovane osebe plačilo za medicinske pripomočke v celoti:

1. če zavarovana oseba izbere artikel tiste vrste medicinskega pripomočka, ki je pravica, izbrani artikel pa ni na seznamu medicinskih pripomočkov;
2. v primeru iz drugega odstavka 20. člena pravil;
3. če mu zavarovana oseba ne predloži ustrezne naročilnice, razen v primeru iz 213.a člena pravil;
4. za stroške popravil v primeru iz petega odstavka 66. člena pravil.

(5) Zavarovana oseba lahko od zavoda zahteva povračilo neutemeljeno zaračunanih stroškov zdravstvene storitve in medicinskega pripomočka do vrednosti iz prvega odstavka tega člena na podlagi dokazila o njihovem plačilu.

256. člen

(1) Za postopek, v katerem se odloča o pravicah, se uporablja zakon, ki ureja splošni upravni postopek, če z zakonom ni drugače določeno.

(2) V postopkih iz 81. člena zakona odloča na I. stopnji imenovani zdravnik in na II. stopnji zdravstvena komisija.

(3) V postopkih iz 84. člena zakona odloča na I. stopnji območna enota zavoda in na II. stopnji Direkcija zavoda o:

1. pridobitvi, spremembi in izgubi lastnosti zavarovane osebe;
2. obveznosti zavarovanca za plačilo prispevkov na podlagi 17. člena pravil;
3. prekinitvi ortodontskega zdravljenja v primeru iz četrtega odstavka 35. člena pravil;
4. pravicah iz 80. člena zakona in zahtevi zavarovane osebe za prekinitve izbire osebnega zdravnika;
5. zahtevi za povračilo stroškov zdravstvenih storitev, ki jih je zavarovana oseba uveljavljala med začasnim bivanjem v tujini;
6. pravici do zdravljenja v tujini in zahtevi za povračilo stroškov iz 135.a do 135.f člena pravil;
7. pravici do nadomestila plače;
8. pravici do povračila potnih stroškov;
9. zahtevi za povračilo stroškov zdravstvenih storitev in izplačilo denarnih dajatev zavarovane osebe iz tretjega odstavka 158. člena in tretjega odstavka 159. člena pravil, ki so ji bile zadržane pravice v skladu z 78.a členom zakona;

10. zahtevi za povračilo stroškov zdravstvenih storitev, ki jih je zavarovana oseba plačala izvajalcu ali dobavitelju, in meni, da gre za pravico;
11. drugih pravicah iz zakona in drugih zahtevah iz obveznega zavarovanja.