

I. PREDLOG ČLENOV

Na podlagi 13. člena Statuta Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (Uradni list RS, št. 87/01, 1/02 – popr. in 90/24) je skupščina Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije na xx. redni seji dd. mm. 2026 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, 61/21, 159/21 – ZZVZZ-P, 183/21, 196/21 – ZDOsk, 142/22 – odl. US, 163/22, 124/23, 82/24 in 102/25) se v 2. členu:

- v 6. točki v besedilu oklepaja beseda »in« nadomesti z vejico, za številko »78/23« pa doda besedilo »in 32/25-ZZDej-N«;
- v 25. točki beseda »dispanzerske« nadomesti z besedo »ambulantne«;
- v 26. točki besedilo »otročkem ali šolskem dispanzerju« nadomesti z besedilom »otroški ali šolski ambulanti«.

2. člen

V 25. členu se 9. točka spremeni tako, da se glasi:

»9. stroški prevoza zavarovane osebe iz Republike Slovenije v tujino in iz tujine v Republiko Slovenijo, razen v primeru iz 135.a, 135.b in 135.g člena pravil in v drugih primerih, ki jih določa pravni red EU ali meddržavna pogodba.«.

3. člen

V 28. členu se v tretji alineji za besedo »zob« doda besedilo »in obzobnih tkiv«.

4. člen

V 34. členu se za četrtem odstavkom doda nov, peti odstavek, ki se glasi:

»(5) Zavarovana oseba ima po končanem ortodontskem zdravljenju iz prejšnjega odstavka pravico do snemnega in nesnemnega retencijskega aparata.«.

5. člen

V 35. členu se v prvem odstavku v prvem stavku pred besedo »aparata« doda besedilo »in retencijskega«.

V drugem odstavku se v 2. točki za besedo »ortodontskega« doda besedilo »ali retencijskega«.

6. člen

V 68. členu se drugi odstavek črta.

7. člen

V 112. členu se v prvem odstavku v 9. točki za besedo »zatičku« doda besedilo »ali na krnu«.

V četrtem odstavku se:

- v napovednem stavku besedilo »ortodontskega aparata iz četrtega« nadomesti z besedilom »aparata iz četrtega in petega«;
- v 2. točki pika nadomesti s podpičjem in dodata novi, 3. in 4. točka, ki se glasita:
»3. snemni retencijski aparat – akrilat ali termoplastična masa;
4. nesnemni retencijski aparat – kovinski in drug element.«.

8. člen

V 115. členu se v petem odstavku v preglednici 1. točka spremeni, tako da se glasi:

»1. ortoze	
ortoze	2 leti
ortoze za hrbtenico za zavarovane osebe, mlajše od 18 let	6 mesecev
ortoze za spodnje in zgornje ude za zavarovane osebe, mlajše od 7 let	6 mesecev
ortoze za spodnje in zgornje ude za zavarovane osebe, stare vsaj 7 let in mlajše od 18 let	10 mesecev«.

9. člen

V 119. členu se tretji odstavek spremeni, tako da se glasi:

»(3) Upravni odbor zavoda s splošnim aktom, ki se objavi na spletni strani zavoda, določi medicinske pripomočke, ki se lahko predpišejo na obnovljivo naročilnico.«.

10. člen

V 121. členu se v drugem odstavku v 4.a točki za besedo »dograditev« doda besedilo »na konfekcijskem zatičku ali na krnu«.

11. člen

V 122. členu se v prvem odstavku v 4.a točki za besedo »dograditev« doda besedilo »na konfekcijskem zatičku ali na krnu«.

12. člen

V 135.a členu se za prvim odstavkom doda nov, drugi odstavek, ki se glasi:

»(2) Zavarovana oseba, ki ji je zavod odobril zdravljenje iz prejšnjega odstavka, ima pravico do nadaljevanja tega že začetega zdravljenja pri istem izvajalcu zdravstvenih storitev v tujini,

kadar je to nujno zaradi specifičnih okoliščin kontinuitete zdravstvene obravnave tudi, če je po začetku zdravljenja v tujini v Republiki Sloveniji vzpostavljena možnost istovrstnega zdravljenja. Za specifično okoliščino kontinuitete iz prejšnjega stavka se šteje, če je zaradi bolezenskega stanja zavarovane osebe potrebnih več povezanih operativnih ter invazivnih diagnostičnih in terapevtskih posegov, ki sledijo v časovnih presledkih, in ko gre za zdravstveno obravnavo, ki zahteva stalno spremljanje istega strokovnega tima.«.

V dosedanjem drugem odstavku, ki postane tretji odstavek, se v napovednem stavku besedilo »prejšnjega odstavka« nadomesti z besedilom »prvega in drugega odstavka tega člena«.

V dosedanjem tretjem odstavku, ki postane četrti odstavek, se za besedo »prvega« doda besedilo »in drugega«.

13. člen

Za 135.f členom se doda nov, 135.g člen, ki se glasi:

»135.g člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do premestitve od izvajalca k izvajalcu zdravstvene dejavnosti v tujini na obmejnem območju brez predhodne odobritve Zavoda v nujnih medicinsko utemeljenih in časovno upravičenih primerih na podlagi meddržavne pogodbe.

(2) Za obmejno območje iz prejšnjega odstavka se štejejo geografska območja, opredeljena v meddržavni pogodbi.«.

14. člen

V 137. členu se v prvem odstavku v 1. točki besedilo »drugega odstavka 135.a člena« nadomesti z besedilom »tretjega odstavka 135.a člena«.

15. člen

146. člen se spremeni tako, da se glasi:

»146. člen

(1) Zavarovanec nima pravice do nadomestila v neto znesku, če:

- v času začasne zadržanosti od dela opravlja pridobitno delo ali
- ne upošteva pisnih navodil o ravnanju med začasno zadržanostjo od dela, kakor so opredeljena v zakonu, ki ureja dodatne interventne ukrepe na področju zdravstva, razen v primeru prve kršitve, za katero se šteje kršitev, ki jo je zavarovanec storil enkrat v obdobju petih let.

(2) Če je delodajalec zavarovancu izplačal nadomestilo, do katerega nima pravice v skladu s prejšnjim odstavkom, lahko delodajalec zahteva povračilo nadomestila v skladu z 229. členom pravil. Če Zavod povrne delodajalcu izplačano nadomestilo, Zavod od zavarovanca zahteva vračilo nadomestila v neto znesku.

(3) Če je vložena zahteva iz šestega odstavka 229. člena ali 229.a člena pravil, na podlagi katere bi zavarovanec imel pravico do nadomestila, če ne bi storil kršitve iz prvega odstavka tega

člena, Zavod v 15 dneh po predložitvi zahteve obračuna in plača davke in prispevke od nadomestila, nadomestila v neto znesku pa ne izplača.

(4) Če je Zavod zavarovancu iz prejšnjega odstavka izplačal nadomestilo, do katerega nima pravice v skladu s prvim odstavkom tega člena, Zavod od zavarovanca zahteva njegovo vračilo.«.

16. člen

147. člen se spremeni tako, da se glasi:

»147. člen

(1) Zavod zadrži izplačevanje nadomestila zavarovancu, če:

- neopravičeno najpozneje tri dni po začetku bolezni ne obvesti delodajalca oziroma osebnega zdravnika, da je zbolel, pri čemer se neopravičenost tega razloga presoja ob smiselni uporabi četrtega odstavka 231.a člena pravil,
- se brez upravičenega razloga ne odzove vabilu na pregled pooblaščenega zdravnika, imenovanega zdravnika, zdravstvene komisije ali invalidske komisije, pri čemer se neopravičenost tega razloga presoja ob smiselni uporabi sedmega odstavka 231.a člena pravil,
- pooblaščen zdravnik, imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija ugotovi, da se ne ravna po navodilih za zdravljenje, kar vključuje tudi neopravičeno odklonitev ali odložitev načrtovanega zdravljenja, ki je pravica in s tem neopravičeno podaljšuje začasno zadržanost od dela, ali
- laičnemu nadzorniku, kakor je opredeljen v zakonu, ki ureja dodatne interventne ukrepe na področju zdravstva, onemogoči ali ovira opravljanje nadzora.

(2) Izplačevanje nadomestila se zavarovancu zadrži za obdobje od dneva kršitve iz prejšnjega odstavka, dokler trajajo razlogi za zadržanje nadomestila. Zavarovancu se zadržano nadomestilo izplača za obdobje iz prejšnjega stavka, ko so odpravljeni razlogi za zadržanje nadomestila.«.

17. člen

V 155. členu se v prvem odstavku za besedilom »pravico iz prvega« doda besedilo »ali drugega«.

18. člen

V 156.a členu se v prvem odstavku v prvem stavku za besedilom »pravico iz prvega« doda besedilo »ali drugega«.

V drugem odstavku se v prvem stavku za besedilom »pravico iz prvega« doda besedilo »ali drugega«.

V tretjem odstavku se v 4. točki za besedilom »pravice iz prvega« doda besedilo »ali drugega«.

V četrtem odstavku se besedilo »drugega odstavka 135.a člena« nadomesti z besedilom »tretjega odstavka 135.a člena«.

19. člen

V 174. členu se v prvem odstavku v 2. točki za besedo »dela« doda besedilo »v skladu s 175. členom pravil«.

20. člen

175. člen se spremeni tako, da se glasi:

»175. člen

(1) Splošni osebni zdravnik ugotavlja začasno zadržanost od dela, razen zaradi nege otroka. Začasno zadržanost od dela zaradi nege zakonca ugotavlja splošni osebni zdravnik zavarovanca, ki neguje zakonca, ugotavlja pa jo na podlagi mnenja splošnega osebnega zdravnika zakonca, ki potrebuje nego.

(2) Osebni otroški zdravnik ugotavlja začasno zadržanost od dela zaradi nege ali spremstva otroka.

(3) Če osebni ginekolog ali osebni zobozdravnik meni, da je zaradi zdravstvenega stanja zavarovane osebe, ki ga ugotovi na svojem delovnem področju, potrebna ocena začasne zadržanosti od dela, posreduje o tem mnenje splošnemu osebnemu zdravniku oziroma osebnemu otroškemu zdravniku.

(4) Mnenje iz drugega stavka prvega odstavka in tretjega odstavka tega člena vsebuje kratko anamnezo, klinični status, uvedeno in načrtovano zdravljenje, vključno s predvidenim trajanjem zdravljenja, diagnozo, priporočila za aktivnosti v času zdravljenja, vključno z navedbo zdravstvenih omejitev ter datum naslednjega kontrolnega pregleda.«.

21. člen

V 185. členu se tretji odstavek črta.

22. člen

V 188. členu se četrti odstavek črta.

23. člen

V 212. členu se v prvem odstavku:

- v 1. točki za šesto alinejo doda nova, sedma alineja, ki se glasi:
»– aparat za določanje glukoze v krvi za zavarovane osebe iz petega odstavka 116. člena pravil;«;
- v 4.a točki besedilo »zdravnik ginekolog« nadomesti z besedilom »zdravnik s svojega delovnega področja«.

24. člen

V 213.a členu se v prvem odstavku 3. točka črta.

25. člen

V 225. členu se za prvim odstavkom doda nov, drugi odstavek, ki se glasi:

»(2) Ne glede na prejšnji odstavek uradna oseba zavoda v postopku odločanja o pravici iz drugega odstavka 135.a člena pravil obvezno pridobi mnenje konzilija ustreznega izvajalca na terciarni ravni o obstoju specifičnih okoliščin kontinuitete zdravstvene obravnave iz drugega stavka drugega odstavka 135.a člena pravil.«.

V dosedanjem drugem odstavku, ki postane tretji odstavek, se za besedo »podlagi« doda besedilo »prvega odstavka«, besedilo »prejšnjega odstavka« pa nadomesti z besedilom »prvega odstavka tega člena«.

Dosedanji tretji odstavek postane četrti odstavek.

26. člen

V 229.a členu se v šestem odstavku beseda »popolne« črta.

27. člen

Za 231. členom se doda nov, 231.a člen, ki se glasi:

»231.a člen

(1) Začasna zadržanost od dela, ki jo v skladu s 175. členom pravil ugotavlja osebni zdravnik, nastopi z dnem, ko osebni zdravnik ugotovi razlog začasne zadržanosti od dela.

(2) Zavarovanec osebному zdravniku sporoči razlog začasne zadržanosti od dela na dan nastopa razloga, vendar najpozneje prvi naslednji delovni dan ambulate osebnega zdravnika. Zavarovanec sporoči razlog začasne zadržanosti od dela osebному zdravniku tako, da se osebno zgleda v ambulanti osebnega zdravnika, po telefonu, s sporočilom prek portala za paciente ali prek druge elektronske poti, ki je namenjena komunikaciji med zavarovancem in osebnim zdravnikom.

(3) Če zavarovanec ravna v skladu s prejšnjim odstavkom, lahko osebni zdravnik ugotovi začasno zadržanost od dela za nazaj, največ za dneve iz prejšnjega odstavka. Če zavarovanec ne ravna v skladu s prejšnjim odstavkom, lahko osebni zdravnik ugotovi začasno zadržanost od dela samo za naprej.

(4) Če zavarovanec zaradi bolnišničnega zdravljenja ali drugega utemeljenega razloga ni mogel sporočiti osebному zdravniku razloga začasne zadržanosti od dela v roku iz drugega odstavka tega člena, mu datum nastopa razloga začasne zadržanosti od dela sporoči takoj, ko je mogoče. V primeru iz prejšnjega stavka o začasni zadržanosti od dela za nazaj odloča imenovani zdravnik.

(5) Drugi, tretji in četrti odstavek tega člena se smiselno uporabljajo za ugotavljanje začasne zadržanosti od dela zaradi nege zakonca.

(6) Začasno nezmožnost za delo osebni zdravnik ugotovi na podlagi medicinske dokumentacije in pregleda zavarovanca, ki ga opravi v naslednjih primerih:

- najpozneje četrti dan od nastopa začasne nezmožnosti za delo, če ta še traja,

- neposredno preden poda prvi predlog imenovanemu zdravniku za odločanje o nadaljnji začasni nezmožnosti za delo, razen v primeru iz 3. in 4. točke prvega odstavka 137. člena pravil,
- če je bil zavarovanec v zadnjih treh mesecih pred nastopom začasne nezmožnosti za delo, več kot dvakrat začasno nezmožen za delo s prekinitvami in posamezna začasna nezmožnost za delo ni presegla 30 dni,
- v drugih primerih, ko meni, da je pregled potreben.

(7) Ne glede na prejšnji odstavek osebni zdravnik ugotovi začasno nezmožnost za delo samo na podlagi medicinske dokumentacije, če se pregled zavarovanca ne more opraviti zaradi enega od naslednjih razlogov, ki ga dokumentira v zdravstveni dokumentaciji:

- bolnišničnega zdravljenja ali drugega zdravstvenega stanja zavarovanca, ki po oceni osebnega zdravnika predstavlja utemeljen razlog, da zavarovanec ne more priti na pregled (npr. če gre za stanje po večjem operativnem zdravljenju, imobilizaciji uda z mavcem ali longeto, za zdravljenje z radioterapijo ali kemoterapijo), ali
- nevarnosti okužbe zavarovanca ali drugih oseb z nalezljivo boleznijo, ki po oceni osebnega zdravnika predstavlja utemeljen razlog, da zavarovanec ne pride na pregled.

(8) Če zavarovanec v primeru iz šestega odstavka tega člena ne pride na pregled in ne gre za razlog iz prejšnjega odstavka, osebni zdravnik utemeljenost nadaljnje začasne nezmožnosti za delo ugotovi na podlagi medicinske dokumentacije. Če osebni zdravnik v primeru iz prejšnjega stavka podaljša začasno nezmožnost za delo, o tem obvesti območno enoto zavoda, ki ukrepa v skladu s 147. členom pravil.

(9) Datum in uro pregleda iz šestega odstavka tega člena osebni zdravnik dokumentira v zdravstveni dokumentaciji zavarovanca in z njima seznaniti zavarovanca:

- ustno, kar evidentira v zdravstveni dokumentaciji zavarovanca,
- na elektronski naslov zavarovanca, vpisan v centralni zbirki podatkov o pacientih, kot jo določa zakon, ki ureja digitalizacijo zdravstva, ali
- prek druge informacijske poti, s katero soglašata zavarovanec (npr. sporočilo na telefonsko številko).

(10) Prva, tretja in četrta alineja šestega odstavka ter sedmi, osmi in deveti odstavek tega člena se smiselno uporabljajo za pregled ožjega družinskega člana, ki potrebuje nego, ki je razlog začasne zadržanosti od dela.«.

28. člen

V 232. členu se prvi odstavek črta.

29. člen

V 233. členu se prvi odstavek spremeni tako, da se glasi:

»(1) V primeru ugotovljene začasne zadržanosti od dela osebni zdravnik, imenovani zdravnik oziroma zdravstvena komisija za vsako posamezno obdobje začasne zadržanosti od dela določi:

- trajanje, ki ga opredeli z datumom začetka in zaključka začasne zadržanosti od dela,
- razlog začasne zadržanosti od dela,
- navodila o ravnanju zavarovanca med začasno zadržanostjo od dela, ki jih določi v skladu z zakonom, ki ureja dodatne interventne ukrepe na področju zdravstva, in splošnim aktom zavoda, ki podrobneje ureja njihovo vsebino ter način in roke seznanitve delodajalca in zavarovanca s temi navodili.«.

Drugi odstavek se spremeni tako, da se glasi:

»(2) O odhodu zavarovanca med začasno zadržanostjo od dela v državo, ki ni država njegovega prebivališča, odloči imenovani zdravnik na podlagi predloga zavarovanca ali osebnega zdravnika, ki ugotavlja začasno zadržanost od dela. Predlog iz prejšnjega stavka se poda takoj, ko je mogoče, vendar najpozneje osem dni pred načrtovanim odhodom v državo, ki ni država zavarovančevega prebivališča, razen če iz objektivnega razloga predloga ni mogoče podati v tem roku.«.

30. člen

234. člen se spremeni tako, da se glasi:

»234. člen

(1) Če se zavarovanec ali delodajalec ne strinjata z oceno osebnega zdravnika o začasni nezmožnosti za delo do 30 dni, lahko v treh delovnih dneh od dne, ko sta bila z oceno seznanjena, zahtevata presojo ocene osebnega zdravnika (v nadaljnjem besedilu: zahteva za presojo ocene osebnega zdravnika).

(2) Zahteva za presojo ocene osebnega zdravnika se vloži pri imenovanem zdravniku, ki od osebnega zdravnika pridobi zdravstveno dokumentacijo zavarovanca. Če je za presojo ocene osebnega zdravnika vložena pri osebnem zdravniku, jo skupaj z zdravstveno dokumentacijo posreduje imenovanemu zdravniku še isti dan.

(3) Ne glede na vloženo zahtevo za presojo ocene osebnega zdravnika se mora zavarovanec ravnati v skladu z oceno osebnega zdravnika o začasni nezmožnosti za delo.

(4) Odločitev imenovanega zdravnika o zahtevi za presojo ocene osebnega zdravnika velja le za naprej, za nazaj pa le v primerih iz četrtega odstavka 231.a člena pravil.«.

31. člen

V 236. členu se besedilo »Predlog ali zahtevo za presojo ocene osebnega zdravnika« nadomesti z besedilom »Predlog iz drugega odstavka 233. člena pravil, zahtevo za presojo ocene osebnega zdravnika oziroma predlog iz prejšnjega člena«.

32. člen

238. člen se spremeni tako, da se glasi:

»238. člen

Zavarovanec mora ravnati v skladu z odločbo imenovanega zdravnika oziroma zdravstvene komisije o začasni zadržanosti od dela in odločbo imenovanega zdravnika oziroma zdravstvene komisije, izdano na podlagi predloga iz drugega odstavka 233. člena pravil, od dneva vročitve odločbe.«.

33. člen

V 241. členu se v prvem odstavku za besedilom »razlogi za« doda beseda »začasno«, za besedilom »kdaj je« pa doda beseda »začasna«.

- V drugem odstavku se:
- v prvem stavku besedilo »zavarovančevo nezmožnost za delo« nadomesti z besedilom »začasno zadržanost od dela«;
 - v drugem stavku za besedo »uveljavljane« doda beseda »začasne«.

34. člen

V 256. členu se v drugem odstavku za besedo »zakona« doda besedilo »in drugega odstavka 233. člena pravil«.

35. člen

266. člen se črta.

PREHODNA IN KONČNA DOLOČBA

36. člen

(1) Spremenjena 2. točka drugega odstavka 35. člena pravil se v delu, ki ureja opustitev nošenja retencijskega aparata, uporablja za retencijski aparat, ki je zavarovani osebi nameščen po uveljavitvi teh sprememb in dopolnitev.

(2) Če se je v primeru iz prejšnjega odstavka ortodontsko zdravljenje začelo pred uveljavitvijo teh sprememb in dopolnitev, ortodont pred namestitvijo retencijskega aparata zavarovani osebi pisno pojasni njeno obveznost nošenja retencijskega aparata in drugega ravnanja v zvezi z nošenjem tega aparata po navodilih ortodonta ter zdravstvene in finančne posledice, če ne bi spoštovala njegovih navodil. Ortodont zavarovani osebi namesti retencijski aparat, če zavarovana oseba soglaša z načinom zdravljenja iz prejšnjega stavka, kar potrdi s podpisom v zdravstveni dokumentaciji zavarovane osebe.

37. člen

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

Št. 0072-10/2026-DI/xx
Ljubljana, dne dd. meseca 2026
EVA

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
Martina Vuk
predsednica skupščine

Soglašam!

Dr. Valentina Prevolnik Rupel
ministrica
za zdravje

II. OBRAZLOŽITEV

Pravna podlaga

Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja¹ (v nadaljnjem besedilu: pravila) na področju obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu: OZZ) podrobneje urejajo vrste in obseg pravic, obveznosti zavezancev in zavarovanih oseb, pogoje in postopke za uresničevanje pravic, standarde zdravstvenih storitev, pripomočkov in zobno-protetičnih pripomočkov, varstvo pravic zavarovanih oseb in nadzor uresničevanja pravic in obveznosti.

Na podlagi Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju² (v nadaljnjem besedilu: ZZVZZ) in Statuta Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije³ pravila sprejme skupščina Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: zavod) v soglasju z ministrom za zdravje (26. člen ZZVZZ). Na podlagi 70. člena ZZVZZ skupščina zavoda med drugim sprejema splošne akte za uresničevanje OZZ (druga alineja drugega odstavka) in opravlja druge naloge, ki jih določata ZZVZZ in statut zavoda (četrta alineja drugega odstavka). Na tej zakonski podlagi statut zavoda kot naloge skupščine zavoda določa tudi, da sprejema splošne akte za uresničevanje pravic iz OZZ (3. točka 13. člena) in da v skladu z ZZVZZ določa obseg pravic do zdravstvenih storitev, standarde in normative iz OZZ (8. točka 13. člena) oziroma na podlagi prvega odstavka 71. člena statuta zavoda sprejema splošne akte zavoda, ki določajo in urejajo obseg zdravstvenih storitev, standarde in normative ter kriterije za razvrščanje zdravil (1. točka prvega odstavka 70. člena statuta zavoda) ter postopek in način uveljavljanja pravic iz OZZ (2. točka prvega odstavka 70. člena statuta zavoda).

Vsebina predloga novele pravic

Temeljni cilj predlaganih sprememb in dopolnitev pravic (v nadaljnjem besedilu: novela pravic) je uskladitev pravic z Zakonom o dodatnih interventnih ukrepih na področju zdravstva⁴ (v nadaljnjem besedilu: ZDIUPZ), kolikor ta zakon ureja:

- nadomestilo med začasno zadržanostjo od dela (18. člen ZDIUPZ), navodila o ravnanju zavarovanca med začasno zadržanostjo od dela (22. člen ZDIUPZ) in laični nadzor zavoda (24. člen ZDIUPZ),
- pravico do povračila prevoznih stroškov (19. člen ZDIUPZ),
- dodatne pravice do zdravljenja v tujini (20. člen ZDIUPZ).

Z drugimi predlaganimi spremembami in dopolnitvami pravic se zasledujejo naslednji cilji:

- ustrežnejši obseg zdravstvenih storitev,
- primernejši postopki uveljavljanja pravic,
- večja jasnost ureditve,
- notranja skladnost besedila pravic.

Novela pravic obsega naslednje sklope sprememb:

¹ 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, 61/21, 159/21 – ZZVZZ-P, 183/21, 196/21 – ZDOsk, 142/22 – odl. US, 163/22, 124/23, 82/24 in 102/25

² Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUIF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUIF-C, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ, 64/17 – ZZDej-K, 36/19, 189/20 – ZFRO, 51/21, 159/21, 196/21 – ZDOsk, 15/22, 43/22, 100/22 – ZNUZSZS, 141/22 – ZNUNBZ, 40/23 – ZČmIS-1, 78/23 in 32/25 – ZZDej-N

³ Uradni list RS, št. 87/01, 1/02 – popr. in 90/24

⁴ Uradni list RS, št. 111/25

1. Začasna zadržanost od dela

- a) Zaradi uskladitve z ZDIUPZ se:
- spremeni ureditev, ko zavarovanec nima pravice do nadomestila,
 - spremeni ureditev zadržanja izplačevanja nadomestila,
 - določijo elementi (trajanje, razlog in navodila o ravnanju), ki jih mora za vsako posamezno obdobje začasne zadržanosti od dela določiti osebni zdravnik, imenovani zdravnik in zdravstvena komisija,
 - uredi postopek odločanja zavoda o odhodu zavarovanca med začasno zadržanostjo od dela v državo, ki ni država njegovega prebivališča, in določi obveznost zavarovanca, da se ravna v skladu z odločbo zavoda, izdano v tem postopku,
 - opusti ureditev, ki je po novem urejena na zakonski ravni (prepoved, da odločba imenovanega zdravnika in zdravstvene komisije, ki jo prejme delodajalec, vsebuje podatke o zdravstvenem stanju zavarovanca; laični nadzor).
- b) Zaradi celovitosti in jasnosti ureditve se spremeni ureditev pooblaščenih osebnih zdravnikov za ugotavljanje začasne zadržanosti od dela.
- c) Zaradi večje odgovornosti zavarovanih oseb in bolj realne ocene osebnega zdravnika o zdravstvenem stanju zavarovane osebe, ki je razlog začasne zadržanosti od dela, ter posledično ocene utemeljenosti začasne zadržanosti od dela se:
- spremeni ureditev obveznosti zavarovanca, da osebnemu zdravniku sporoči nastop razloga začasne zadržanosti od dela in nanj vezana pristojnost osebnega zdravnika in imenovanega zdravnika za ugotavljanje oziroma odločanje o začasni zadržanosti od dela za nazaj,
 - uredi izvajanje pregledov zavarovanca pri osebnem zdravniku in smiselno enako izvajanje pregledov ožjega družinskega člana, ki potrebuje nego, ki je razlog začasne zadržanosti od dela.
- d) Zaradi uskladitve z ZZVZZ in notranje uskladitve besedila pravil se:
- opusti ureditev, ki jo ureja sam zakon (rok za odločanje imenovanega zdravnika),
 - v posameznih členih ustrezno popravi razlog začasne zadržanosti od dela (ali gre za začasno zadržanost od dela ali za začasno nezmožnost za delo).

2. Zobozdravstvene storitve

- a) Zaradi celovitosti in jasnosti ureditve pravice do zobozdravstvenih storitev se izrecno določi:
- da zdravljenje ustnih in zobnih bolezni obsega tudi zdravljenje obzobnih tkiv, ne le zdravljenja zob,
 - da ortodontsko zdravljenje obsega tudi pravico do retencijskega aparata, ne le do ortodontskega aparata,
 - da dograditev obsega tudi dograditev na krnu, ne le na konfekcijskem zatičku.
- b) Kot nepotrebna se opusti ureditev, da se predlogu načrta zobno-protetične rehabilitacije priloži delovni nalog zobotehničnemu laboratoriju.

3. Povračilo prevoznih stroškov in zdravljenje v tujini

Pravila se uskladijo z ZDIUPZ, kolikor ta ureja:

- pravico do povračila prevoznih stroškov brez predhodne odobritve zavoda, če je prevoz na zdravljenje v tujino ali iz tujine v RS za primere življenjske ogroženosti dogovorjen z meddržavnim sporazumom,
- pravico do nadaljevanja zdravljenja v tujini pri istem tujem izvajalcu, pri katerem je zavarovana oseba predhodno uveljavila odobreno pravico do zdravljenja v tujini zaradi izčrpanih možnosti v Republiki Sloveniji (v nadaljnjem besedilu: nova pravica do nadaljevanja zdravljenja v tujini),

- pravico do premestitve od slovenskega izvajalca k tujemu izvajalcu na obmejnem območju na podlagi meddržavnega sporazuma (v nadaljnjem besedilu: nova pravica do premestitve k tujemu izvajalcu).

4. Medicinski pripomočki (v nadaljnjem besedilu: MP)

- a) Zaradi spremenjenega načina zdravljenja hemofilije se ščitniki za kolena in komolce za zavarovane osebe s hemofilijo izključijo kot pravica iz OZZ, saj niso več potrebni in se že več let ne predpisujejo v breme OZZ.
- b) Zaradi zagotavljanja ustrežnejše zdravstvene obravnave se skrajšajo trajnostne dobe nekaterih ortoz, predpisanih mladoletnim zavarovanim osebam.
- c) Kot nepotrebna glede na dosedanjo prakso se opusti ureditev, da upravni odbori zavoda za MP, ki se predpisujejo na obnovljivo naročilnico, določi tudi zdravstvena stanja in druge pogoje teh MP.
- d) Zaradi dostopnejše zdravstvene obravnave se pooblastilo za predpisovanje aparata za določanje glukoze v krvi za določene zavarovane osebe prenese od napotnega zdravnika na osebne zdravnika in razširi pooblastilo za predpisovanje določenih električnih stimulatorjev pri inkontinenci urina.

5. Uskladitev z ZZDej-N

Zaradi uskladitve z Zakonom o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 32/25; v nadaljnjem besedilu: ZZDej-N) se izraz »dispanzerska dejavnost« oziroma »dispanzer« nadomesti z izrazoma »ambulantna dejavnost« oziroma »ambulanta« in citiranje objav ZZVZZ dopolni s številko Uradnega lista RS, v katerem je objavljen ZZDej-N.

Ocena finančnih posledic novele pravil na sredstva OZZ

Zaradi nove, zakonsko določene pravice do nadaljevanja zdravljenja v tujini (prva alineja prvega odstavka 20. člena ZDIUPZ oziroma novi drugi odstavek 135.a člena pravil), se pričakujejo višji odhodki zavoda, saj pogoj za to novo pravico ni vezan na izčrpane možnosti zdravljenja v RS, kot je veljalo do uveljavitve ZDIUPZ. Kljub temu Vlada RS kot predlagateljica ZDIUPZ teh finančnih posledic ni ocenila.

K 1. členu (2. člen)

Pravila v 2. členu opredeljujejo izraze, ki se uporabljajo v pravilih.

V 6. točki, ki opredeljuje izraz »dogovor« iz 63. člena ZZVZZ, se navajanje številke Uradnih listov RS pri citiranju objav ZZVZZ dopolni s številko objave ZZDej-N.

V 25. in 26. točki sta opredeljena izraza »osebni ginekolog« oziroma »osebni otroški zdravnik«, pri čemer opredelitvi vključujeta tudi izraza »dispanzerska dejavnost« oziroma »dispanzer«. Z novelo pravil se oba izraza nadomeščata z izrazoma »ambulantna dejavnost« oziroma »ambulantna«. S tem se opredelitvi v pravilih terminološko uskladi z ZZDej. Z novelo ZZDej-N je namreč izraz »dispanzer« opuščen, namesto njega se uporabljata izraza »ambulantna dejavnost« oziroma »ambulantna«. Kot je bilo pojasnjeno tudi v obrazložitvi predloga ZZDej-N sprememba izraza ne vpliva na vsebino prej dispanzerske oziroma po novem ambulantne dejavnosti, saj se izraz nanaša na organizacijsko obliko zdravstvene dejavnosti v osnovnem zdravstvenem varstvu in se ukvarja z zdravstvenim varstvom določene skupine populacije ali pa posamezne bolezni oziroma poškodbe.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 2. členu (25. člen)

Pravila v 25. členu določajo storitve oziroma stroške, ki niso pravica iz OZZ, in med njimi tudi stroške prevoza zavarovane osebe iz tujine v RS (9. točka 25. člena pravil). Ti prevozní stroški niso pravica iz OZZ, razen v primerih, ko to določajo pravila v skladu s tretjo alinejo prvega odstavka 40. člena ZZVZZ. V skladu z veljavno ureditvijo ima pravico do povračila teh prevoznih stroškov zavarovana oseba, ki uveljavlja pravico do zdravljenja v tujini zaradi izčrpanih možnosti v RS (135.a člen pravil) ali pravico do zdravljenja v tujini zaradi predolgh čakalnih dob v RS (135.b člen pravil). V teh primerih ima pravico do povračila prevoznih stroškov tudi spremljevalec zavarovane osebe, če zavod to spremstvo odobri.

Zaradi jasnosti ureditve in skladnosti z ureditvijo prevoznih stroškov se 9. točka 25. člena pravil dopolni tako, da se ureditev nanaša ne le na prevoz iz tujine v RS, temveč tudi na prevoz iz RS tujino, saj gre v obeh primerih za neposredno posledico uveljavljanja pravice do zdravstvenega varstva v tujini.

ZDIUPZ določa tudi:

- novo pravico do povračila prevoznih stroškov (19. člen ZDIUPZ) kot odstop od 40. člena ZZVZZ, ki ureja pravico do povračila prevoznih stroškov in
- novo pravico do premestitve k tujemu izvajalcu (druga alineja prvega odstavka 20. člena ZDIUPZ oziroma novi 135.g člen pravil) kot odstop od 44.a člena ZZVZZ, ki ureja pravico do zdravljenja v tujini zaradi izčrpanih možnosti v RS.

S to novo ureditvijo se uskladi (dopolni) 9. točka 25. člena pravil o stroških prevoza, kolikor določa, kateri od teh so pravica iz OZZ. S predlagano dopolnitvijo se k uveljavljanju nove pravice do premestitve k tujemu izvajalcu (kot je urejena v novem 135.g členu pravil) smiselno vključi tudi pravica do stroškov prevoza. Takšna ureditev temelji na navedenem odstopu od 40. člena ZZVZZ (19. člen ZDIUPZ), po katerem ima zavarovana oseba poleg pravice do povračila prevoznih stroškov iz prvega odstavka 40. člena ZZVZZ tudi pravico do povračila prevoznih stroškov brez predhodne odobritve zavoda, kadar je prevoz na zdravljenje v tujino ali iz tujine v RS v primerih življenjske ogroženosti dogovorjen z meddržavnim sporazumom.

V skladu z novo ureditvijo ima zavarovana oseba pravico do stroškov prevoza v primerih:

- zdravljenja v tujini zaradi izčrpanih možnosti v RS (135.a člen pravil oziroma 44.a člen ZZVZZ in prva alineja prvega odstavka 20. člena ZDIUPZ),
- zdravljenja v tujini zaradi predolgh čakalnih dob v RS (135.b člen pravil oziroma 44.b člen ZZVZZ),

- zdravljenja v tujini zaradi premestitve v tujino na obmejnem območju v nujnih medicinsko utemeljenih in časovno upravičenih primerih na podlagi meddržavne pogodbe (nov 135.g člen pravil oziroma druga alineja prvega odstavka 20. člena ZDIUPZ),
- ki jih določa pravni red EU ali meddržavna pogodba.

Povračilo prevoznih stroškov se v pravilih ne ureja posebej, saj bo vsebina določeni v vsakokratni meddržavni pogodbi, v skladu z načelom hierarhije pravnih aktov.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 3. členu (28. člen)

Pravila v 28. členu urejajo pravico do zobozdravstvenih storitev v primeru ustnih in zobnih bolezni zavarovane osebe, med temi tudi zdravljenje zob, zdravljenje vnetnih in drugih sprememb ustne sluznice ter oralnokirurških in maksilofacialnih operativnih posegov (tretja alineja).

Zaradi jasnosti ureditve se ta določba dopolni tako, da ima zavarovana oseba v primeru ustnih in zobnih bolezni tudi pravico do zdravljenja »obzobnih tkiv«, s čimer je jasno upoštevano tudi parodontalno zdravljenje, ki se sicer že zdaj izvaja v okviru pravice do zobozdravstvenih storitev.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 4. členu (34. člen) in

K 5. členu (35. člen)

Pravila v 34. členu urejajo ortodontsko zdravljenje ter v 35. členu navodila o načinu ortodontskega zdravljenja in posledico njihovega neupoštevanja, tj. prekinitve ortodontskega zdravljenja.

Ortodontsko zdravljenje se lahko izvaja s snemnim ortodontskim aparatom ali z nesnemnim ortodontskim aparatom, če s snemnim ortodontskim aparatom ni mogoče doseči ustreznih popravkov nepravilnosti zob in čeljusti (četrti odstavek 34. člena pravil). Po končanem ortodontskem zdravljenju z ortodontskim aparatom sledi t. i. retencijsko obdobje. Retencijsko obdobje traja tri leta po končanem aktivnem zdravljenju oziroma do dopolnjenega 22. leta starosti. V primeru prirojenih razvojnih nepravilnosti kraniofacialnega kompleksa (razcepi, sindromi, bolezni mišičja) in kombiniranega ortodontsko-kirurškega zdravljenja retencijsko obdobje traja pet let po končanem aktivnem zdravljenju. Po zaključku retencijskega obdobja, ko po oceni ortodonta ni več potrebno aktivno spremljanje zavarovane osebe oziroma niso več potrebni morebitni popravki in je ortodontsko zdravljenje končano, ortodont napotnico zaključiti.

V retencijskem obdobju se zavarovani osebi po strokovni doktrini namesti retencijski aparat. Retencijski aparat je lahko snemni ali nesnemni (kot to določa novi peti odstavek 34. člena pravil), kar je odvisno od zobozdravstvenega stanja zavarovane osebe, vrste ortodontskega aparata in metode ortodontske obravnave in s tem v zvezi od strokovne presoje lečечеge ortodonta. V določenih primerih, povezanih z obliko nepravilnosti in vrsto čeljustnoortopedske obravnave, ima zavarovana oseba po presoji ortodonta pravico tudi do kombinacije obeh retencijskih aparatov.

V času retencijskega obdobja se spremljajo učinki zdravljenja in se lahko po potrebi popravi stanje. Nenošenje snemnega retencijskega aparata ali odlepljenje in izguba nesnemnega retencijskega aparata ima lahko za posledico, da se učinki predhodnega zdravljenja z ortodontskim aparatom poslabšajo ali celo izničijo. Zaradi navedenih posledic nenošenja snemnega ali odlepljenja nesnemnega retencijskega aparata je dopolnjen tudi prvi odstavek 35. člena pravil, na podlagi katerega ortodont med drugim zavarovano osebo opozori na obveznost nošenja ne le ortodontskega aparata, ampak tudi retencijskega aparata. Posledično

je dopolnjena 2. točka drugega odstavka 35. člena pravil s sankcijo (prekinitve ortodontskega zdravljenja), če zavarovana oseba, kljub opozorilu ortodonta, ki je dokumentirano v zdravstveni dokumentaciji (gl. prvi odstavek 35. člena pravil), ne nosi retencijskega aparata.

Dopolnitev ureditve s pravico do retencijskega aparata dejansko ne predstavlja nove pravice, saj se je ortodontsko zdravljenje z retencijskim aparatom že zdaj izvajalo v okviru pravice do zobozdravstvenih storitev ortodontskega zdravljenja. Pravica do retencijskega aparata je dodana zaradi celovitosti in jasnosti obsega pravice do zobozdravstvenih storitev.

Na to ureditev je vezana:

- sprememba četrtega odstavka 112. člena pravil, ki po novem ureja tudi standardni material retencijskega aparata (snemnega in nesnemnega),
- prehodna določba novele pravil, na podlagi katere se dopolnjena ureditev pisnih navodil ortodonta v zvezi z retencijskim aparatom in dopolnjena ureditev prekinitve ortodontskega zdravljenja zaradi opustitve nošenja tega aparata uporablja tudi za že začeto ortodontsko zdravljenje (pred uveljavitvijo novele pravil), v okviru katerega bo retencijski aparat nameščen zavarovani osebi po uveljavitvi novele pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 6. členu (68. člen)

Drugi odstavek 68. člena pravil določa pravico do ščitnikov za kolena in komolce za zavarovane osebe, ki se zdravijo zaradi hemofilije.

Zavod ugotavlja, da v zadnjih treh letih ni bilo iz OZZ predpisanega in izdanega nobenega od ščitnikov za kolena in komolce. Ti MP se ne predpisujejo zaradi zelo napredovane metode in doktrine zdravljenja pacientov s hemofilijo, zaradi katere mehanska zaščita teh pacientov (s ščitniki) ni več potrebna. Zato se predlaga črtanje teh ščitnikov kot pravice iz OZZ. Ker se ti MP že do zdaj več let niso predpisovali iz OZZ, se obseg pravice do MP za zavarovane osebe dejansko ne spremeni.

Posledično se za te MP črta trajnostna doba (gl. spremembo 115. člena pravil) in ponovna izdaja brez nove naročilnice (gl. spremembo 213.a člena pravil).

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 7. členu (112. člen)

Prvi odstavek 112. člena pravil določa standardne materiale zobozdravstvenih storitev iz 28. člena pravil in zobno-protetičnih pripomočkov iz 29. člena pravil, med drugim za dograditev na konfekcijskem zatičku, za katero je standardni material kompozitni material (9. točka). Ta določba se zaradi večje jasnosti dopolni tako, da se ta standardni material uporablja tudi za dograditev na krnu (obrušen lastni zob). Posledično sta dopolnjeni 4.a točka drugega odstavka 121. člena pravil in 4.a točka prvega odstavka 122. člena pravil (gl. tam).

Četrty odstavek 112. člena pravil določa standardni material snemnega in nesnemnega ortodontskega aparata (1. in 2. točka). Določba se dopolni s standardnim materialom snemnega in nesnemnega retencijskega aparata (novi, 3. in 4. točka), ki je določen ob upoštevanju mnenja Slovenskega ortodontskega društva. Tako je za snemni retencijski aparat standardni material akrilat ali termoplastična masa, za nesnemni retencijski aparat pa kovinski in drug element (žični lok). V ortodontiji se danes za vzdrževanje in stabilnost po koncu aktivnega ortodontskega zdravljenja (retencijsko obdobje ortodontskega zdravljenja) poleg snemnih akrilatnih retencijskih plošč uporablja več vrst snemnih retencijskih aparatov (vakuumske opornice, pozicionerji), izdelanih iz termoplastične mase. Glavna njihova prednost je, da so izdelani na podlagi intraoralnega skena, zato se odlično prilagajajo zobnim lokom, segajo do roba dlesni in ne

dražijo sluznice, ne motijo položaja jezika in manj motijo pri govoru, dihanju in požiranju sline ter zagotavljajo boljšo stabilnost kot akrilatne snemne plošče. Zato je kot standardni material snemnega retencijskega aparata poleg akrilata določena tudi termoplastična masa. Za nesnemni retencijski aparat se priporoča retencijski žični (kovinski) lok, ki se že zdaj uporablja.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 8. členu (115. člen)

Pravila v 115. členu določajo trajnostne dobe MP. V petem odstavku se na predlog Univerzitetnega rehabilitacijskega inštituta Soča (v nadaljnjem besedilu: URI Soča) skrajšuje trajnostna doba ortoze za hrbtenico za zavarovane osebe, mlajše od 18 let, z dveh let na šest mesecev. Ob tem se skrajšuje trajnostna doba ortoz za zgornje ude za mladoletne osebe z dveh let za otroke, mlajše od sedmih let, na šest mesecev, za otroke, stare vsaj sedem let in mlajše od 18 let, pa na deset mesecev. Trajnostna doba se skrajšuje, ker URI Soča ugotavlja, da je v času rasti otrok nove ortoze treba zagotoviti v breme OZZ bistveno prej kot v dveh letih, kot to velja za odrasle osebe. Take primere je moral doslej zavod (imenovani zdravniki) po izdaji naročilnici obravnavati v postopkih odločanja o pravici do MP pred iztekom trajnostne dobe. Po novem se postopek za zavarovane osebe precej skrajša, saj zavod v teh postopkih ne bo več sodeloval in se bo zavarovana oseba neposredno po prejemu naročilnice lahko zglasila pri dobavitelju, da ji izdelava tovrstno ortozo. S tem se tudi razbremenijo imenovani zdravniki. Nova, skrajšana trajnostna doba velja tudi za že prejete tovrstne ortoze. Ker se nova ureditev uporablja tudi za te, že prejete MP, se v prehodnih določbah novele pravil to posebej ne ureja.

Zaradi uskladitve s spremenjenim 68. členom pravil, v katerem se kot pravica iz OZZ za zavarovane osebe, ki se zdravijo zaradi hemofilije, opuščajo ščitniki za kolena in komolce, se v 115. členu pravil črta trajnostna doba ščitnikov za kolena in komolec.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic, saj so zavarovane osebe že doslej ortoze, ki imajo po novem krajšo trajnostno dobo, prejele na podlagi odločb v postopkih odločanja o pravici do MP pred iztekom trajnostne dobe.

K 9. členu (119. člen)

Doslej je na podlagi pooblastila iz tretjega odstavka 119. člena pravil upravni odbor zavoda s splošnim aktom (sklepom) določil MP, ki se lahko predpišejo na obnovljivo naročilnico, v tem aktu pa je določal tudi zdravstvena stanja in druge pogoje, pri katerih se ti MP lahko predpišejo na obnovljivo naročilnico. Ta zdravstvena stanja in drugi pogoji so morali biti v okviru splošnih zdravstvenih stanj in drugih pogojev (torej enaki ali ožji), kot jih sicer določa Sklep o zdravstvenih stanjih in drugih pogojih za upravičenost do medicinskih pripomočkov iz obveznega zdravstvenega zavarovanja⁵. V praksi so bila zdravstvena stanja in drugi pogoji, pod katerimi se je MP lahko predpisal na obnovljivo naročilnico, enaka, kot so sicer veljala za predpis na »navadno« oziroma neobnovljivo naročilnico. Torej v praksi ni bilo dodane vrednosti, da upravni odbor določa tudi taka (ožja) zdravstvena stanja in druge pogoje. Zato se po vsebini v tretjem odstavku 119. člena pravil črta besedilo, ki se nanaša na določitev teh zdravstvenih stanj in drugih pogojev za predpis na obnovljivo naročilnico. Upravni odbor zavoda bo še naprej s sklepom določil MP, ki se lahko predpišejo na obnovljivo naročilnico.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

⁵ Uradni list RS, št. 61/21, 183/21, 163/22, 124/23, 82/24, 28/25 in 102/25

K 10. členu (121. člen) in**K 11. členu (122. člen)**

Zaradi uskladitve z dopolnjeno 9. točko prvega odstavka 112. člena pravil, da se kompozitni material uporablja tudi za dograditev na krnu (obrušenem lastnem zobu), ne le za dograditev na konfekcijskem zatičku, sta dopolnjeni:

- 4.a točka drugega odstavka 121. člena pravil, tako da sedemletna trajnostna doba velja tudi za dograditev na krnu, ne le za dograditev na konfekcijskem zatičku in samem konfekcijskem zatičku, in
- 4.a točka prvega odstavka 122. člena pravil, tako da enoletni garancijski rok velja tudi za dograditev na krnu, ne le za dograditev na konfekcijskem zatičku in samem konfekcijskem zatičku.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 12. členu (135.a člen)

Pravila v veljavnem 135.a členu urejajo pravico do zdravljenja v tujini zaradi izčrpanih možnosti v RS, kakor jo določa 44.a člen ZVZZ. Do zdaj je imela zavarovana oseba pravico do pregleda, preiskave ali zdravljenja v tujini oziroma do povračila stroškov teh storitev, če so v RS izčrpane možnosti zdravljenja, s pregledom, preiskavo ali z zdravljenjem v tujini pa je utemeljeno pričakovati ozdravitev ali izboljšanje ali preprečitev nadaljnjega slabšanja zdravstvenega stanja (prvi odstavek 135.a člena pravil).

ZDIUPZ je v 20. členu (prva alineja prvega odstavka in drugi odstavek) določil dodatno, novo pravico do nadaljevanja zdravljenja v tujini, ki je vsebinsko vezana na pravico do zdravljenja v tujini zaradi izčrpanih možnosti v RS. Po novem ima zavarovana oseba tudi pravico, da v tujini nadaljuje tisto zdravljenje (na podlagi novega drugega odstavka 135.a člena pravil), ki ji ga je Zavod predhodno že odobril zaradi izčrpanih možnosti v RS (na podlagi prvega odstavka 135.a člena pravil), če so sočasno izpolnjeni tudi naslednji pogoji:

- zdravljenje v tujini lahko nadaljuje le pri istem tujem izvajalcu, pri katerem ji je Zavod predhodno že odobril zdravljenje v tujini zaradi izčrpanih možnosti v RS, in
- nadaljevanje zdravljenja v tujini pri tem istem tujem izvajalcu mora biti nujno zaradi specifičnih okoliščin kontinuitete zdravstvene obravnave, za kar se šteje, če je zaradi bolezenskega stanja zavarovane osebe potrebnih več povezanih operativnih ter invazivnih diagnostičnih in terapevtskih posegov, ki sledijo v časovnih presledkih, in ko gre za zdravstveno obravnavo, ki zahteva stalno spremljanje istega strokovnega tima pri tujem izvajalcu, pri katerem je že predhodno opravila odobreno zdravljenje. Mnenje, da gre za take specifične okoliščine, mora v vsakem postopku, ko Zavod odloča o tej novi pravici do nadaljevanja zdravljenja v tujini, podati pristojni konzilij slovenskega izvajalca na terciarni ravni zdravstvene dejavnosti (gl. spremembo 225. člena pravil).

V skladu z ZDIUPZ ima to novo pravico do nadaljevanja zdravljenja v tujini zavarovana oseba tudi v primeru, če je po začetku zdravljenja v tujini že tudi v RS vzpostavljena možnost istovrstnega zdravljenja, torej tudi če za to vrsto nadaljevanega zdravljenja v RS niso izčrpane možnosti v pomenu prvega odstavka 135.a člena pravil.

ZDIUPZ je tako dejansko dopolnil 44.a člen ZVZZ z novo pravico do nadaljevanja zdravljenja v tujini (ki je bilo zavarovani osebi z odločbo zavoda v preteklosti že odobreno zaradi izčrpanih možnosti v RS) tudi za primer, ko so v RS vzpostavljene možnosti zdravljenja, je pa to nadaljevanje zdravljenja v tujini nujno zaradi specifičnih okoliščin kontinuitete zdravstvene obravnave. Zavarovane osebe bodo tako po novem imele, pod pogojem, da gre za kontinuiteto že odobrenega zdravljenja v tujini in je to nujno zaradi specifičnih okoliščin, možnost nadaljevati zdravljenje pri istem izvajalcu v tujini, pri katerem jim je bilo predhodno z odločbo zavoda odobreno zdravljenje zaradi izčrpanih možnosti.

Zavod zavarovani osebi odobri zdravljenje v tujini bodisi z odločbo, ki predstavlja predhodno odobritev, na podlagi katere zavarovana oseba opravi zdravljenje v tujini (na podlagi zahteve iz prvega odstavka 228.a člena pravil), bodisi z odločbo o povračilu stroškov že opravljenega zdravljenja v tujini (na podlagi zahteve za povračilo stroškov iz drugega odstavka 228.a člena pravil). Enaka ureditev velja za novo pravico do nadaljevanja zdravljenja v tujini. Ker je en od pogojev za priznanje te nove pravice tudi, da je zavarovani osebi zavod predhodno že odobril zdravljenje v tujini zaradi izčrpanih možnosti v RS (na podlagi prvega odstavka 135.a člena pravil), je to vprašanje predhodno vprašanje v postopku odločanja o novi pravici do nadaljevanja zdravljenja v tujini (iz novega drugega odstavka 135.a člena pravil).

V primeru nove pravice do nadaljevanja zdravljenja v tujini ima zavarovana oseba enake pravice iz OZZ, kot jih ima tista zavarovana oseba, ki ji je odobreno zdravljenje v tujini zaradi izčrpanih možnosti v RS. Zato se s sklicem na to novo pravico (iz novega drugega odstavka 135.a člena pravil) dopolnijo določbe pravil, ki urejajo pravico do zdravljenja v tujini zaradi izčrpanih možnosti v RS (iz prvega odstavka 135.a člena pravil), torej ureditev:

- pravice do spremstva zavarovane osebe (dosedanji drugi, po novem tretji odstavek 135.a člena pravil),
- višine stroškov zdravstvenih storitev, opravljenih v tujini, do katere ima zavarovana oseba pravico (dosedanji tretji, po novem četrti odstavek 135.a člena pravil),
- pravice do nadomestila med začasno zadržanostjo od dela spremljevalca zavarovane osebe (1. točka prvega odstavka 137. člena pravil),
- pravice do povračila potnih stroškov zavarovane osebe in njenega spremljevalca (155. in 156.a člen pravil).

Poleg te ureditve veljajo za novo pravico do nadaljevanja zdravljenja v tujini tudi vse druge določbe pravil, ki urejajo pravico iz 135.a člena pravil, torej tudi:

- način preračuna računa iz tuje valute v eure (drugi odstavek 135. člena pravil),
- postopek uveljavljanja pravice (224. do 228.a člen, 6. točka tretjega odstavka 256. člena pravil), kolikor ni zaradi posebnosti nove pravice do nadaljevanja zdravljenja v tujini ta postopkovna ureditev zanjo drugače določena (gl. spremenjen 225. člen pravil).

Finančne posledice

Zaradi nove pravice do nadaljevanja zdravljenja v tujini se pričakujejo višji odhodki zavoda, saj pogoj za to novo pravico ni vezan na izčrpane možnosti zdravljenja v RS, kot je veljalo do uveljavitve ZDIUPZ. Kljub temu Vlada RS kot predlagateljica ZDIUPZ teh finančnih posledic ni ocenila.

K 13. členu (135.g člen)

Z novim 135.g členom pravil se v pravila prenaša pravica do zdravljenja v tujini, ki jo je določil ZDIUPZ (druga alineja prvega odstavka in tretji odstavek 20. člena ZDIUPZ), tj. nova pravica do premestitve k tujemu izvajalcu, katere dejansko uresničevanje bo odvisno do vsebine posamezne meddržavne pogodbe, ki bo to pravico lahko, ne pa tudi nujno določila.

ZZVZZ ne opredeljuje izraza meddržavni sporazum, prav tako ne pravila. Pravila v 13. točki 2. člena opredeljujejo izraz »meddržavna pogodba«.

Nova pravica iz druge alineje prvega odstavka 20. člena ZDIUPZ je umeščena v novi 135.g člen pravil, ki določa, da ima zavarovana oseba pravico do premestitve od izvajalca k izvajalcu zdravstvene dejavnosti v tujini na obmejnem območju brez predhodne odobritve zavoda v nujnih medicinsko utemeljenih in časovno upravičenih primerih na podlagi meddržavne pogodbe.

ZDIUPZ v 19. členu določa novo pravico do povračila prevoznih stroškov kot odstop od 40. člena ZZVZZ. V skladu z novo ureditvijo ima zavarovana oseba poleg pravice do povračila prevoznih stroškov iz prvega odstavka 40. člena ZZVZZ tudi pravico do povračila prevoznih stroškov brez

predhodne odobritve zavoda, če je prevoz na zdravljenje v tujino ali iz tujine v RS za primere življenjske ogroženosti dogovorjen z meddržavnim sporazumom.

Nova pravica je tako neposredno povezana tudi z novim odstopom od 40. člena ZZVZZ, zato se v 9. točki 25. člena pravil kot pravica do prevoznih stroškov določi tudi pravica do prevoznih stroškov za primere, ki jih določa nov 135.g člen pravil ali meddržavna pogodba.

Čeprav je uresničevanje te nove pravice do premestitve k tujemu izvajalcu odvisno od vsebine meddržavnih pogodb, je v pravilih umeščena v poglavje, ki ureja pravico do zdravljenja v tujini, saj po vsebini ne sodi v poglavje, ki ureja pravice do zdravstvenih storitev med potovanjem in bivanjem v tujini. Pri novi pravici do premestitve k tujemu izvajalcu ne gre za potovanje ali bivanje v tujini, saj do nastanka zdravstvenega stanja pride na območju RS, zdravljenje v tujini pa se izvede zaradi premestitve zavarovane osebe na podlagi meddržavne pogodbe.

Namen določbe je zagotoviti hitro in učinkovito ukrepanje v primerih, ko je ogroženo življenje zavarovane osebe. Določba sledi načelu solidarnosti in varovanja zdravja kot temeljne človekove pravice ter zagotavlja, da administrativni postopki v nujnih primerih ne predstavljajo ovire za zdravljenje.

Podrobnejša vsebina in način izvajanja pravice bosta določena v vsakokratni meddržavni pogodbi, v skladu s hierarhijo pravnih aktov.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic. Stroške zdravstvenih storitev zavod krije v okviru obstoječih obveznosti, neposredno slovenskim izvajalcem ali pa v skladu z meddržavno pogodbo. Konkretni mehanizmi obračunavanja in poravnave stroškov bodo podrobneje določeni z meddržavno pogodbo.

K 14. členu (137. člen)

Zaradi nove pravice do nadaljevanja zdravljenja v tujini (novi drugi odstavek 135.a člena pravil) se v 1. točki prvega odstavka 137. člena pravil popravi sklic na odstavek 135. člena pravil, ki ureja spremstvo med tem zdravljenjem v tujini (dosedanji drugi, po novem tretji odstavek 135.a člena pravil).

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 15. členu (146. člen)

Veljavni 146. člen pravil določa, da zavarovanec nima pravice do nadomestila plače začasno zadržanost od dela, če v času takšne odsotnosti opravlja pridobitno delo, kakor to določa prvi odstavek 35. člena ZZVZZ.

Člen pravil se spremeni zaradi uskladitve z ZDIUPZ, ki v 18. členu določa odstop od prvega odstavka 35. člena ZZVZZ tako, da zavarovanec ni upravičen do nadomestila v neto znesku med začasno zadržanostjo od dela:

- če v času začasne zadržanosti od dela opravlja pridobitno delo,
- če ne upošteva pisnih navodil o ravnanju med zadržanostjo od dela iz 22. člena ZDIUPZ, kar vključuje tudi odhod zavarovanca v državo, ki ni država njegovega prebivališča, brez odobritve imenovanega zdravnika oziroma zdravstvene komisije.

Ureditev, po kateri zavarovanec nima pravice do nadomestila, če med začasno zadržanostjo od dela opravlja pridobitno delo, je veljala tudi do uveljavitve ZDIUPZ na podlagi prvega odstavka 35. člena ZZVZZ. Novost je, da zavarovanec nima pravice do nadomestila tudi v primeru, če ne upošteva pisnih navodil o ravnanju med začasno zadržanostjo od dela iz 22. člena ZDIUPZ (v nadaljnjem besedilu: navodila o ravnanju), kar vključuje tudi odhod zavarovanca v državo, ki ni država njegovega prebivališča brez odobritve imenovanega zdravnika oziroma zdravstvene

komisije. Pri tem tretji odstavek 18. člena ZDIUPZ določa izjemo za primer, ko zavarovanec prvič ne upošteva navodil o ravnanju, saj se v primeru prve kršitve navodil o ravnanju neto nadomestilo zavarovancu ne odvzame (se mu izplača), za prvo kršitev pa se šteje kršitev, ki jo je zavarovanec storil enkrat v obdobju petih let. V primeru prve kršitve navodil o ravnanju zavod izda ugotovitveno odločbo, v kateri navede, da je zavarovanec prvič kršil navodila o ravnanju, da pa se mu nadomestilo glede na določbe ZDIUPZ ne odvzame. Kršitev navodila za ravnanje, ki ima za posledico ukrepe po ZDIUPZ, se upošteva pri začasni zadržanosti od dela, ki je bila ugotovljena po uveljavitvi ZDIUPZ. Dodatno je treba pojasniti, da bo podrobnejšo vsebino navodil o ravnanju ter način in roke seznanitve delodajalca in zavarovanca s temi navodili določal splošni akt zavoda, ki ga zavod sprejme s soglasjem ministra, pristojnega za zdravje (gl. šesti odstavek 22. člena ZDIUPZ in spremenjen prvi odstavek 233. člena pravil).

Novost sta tudi višina nadomestila, do katerega zavarovanec nima pravice, in obdobje, za katero se mu to nadomestilo ne izplača, oziroma se od njega zahteva vračilo neto nadomestila, če je bilo to že izplačano. Tako zavarovanec po novem nima pravice do nadomestila v neto znesku, kar pomeni, da mu bodo plačani vsi prispevki za socialno varnost, zaradi česar tudi ne bo imel nobenih vrzeli v obveznih zavarovanjih, pravice iz OZZ pa se mu tudi ne bodo zadržale⁶ (če gre za samostojnega zavezanca). Pred uveljavitvijo ZDIUPZ se je odvzem nadomestila (zaradi opravljanja pridobitnega dela) nanašal na celoten strošek delavčeve plače za delodajalca (drugi bruto), vendar le za dan ugotovljene kršitve. Po novem zavarovanec nima pravice do nadomestila od dneva ugotovljene kršitve do izteka začasne zadržanosti od dela, vendar ne dlje kot 30 dni, šteto od dneva storjene kršitve.

V skladu s to novo ureditvijo ZDIUPZ prvi odstavek spremenjenega 146. člena pravil določa kršitvi, zaradi katerih zavarovanec nima pravice do neto nadomestila in na katero je vezana ureditev iz drugega do četrtega odstavka spremenjenega 146. člena pravil. Pojasniti je treba, da za neizplačilo (odvzem) neto nadomestila zadostuje, da zavarovanec stori eno od kršitev.

Drugi odstavek spremenjenega 146. člena pravil ureja primer, ko do neto nadomestila plače nima pravice delavec, tj. zavarovanec, ki je obvezno zavarovan iz naslova delovnega razmerja. Sankcioniranje zavarovanca (odvzem neto nadomestila) nima vpliva na delodajalca. Če bo delodajalec izplačal nadomestilo delavcu, za katerega bo zavod ugotovil, da nima pravice do neto nadomestila, bo zavod delodajalcu povrnil nadomestilo, ki ga je ta predhodno izplačal delavcu. Zavod bo delodajalcu povrnil nadomestilo, če bo delodajalec vložil zahteve za povračilo nadomestila plače v skladu z 229. členom pravil in bodo za povrnitev izplačanega nadomestila izpolnjeni pogoji (zavod delodajalcu ne povrne obračunanega nadomestila plače v primerih iz petega odstavka 229. člena pravil). V tem primeru bo zavod povrnil delodajalcu drugi bruto nadomestilo, vračilo neto nadomestila pa bo zahteval od zavarovanca samega. V primeru zavarovancev, ki so obvezno zdravstveno zavarovani iz naslova delovnega razmerja, zavod povrne izplačano nadomestilo plače delodajalcu, upošteva ureditev iz tretjega in četrtega odstavka 137. člena Zakona o delovnih razmerjih⁷ in ga ne izplača neposredno zavarovancu samemu, razen v primeru iz desetega odstavka tega člena, kar je urejeno tudi v 229.a členu pravil. Sankcija v primeru opravljanja pridobitnega dela in kršitev navodil za ravnanje je urejena v tretjem in četrtem odstavku tega člena. Šele s povračilom nadomestila plače delodajalcu za zavod nastane strošek, povračilo katerega zaradi ugotovljene kršitve iz prvega odstavka tega člena, lahko zahteva od zavarovanca. Pri tem se od zavarovanca zahteva vračilo neto nadomestila za mesec, v katerem je bila kršitev ugotovljena, in sicer od dneva ugotovljene kršitve do zaključka začasne zadržanosti od dela, če pa ta ni bila v tem mesecu zaključena pa tudi za naslednji mesec (največ do 30 dni, šteto od dneva ugotovljene kršitve). Zavod bo zahteval

⁶ 36. člen Zakona o interventnih ukrepih na področju zdravstva, dela in sociale ter z zdravstvom povezanih vsebin (Uradni list RS, št. 136/23, 35/24 – ZZdrS-J, 102/24 – ZZKZ, 112/24 – ZDIUZDZ in 32/25 – ZZDej-N)

⁷ Uradni list RS, št. 21/13, 78/13 – popr., 47/15 – ZZSDT, 33/16 – PZ-F, 52/16, 15/17 – odl. US, 22/19 – ZPosS, 81/19, 203/20 – ZIUPOPdve, 119/21 – ZČmIS-A, 202/21 – odl. US, 15/22, 54/22 – ZUPŠ-1, 114/23, 136/23 – ZIUZDS in 70/25 – ZUTD-I

vračilo nadomestila v okviru triletnega zastaralnega roka, ki sicer velja za občasne terjatve (347. člen Obligacijskega zakonika⁸).

Tretji in četrti odstavek spremenjenega 146. člena pravil urejata primer, ko do neto nadomestila nima pravice zavarovanec iz šestega odstavka 229. člena pravil (zavarovanec, ki je sam zavezanec za plačilo prispevkov) ali zavarovanec iz 229.a člena pravil (delavec, ki se mu nadomestilo plače neposredno izplača). Če zavod pri takem zavarovancu kršitev iz prvega odstavka tega člena ugotovi pred izplačilom neto nadomestila, zavod obračuna in plača davke in prispevke od nadomestila, neto nadomestila pa zavarovancu ne izplača (tretji odstavek). Če pa zavod kršitev iz prvega odstavka tega člena ugotovi po tem, ko je zavarovancu že izplačal neto nadomestilo, pa bo zavod od zavarovanca zahteval vračilo izplačanega neto nadomestila (četrti odstavek). Glede obdobja, za katero se zahteva vračilo nadomestila, začetka in teka zastaralnega roka se smiselno upošteva pojasnilo pri drugem odstavku tega člena.

O prvi kršitvi, pri kateri ne pride do odvzema nadomestila in o neizplačilu (odvzemu) neto nadomestila odloča v skladu s 84. členom ZZVZZ na prvi stopnji območna enota zavoda, na drugi stopnji pa direkcija zavoda.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 16. členu (147. člen)

Veljavni 147. člen pravil ureja zadržanje izplačevanja nadomestila zavarovancu, ki je posledica določenih kršitev zavarovanca. Zadržanje izplačevanja nadomestila zavarovancu pomeni, da se to ne povrne njegovemu delodajalcu ali da se ne izplača zavarovancu samemu, če gre za zavarovance iz šestega odstavka 229. člena pravil ali 229.a člena pravil, in sicer za dan kršitve in v celotnem znesku (neto znesek, skupaj z davki in prispevki od nadomestila). Zadržanje izplačevanja nadomestila velja od ugotovljene kršitve vse, dokler trajajo razlogi. Ko so odpravljeni razlogi za zadržanje izplačevanja nadomestila, se to povrne oziroma izplača za celotno obdobje začasne zadržanosti od dela za nazaj.

Člen se spremeni zaradi uskladitve s spremenjenim 146. členom pravil (kolikor vpliva na razloge za zadržanje izplačevanja nadomestila glede na 18. člen ZDIUPZ) in zaradi jasnejše ureditve kršitev zavarovanca, ki so podlaga za zadržanje izplačevanja nadomestila.

Prvi odstavek

Prvi odstavek spremenjenega 147. člena pravil določa štiri alternativne razloge, ki so podlaga za zadržanje izplačevanja nadomestila. Kot razlogi za zadržanje izplačevanja nadomestila so izključeni tisti, ki so po novem (na podlagi 18. člena ZDIUPZ oziroma spremenjenega 146. člena pravil) razlog, da se neto nadomestilo zavarovancu ne izplača.

Prvi razlog za zadržanje izplačevanja nadomestila je, če zavarovanec neopravičeno najpozneje tri dni po začetku bolezni ne obvesti delodajalca oziroma osebnega zdravnika, da je zbolel (podlaga je prva alineja drugega odstavka 35. člena ZZVZZ). Ureditev je vsebinsko enaka dosedanji, zaradi jasnosti ureditve pa je dodano, da se (ne)opravičenost razloga, zaradi katerega zavarovanec o bolezni v tem tridnevem roku ni obvestil delodajalca oziroma osebnega zdravnika, presoja ob smiselni uporabi četrtega odstavka novega 231.a člena pravil. Kot opravičen razlog se tako šteje npr. če zavarovanec zaradi svojega bolnišničnega zdravljenja ni mogel sporočiti, da je zbolel.

Drugi razlog za zadržanje izplačevanja nadomestila je, če se zavarovanec brez opravičenega razloga ne odzove vabilu na pregled pooblaščenega zdravnika, imenovanega zdravnika, zdravstvene komisije ali invalidske komisije (podlaga je druga alineja drugega odstavka 35. člena ZZVZZ). Ureditev je vsebinsko enaka dosedanji, zaradi jasnosti ureditve pa je dodano, da se

⁸ Uradni list RS, št. 97/07 – uradno prečiščeno besedilo, 64/16 – odl. US in 20/18 – OROZ631

(ne)upravičenost razloga, da se ni odzval na vabilo za pregled, presoja ob smiselni uporabi sedmega odstavka novega 231.a člena pravil. Kot upravičen razlog se tako šteje npr. če zavarovanec na pregleda ni mogel priti zaradi svojega bolnišničnega zdravljenja. Na ta razlog zadržanja izplačevanja nadomestila je vezana nova obveznost osebnega zdravnika, da v primeru, če se zavarovanec brez upravičenega razloga ne odzove na vabilo na pregled pri osebnem zdravniku, o tem obvesti območno enoto zavoda (osmi odstavek novega 231.a člena pravil).

Tretji razlog za zadržanje izplačevanja nadomestila je, če pooblaščen zdravnik, imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija ugotovi, da se zavarovanec ne ravna po navodilih za zdravljenje (podlaga je tretja alineja drugega odstavka 35. člena ZZVZZ), kar vključuje tudi neupravičeno odklonitev ali odložitev načrtovanega zdravljenja, ki je pravica in s tem neupravičeno podaljšuje začasno zadržanost od dela. ZDIUPZ določa odstop od tretje alineje drugega odstavka ZZVZZ, saj določa odvzem neto nadomestila zaradi kršitve navodil o ravnanju, ne pa tudi v delu, ki se nanaša na navodila za zdravljenje. Navodila za zdravljenje so širši izraz kot navodila o ravnanju. Z navodili o ravnanju se predvsem želi preprečiti negativen vpliv določenih aktivnosti na poslabšanje zdravstvenega stanja in posledično na podaljševanje začasne zadržanosti od dela, kar pomeni, da je ta treba določiti izključno v kontekstu obravnave začasne zadržanosti od dela. Navodila za zdravljenje so strokovno, medicinsko usmerjanja, ki jih zdravnik da pacientu z namenom usmerjanja poteka zdravljenja in čimprejšnje ozdravitve. Namen navodil za zdravljenje je pacientu pomagati k hitrejši ozdravitvi oziroma ga opozoriti, da se mora izogibati ravnanjem, ki bi lahko negativno vplivala na potek zdravljenja (gl. npr. sodba VIII Ips 6/2010, sodba in sklep Pdp 202/2013, sklep VIII Ips 176/2010, sklep Pdp 111/2017-2, sodba Pdp 555/2021, sklep Pdp 641/2014). Zavarovanec je za doseganje kakovostne in varne zdravstvene obravnave med drugim dolžan dejavno sodelovati pri varovanju, krepitvi in povrnitvi lastnega zdravja ter v času bolezni ravnati v skladu s prejetimi strokovnimi navodili in načrti zdravljenja, v katere je ustno oziroma pisno privolil. Kršitev navodil za zdravljenje vključuje tudi neupravičeno odklonitev ali odložitev načrtovanega zdravljenja, ki je pravica iz OZZ, če se s tem neupravičeno podaljšuje začasna zadržanost od dela. Čeprav 30. člen Zakona o pacientovih pravicah⁹ določa pravico pacienta, da zavrne predlagani medicinski poseg oziroma zdravstveno oskrbo, razen kadar bi to ogrozilo življenje ali huje ogrozilo zdravje drugih, je neutemeljeno, da je oseba, ki je zavestno odklonila neko zdravljenje, ki bi ji lahko omogočilo hitrejšo vrnitev na delovno mesto ter na ta način podaljšuje svojo začasno nezmožnost za delo, upravičena do nadomestila za čas začasne nezmožnosti za delo. S tem se ne posega neposredno v samo pravico do odklonitve zdravljenja, vendar zavarovanec ne more pričakovati, da bi mu z odklonitvijo ene od pravic iz OZZ pripadala druga, ki ob uresnitvi prve dejansko ne bi bila potrebna, kar je bil tudi namen ureditve tretje alineje drugega odstavka 35. člena ZZVZZ (v delu, ki se nanaša na navodila za zdravljenje).

Četrty razlog za zadržanje izplačevanja nadomestila je, če zavarovanec laičnemu nadzorniku, (kakor je opredeljen v drugem odstavku 24. člena ZDIUPZ) onemogoči ali ovira opravljanje nadzora. Do uveljavitve ZDIUPZ je bilo področje laičnega nadzora (nadzor nad ravnanjem zavarovancev med začasno zadržanostjo od dela v času, ko nadomestilo izplačuje zavod) urejeno v 266. členu pravil, ki se z novelo pravil črta. Po novem laični nadzor ureja 24. člen ZDIUPZ. Laični nadzor naroči za vsak posamični primer imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija. Namen laičnega nadzora je ugotavljanja, ali zavarovanec opravlja pridobitno delo, ali je ravnanje zavarovanca med začasno zadržanostjo od dela v skladu z navodili osebnega zdravnika oziroma imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije o ravnanju med začasno zadržanostjo od dela. Na tej podlagi lahko imenovani zdravnik opravi ponovno presojo utemeljenosti začasne zadržanosti od dela (določitev skrajšanega delovnega časa ali prenehanje začasne zadržanosti od dela za naprej), v primeru ugotovljenega opravljanja pridobitnega dela ali kršitve navodil o ravnanju lahko pride do odvzema nadomestila, o čemer na prvi stopnji odloča območna enota zavoda (spremenjen 146. člen pravil). Laični nadzor je torej namenjen ugotavljanju dejstev, potrebnih za odločanje o pravici do nadomestila. Zato ima morebitno onemogočanje ali oviranje

⁹ Uradni list RS, št. 15/08

opravljanja zakonskih nalog laičnega nadzornika za posledico zadržanje izplačevanja nadomestila, ki traja, dokler zavarovanec laičnemu nadzorniku ne omogoči (nemotene) izvajanje njegovih zakonskih pristojnosti in obveznosti.

Drugi odstavek

Drugi odstavek spremenjenega 147. člena pravil določa obdobje, v katerem se zadrži izplačevanje nadomestila, in obdobje, za katero se zadržano nadomestilo izplača.

Obdobje zadržanja izplačevanja nadomestila traja od dneva, ko zavod ugotovi kršitev in dokler trajajo razlogi za zadržanje nadomestila, torej:

- v primeru prvega razloga – ko zavarovanec obvesti delodajalca oziroma osebnega zdravnika, da je zbolel;
- v primeru drugega razloga – ko se zavarovanec odzove vabilu na pregled pooblaščenega zdravnika, imenovanega zdravnika, zdravstvene komisije ali invalidske komisije;
- v primeru tretjega razloga – ko se zavarovanec začne ravnati v skladu z navodili za zdravljenje;
- v primeru četrtega razloga – ko zavarovanec laičnemu nadzorniku omogoči (nemoteno) izvajanje laičnega nadzora.

Ko razlog za zadržanje izplačevanja nadomestila preneha, se zavarovancu neto nadomestilo izplača za celotno obdobje zadržanja.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 17. členu (155. člen) in

K 18. členu (156.a člen)

Zaradi nove pravice do nadaljevanja zdravljenja v tujini (novi drugi odstavek 135.a člena pravil) se v 155. in 156.a členu pravil (ki urejata pravico do povračila potnih stroškov) dopolnijo sklici na novi drugi odstavek 135.a člena pravil in popravi sklic na določbo 135.a člena pravil, ki ureja spremstvo v primeru tega zdravljenja v tujini. (dosedanji drugi, po novem tretji odstavek). Pravico do povračila potnih stroškov v skladu s pravili imata po novem tako tudi zavarovana oseba, ki ji je priznana nova pravica do nadaljevanja zdravljenja v tujini, in njen spremljevalec (če zavod odobri spremstvo).

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 19. členu (174. člen) in

K 20. členu (175. člen)

Prvi odstavek 174. člena pravil določa naloge osebnega zdravnika, ki jih s svojega delovnega področja zagotavlja zavarovani osebi pri uresničevanju njenih pravic. Kot ena od teh nalog je določena naloga ugotavljanja začasno zadržanost od dela (2. točka). Ureditev prvega odstavka 174. člena pravil velja za vse osebne zdravnike, tj. splošnega osebnega zdravnika, osebnega zobozdravnika, osebnega ginekologa in osebnega otroškega zdravnika, ki si ga zavarovana oseba izbere v skladu s pravili (27. točka 2. člena pravil). Na podlagi tretjega odstavka 80. člena ZZZV pa je za ugotavljanje začasne nezmožnosti za delo in drugih razlogov za začasno zadržanost od dela do 30 dni pooblaščen izbrani osebni zdravnik, razen osebnega ginekologa in osebnega zobozdravnika. Osebni ginekolog in osebni zobozdravnik tako nimata pristojnosti za ugotavljanje začasne zadržanosti od dela. Zato se 2. točka prvega odstavka 174. člena pravil zaradi jasnosti ureditve dopolni z odkazom na 175. člen pravil, ki določa, kateri osebni zdravnik (splošni osebni zdravnik ali osebni otroški zdravnik) je pooblaščen za ugotavljanje čigave začasne zadržanosti od dela (odvisno od razloga začasne zadržanosti od dela).

Veljavni 175. člen pravil se zaradi večje jasnosti ureditve in bolj celovite ureditve spremeni v celoti.

Prvi odstavek spremenjenega 175. člena pravil določa pristojnost splošnega osebnega zdravnika za ugotavljanje začasno zadržanost od dela, ki jo ugotavlja za vse razloge, razen zaradi nege otroka. Začasno zadržanost od dela zaradi nege zakonca ugotavlja splošni osebni zdravnik zavarovanca, ki neguje zakonca, ugotavlja pa jo na podlagi mnenja splošnega osebnega zdravnika zakonca, ki potrebuje nego. Ureditev je vsebinsko enaka dosedanji, zaradi celovitejše ureditve pa je dodana vsebina, ki jo mora vsebovati mnenje splošnega osebnega zdravnika zakonca, ki potrebuje nego, ki je podlaga za oceno začasne zadržanosti od dela, ki sodi v pristojnost splošnega osebnega zdravnika zavarovanca, ki neguje zakonca (četrty odstavek spremenjenega 175. člena pravil).

Drugi odstavek spremenjenega 175. člena pravil določa pristojnost osebnega otroškega zdravnika za ugotavljanje začasno zadržanost od dela, ki jo ugotavlja zaradi nege otroka in zaradi spremstva otroka. To pomeni, da sta za ugotavljanje začasne zadržanosti od dela zaradi spremstva otroka pristojna tako splošni osebni zdravnik zavarovanca, ki spremlja otroka, kot tudi osebni otroški zdravnik otroka, ki potrebuje spremstvo. Ureditev je vsebinsko enaka dosedanji. Pri tem pa je opuščena dosedanja ureditev, da mora osebni otroški zdravnik treh dneh pisno obvestiti splošnega osebnega zdravnika zavarovanca, ki uveljavlja zadržanost od dela zaradi nege ali spremstva otroka. Ta dosedanja ureditev je opuščena, ker je vzpostavljena ustrezna tehnična podpora, ki omogoča splošnemu osebnemu zdravniku vpogled v izdana elektronska potrdila o začasni zadržanosti od dela (t. i. eBOL) zaradi nege in spremstva otroka. Sprememba torej prinaša administrativno razbremenitev teh osebnih zdravnikov.

Tretji odstavek spremenjenega 175. člena pravil določa pristojnost osebnega ginekologa in osebnega zobozdravnika v zvezi z ugotavljanjem začasne zadržanosti od dela. Na podlagi tretjega odstavka 80. člena ZZVZZ ta dva osebna zdravnika nimata pristojnosti za samo ugotavljanje začasne zadržanosti od dela, vendar, če menita, da je zaradi zdravstvenega stanja zavarovane osebe, ki ga ugotovita na svojem delovnem področju, potrebna ocena začasne zadržanosti od dela, mnenje o tem posredujeta osebnemu zdravniku, ki je pristojen za ugotavljanje začasne zadržanosti od dela (splošnemu osebnemu zdravniku oziroma osebnemu otroškemu zdravniku). Ureditev je vsebinsko enaka dosedanji, zaradi celovitejše ureditve pa je dodana vsebina, ki jo mora vsebovati takšno mnenje osebnega ginekologa in osebnega zobozdravnika (četrty odstavek spremenjenega 175. člena pravil).

Četrty odstavek spremenjenega 175. člena pravil vsebinsko na novo določa vsebino mnenja, na podlagi katerega lahko pristojni osebni zdravnik oceni zavarovančevo začasno zadržanost od dela. Mnenje s takšno vsebino mora vsebovati tako mnenje splošnega osebnega zdravnika zakonca, ki potrebuje nego, (prvi odstavek) kot tudi mnenje osebnega ginekologa in osebnega zobozdravnika (tretji odstavek). To mnenje mora vsebovati kratko anamnezo zavarovane osebe, njen klinični status, uvedeno in načrtovano zdravljenje, vključno s predvidenim trajanjem zdravljenja, diagnozo, priporočila za aktivnosti v času zdravljenja, vključno z navedbo zdravstvenih omejitev ter datum naslednjega kontrolnega pregleda.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 21. členu (185. člen)

Veljavni tretji odstavek 185. člena pravil določa, da osebni zobozdravnik ne sme ugotavljati zavarovančeve začasne zadržanosti od dela. Določba se črta, saj je vsebina po novem urejena v tretjem odstavku in nanj vezanem četrtem odstavku spremenjenega 175. člena pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 22. členu (188. člen)

Veljavni četrti odstavek 188. člena pravil določa obveznost, da se predlogu načrta zobno-protetične rehabilitacije priloži delovni nalog zobotehničnemu laboratoriju, ki vsebuje tudi opredelitve o zahtevanih pripomočkih in zobozdravstvenih storitvah, obliki in barvi zob, uporabljenih materialih in drugih posebnostih.

Določba se črta, saj ob izstavitvi predloga zobno-protetične rehabilitacije niso znani vsi podatki, ki jih vsebuje delovni nalog (npr. oblika in barva zob) in zato ni potrebe, da izvajalec ob posredovanju predloga načrta zobno-protetične rehabilitacije hkrati posreduje tudi delovni nalog.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 23. členu (212. člen)

S prejšnjo novelo pravil se je v petem odstavku 116. člena pravil določila nova kategorija zavarovanih oseb (to so osebe s sladkorno boleznijo tipa 2, ki niso na inzulinu), ki je upravičena do diagnostičnih trakov za aparat za določanje glukoze v krvi. Tej kategoriji oseb je že doslej lahko osebni zdravnik lahko predpisoval diagnostične trakove, ne pa tudi aparata za določanje glukoze v krvi oziroma glukometra, ki je glede na šesto alinejo 1. točke prvega odstavka 212. člena pravil v pristojnosti napotnega zdravnika. Ker gre za široko kategorijo zavarovanih oseb, ki bi dlje potrebovale, da bi prišle do napotnega zdravnika, se v 1. točki prvega odstavka dodaja nova sedma alineja, ki pooblastilo za predpisovanje aparata za določanje glukoze v krvi za zavarovane osebe iz petega odstavka 116. člena pravil prenaša z napotnega na osebne zdravnika (razen na osebne zobozdravnika). S to spremembo zavarovane osebe hitreje uveljavijo pravico do glukometra (in posledično diagnostičnih trakov zanj, pa tudi prožilne naprave in lancet), ob tem pa se tudi razbremenijo napotni zdravniki specialisti.

Prvi odstavek 212. člena pravil v 4.a točki določa zdravnike, pooblaščenega za predpis MP – električnega stimulatorja pri inkontinenci urina iz prvega odstavka 92. člena pravil. S spremembo določbe se poveča dostopnost do tega MP. Po dosedanji ureditvi so za predpis tega MP pristojni zdravniki specialisti ginekologi v ambulantah na primarni ravni zdravstvene dejavnosti in napotni zdravniki ginekologi. S spremembo ureditve predpisovanja tega MP ni več zamejeno na napotnega zdravnika ginekologa, temveč ga lahko predpiše vsak napotni zdravnik, če predpisovanje tega MP sodi v njegovo delovno področje (gl. tudi prvo alinejo petega odstavka 176. člena pravil), npr. tudi napotni zdravnik specialist urolog ali nefrolog.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 24. členu (213.a člen)

Zaradi uskladitve s spremenjenim 68. členom pravil, v katerem se kot pravica iz OZZ za zavarovane osebe, ki se zdravijo zaradi hemofilije, opuščajo ščitniki za kolena in komolce, se v 213.a členu pravil opušča ponovna izdaja tega MP brez nove naročilnice.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 25. členu (225. člen)

Pravila v prvem odstavku 225. člena določajo možnost (»lahko«, torej ne obveznost) uradne osebe zavoda, da v postopku odločanja o pravici do zdravljenja v tujini lahko pridobi mnenje konzilija ustreznega slovenskega izvajalca na terciarni ravni zdravstvene dejavnosti (npr. klinik),

ki ga konzilij poda o vidikih zdravljenja v tujini glede na predmet zahteve zavarovane osebe za odobritev zdravljenja v tujini oziroma njene zahteve za povračilo stroškov tega zdravljenja.

Od te ureditve pa se razlikuje ureditev odločanja o novi pravici do nadaljevanja zdravljenja v tujini (novi drugi odstavek 135.a člena pravil). V teh postopkih mora uradna oseba zavoda že na podlagi zakonske ureditve (drugi odstavek 20. člena ZDIUPZ) obvezno pridobiti mnenje konzilija ustreznega slovenskega izvajalca na terciarni ravni zdravstvene dejavnosti. Mnenje konzilija mora pridobiti o vprašanju, ali v konkretnem primeru obstajajo specifične okoliščine kontinuitete zdravstvene obravnave, za katere se šteje, če je zaradi bolezenskega stanja zavarovane osebe potrebnih več povezanih operativnih ter invazivnih diagnostičnih in terapevtskih posegov, ki sledijo v časovnih presledkih, in ko gre za zdravstveno obravnavo, ki zahteva stalno spremljanje istega strokovnega tima. Obstoj teh specifičnih okoliščin je namreč en od pogojev, da lahko zavod odobri zavarovani osebi novo pravico do nadaljevanja zdravljenja v tujini. Zato je v novem drugem odstavku 225. člena pravil določena obveznost uradne osebe zavoda, da v teh postopkih vedno pridobi mnenje konzilij o navedenem vprašanju specifičnih okoliščin. Zavod bo mnenje konzilija (ki je ena od podlag za izdajo odločbe ZZS) pridobil za vsak posamezen primer, ko zavarovana oseba namerava opraviti nadaljevanje zdravljenja v tujini. Zavod bo namreč o vsakem posameznem primeru nadaljevanja zdravljenja v tujini iste zavarovane osebe odločal posebej, tako da bo v primeru izdaje odobritvene (ugodilne) odločbe odločil tudi, katero nadaljevano zdravljenje v tujini odobri in za koliko časa odobri to nadaljevanje zdravljenja v tujini. V postopku odločanja pa bo zavod vsakič pridobil tudi mnenje pristojnega konzilija slovenskega izvajalca na terciarni ravni.

Zaradi novega drugega odstavka 225. člena pravil se popravi sklic v dosedanem drugem, po novem tretjem odstavku 225. člena pravil. Ta določa, da v postopku odločanja o zdravljenju v tujini zaradi izčrpanih možnosti v RS (prvi odstavek 135.a člena pravil) uradni osebi zavoda ni treba dobiti mnenja konzilija slovenskega izvajalca na terciarni ravni zdravstvene dejavnosti, če tuji izvajalec, pri katerem je zavarovana oseba uveljavila to pravico do zdravljenja v tujini, predlaga, da se pri njem opravi prvi kontrolni pregled zavarovane osebe. Ta ureditev velja le v primeru prvega kontrolnega pregleda tiste zavarovane osebe, ki je uveljavljala pravico do zdravljenja v tujini zaradi izčrpanih možnosti v RS. Zato se doda izrecen sklic na prvi odstavek 135.a člena pravil, za katerega se uporablja tudi ureditev iz prvega odstavka 225. člena pravil. Ureditev ne velja za prvi kontrolni pregled tiste zavarovane osebe, ki bo pri istem tujem izvajalcu uveljavila novo pravico do nadaljevanja zdravljenja v tujini (nov drugi odstavek 135.a člena pravil), saj mora tudi v tem primeru uradna oseba zavoda pridobiti mnenje konzilija o obstoju specifičnih okoliščin (novi drugi odstavek 225. člena pravil).

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 26. členu (229.a člen)

Veljavni šesti odstavek 229.a člena pravil določa tudi rok, v katerem zavod izplača delavcu nadomestilo ter plača davke in prispevke od izplačanega nadomestila, in sicer v 15 dneh od prejema popolne zahteve. Glede na ureditev v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, se ta rok po novem ne veže več na »popolno« zahtevo.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 27. členu (231.a člen)

Novi 231.a člen pravil ureja:

- vsebino iz dosedanjega prvega odstavka 232. člena pravil (ki se črta), to je dan, ko nastopi začasna zadržanost od dela, ki jo ugotavlja osebni zdravnik, rok, v katerem mora zavarovanec

- osebnemu zdravniku sporočiti razlog začasne zadržanosti od dela in posledice, če tega ne stori v tem roku (prvi do peti odstavek novega 231.a člena pravil), in
- pregled zavarovanca pri osebnem zdravniku, ki ugotavlja začasno zadržanost od dela, ki se smiselno enako uporablja tudi za pregled ožjega družinskega člana, ki potrebuje nego, ki je razlog začasne zadržanosti od dela (šesti do deseti odstavek novega 231.a člena pravil).

Prvi odstavek

Prvi odstavek novega 231.a člena pravil določa, s katerim dnem nastopi začasna zadržanost od dela, ki jo ugotavlja osebni zdravnik, ki je pristojen za njeno ugotavljanje v skladu s spremenjenim 175. členom pravil.

Enako kot do zdaj začasna zadržanost od dela nastopi z dnem, ko osebni zdravnik ugotovi razlog začasne zadržanosti od dela (dosedanji prvi odstavek 232. člena pravil, ki je črtan).

Drugi odstavek

Drugi odstavek novega 231.a člena pravil določa rok, v katerem mora zavarovanec sporočiti pristojnemu osebnemu zdravniku razlog za začasno zadržanost od dela.

Glede na dosedanjo ureditev se rok skrajša. Dosedanji prvi odstavek 232. člena pravil določa, da lahko osebni zdravnik izjemoma oceni zavarovančevo začasno zadržanost od dela za nazaj, vendar največ za tri dni od dneva, ko se je zavarovanec zglasil pri njem, razen če osebni zdravnik zaradi praznikov ni bil dosegljiv v tem času.

Na podlagi nove ureditve mora zavarovanec razlog svoje začasne zadržanosti od dela sporočiti osebnemu zdravniku na dan nastopa razloga, vendar najpozneje prvi naslednji delovni dan ambulate osebne zdravnika. S tem se želi doseči večja odgovornost zavarovancev in bolj realna ocena osebnega zdravnika o zavarovančevem zdravstvenem stanju ter posledično ocena utemeljenosti zavarovančeve začasne zadržanosti od dela. Osebni zdravnik namreč veliko lažje in bolj realno ocenjuje zavarovančevo začasno zadržanost od dela sproti kot pa za več časa za nazaj (ko so se npr. morebitni simptomi že umirili). Tudi sodna praksa je na stališču, da potrebo po pravicah iz zdravstvenega varstva uveljavlja upravičena oseba sama. Če tega pravočasno ne stori, pravic, ne glede na dejansko zdravstveno stanje, za nazaj (razen v izjemnih primerih) ne more več uveljavljati (npr. sodba Psp 413/2011).

Zavarovanec razlog začasne zadržanosti od dela lahko sporoči osebnemu zdravniku na različne načine, in sicer tako, da se osebno zgleda v ambulanti osebnega zdravnika ali pa mu razlog sporoči na drug način, npr. pokliče osebnega zdravnika ali mu sporočilo pošlje prek portala za paciente ali druge elektronske poti, ki je namenjena komunikaciji med zavarovancem in osebnim zdravnikom.

Obveznost sporočanja razloga začasne zadržanosti od dela velja za vsak razlog, ki je podlaga za ugotavljanje začasne zadržanosti od dela, torej:

- začasna nezmožnost za delo,
- nega ožjega družinskega člana (zakonca ali otroka),
- spremstvo zavarovane osebe v primeru iz 61. in 62. člena pravil, razen v primeru iz druge alineje četrtega odstavka v povezavi s petim odstavkom 232. člena pravil.

To pomeni, da zavarovanec:

- svojemu splošnemu osebnemu zdravniku sporoči razlog svoje začasne nezmožnosti za delo in potrebo po spremstvu otroka ali druge zavarovane osebe (razen v primeru iz druge alineje četrtega odstavka v povezavi s petim odstavkom 232. člena pravil);
- osebnemu otroškemu zdravniku svojega otroka sporoči razlog za nego ali spremstvo otroka.

Zaradi posebnosti, ki velja za pristojnost splošnega osebnega zdravnika za ugotavljanje začasne zadržanosti od dela zaradi nege zakonca, je ta del ureditve urejen v ločenem devetem odstavku tega člena.

Tretji odstavek

Tretji odstavek novega 231.a člena pravil določa posledico, če zavarovanec razlog svoječasne zadržanosti od dela sporoči v predpisanem roku ali če tega razloga ne sporoči v predpisanem roku, tj. isti dan, ko je razlog nastopil oziroma najpozneje naslednji delovni dan ambulante osebnega zdravnika.

Če zavarovanec razlog začasne zadržanosti od dela sporoči pravočasno v predpisanem roku (tj. na dan nastopa razloga ali najpozneje naslednji delovni dan ambulante osebnega zdravnika), osebni zdravnik lahko ugotovi začasno zadržanost od dela za nazaj, vendar največ od dneva nastopa razloga začasne zadržanosti od dela.

Če pa zavarovanec razloga začasne zadržanosti od dela ne sporoči pravočasno v predpisanem roku (tj. ga ne sporoči niti na dan nastopa razloga niti naslednji delovni dan ambulante osebnega zdravnika), lahko osebni zdravnik ugotovi začasno zadržanost od dela samo za naprej, tj. od dneva, ko mu je zavarovanec sporočil razlog začasne zadržanosti od dela.

Primer, ko ambulanta osebnega zdravnika dela med koncem tedna (v soboto):

Če zavarovanec zboli v petek, 9. 1. 2026, in ambulanta osebnega zdravnika dela tudi v soboto, 10. 1. 2026, mora zavarovanec osebni zdravniku sporočiti razlog najpozneje v soboto, 10. 1. 2026:

- če zavarovanec osebni zdravniku sporoči razlog najpozneje v soboto, 10. 1. 2026, osebni zdravnik lahko začasno zadržanost od dela ugotovi od vključno petka, 9. 1. 2026, naprej;
- če pa zavarovanec osebni zdravniku sporoči razlog šele v ponedeljek, 12. 1. 2026, lahko osebni zdravnik ugotovi začasno zadržanost od dela od tega dne naprej, ne pa tudi za nazaj.

Primer, ko ambulanta osebnega zdravnika dela ne dela med koncem tedna (v soboto):

Če zavarovanec zboli v petek, 9. 1. 2026, in ambulanta osebnega zdravnika ne dela med koncem tedna, mora zavarovanec osebni zdravniku sporočiti razlog najpozneje v ponedeljek, 12. 1. 2026:

- če zavarovanec osebni zdravniku sporoči razlog najpozneje v ponedeljek, 12. 1. 2026, osebni zdravnik lahko začasno zadržanost od dela ugotovi od vključno petka, 9. 1. 2026, naprej;
- če pa zavarovanec osebni zdravniku sporoči razlog šele v torek, 13. 1. 2026, lahko osebni zdravnik ugotovi začasno zadržanost od dela od tega dne naprej, ne pa tudi za nazaj.

Četrty odstavek

Četrty odstavek novega 231.a člena pravil določa primer, ko zavarovanec iz objektivnih razlogov razloga začasne zadržanosti od dela osebni zdravniku ne more sporočiti v predpisanem roku (tj. na dan nastopa razloga ali najpozneje naslednji delovni dan ambulante osebnega zdravnika). Gre za primere, ko zavarovanec razloga začasne zadržanosti od dela ne more sporočiti osebni zdravniku zaradi bolnišničnega zdravljenja ali drugega utemeljenega razloga (npr. odsotnost osebnega zdravnika, ki nima nadomestnega zdravnika). V tem primeru mu to sporoči takoj, ko je mogoče, o začasni zadržanosti od dela pa v tem primeru odloča imenovani zdravnik. Imenovani zdravnik lahko ugotovi utemeljenost začasne zadržanosti od dela tudi za daljše obdobje za nazaj (npr. za en mesec za nazaj). Zavarovanec mora na ustrezen način izkazati, da razloga začasne zadržanosti od dela ni mogel sporočiti osebni zdravnik (npr. zdravniški izvid, pojasnilo izvajalca, da ambulanta osebnega zdravnika ni delala in ni bilo zagotovljeno nadomeščanje). V nasprotnem primeru, če ti (utemeljeni) razlogi niso izkazani, imenovani zdravnik odloči, da začasna zadržanost od dela za nazaj ni utemeljena, za naprej (od dneva, ko je zavarovanec osebni zdravniku sporočil razlog za začasno zadržanost od dela) pa lahko utemeljenost te ugotovi osebni zdravnik.

Peti odstavek

Peti odstavek novega 231.a člena pravil določa smiselno uporabo drugega do četrtega odstavka tega člena v primeru ugotavljanja začasne zadržanosti od dela zaradi nege zakonca.

Začasno zadržanost od dela zaradi nege zakonca ugotavlja namreč splošni osebni zdravnik zavarovanca, ki neguje zakonca, ta pa jo ugotavlja le, če prejme mnenje od splošnega osebnega zdravnika zakonca, ki potrebuje nego (drugi stavek prvega odstavka spremenjenega 175. člena pravil). To pomeni, da če zakonec potrebuje nego, razlog za svojo nego sporoči svojemu splošnemu osebnemu zdravniku, ta pa poda mnenje splošnemu osebnemu zdravniku zakonca – zavarovanca, ki naj bi nego izvajal.

Tudi v tem primeru mora zakonec, ki potrebuje nego, razlog za nego sporočiti svojemu splošnemu osebnemu zdravniku v predpisanem roku (iz drugega odstavka tega člena), tj. na dan nastopa razloga za nego ali najpozneje naslednji delovni dan ambulate svojega splošnega osebnega zdravnika.

Prav tako tudi v tem primeru veljajo enake posledice (ne)pravočasnega sporočanja razloga za nego:

- če zakonec, ki potrebuje nego, razlog za nego sporoči svojemu splošnemu osebnemu zdravniku v predpisanem roku (iz drugega odstavka tega člena), lahko osebni zdravnik zakonca, ki bo izvajal nego, za tega zavarovanca, ki bo izvajal nego, ugotovi začasno zadržanost od dela zaradi nege za nazaj, od dneva nastopa razloga za nego;
- če zakonec, ki potrebuje nego, razlog za nego svojemu splošnemu osebnemu zdravniku sporoči pozneje kot v predpisanem roku (po roku iz drugega odstavka tega člena) in za to zamudo ni utemeljenega razloga, lahko osebni zdravnik zakonca, ki bo izvajal nego, za tega zavarovanca, ki bo izvajal nego, ugotovi začasno zadržanost od dela zaradi nege samo za naprej, tj. od dneva, ko je prejel mnenje splošnega osebnega zdravnika zakonca, ki potrebuje nego;
- če zakonec, ki potrebuje nego, razloga za nego svojemu splošnemu osebnemu zdravniku ni mogel sporočiti v predpisanem roku (iz drugega odstavka tega člena) zaradi objektivno utemeljenega razloga, mu razlog za nego sporoči takoj, ko je to mogoče. Tudi v tem primeru o začasni zadržanosti od dela zaradi nege od dneva nastopa razloga za nego, torej za nazaj, odloča imenovani zdravnik.

Šesti odstavek

Šesti odstavek novega 231.a člena pravil določa, kdaj splošni osebni zdravnik izvede osebni pregled zavarovanca zaradi ugotavljanja začasne nezmožnosti za delo zavarovanca. Splošni osebni zdravnik lahko izvede pregled zavarovanca, če po svoji strokovni presoji oceni, da je ta potreben (četrta alineja), v primerih iz prve do tretje alineje tega odstavka, pa je pregled zavarovanca obvezen že na podlagi pravil (razen v izjemnih primerih, ki so določeni v sedmem odstavku tega člena). Pregled zavarovanca, za katerega se ugotavlja začasna nezmožnost za delo, je na podlagi pravil obvezen v naslednjih primerih:

- najpozneje četrti dan od nastopa začasne nezmožnosti za delo, če ta še traja: na ta način se želi doseči bolj realna ocena osebnega zdravnika o zavarovančevem zdravstvenem stanju in posledično ocena utemeljenosti zavarovančeve morebitne nadaljnje začasne zadržanosti od dela;
- neposredno, preden splošni osebni zdravnik poda prvi predlog imenovanemu zdravniku za odločanje o nadaljnji začasni nezmožnosti za delo, razen v primeru iz 3. in 4. točke prvega odstavka 137. člena pravil: gre za primer prve izstavitve predloga imenovanemu zdravniku, ko gre za začasno nezmožnosti za delo nad 30 dni, ko pristojnost odločanja preide na imenovanega zdravnika. V tem primeru je pregled potreben zaradi ugotovitve zdravstvenega

stanja zavarovanca, za katerega se predlaga podaljšanje začasne nezmožnosti za delo, vključno s kliničnim statusom (npr. ugotavljanje gibljivosti sklepov, psihološko stanje zavarovanca), kar pripomore k ustreznejši utemeljitvi tega predloga in omogoča imenovanemu zdravniku odločitev glede začasne zadržanosti od dela. Izjema sta 3. in 4. točka prvega odstavka 137. člena pravil, to je v primeru, ko gre za nadomestilo nad 80 delovnih dni, izplačanih v breme delodajalca, saj so iti primeri redki in t. i. »recidiv«, ko je potrebno predlog imenovanemu zdravniku posredovati takoj. Posledično bi bila v tem primeru izvedba osebnega pregleda pri osebnem zdravniku neracionalna in nesmiselna;

- če je bil zavarovanec v zadnjih treh mesecih pred nastopom začasne nezmožnosti za delo, več kot dvakrat začasno nezmožen za delo s prekinitvami in posamezna začasna nezmožnost za delo ni presežala 30 dni: tudi v tem primeru je zaradi večkratnih začasnih zadržanosti od dela v relativno kratkem časovnem obdobju smiselna izvedba pregleda zavarovanca zaradi ugotovitve njegovega zdravstvenega stanja, vključno s kliničnim statusom (npr. ugotavljanje gibljivosti sklepov, psihološko stanje zavarovanca), kar pripomore k objektivnejši oceni njegovega zdravstvenega stanja in posledično ugotovitvi začasne zadržanosti od dela.

Sedmi odstavek

Sedmi odstavek novega 231.a člena pravil določa izjemo od šestega odstavka tega člena, to je izjeme od obveznosti izvedbe osebnega pregleda zavarovanca pri splošnem osebnem zdravniku, ko ta ugotavlja začasno nezmožnost zavarovanca za delo. Gre za objektivno opravičljive primere, ko se pregled zavarovanca ne more opraviti, zaradi česar splošni osebni zdravnik ugotovi začasno nezmožnost za delo samo na podlagi medicinske dokumentacije.

Objektivno opravičljiv razlog, zaradi katerega se pregled zavarovanca ne more izvesti, mora splošni osebni zdravnik dokumentirati v zdravstveni dokumentaciji zavarovanca.

Kot objektivno opravičljiv razlog se šteje:

- bolnišnično zdravljenje zavarovanca, ki zavarovancu onemogoča, da bi se odzval na pregled pri splošnem osebnem zdravniku, ali drugo zdravstveno stanje zavarovanca, ki po oceni splošnega osebnega zdravnika predstavlja utemeljen razlog, da zavarovanec ne more priti na pregled (npr. če gre za stanje po večjem operativnem zdravljenju, imobilizaciji uda z mavcem ali longeto, za zdravljenje z radioterapijo ali kemoterapijo), ali
- nevarnost okužbe samega zavarovanca ali drugih oseb (drugih pacientov ali zdravstvenega osebja) z nalezljivo boleznijo, ki po oceni osebnega zdravnika predstavlja utemeljen razlog, da zavarovanec ne pride na pregled.

Osmi odstavek

Če osebni pregled zavarovanca pri splošnem osebnem zdravniku zaradi ugotavljanja zavarovančeve nezmožnosti za delo ni bil opravljen zaradi neutemeljenih razlogov na strani zavarovanca (ni nobenega razloga iz sedmega odstavka tega člena), splošni osebni zdravnik utemeljenost začasne nezmožnosti za delo ugotovil le na podlagi medicinske dokumentacije zavarovanca. To pomeni, da če iz obstoječe medicinske dokumentacije ne izhaja potreba po začasni nezmožnosti za delo ali te dokumentacije sploh ni, splošni osebni zdravnik začasno nezmožnost za delo zaključi najkasneje z dnem, ko je bil osebni pregled pri njem predviden. Če pa splošni osebni zdravnik na podlagi medicinske dokumentacije podaljša začasno nezmožnost za delo, je določena nova obveznost splošnega osebnega zdravnika, da o tem, da se zavarovanec ni udeležil osebnega pregleda, obvesti območno enoto zavoda (praviloma je to območna enota, v kateri je sedež osebnega zdravnika), ki ukrepa v skladu s spremenjenim 147. členom pravil (zadrži izplačevanje nadomestila, dokler se zavarovanec ne zgloši pri osebnem zdravniku, kar je tudi treba sporočiti območni enoti zavoda).

Deveti odstavek

Zaradi pravne varnosti zavarovanca ga mora splošni osebni zdravnik ustrezno seznaniti z datumom in uro osebnega pregleda. Če ga seznanijo ustno (npr. po telefonu ali ob predhodnem pregledu), splošni osebni zdravnik v zdravstveni dokumentaciji zavarovanca dokumentira, kdaj ga je seznanil. Z datumom in uro pregleda lahko splošni osebni zdravnik seznanijo zavarovanca na elektronski naslov zavarovanca, ki je vpisan v centralni zbirki podatkov o pacientih, kot jo določa zakon, ki ureja digitalizacijo zdravstva, lahko je prek sms sporočila ali na drug način, s katerim zavarovanec soglašaja.

Deseti odstavek

Ker peti do deveti odstavek novega 231.a člena pravil urejajo pregled zavarovanca v primeru ugotavljanja njegovečasne nezmožnosti za delo, deseti odstavek tega člena določa njihovo smiselno uporabo v primeru pregleda zavarovane osebe, ki potrebuje nego, ki je razlog začasne zadržanosti od dela zaradi nege. V primeru ugotavljanja začasne zadržanosti od dela zaradi nege je pregled osebe, ki potrebuje nego obvezen v vseh primerih iz petega odstavka tega člena, razen v primeru iz druge alineje, ki se izključno nanaša na nezmožnost za delo in pri negi ne pride v poštev. Prav tako se pri negi uporabljajo določbe, ki se nanašajo na utemeljene razloge, zaradi katerih osebni pregled ni bil opravljen (šesti odstavek), odločanje v primeru, če osebni pregled ni bilo opravljen (sedmi odstavek) in način seznanitve zavarovanca z datumom in uro osebnega pregleda (osmi odstavek).

Pregled zakonca, ki potrebuje nego, opravi njegov splošni osebni zdravnik, pregled otroka, ki potrebuje nego, pa otrokov osebni otroški zdravnik.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 28. členu (232. člen)

Veljavni prvi odstavek 232. člena pravil ureja dan nastopa začasne zadržanosti od dela in pristojnost osebnega zdravnika za njeno ugotavljanje za nazaj.

Določba se črta, ker je njena vsebina po novem urejena v novem 231.a členu pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 29. členu (233. člen)

Prvi in drugi odstavek 233. člena pravil se spreminjata zaradi uskladitve z ZDIUPZ.

Prvi odstavek

Veljavni prvi odstavek 233. člen pravil določa obveznost osebnega zdravnika, imenovanega zdravnika in zdravstvene komisije, da začasno zadržanost od dela opredeli z datumom njenega začetka in zaključka.

Določba se spremeni zaradi uskladitve s prvim stavkom tretjega odstavka 22. člena ZDIUPZ. V skladu s to zakonsko določbo se določa obveznost osebnega zdravnika, imenovanega zdravnika in zdravstvene komisije, da pri odločanju o vsakem posameznem obdobju začasne zadržanosti od dela določi:

- trajanje začasne zadržanosti od dela, ki se opredeli z datumom njenega začetka in zaključka. Osebni zdravnik sicer ob odobritvi začasne zadržanosti od dela te vsakič hkrati ne zaključi, lahko predvidi datum osebnega pregleda ali datum predvidenega trajanja začasne zadržanosti od dela, ki ga kasneje določi. Ugotovitev datuma začetka in zaključka začasne zadržanosti od dela pri osebnem zdravniku nista torej vedno določena istočasno. Imenovani zdravnik in zdravstvena komisija v odločbi sicer vedno določita datum začetka začasne zadržanosti od dela, od dne, ko je ta prešla v njihovo pristojnost in tudi datum zaključka

- začasne zadržanosti od dela. Lahko pa se glede na zdravstveno stanje zavarovanca že v odločbi predvidi možnost podaljšanja začasne zadržanosti od dela, ki ga bo neposredno pred potekom odobrene začasne zadržanosti od dela predlagal osebni zdravnik, lahko pa imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija že v odločbi določi, da se začasna zadržanost od dela z določenim datumom zaključi in da ni predvideno njeno morebitno nadaljevanje,
- razlog začasne zadržanosti od dela (npr. bolezen, poškodba pri delu, poškodba izven dela, nega, spremstvo),
 - navodila o ravnanju zavarovanca med začasno zadržanostjo od dela (gl. tudi obrazložitev k 146. in 147. členu pravil). Ta navodila o ravnanju mora osebni zdravnik, imenovani zdravnik in zdravstvena komisija, določiti v skladu z 22. členom ZDIUPZ in v skladu s splošnim aktom zavoda, ki bo podrobneje uredil njihovo vsebino ter način in roke seznanitve delodajalca in zavarovanca s temi navodili. Ta splošni akt bo zavod sprejel na podlagi šestega odstavka 22. člena ZDIUPZ s soglasjem ministra, pristojnega za zdravje.

Drugi odstavek

Veljavni drugi odstavek 233. člena pravil določa obveznost osebnega zdravnika, imenovanega zdravnik in zdravstvene komisije, da zavarovancu da navodila o ravnanju v času zadržanosti od dela (ki jih osebni zdravnik zapiše v zdravstveno dokumentacijo zavarovanca), določa obveznosti zavarovanca med začasno zadržanostjo od dela zaradi bolezni, poškodbe ali nege (obveznost, da se zdravi doma in je na svojem domu; odsotnost z doma je dopustna za čas izvajanja predpisanih zdravstvenih storitev ali če osebni zdravnik, imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija meni, da odsotnost ne vpliva negativno na zdravstveno stanje zavarovanca; za odhod izven kraja bivanja je vedno potrebna odobritev osebnega zdravnika) in določa obveznost imenovanega zdravnika in zdravstvene komisije, da v primerih kršenja navodil pozove zavarovano osebo na pregled in ugotoviti, ali so še podani razlogi za začasno nezmožnost za delo.

Določba se spremeni zaradi uskladitve z 22. člena ZDIUPZ, s katerim se že na zakonski ravni urejajo navodila o ravnanju zavarovanca med začasno zadržanostjo od dela, podrobnejšo vsebino teh navodil ter način in roke seznanitve delodajalca in zavarovanca s temi navodili pa bo določil zavod v posebnem aktu, ki bo izdan s soglasjem ministra, pristojnega za zdravje. Zaradi tega je iz ureditve 233. člena pravil izključena natančnejša ureditev navodil o ravnanju.

Se pa v spremenjenem drugem odstavku 233. člena pravil glede na novo zakonsko nalogo imenovanega zdravnika na novo urejajo postopkovna vprašanja odločanja imenovanega zdravnika o odhodu zavarovanca med začasno zadržanostjo od dela v državo, ki ni država njegovega prebivališča). Pri tujcih, ki delajo v Sloveniji, se kot kraj prebivališča praviloma upošteva naslov njihovega začasnega prebivališča (npr. zaposleni ima stalno prebivališče v Bosni, začasno pa v Sloveniji, za odhod v Bosno v času prejemanja nadomestila bo takšna oseba potrebovala odobritev imenovanega zdravnika). O tem odhodu po novem odloča imenovani zdravnik (prvi odstavek 22. člena ZDIUPZ), in to ne le v primeru, ko o začasni zadržanosti od dela odloča imenovani zdravnik (in zdravstvena komisija, če je vložena pritožba zoper odločbo imenovanega zdravnika), temveč tudi, ko začasno zadržanost od dela ugotavlja sam osebni zdravnik, in sicer ne glede na to, ali nadomestilo za čas odobrene začasne zadržanosti od dela bremeni sredstva OZZ ali pa ne.

Ta odhod zavarovanca v drugo državo se dovoli le zaradi opravljanja zdravstvenih storitev zavarovancu ali drugega opravičljivega osebnega razloga zavarovanca in če odhod v drugo državo ne vpliva negativno na zdravstveno stanje zavarovanca, pri čemer se v odločbi določi tudi obdobje, za katero se zavarovancu dopusti odhod v drugo državo (drugi odstavek 22. člena ZDIUPZ).

Spremenjeni drugi odstavek 233. člena pravil pri tem določa, na čigav predlog se ta postopek odločanja o odhodu zavarovanca začne, in sicer na podlagi predloga samega zavarovanca ali na podlagi predloga osebnega zdravnika, ki ugotavlja začasno zadržanost od dela, tj. splošnega

osebnega zdravnika zavarovanca ali splošnega osebnega zdravnika zakonca, ki ga zavarovanec neguje, oziroma osebnega otroškega zdravnika zavarovančevega otroka, ki ga zavarovanec neguje. Predvidena je torej tudi možnost, da predlog za odhod v drugo državo poda tudi zavarovanec sam, ker ta lahko pojasni opravičljive razloge za predlagani odhod (npr. smrt ožjega družinskega člana), s tem, da sam poda predlog pa tudi pripomore k pohitritvi postopka, saj je imenovanemu zdravniku zdravstvena dokumentacija zavarovanca dosegljiva v centralni zbirki podatkov o pacientih, kot jo določa zakon, ki ureja digitalizacijo zdravstva. O odhodu v drugo državo se lahko odloči le v okviru obdobja ugotovljene začasne zadržanosti od dela.

Spremenjeni drugi odstavek 233. člena pravil hkrati določa rok, v katerem mora biti ta predlog podan, in sicer ga je treba vložiti pri imenovanem zdravniku takoj, ko je to mogoče (ko se zve za razlog odhoda v drugo državo, kot je država zavarovančevega prebivališča), vendar najpozneje osem dni pred načrtovanim odhodom v državo, ki ni država zavarovančevega prebivališča, razen če iz objektivnega razloga predloga ni mogoče podati v tem osemdnevnem roku. Predlog je treba podati čim prej, saj se mora zavarovanec ravnati v skladu s prejeta odločbo imenovanega zdravnika oziroma zdravstvene komisije, kot to velja za vse njune druge odločbe (spremenjeni 238. člen pravil). Tudi v tem primeru namreč velja osemdnevni rok za izdajo odločbe (četrti odstavek 81. člena ZZVZZ), kar pomeni, da zavarovanec v primeru prepozno danega predloga oziroma v primeru, če imenovani zdravnik o predlogu ne odloči pred načrtovanim odhodom, nosi tveganje zavrnilne odločbe.

Na spremenjen drugi odstavek 233. člena pravil je vezana tudi uskladitev 236. in 238. člena ter drugega odstavka 256. člena pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 30. členu (234. člen)

Pravila v 234. členu pravil natančneje urejajo zahtevo zavarovanca ali delodajalca za presojo ocene osebnega zdravnika o začasni nezmožnosti za delo do 30 dni (gl. tudi drugo alinejo drugega odstavka in tretji odstavek 81. člena ZZVZZ).

Sprememba določbe je uskladitvene narave z drugo alinejo drugega odstavka 81. člena ZZVZZ, da imenovani zdravnik odloča o zahtevi zavarovanca ali delodajalca za presojo ocene izbranega osebnega zdravnika o začasni nezmožnosti za delo do 30 dni, in ne o začasni zadržanosti od dela. Zato se besedilo »začasna zadržanost od dela« nadomešča z besedilom »začasna nezmožnost za delo«. V preostalem gre le za bolj jasen zapis ureditve, brez vsebinskih sprememb.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 31. členu (236. člen)

Veljavni 236. člen pravil določa obveznost imenovanega zdravnika, da pregleda predlog oziroma zahtevo za presojo ocene osebnega zdravnika, zdravstveno in drugo dokumentacijo in po potrebi zahteva od osebnega zdravnika njeno dopolnitev ali obrazložitev.

Zaradi uskladitve s spremenjenim drugim odstavkom 233. člena pravil in večje jasnosti ureditve se določba dopolni tako, da je jasno, da se ta obveznost nanaša ne le na predlog osebnega zdravnika za ugotavljanje začasne zadržanosti od dela, temveč tudi na predlog imenovanemu zdravniku za odločanje o odhodu zavarovanca v državo, ki ni država zavarovančevega prebivališča.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 32. členu (238. člen)

Veljavni prvi odstavek 238. člena pravil določa osemdnevni rok, v katerem mora imenovani zdravnik izdati odločbo o začasni zadržanosti od dela. Ta del ureditve se s spremembo člena v pravilih opušča, saj gre za povzemanje zakonske ureditve (četrti odstavek 81. člena ZZVZZ). V skladu z nomotehničnimi smernicami je neustrezno, če predpis (op. enako velja za splošne akte) obremenjuje določbe, ki so že vsebovane v hierarhično višjem predpisu, najpogosteje zakonu, in se v hierarhično nižjem povzemajo. V nasprotju s prepričanjem, da se na ta način uporabniku predpisa olajša uporaba, uporabnika povzemanje določb zavede glede hierarhičnega pomena povzete določbe.

Veljavni drugi odstavek 238. člena pravil določa prepoved, da bi odločba imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije, ki jo prejme delodajalec, navajala podatke o zdravstvenem stanju zavarovanca ter določa, da se mora zavarovanec ravnati v skladu s prejeto odločbo od dneva prejema odločbe dalje. S spremembo 238. člena pravil se opušča ureditev v pravilih, da odločba, ki jo prejme delodajalec, ne sme vsebovati podatkov o zdravstvenem stanju zavarovanca, saj to po novem določa že sam zakon (četrti stavek tretjega odstavka 22. člena ZDIUPZ), povzemanje zakonske materije v hierarhično nižji splošni akt pa ni v skladu z nomotehničnimi smernicami.

Glede na navedeno se v spremenjenem 238. členu pravil ohrani ureditev, da se mora zavarovanec ravnati v skladu z odločbo imenovanega zdravnika oziroma zdravstvene komisije od dneva vročitve odločbe dalje. Gre za vsebinsko enako ureditev trenutno še veljavni ureditvi »od dneva prejema« odločbe dalje, le da se s spremembo terminologije določba uskladi s terminologijo zakona, ki ureja splošni upravni postopek. Pri tem je zaradi jasnosti ureditve izrecno določeno, da navedena obveznost ravnanja v skladu z odločbo od njene vročitve dalje, velja tako za odločbo imenovanega zdravnika oziroma zdravstvene komisije o začasni zadržanosti od dela kot tudi za odločbo imenovanega zdravnika oziroma zdravstvene komisije, izdano na podlagi predloga iz drugega odstavka 233. člena pravil, tj. po novem odločba, s katero je odločeno o odhodu zavarovanca med začasno zadržanostjo od dela v državo, ki ni država njegovega prebivališča.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 33. členu (241. člen)

Spremembe 241. člena pravil so terminološke narave, kolikor se pri besedni zvezi »zadržanost od dela« doda, da gre za »začasno« zadržanost od dela, medtem ko se v drugem odstavku tega člena dodatno spremeni tudi razlog tako, da se ta ne nanaša le na začasno nezmožnost za delo, temveč na vse razloge začasnemu zadržanosti od dela.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 34. členu (256. člen)

Veljavni drugi odstavek 256. člena pravil določa, v katerih postopkih odloča na I. stopnji imenovani zdravnik in na II. stopnji zdravstvena komisija, in sicer v postopkih iz 81. člena ZZVZZ.

Zaradi uskladitev s prvim odstavkom 22. člena ZDIUPZ (ki predstavlja odstop od 81. člena ZZVZZ) se določba dopolni z odkazom na drugi odstavek 233. člena pravil, tj. na postopke, v katerih imenovani zdravnik odloča o odhodu zavarovanca med njegovo začasno zadržanostjo od dela v državo, ki ni država kraja njegovega prebivališča.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 35. členu (266. člen)

Veljavni 266. člen pravil ureja laično kontrolo začasne zadržanosti od dela. Določba se črta, saj je ta vsebina urejena v 24. členu ZDIUPZ, podrobnejši način izvajanja laičnega nadzora pa bo na podlagi trinajstega odstavka 24. člena ZDIUPZ določil zavod s soglasjem ministra, pristojnega za zdravje.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

PREHODNA IN KONČNA DOLOČBA

K 36. členu (prehodna določba za spremenjeni 35. člen pravil)

S spremembo 35. člena pravil je določena nova obveznost ortodonta, da pred začetkom ortodontskega zdravljenja opozori zavarovano osebo tudi na dolžnost nošenja retencijskega aparata in druga navodila s tem v zvezi (spremenjeni prvi odstavek) in prekinitev ortodontskega zdravljenja tudi v primeru, če zavarovana oseba kljub opozorilu ortodonta, ki je dokumentirano v zdravstveni dokumentaciji, ne nosi retencijskega aparata (spremenjena 2. točka drugega odstavka). Ta nova ureditev velja za ortodontska zdravljenja, ki se bodo začela po uveljavitvi novele pravil. Na podlagi te prehodne določbe novele pravil pa ta ureditev velja tudi za tista ortodontska zdravljenja, ki se bodo začela pred uveljavitvijo novele pravil, vendar bo zavarovani osebi retencijski aparat nameščen šele po uveljavitvi novele pravil. Zavarovana oseba, ki bo začela ortodontsko zdravljenje pred uveljavitvijo novele pravil, je že pred začetkom tega zdravljenja prejela pisna navodila ortodonta, vendar ta v skladu z dosedanjim prvim odstavkom 35. člena pravil niso izrecno vključevala pisnih navodil glede nošenja retencijskega aparata in drugih njegovih navodil v zvezi s tem aparatom. Če bo ortodont retencijski aparat namestil zavarovani osebi po uveljavitvi novele pravil v okviru ortodontskega zdravljenja, ki se je začelo pred uveljavitvijo novele pravil, ji mora zato pred namestitvijo retencijskega aparata dati pisna navodila še glede tega aparata. Enako, kot sicer velja za navodila ortodonta iz prvega odstavka 35. člena pravil, mora tudi to pisno navodilo v zvezi z retencijskim aparatom vsebovati navodilo zavarovani osebi glede nošenja tega aparata in drugo ravnanje po navodilih ortodonta ter zdravstvene in finančne posledice, če ne bi spoštovala njegovih navodil. V tem primeru ortodont namesti zavarovani osebi retencijski aparat, če zavarovana oseba soglaša z načinom zdravljenja v skladu z navodili ortodonta, kar potrdi s podpisom v zdravstveni dokumentaciji zavarovane osebe.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 37. členu (začetek veljavnosti novele pravil)

Novela pravil se objavi v Uradnem listu RS, ko da nanjo soglasje minister, pristojen za zdravje (26. člen ZZVZZ). Novela pravil bo začela veljati v običajnem petnajstdnevem roku od objave.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.