

ZAKON O ZDRAVSTVENEM VARSTVU IN ZDRAVSTVENEM ZAVAROVANJU
(neuradno prečiščeno besedilo – NUPB)
/ZZVZZ/

Uradni list RS, št.:

§72/06-UPB3 (11.07.2006; veljavnost od 12.04.2006; uporaba od 12.04.2006),
§114/06-ZUTPG (09.11.2006; veljavnost od 01.01.2007; uporaba od 01.01.2007),
§91/07-ZZVZZ-J (08.10.2007; veljavnost od 09.10.2007; uporaba od 09.10.2007),
§76/08-ZZVZZ-K (25.07.2008; veljavnost od 24.08.2008; uporaba od 24.08.2008),
§62/10-ZUPJS (30.07.2010; veljavnost od 14.08.2010; uporaba od 01.06.2011),
§87/11-ZZVZZ-L (02.11.2011; veljavnost od 17.11.2011; uporaba od 17.11.2011),
§40/12-ZUJF (30.05.2012; veljavnost od 31.05.2012; uporaba od 31.05.2012),
§21/13-ZUTD-A (13.03.2013; veljavnost od 12.04.2013; uporaba od 12.04.2013),
§91/13-ZZVZZ-M (05.11.2013; veljavnost od 06.11.2013; uporaba od 06.11.2013),
§99/13-ZUPJS-C (03.12.2013; veljavnost od 04.12.2013; uporaba od 01.01.2014),
§99/13-ZSVarPre-C (03.12.2013; veljavnost od 04.12.2013; uporaba od 01.01.2014),
§111/13-ZMEPIZ-1 (27.12.2013; veljavnost od 28.12.2013; uporaba od 01.01.2014),
§95/14-ZUJF-C (29.12.2014; veljavnost od 30.12.2014; uporaba od 01.02.2015),
[§ 47/15-ZZSDT \(30.06.2015; veljavnost od 15.07.2015; uporaba od 01.09.2015\).](#)

[Datum veljavnosti NUPB: od 15.07.2015 naprej](#)

[Datum uporabe NUPB: od 01.09.2015 naprej](#)

Prvi del
ZDRAVSTVENO VARSTVO

I. TEMELJNE DOLOČBE

1. člen

Ta zakon ureja sistem zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, določa nosilce družbene skrbi za zdravje in njihove naloge, zdravstveno varstvo v zvezi z delom in delovnim okoljem, ureja odnose med zdravstvenim zavarovanjem in zdravstvenimi zavodi ter uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja.

Zdravstveno varstvo po tem zakonu obsega sistem družbenih, skupinskih in individualnih aktivnosti, ukrepov in storitev za krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, zgodnje odkrivanje, pravočasno zdravljenje, nego in rehabilitacijo zbolelih in poškodovanih.

Poleg tega zdravstveno varstvo obsega tudi pravice iz zdravstvenega zavarovanja, s katerimi se zagotavlja socialna varnost v primeru bolezni, poškodbe, poroda ali smrti.

1.a člen

S tem zakonom se prenaša Direktiva Sveta z dne 21. decembra 1988 v zvezi s preglednostjo ukrepov, ki urejajo določanje cen zdravil za človeško uporabo in njihovo vključitev v področje nacionalnih sistemov zdravstvenega zavarovanja (UL L št. 40 z dne 11. 2. 1989, str. 8) v delu, ki se nanaša na vključevanje zdravil v sistem financiranja iz javnih sredstev, in Direktiva 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu (UL L št. 88 z dne 4. 4. 2011, str. 45; v nadaljnjem besedilu: Direktiva 2011/24/EU).

2. člen

Vsakdo ima pravico do najvišje možne stopnje zdravja in dolžnost skrbeti za svoje zdravje. Nihče ne sme ogroziti zdravja drugih.

Vsakdo ima pravico do zdravstvenega varstva in dolžnost, da prispeva k njegovemu uresničevanju v skladu s svojimi možnostmi.

Vsakdo je dolžan poškodovanemu ali bolnemu v nujnem primeru po svojih močeh in sposobnostih nuditi prvo pomoč in mu omogočiti dostop do nujne medicinske pomoči.

3. člen

Republika Slovenija z ukrepi gospodarske, ekološke in socialne politike ustvarja pogoje za uresničevanje zdravstvenega varstva in nalog pri krepitvi, ohranitvi in povrnitvi zdravja ter usklajuje delovanje in razvoj vseh področij s cilji zdravstvenega varstva.

Občina in mesto v skladu s svojimi pravicami in dolžnostmi zagotavljata pogoje za uresničevanje zdravstvenega varstva na svojem območju.

Podjetja, zavodi, druge organizacije in posamezniki so pri opravljanju in načrtovanju svoje dejavnosti dolžni zagotavljati pogoje za uresničevanje zdravstvenega varstva z razvijanjem in uporabo zdravju in okolju neškodljivih tehnologij ter z uvajanjem ukrepov za varovanje in krepitev zdravja pri njih zaposlenih delavcev oziroma varovancev.

II. DRUŽBENA SKRIB ZA ZDRAVJE

4. člen

Republika Slovenija uresničuje svoje naloge na področju zdravstvenega varstva, s tem da:

- načrtuje zdravstveno varstvo in določa strategijo razvoja zdravstvenega varstva;
- sprejema predpise in ukrepe, ki spodbujajo krepitev in varovanje zdravja;
- zagotavlja pogoje za zdravstveno osveščanje ljudi;

- zagotavlja zakonodajno politiko, ki izhaja iz ciljev zdravstvenega varstva;
 - z ukrepi davčne in gospodarske politike spodbuja razvijanje zdravih življenjskih navad;
 - zagotavlja enotnost razvoja zdravstvenega informacijskega sistema v Republiki Sloveniji;
 - zagotavlja finančna sredstva za naloge iz svoje pristojnosti, določene s tem zakonom.
- Republika Slovenija uresničuje družbeno skrb za zdravje prebivalstva tudi z:
- ukrepi na področju varovanja okolja;
 - določanjem obveznosti in nosilcev politike, ki se nanaša na življenjsko okolje;
 - medpodročnim planiranjem posegov v okolje, ki so zdravju neškodljivi;
 - ukrepi, ki zagotavljajo prebivalstvu higiensko neoporečno pitno vodo in hrano ter odlaganje odpadnih snovi, kvaliteto zraka in bivanja ter varstvo pred viri ionizirajočega sevanja.

5. člen

Za uresničevanje nalog iz prejšnjega člena se pri Vladi Republike Slovenije ustanovi Svet za zdravje.

Svet za zdravje ima naslednje naloge:

- spremlja vplive okolja in življenjskih navad na zdravje prebivalstva ali skupin ljudi in predlaga primerne ukrepe;
- ocenjuje razvojne načrte in zakonske osnutke z vseh področij dejavnosti z vidika njihovega vpliva na zdravje ljudi;
- predlaga republiškim upravnim organom uskladiitev vprašanj, pomembnih za zdravje ljudi;
- predlaga ukrepe za spodbujanje proizvodnje in uporabe zdrave hrane in za uvedbo zdravju manj škodljivih tehnoloških postopkov in izdelkov;
- predlaga ukrepe za zmanjšanje zdravju škodljivih razvad;
- sodeluje z ustreznim organom na področju varstva okolja;
- obravnava druga vprašanja s področja zdravstvenega varstva, ki zahtevajo medpodročno reševanje, ter zagotavlja strokovno pomoč upravnim organom in skupščinam pri uresničevanju nalog, ki se nanašajo na družbeno skrb za zdravje.

Predlagatelji predpisov in razvojnih planov zdravstvenega varstva so dolžni obravnavati predloge, pobude in mnenja Sveta za zdravje, zavzeti do njih stališča in z njimi seznaniti Državni zbor Republike Slovenije oziroma občinske svete. Sestavo sveta in način njegovega dela predpiše Vlada Republike Slovenije.

6. člen

Republika Slovenija planira razvojne možnosti in potrebe z zdravstvenimi programi in zdravstvenimi zmogljivostmi. Plan zdravstvenega varstva mora temeljiti na analizi zdravstvenega stanja prebivalstva, izhajati iz zdravstvenih potreb po celovitem zdravstvenem varstvu, upoštevati kadrovske in druge zmogljivosti ter zagotoviti smotno delitev dela.

Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva vsebuje:

- strategijo razvoja zdravstvenega varstva;
- prednostna razvojna področja;
- naloge in cilje zdravstvenega varstva;
- podlage za razvoj zdravstvenih dejavnosti na posameznih ravneh, vključno z izobraževanjem in izpopolnjevanjem kadrov, ter za razvoj sistema zdravstvenega zavarovanja;
- specifične potrebe in možnosti zdravstvenega varstva posameznih območij;
- nosilce nalog za uresničevanje plana zdravstvenega varstva;
- merila za mrežo javne zdravstvene službe, upošteva dostopnost zdravstvenih storitev po območjih.

Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva vsebuje dolgoročne, srednjeročne in kratkoročne opredelitve.

Predlog resolucije o nacionalnem planu zdravstvenega varstva pripravi Vlada Republike Slovenije. Pri pripravi predloga plana zdravstvenega varstva sodelujejo Zdravstveni svet, pristojne zbornice, združenja zdravstvenih in drugih zavodov ter organizacij, ki opravljajo zdravstveno dejavnost, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in Svet za zdravje.

Resolucijo o nacionalnem planu zdravstvenega varstva sprejme Državni zbor Republike Slovenije.

7. člen

Republika Slovenija iz proračuna zagotavlja sredstva za:

- spremljanje in proučevanje zdravstvenega stanja in ravni zdravja prebivalstva, skupaj z dejavniki, ki vplivajo na zdravje;
- spremljanje in proučevanje pojava nalezljivih boleznih in drugih množičnih groženj zdravju ter predlaganje, uvajanje in nadzor ukrepov za obvladovanje teh groženj;
- oblikovanje ukrepov za izboljšanje zdravja, spremljanje izvajanja in ocenjevanje učinkovitosti teh ukrepov s pripravo predlogov za izboljšanje;
- spremljanje učinkovitosti, dostopnosti in kakovosti dela sistema zdravstvenega varstva s pripravo predlogov za izboljšanje stanja;
- pripravo, medresorsko usklajevanje in izvajanje programov krepitve zdravja nacionalnega pomena na področjih, ki niso zdravstvena in so opredeljena v Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva;
- dejavnost javnega zdravja, pomembno za vso državo;
- sofinanciranje znanstvenoraziskovalne dejavnosti na področju zdravstvenega varstva;
- spodbujanje mednarodnega sodelovanja na področju zdravstvenega varstva;
- dejavnosti humanitarnih, invalidskih, strokovnih in drugih društev ter organizacij, skladno z opredelitvami iz Resolucije o nacionalnem planu zdravstvenega varstva;
- zbiranje krvi in izmenjavo organov ter tkiv in celic za presaditev;
- zdravstvene preglede vojaških obveznikov, kandidatov za prostovoljno služenje vojaškega roka ter pogodbeno opravljanje vojaške službe v rezervni sestavi Slovenske vojske za določitev ocene zdravstvene sposobnosti za vojaško službo, za službo v rezervni sestavi policije ali v pomožni policiji oziroma službo v Civilni zaščiti ali drugih reševalnih sestavah, ki jih organizirajo državni organi;
- zdravstveno varstvo vojakov v času služenja vojaškega roka oziroma udeležencev drugih oblik vojaškega usposabljanja, med usposabljanjem za rezervno sestavo policije ali za pomožno policijo, oseb med opravljanjem nadomestne civilne službe, vojaških obveznikov in pogodbenih pripadnikov rezervne sestave Slovenske vojske med usposabljanjem in vojaško službo, oseb med usposabljanjem za službo v Civilni zaščiti oziroma drugih reševalnih sestavah in med izvajanjem služb oziroma nalog v Civilni zaščiti in teh sestavah, ki jih organizirajo državni organi, če zdravstvenega varstva nimajo urejenega na drugi podlagi;
- posebno zdravstveno varstvo po predpisih o vojaških invalidih, civilnih invalidih vojne, varstvu vojnih veteranov in žrtev vojnega nasilja, udeležencev drugih vojn ter državnih priznavalnih;
- nujno zdravljenje oseb neznanega prebivališča, tujcev iz držav, s katerimi niso sklenjene mednarodne pogodbe, ter tujcev in državljanov Republike Slovenije s stalnim prebivališčem v tujini, ki začasno prebivajo v Republiki Sloveniji ali so na poti skozi državo in zanje ni bilo mogoče zagotoviti plačila zdravstvenih storitev, kakor tudi za druge osebe, ki po določbah tega zakona niso vključene v obvezno zdravstveno zavarovanje in niso zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja;
- plačilo razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev iz 23. člena tega zakona za zavarovance iz prvega odstavka 15. člena tega zakona in po njih zavarovane družinske člane, ki izpolnjujejo pogoje po tem zakonu;

- plačilo razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev iz 23. člena tega zakona za zavarovance iz 22. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona;
 - plačilo prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje za zavezance, ki jim je oprostitvev plačila teh obveznosti zagotovljena s posebnim zakonom.
- Republika Slovenija za javne zdravstvene zavode, ki jih je ustanovila, zagotavlja sredstva za investicije in za druge obveznosti, določene z zakonom in z aktom o ustanovitvi. Republika Slovenija iz proračuna zagotavlja dopolnilna sredstva za delovanje javne zdravstvene službe na primarni ravni na demografsko ogroženih območjih.

8. člen

Občina oziroma mesto uresničuje naloge na področju zdravstvenega varstva, s tem da:

- oblikuje in uresničuje programe za krepitev zdravja prebivalstva na svojem območju in zagotavlja proračunska sredstva za te programe;
- zagotavlja izvajanje higiensko epidemiološke, zdravstvenostatistične in socialnomedicinske dejavnosti za svoje območje, ki niso vključene v republiški program;
- oblikuje in izvaja program nalog za ohranitev zdravega okolja, ki niso vključene v republiški program;
- zagotavlja zdravstveno varstvo pripadnikov Civilne zaščite, gasilskih in drugih splošnih reševalnih služb med usposabljanjem in opravljanjem nalog zaščite, reševanja in pomoči v enotah, službah ter drugih operativnih sestavah, ki jih organizirajo občine, če tega nimajo urejenega na drugi podlagi;
- kot ustanovitelj javnih zdravstvenih zavodov zagotavlja sredstva za investicije in za druge obveznosti, določene z zakonom in z aktom o ustanovitvi;
- zagotavlja mrliško pregledno službo.

III. ZDRAVSTVENO VARSTVO V ZVEZI Z DELOM IN Z DELOVNIM OKOLJEM

9. člen

(prenehal veljati)

10. člen

(prenehal veljati)

11. člen

(prenehal veljati)

Drugi del ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE

12. člen

Zdravstveno zavarovanje je obvezno in prostovoljno.

Obseg obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu: obvezno zavarovanje) določa ta zakon.

Nosilec obveznega zavarovanja po tem zakonu je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: Zavod).

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje (v nadaljnjem besedilu: prostovoljno zavarovanje) izvajajo zavarovalnice.

I. OBVEZNO ZAVAROVANJE

13. člen

Obvezno zavarovanje obsega:

1. zavarovanje za primer bolezni in poškodbe izven dela;
 2. zavarovanje za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni.
- Z obveznim zavarovanjem se zavarovanim osebam zagotavlja v obsegu, ki ga določa ta zakon:
1. plačilo zdravstvenih storitev;
 2. nadomestilo plače med začasno zadržanostjo od dela;
 3. *Črtana skladno z 38. členom ZSVarPre-C (UL RS, št. 99/13).*
 4. povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev.

1. Zavarovane osebe

14. člen

Zavarovane osebe so zavarovanci in njihovi družinski člani.

15. člen

Zavarovanci po tem zakonu so:

1. osebe, ki so v delovnem razmerju v Republiki Sloveniji;
2. osebe v delovnem razmerju pri delodajalcu s sedežem v Republiki Sloveniji, poslani na delo ali na strokovno izpopolnjevanje v tujino, če niso obvezno zavarovane v državi, v katero so bile poslani;
3. osebe, zaposlene pri tujih in mednarodnih organizacijah in ustanovah, tujih konzularnih in diplomatskih predstavništvi s sedežem v Republiki Sloveniji, če ni z mednarodno pogodbo drugače določeno;
4. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, zaposlene pri tujem delodajalcu, ki niso zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja;
5. osebe, ki na območju Republike Slovenije samostojno opravljajo gospodarsko ali poklicno dejavnost kot edini ali glavni poklic;
6. družbeniki osebnih družb, družbeniki družb z omejeno odgovornostjo in ustanovitelji zavodov, če so družbeniki družb oziroma ustanovitelji zavodov poslovalne osebe, ki opravljajo poslovalno funkcijo kot edini ali glavni poklic;

7. kmetije, člani njihovih gospodarstev in druge osebe, ki v Republiki Sloveniji opravljajo kmetijsko dejavnost kot edini ali glavni poklic;
 8. vrhunski športniki in vrhunski šahisti – člani telesnokulturnih in šahovskih organizacij v Republiki Sloveniji, ki niso zavarovani iz drugega naslova;
 9. brezposelne osebe, ki prejemajo pri zavodu za zaposlovanje denarno nadomestilo;
 10. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki prejemajo pokojnino po predpisih Republike Slovenije oziroma preživnino po predpisih o preživninskem varstvu kmetov;
 11. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki prejemajo pokojnino od tujega nosilca pokojninskega zavarovanja, če z mednarodno pogodbo ni drugače določeno;
 12. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja, ki med bivanjem v Republiki Sloveniji ne morejo uporabljati pravic iz tega naslova;
 13. družinski člani osebe, zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja, ki imajo stalno prebivališče v Republiki Sloveniji in niso zavarovani kot družinski člani pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja;
 14. tujci, ki se izobražujejo ali izpopolnjujejo v Republiki Sloveniji, ki niso zavarovani iz drugega naslova;
 15. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki so uživalci invalidnin po predpisih o vojaških invalidih in civilnih invalidih vojne, pravic po predpisih o varstvu vojnih veteranov, žrtev vojnega nasilja in udeležencev drugih vojn ter uživalci republiških priznavalnin, če niso zavarovane iz drugega naslova;
 16. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki prejemajo nadomestilo po zakonu o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih odraslih oseb, če niso zavarovane iz drugega naslova;
 17. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki prejemajo trajno denarno socialno pomoč in osebe, ki jim je Republika Slovenija priznala status begunca ali subsidiarno zaščito v skladu s predpisi o mednarodni zaščiti, če niso zavarovane iz drugega naslova;
 18. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki so uživalci priznavalnin po predpisih o varstvu udeležencev vojn, če niso zavarovane iz drugega naslova;
 19. vojaški obvezniki s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki so v civilni službi kot nadomestilu vojaškega roka;
 20. a vojaški obvezniki s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji med služenjem vojaškega roka oziroma med usposabljanjem za rezervno sestavo policije;
 21. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, če ne izpolnjujejo pogojev za zavarovanje po eni izmed točk iz tega odstavka in si same plačujejo prispevek;
 22. državljani Republike Slovenije in tujci, ki imajo dovoljenje za stalno prebivanje, ki jim je po zakonu, ki ureja uveljavljanje pravic iz javnih sredstev, priznana pravica do plačila prispevka za obvezno zavarovanje;
 23. priporniki, ki niso zavarovanci iz drugega naslova do trenutka nastopa pripora oziroma jim zavarovanje preneha v času pripora, obsojenci na prestajanju kazni zapora, mladoletniškega zapora, mladoletniki na prestajanju vzgojnega ukrepa oddaje v prevzgojni dom, osebe, ki jim je izrečen varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu ter obvezno zdravljenje odvisnosti od alkohola in drog. Pripornike v zavarovanje prijavi zavod za prestajanje kazni zapora, v katerem so priporniki na prestajanju pripora, druge osebe iz te točke pa zavod oziroma organizacija v kateri se te osebe nahajajo, najkasneje naslednji delovni dan po sprejemu teh oseb;
 23. osebe, ki pridobijo pravico po zakonu, ki ureja starševsko varstvo in sicer:
 - upravičenci do starševskih nadomestil, ki jim je prenehalo delovno razmerje v času trajanja starševskega dopusta,
 - eden od staršev, ki si na podlagi svoje dejavnosti plačuje prispevke za socialno varnost za najmanj 20 ur tedensko ter neguje in varuje otroka do tretjega leta starosti,
 - eden od staršev, ki zapusti trg dela zaradi nege in varstva štirih ali več otrok;
 24. otroci do 18. leta starosti, ki se šolajo in niso zavarovani kot družinski člani, ker njihovi starši ne skrbijo za njih oziroma ker starši ne izpolnjujejo pogojev za vključitev v obvezno zavarovanje;
 25. družinski pomočniki po zakonu, ki ureja socialno varstvo.
- Za zavarovance po 7. točki prvega odstavka se štejejo:
- kmetije, člani njihovih gospodarstev in druge osebe, ki v Republiki Sloveniji opravljajo kmetijsko dejavnost kot edini ali glavni poklic, ustvarjajo s to dejavnostjo dohodek in so na tej podlagi vključeni v obvezno pokojninsko in invalidsko zavarovanje ali so se v to zavarovanje vključile prostovoljno;
 - kmetije, člani kmečkih gospodarstev in druge osebe, ki v Republiki Sloveniji opravljajo kmetijsko dejavnost kot edini ali glavni poklic in niso pokojninsko in invalidsko zavarovani, če kmečko gospodarstvo dosega na člana gospodarstva, ki opravlja kmetijsko dejavnost kot edini ali glavni poklic, mesečno najmanj tolikšen dohodek kmečkega gospodarstva, ki ustreza znesku 25% minimalne plače. Kot kmečko gospodarstvo se šteje življenjska skupnost, skupna proizvodnja in poraba prihodkov vseh članov kmečkega gospodarstva, ne glede na sorodstvene vezi, pod pogojem, da najmanj en član gospodarstva opravlja kmetijsko dejavnost kot edini ali glavni poklic. Kot dohodek kmečkega gospodarstva se šteje vsota vseh dohodkov, ki jih v zvezi z opravljanjem kmetijske, gozdarske in dopolnilne dejavnosti na kmetiji dosežejo člani kmečkega gospodarstva.
- Minimalna plača je najnižji znesek plače za polni delovni čas po predpisih o minimalni plači.
- Zavarovanci iz prve alineje četrtega odstavka tega člena, ki so se v obvezno pokojninsko in invalidsko zavarovanje vključili prostovoljno, se lahko odločijo, da se bodo zavarovali za vse pravice iz 13. člena tega zakona ali pa le za tak obseg pravic, kot zavarovanci iz druge alineje četrtega odstavka tega člena. Pogoje, pod katerimi posamezni zavarovanci lahko spremenijo obseg zavarovanja, se določi v pravilniku, ki ga sprejme minister, pristojen za zdravje.

15.a člen

Po tem zakonu so obvezno zavarovane tudi osebe iz 1. in 5. točke prvega odstavka prejšnjega člena, ki bivajo v Republiki Sloveniji in so v delovnem razmerju oziroma samostojno opravljajo gospodarsko ali poklicno dejavnost kot edini ali glavni poklic še v eni ali več državah članicah Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora ali Švicarski konfederaciji. Za te osebe veljajo enake pravice in obveznosti, ki izhajajo iz tega zakona in veljajo za osebe iz 1. in 5. točke prvega odstavka prejšnjega člena.

Zavarovanci iz prejšnjega odstavka plačujejo prispevek po stopnji, določeni za zavarovance in po stopnji, določeni za delodajalce, iz naslova sočasne zaposlitve oziroma opravljanja dejavnosti v drugi državi članici Evropske unije.

16. člen

Za poškodbo pri delu in poklicno bolezen so zavarovane osebe iz 1., 2., 3., 5., 6., 8., 19., 19.a, 22. in 25. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona. Zavarovanci iz 22. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona so zavarovani za poškodbo pri delu in poklicno bolezen, če so dejansko vključeni v delo.

Osebe iz 7. točke prvega odstavka prejšnjega člena so zavarovane za poškodbo pri delu in poklicno bolezen, če plačujejo prispevek od osnove, določene za pokojninsko in invalidsko zavarovanje. Osebe iz 7. točke prvega odstavka prejšnjega člena, ki ne plačujejo tega prispevka, pridobijo v primeru poškodbe pri delu ali poklicne bolezni pravice v obsegu, določenem za primer bolezni ali poškodbe izven dela.

17. člen

Za poškodbo pri delu in poklicno bolezen so zavarovani tudi:

1. učenci in študentje pri praktičnem pouku, pri opravljanju proizvodnega dela oziroma delovne prakse in na strokovnih ekskurzijah;
2. otroci in mladoletniki z motnjami v telesnem in duševnem razvoju ter otroci in mladoletniki z nezgodno poškodbo glave in okvaro možganov pri praktičnem pouku v organizacijah za usposabljanje ali na obveznem praktičnem delu;
3. osebe, ki so po končanem šolanju na prostovoljni praksi, ne glede na to ali za to prakso prejemajo nagrado;
4. vojaški invalidi, civilni invalidi vojne in druge invalidne osebe na poklicni rehabilitaciji oziroma usposabljanju pri praktičnih delih in vajah;
5. osebe, ki v okviru drugega pravnega razmerja opravljajo delo oziroma storitev za plačilo, kadar se plačilo, prejeta na podlagi tega pravnega razmerja, na podlagi tega zakona, ki ureja dohodnino, šteje za dohodek in ni oproščen plačila dohodnine ali ni drug dohodek na podlagi zakona, ki ureja dohodnino, če na podlagi tega dela niso zavarovane za poškodbo pri delu oziroma poklicno bolezen na podlagi točk tega člena, 16. ali 18. člena tega zakona;
6. učenci srednjih šol oziroma študenti višjih in visokih šol pri opravljanju dela preko pooblaščenih organizacij;
7. brezposelne osebe na javnih delih, organiziranih po predpisih o zaposlovanju;
8. volonterji;
9. osebe, ki opravljajo splošno koristna in druga dela po kazenskih predpisih;

10. osebe, ki opravljajo dejavnost kot postranski poklic;
11. osebe, ki opravljajo humanitarna in druga podobna dela po predpisih o zaposlovanju;
12. osebe, ki opravljajo kratkotrajno delo po predpisih, ki urejajo preprečevanje dela in zaposlovanja na črno, in osebe, ki opravljajo začasno ali občasno delo po predpisih, ki urejajo trg dela.

18. člen

Za poškodbo pri delu so zavarovane tudi:

1. osebe, ki sodelujejo pri organiziranih javnih delih splošnega pomena, pri reševalnih akcijah ali pri zaščiti ter reševanju in pomoči ob naravnih in drugih nesrečah;
2. udeleženci mladinskih taborov v Republiki Sloveniji;
3. osebe, ki opravljajo dela oziroma naloge vojaške službe ali nadomestne civilne službe, civilne zaščite, službe za opazovanje in obveščanje, splošnih reševalnih služb ali enot z veze oziroma osebe pri usposabljanju za obrambo ter zaščito, reševanje in pomoč;
4. osebe, ki pomagajo organom za notranje zadeve in pooblaščenim osebam teh organov pri opravljanju njihovih nalog v skladu z zakonom;
5. osebe, ki opravljajo naloge organov za notranje zadeve kot osebe v rezervnem sestavu organov za notranje zadeve;
6. osebe, ki opravljajo na poziv državnih in drugih pooblaščenih organov, javne in druge družbene funkcije ali državljansko dolžnost;
7. športniki, trenerji ali organizatorji, ki v okviru organizirane športne dejavnosti sodelujejo pri športnih akcijah;
8. osebe, ki kot člani operativnih sestav prostovoljnih gasilskih organizacij opravljajo naloge pri gašenju požarov, zaščiti in reševanju pri drugih nesrečah, pri usposabljanju, zavarovanju na požarno nevarnih mestih in pri javnih prireditvah, naloge pri javnih nastopih in demonstracijah s prikazovanjem demonstrativnih vaj ter pri poučevanju ljudi o požarni varnosti;
9. osebe, ki kot člani gorske reševalne službe, podvodne ali jamarske reševalne službe oziroma kot vodniki reševalnih psov, opravljajo naloge zaščite, reševanja in pomoči ali odvrnitve oziroma preprečitve nevarnosti, ki neposredno ogrožajo življenje ali premoženje ljudi.

19. člen

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

20. člen

Kot družinski člani zavarovanca so ob pogojih, ki jih določa ta zakon, zavarovani:

a) ožji družinski člani:

1. zakonec,
2. otroci (zavarovančevi otroci in otroci, ki so z odločbo pristojnega organa nameščeni v družino z namenom posvojitve);

b) širši družinski člani:

1. pastorki, ki jih zavarovanec preživlja,
2. vnuki, bratje, sestre in drugi otroci brez staršev, ki jih je zavarovanec vzel k sebi in jih preživlja, ob pogojih, ki jih določa ta zakon za otroke,
3. starši (oče in mati, zakonec ali zunajzakonski partner očeta oziroma matere, ter posvojitelj), ki živijo z zavarovancem v skupnem gospodinjstvu in jih zavarovanec preživlja ter nimajo za preživljanje dovolj lastnih sredstev in so trajno in popolnoma nezmožni za delo, razen staršev zavarovancev iz 24. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona.

Za otroka brez staršev se šteje tudi otrok, ki ima starše, če so starši popolnoma in trajno nezmožni za delo ali, če zaradi drugih okoliščin ne morejo skrbeti za otroka in ga preživljati.

Družinski člani so zavarovani, če imajo stalno prebivališče v Republiki Sloveniji, razen če ni za ožje družinske člane z mednarodno pogodbo drugače določeno.

21. člen

Zakonec je zavarovan kot družinski član, če ni sam zavarovanec.

Ob pogoju iz prejšnjega odstavka je zavarovan tudi razvezani zakonec, ki mu je s sodno odločbo prisojena preživnina.

Kot zakonec je zavarovana tudi oseba, ki živi z zavarovancem v življenjski skupnosti, ki je po zakonu o zakonski zvezi in družinskih razmerjih v pravnih posledicah izenačena z zakonsko zvezo.

22. člen

Otrok, ki ni sam zavarovanec, je zdravstveno zavarovan kot družinski član do dopolnjenega 15. leta starosti oziroma do dopolnjenega 18. leta starosti, po tej starosti pa, če se šola, in sicer do konca šolanja, vendar največ do dopolnjenega 26. leta starosti.

Otrok, ki postane popolnoma in trajno nezmožen za delo do dopolnjenega 18. leta starosti ali do konca rednega šolanja, je zavarovan kot družinski član, dokler traja takšna nezmožnost, če ga zavarovanec preživlja oziroma če ni zavarovanec iz 16. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona.

2. Pravice iz obveznega zavarovanja

Pravice do zdravstvenih storitev

23. člen

Z obveznim zavarovanjem je zavarovanim osebam zagotovljeno plačilo zdravstvenih storitev:

1. v celoti:
 - sistematični in drugi preventivni pregledi otrok, učencev, dijakov in študentov do dopolnjenega 26. leta starosti, žensk v zvezi z nosečnostjo in drugih odraslih oseb v skladu s programom, razen pregledov, ki jih na podlagi zakona zagotavljajo delodajalci;
 - preprečevanje, presejanje in zgodnje odkrivanje bolezni, skladno s programom, ki ga sprejme Zdravstveni svet,
 - svetovanje, izobraževanje, usposabljanje in pomoč za spreminjanje nezdravega življenjskega sloga;
 - zdravljenje in rehabilitacija otrok, učencev in študentov, ki se redno šolajo in otrok in mladostnikov z motnjami v telesnem in duševnem razvoju ter otrok in mladostnikov z nezgodno poškodbo glave in okvaro možganov;
 - zdravstveno varstvo žensk v zvezi s svetovanjem pri načrtovanju družine, kontracepcijo, nosečnostjo in porodom,
 - preprečevanje, odkrivanje in zdravljenje infekcije HIV in nalezljivih bolezni, za katere je z zakonom določeno izvajanje ukrepov za preprečevanje njihovega širjenja,
 - obvezna cepljenja, imunoprofilaksa in kemoprofilaksa skladno s programom,

- zdravljenje in rehabilitacija malignih bolezni, mišičnih in živčno-mišičnih bolezni, paraplegije, tetraplegije, cerebralne paralize, epilepsije, hemofilije, duševnih bolezni, razvitih oblik sladkorne bolezni, multiple skleroze in psoriaze,
 - celovita obravnava z zdravljenjem in rehabilitacijo slepote in slabovidnosti v skladu z veljavno klasifikacijo Svetovne zdravstvene organizacije, spolne ali zelo težke okvare sluha po Mednarodni klasifikaciji okvar, invalidnosti in oviranosti Svetovne zdravstvene organizacije (1980), cistične fibroze in avtizma in oseb po nezgodni poškodbi glave in okvari možganov;
 - zdravljenje in rehabilitacija zaradi poklicnih bolezni in poškodb pri delu,
 - zdravstveno varstvo v zvezi z dajanjem in izmenjavo tkiv in organov za presaditev drugim osebam,
 - nujna medicinska pomoč, vključno z nujnimi reševalnimi prevozi,
 - patronažni obiski, zdravljenje in nega na domu ter v socialnovarstvenih zavodih,
 - zdravila s pozitivne liste, potrebna za zdravljenje oseb in stanj iz četrte do trinajste alinee te točke, medicinski pripomočki v zvezi z zdravljenjem oseb in stanj iz prve do trinajste alinee te točke;
 - zdravila in živila za posebne zdravstvene namene s pozitivne in vmesne liste za otroke, učence, dijake, vajence in študente ter osebe z motnjami v telesnem in duševnem razvoju;
 - živila za posebne zdravstvene namene s prilagojeno sestavo hranil za zdravljenje zavarovanih oseb z vrojenimi motnjami presnove;
 - sobivanje enega od staršev v zdravstvenem zavodu z bolnim otrokom do starosti otroka vključno 5 let;
 - predhodni in obdobjni zdravstveni pregledi za športnike, ki nastopajo na uradnih tekmovanjih nacionalnih panožnih športnih zvez.
2. najmanj 90% vrednosti:
- storitev v zvezi s presaditvijo organov in z drugimi najzahtevnejšimi operativnimi posegi ne glede na razlog,
 - zdravljenja v tujini,
 - storitev v zvezi z intenzivno terapijo, radioterapijo, dializo in drugimi nujnimi najzahtevnejšimi diagnostičnimi, terapevtskimi in rehabilitacijskimi posegi;
3. najmanj 80% vrednosti za:
- storitve v zvezi z zagotavljanjem in zdravljenjem zmanjšane plodnosti in umetno oploditvijo, sterilizacijo in umetno prekinitvijo nosečnosti,
 - specialističnoambulantne, bolnišnične in zdraviliške storitve kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, razen za poškodbe izven dela,
 - nemedicinski del oskrbe v bolnišnici in zdravilišču in okviru nadaljevanja bolnišničnega zdravljenja, razen za poškodbe izven dela,
 - storitve v osnovni zdravstveni dejavnosti, ki niso zajete v 1. točki, ter zdravljenje zobnih in ustnih bolezni,
 - medicinske pripomočke, razen v primerih iz 1. in 4. točke tega odstavka;
4. najmanj 70% vrednosti za:
- specialističnoambulantne, bolnišnične in zdraviliške storitve kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja in nemedicinski del oskrbe v bolnišnici in zdravilišču kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, medicinske pripomočke v zvezi z zdravljenjem poškodb izven dela,
 - zdravila s pozitivne liste, razen za primere iz 1. točke tega odstavka;
5. največ do 60% vrednosti za:
- reševalne prevoze, ki niso nujni, zavarovanih oseb, ki so nepokretne ali rabijo prevoz na in z dialize ali v drugih primerih, ko bi bil prevoz z javnim prevoznim sredstvom ali osebnim avtomobilom za njihovo zdravje škodljiv, ali zaradi svojega zdravstvenega stanja potrebujejo spremstvo zdravstvenega delavca,
 - zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja;
6. največ do 50% vrednosti za:
- zdravila in živila za posebne zdravstvene namene z vmesne liste,
 - zobnoprotenično zdravljenje odraslih,
 - medicinske pripomočke za izboljšanje vida za odrasle.
- Zagotavljanje pravic in programov preventivnih in sistematičnih pregledov in storitev zgodnjega odkrivanja dejavnikov tveganja za nastanek kroničnih bolezni, vključno s presejalnimi testi ter storitev s področja krepitve zdravja iz prve, druge in tretje alinee 1. točke prejšnjega odstavka ter navodila za njegovo izvajanje, določi minister, pristojen za zdravje, na predlog Zdravstvenega sveta. Za izvajanje teh programov lahko njihovi izvajalci osebne podatke o zavarovancih, ki so vključeni v te programe pridobijo od Zavoda ali iz Centralnega registra prebivalstva. Določanje cen programov in obseg sredstev za njihovo izvajanje, zagotavljanje učinkovitosti, kakovosti in nadzora se zagotovijo skladno s tem zakonom in dogovorom iz 63. člena tega zakona.
- Odstotke iz 2. do 6. točke prvega odstavka tega člena določi Zavod v soglasju z Vlado Republike Slovenije. Odstotki za posamezne vrste storitev ali pri posameznih boleznih v okviru teh točk so lahko različni. Zavod lahko določi pogoj predhodnega zavarovanja do šest mesecev za pravice do zobnoproteničnih in medicinskih pripomočkov, razen za pravice iz 1. točke prvega odstavka tega člena.
- Zavarovanci iz 22. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona imajo omejeno pravico do proste izbire zdravnika v zdravstvenem zavodu, ki jo uresničujejo v skladu s predpisi s področja izvrševanja kazenskih sankcij. Ti zavarovanci nimajo pravice do zdravljenja in nege na domu, zdravljenja v tujini, zdraviliškega zdravljenja in nadomestila za začasno zadržanost od dela, čeprav delajo v režijskih obratih, nege ožjega družinskega člana, ter povračil potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev. Prav tako se po teh zavarovancih ne morejo zavarovati njihovi družinski člani.

23.a člen

- Zavod zagotavlja iz obveznega zavarovanja sredstva za zdravila iz prvega odstavka prejšnjega člena v celoti oziroma v ustreznem odstotnem deležu glede na razvrstitev zdravila na pozitivno oziroma vmesno listo in na podlagi:
- veljavne cene, določene v skladu s predpisi, ki urejajo zdravila, ali
 - najvišje priznane vrednosti, ki jih določa Zavod najmanj vsakih šest mesecev za skupine medsebojno zamenljivih zdravil, določene s predpisi, ki urejajo zdravila, in za terapevtske skupine zdravil, ki jih določa Zavod, ali
 - veljavne cene za zdravilo, ki je v posamezni skupini medsebojnih zamenljivih zdravil oziroma posamezni terapevtski skupini, kadar je ta nižja od njihove najvišje priznane vrednosti.
- Ne glede na določbo druge alinee prejšnjega odstavka Zavod zagotavlja iz obveznega zavarovanja sredstva za zdravilo iz posamezne skupine medsebojno zamenljivih zdravil oziroma posamezne terapevtske skupine zdravil v skladu z razvrstitvijo na pozitivno ali vmesno listo v celoti oziroma v ustreznem odstotnem deležu, kadar iz zdravstvenih razlogov enakovredno zdravljenje z drugim zdravilom iz skupine medsebojno zamenljivih zdravil oziroma terapevtske skupine zdravil ni mogoče. Za zdravstveni razlog se šteje alergija na zdravilo ali drug neželeni učinek zdravila, ki ogroža zdravje zavarovane osebe, in se dokumentira v zdravstveni dokumentaciji zavarovane osebe.
- Za skupine medsebojno zamenljivih zdravil se določi najvišja priznana vrednost, ki ne sme biti višja od najnižje veljavne cene zdravila v posamezni skupini medsebojno zamenljivih zdravil, ki je dostopno na trgu v Republiki Sloveniji v času določanja najvišje priznane vrednosti.
- Za posamezno terapevtsko skupino zdravil se določi najvišja priznana vrednost, ki je na ravni cene zdravila z najugodnejšim razmerjem med stroški in učinki zdravljenja, tako, da krije vse odmerke vsaj enega zdravila v tej terapevtski skupini zdravil. Za izračune se upoštevajo primerljivi odmerki.
- Ne glede na prejšnji odstavek se lahko zdravilu v posamezni terapevtski skupini zdravil določi višja najvišja priznana vrednost, če zdravilo zaradi farmacevtske oblike ali kliničnih lastnosti predstavlja prednost za zavarovano osebo.
- Zavod zagotavlja iz obveznega zavarovanja sredstva za živila za posebne zdravstvene namene na podlagi:
- cene, ki jo dogovori Zavod s ponudnikom živil, ali
 - najvišje priznane vrednosti za živilo, ki jo določa Zavod najmanj vsakih šest mesecev.
- Zavod vodi evidenco o zdravilih in živilih za posebne zdravstvene namene, ki so razvrščena na pozitivno ali vmesno listo, najvišjih priznanih vrednostih za posamezne skupine medsebojno zamenljivih zdravil, terapevtskih skupin zdravil in njihovih najvišjih priznanih vrednosti in za živila za posebne zdravstvene namene ter jih objavlja na svoji spletni strani.

23.b člen

Na pozitivno listo ali vmesno listo Zavod razvršča zdravila na podlagi naslednjih meril:

- pomen zdravila z vidika javnega zdravja,
- prednostne naloge izvajanja programa zdravstvenega varstva,
- terapevtski pomen zdravila,
- relativna terapevtska vrednost zdravila,
- ocena farmakoekonomskih podatkov za zdravilo,
- ocena etičnih vidikov,
- prioritete programov zdravstvenega varstva,
- podatki in ocene iz referenčnih virov.

Na pozitivno listo ali vmesno listo Zavod razvršča živila za posebne zdravstvene namene na podlagi naslednjih meril:

- pomen živila za posebne zdravstvene namene z vidika javnega zdravja,
- terapevtski pomen živila za posebne zdravstvene namene,

– prilagojenost sestave hranil v živilu, specifično za bolezen, motnjo ali zdravstveno stanje,
– dogovorjena cena živila za posebne zdravstvene namene med predlagateljem razvrstitve in Zavodom. Na pozitivno listo se ob upoštevanju meril iz prejšnjega stavka razvrščajo le živila za posebne zdravstvene namene, s prilagojeno sestavo hranil, ki so lahko edini vir prehrane.

Ne glede na prvi in drugi odstavek tega člena na pozitivno ali vmesno listo ne morejo biti razvrščena zdravila in živila za posebne zdravstvene namene, ki:

- ne izkazujejo enake ali dodane vrednosti v terapevtskem ali ekonomskem smislu v primerjavi z zdravili oziroma živila v isti terapevtski skupini, ki so že razvrščena na pozitivno ali vmesno listo ali
- se uporabljajo za blažitev simptomov oziroma zdravljenje stanj, ki so z javno zdravstvenega vidika manj pomembna ali
- se uporabljajo pri obravnavi stanj, ki jih je mogoče urediti ali pozdraviti zgolj s spremenjenim načinom življenja.

Zavod lahko ob razvrstitvi zdravila ali živila za posamezne zdravstvene namene na pozitivno ali vmesno listo določi omejitev predpisovanja ali izdajanja posameznega zdravila oziroma živila za posebne zdravstvene namene. Omejitev se lahko nanaša na populacijsko skupino, ki lahko zdravilo prejme, indikacijsko področje, za katero se sme zdravilo predpisovati, stopnjo izraženeosti boleznin, za katero se sme zdravilo predpisovati, vrsto specializacije zdravnika, ki sme zdravilo predpisati ali obveznost predhodne odobritve strokovne komisije, ki odloča o predpisovanju določenih zdravil, pridobljenih z biotehnoškimi postopki ter živil za posebne zdravstvene namene.

23.c člen

Vloga za razvrstitev zdravil na pozitivno ali vmesno listo lahko vložijo Zavodu naslednji predlagatelji:

- imetnik dovoljenja za promet z zdravilom oziroma njegov zastopnik v Republiki Sloveniji;
- imetnik dovoljenja za promet s paralelno vnesenim ali uvoženim zdravilom;
- imetnik dovoljenja za vnos ali uvoz zdravila, razvrščenega na seznam nujno potrebnih zdravil;
- imetnik pozitivnega mnenja Evropske agencije za zdravila za paralelno distribucijo zdravila.

Vloga za razvrstitev živil za posebne zdravstvene namene na pozitivno oziroma vmesno listo lahko vložijo Zavodu proizvajalec živila za posebne zdravstvene namene oziroma njegov zastopnik.

Ne glede na določilo prvega in drugega odstavka tega člena lahko Zavod razvršča zdravila in živila za posebne zdravstvene namene na pozitivno ali vmesno listo tudi na pobudo bolnišnic ali na lastno pobudo.

Vloga za razvrstitev zdravila ali živila za posebne zdravstvene namene mora vsebovati podatke o predlagatelju ter tehnične in strokovne podatke o zdravilu ali živilu za posebne zdravstvene namene. Vloga za razvrstitev zdravila mora vsebovati tudi odločbo o najvišji dovoljeni ceni oziroma izredni višji dovoljeni ceni, ki jo je izdal organ, pristojen za zdravila, v skladu s predpisi, ki urejajo cene zdravil.

Zavod izda odločbo o razvrstitvi zdravila na pozitivno ali vmesno listo oziroma odločbo o nerazvrstitvi zdravila na pozitivno ali vmesno listo, ki začne veljati najkasneje v roku 90 dni od prejema popolne vloge. Ta rok se lahko podaljša le v primeru, ko je organ, pristojen za zdravila, določil najvišjo dovoljeno ceno pred iztekom 90 dni. Postopek določanja najvišje dovoljene cene skladno s predpisi, ki urejajo cene zdravil, ter postopek razvrščanja zdravila na pozitivno ali vmesno listo vključno z uveljavitvijo razvrstitve, ne smeta skupaj presegati 180 dni.

Zavod izda odločbo o razvrstitvi živila na pozitivno ali vmesno listo oziroma nerazvrstitvi živila za posebne zdravstvene namene na pozitivno ali vmesno listo najkasneje v roku 180 dni od prejema popolne vloge. Če Zavod med postopkom razvrščanja ugotovi, da so podatki v vlogi nejasni ali neustrezni, o tem obvesti predlagatelja in ga pozove, da vlogo dopolni. Do predložitve zahtevanih podatkov se postopek razvrščanja odloži ter rok za izdajo odločbe ne teče.

Zavod lahko na pobudo zdravstvenih institucij ali na lastno pobudo uvede postopek za izločitev zdravila ali živila za posebne zdravstvene namene s pozitivne ali vmesne liste, kadar ne izpolnjujejo več meril iz prvega oziroma drugega odstavka 23.c člena tega zakona oziroma ko pride do izpolnitve enega od meril iz tretjega odstavka 23.c člena tega zakona.

Odločba o razvrstitvi ali nerazvrstitvi zdravila in živila za posebne zdravstvene namene na pozitivno ali vmesno listo ali o izločitvi s pozitivne ali vmesne liste mora biti obrazložena z navedbo razlogov, ki temeljijo na merilih iz prvega, drugega in tretjega odstavka 23.b člena tega zakona.

Predlagatelj se lahko zoper odločbo iz petega in šestega odstavka tega člena pritoži v 30 dneh od prejema odločbe. Pritožba, ki se vložijo na Zavod, ne zadrži njene izvršitve. O pritožbi odloči minister, pristojen za zdravje, v roku 60 dni od prejema pritožbe. Odločitev pristojnega ministra lahko vlagatelj v roku 30 dni od prejema odločbe izpodbija s tožbo v upravnem sporu pred Upravnim sodiščem Republike Slovenije.

Natančnejši postopek in podrobnejša merila za razvrščanje zdravil in živil za posebne zdravstvene namene na pozitivno ali vmesno listo, za izločitev zdravil in živil za posebne zdravstvene namene iz pozitivne ali vmesne liste, podrobnejše sestave vloge ter morebitne stroške postopka, pogoje in postopek za določanje omejitev iz četrtega odstavka 23.b člena tega zakona, način, postopek in merila ter roke za določanje najvišjih priznanih vrednosti za posamezne skupine medsebojno zamenljivih zdravil ter za živila za posebne zdravstvene namene, merila ter pogoje in postopek za sklenitev dogovora o ceni zdravil z Zavodom v skladu s predpisi, ki urejajo cene zdravil, ureja splošni akt Zavoda, h kateremu da soglasje minister, pristojen za zdravje.

Terapevtske skupine zdravil in njihove najvišje priznane vrednosti izmed zdravil, razvrščenih na pozitivno in vmesno listo, na lastno pobudo določi Zavod s splošnim aktom upravnega odbora Zavoda, ki se objavi na spletni strani Zavoda. Natančnejši postopek in natančnejše pogoje za določanje terapevtskih skupin zdravil ter njihovih najvišjih priznanih vrednosti določi Zavod v splošnem aktu v soglasju z ministrom, pristojnim za zdravje.

24. člen

Ne glede na določbe 23. člena tega zakona se zagotavlja plačilo zdravstvenih storitev v celoti vojaškim invalidom in civilnim invalidom vojne, s tem da razliko nad ravnijo obveznega zavarovanja zagotavlja Republika Slovenija iz proračuna.

Republika Slovenija zagotavlja iz proračunskih sredstev razliko do polne vrednosti zdravstvenih storitev iz 2. do 6. točke 23. člena tega zakona za zavarovance iz 22. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona. Organ, zavod oziroma organizacija, v kateri so te osebe, o tem obvesti Zavod, ki v evidenci o zavarovanih osebah vodi podatek o upravičenosti do kritja polne vrednosti zdravstvenih storitev.

Republika Slovenija zagotavlja iz proračunskih sredstev razliko do polne vrednosti zdravstvenih storitev iz 2. do 6. točke prvega odstavka 23. člena tega zakona za zavarovance iz prvega odstavka 15. člena tega zakona in po njih zavarovane družinske člane, če jim je priznana pravica do kritja razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev po zakonu, ki ureja uveljavljanje pravic iz javnih sredstev, pod pogojem, da navedenih pravic nimajo zagotovljenih v celoti iz obveznega zdravstvenega zavarovanja ali drugega naslova. Ministrstvo, pristojno za socialne zadeve, obvesti o številki, datumu in obdobju veljavnosti odločbe o priznanju pravice do kritja razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev za posameznega upravičenca Zavod, ki te podatke vodi v evidenci zavarovanih oseb.

Zavod na podlagi obvestila iz drugega in tretjega odstavka tega člena zagotovi podatek o upravičenosti do kritja razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev v sistemu dostopa do podatkov evidence zavarovanih oseb s kartico zdravstvenega zavarovanja. Na podlagi prejetih obračunov izvajalcev zdravstvenih storitev, računov za zdravila in medicinske pripomočke izvaja nadzor, vodi evidenco in zagotavlja tekoča plačila. Proračun Republike Slovenije povrne Zavodu sredstva dvakrat na leto na podlagi zbirnega računa, h kateremu da soglasje ministrstvo, pristojno za zdravje.

25. člen

Ne glede na določbe prvega odstavka 23. člena tega zakona je v celoti zagotovljeno tudi plačilo storitev iz 2., 3. in 4. točke, kadar gre za nujno zdravljenje oseb, ki niso prostovoljno zavarovane za razliko v vrednosti teh storitev:

- invalidov in drugih oseb, ki jim je priznana pomoč druge osebe za opravljanje večine ali vseh življenjskih funkcij po posebnih predpisih; invalidov, ki imajo najmanj 70% telesno okvaro po predpisih o pokojninskem in invalidskem zavarovanju in zavarovancev iz 16. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona ter oseb nad 75 let starosti;
- oseb, ki izpolnjujejo dohodkovni pogoj za pridobitev dajatev po predpisih o socialnem varstvu;
- oseb, katerih izdatki za doplačilo teh storitev v posameznem koledarskem letu presežejo znesek, ki ga določi Zavod. Ta znesek je odvisen od dohodka na družinskega člana zavarovanca in ne more biti manjši od dvojne letne premije za prostovoljno zavarovanje za te primere.

Nujno zdravljenje obsega neodložljive zdravstvene storitve oživljanja, ohranitve življenja in preprečitve poslabšanja zdravstvenega stanja obolelega ali poškodovanega. Nujnost zdravljenja presoja osebni zdravnik oziroma pristojna zdravniška komisija v skladu s splošnim aktom Zavoda.

Osebam iz prvega odstavka tega člena lahko Zavod odobri celotno plačilo medicinskega pripomočka pod pogoji, ki jih določi Zavod s splošnim aktom.

26. člen

Natančnejši obseg zdravstvenih storitev iz prvega odstavka 23. člena ter 23.c člena tega zakona, ki se zagotavljajo v breme obveznega zavarovanja, natančnejši postopek uveljavljanja pravic, standarde in normative določi Zavod v splošnih aktih v soglasju z ministrom, pristojnim za zdravje.

27. člen

Zavod zagotavlja plačilo zdravstvenih storitev tujcem, ki niso zavarovani po tem zakonu, če tako določa mednarodna pogodba.

Nadomestila med začasno zadržanostjo od dela

28. člen

Pravico do nadomestila med začasno zadržanostjo od dela (v nadaljnjem besedilu: nadomestilo) imajo:

- zavarovanci iz 1., 2., 3., 4., 5., 6. in 8. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
- zavarovanci iz 7. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona, če plačujejo prispevek od osnove, določene za pokojninsko in invalidsko zavarovanje.

29. člen

Nadomestilo gre zavarovancem na podlagi mnenja osebnega zdravnika oziroma pristojne zdravniške komisije:

- od prvega dne zadržanosti od dela zaradi presaditve živega tkiva in organov v korist druge osebe, posledic dajanja krvi, nege ožjega družinskega člana, izolacije in spremstva, ki ju odredi zdravnik ter poškodb, nastalih v okoliščinah iz 18. člena tega zakona;
- od 31. dne zadržanosti od dela v vseh drugih primerih. *(Opomba: Ta alineja se od 1. 1. 2003 ne uporablja glede pravice do nadomestila plače v primerih nezmožnosti delavca za delo zaradi bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom – ZDR, Uradni list RS, št. 42/02).*

Zavarovancu pripada nadomestilo za delovne dneve oziroma delovne ure, ko je zadržan od dela, kot tudi za praznične in druge dela proste dni, določene z zakonom.

30. člen

Pravica do nadomestila zaradi nege ožjega družinskega člana traja v posameznem primeru največ do sedem delovnih dni, za otroke do sedem let starosti ali starejšega zmerno, težje ali težko duševno in telesno prizadetega otroka pa do 15 delovnih dni.

Kadar to terjaja zdravstveno stanje ožjega družinskega člana, lahko pristojni imenovani zdravnik izjemoma podaljša trajanje pravice do nadomestila, vendar največ do 30 delovnih dni za nego otrok do sedem let starosti ali starejšega zmerno, težje ali težko duševno in telesno prizadetega otroka oziroma do 14 delovnih dni za nego drugih ožjih družinskih članov.

Imenovani zdravnik lahko izjemoma podaljša trajanje pravice do nadomestila osebnega dohodka za nego otroka, in sicer v primerih, ko je taka odsotnost potrebna zaradi nenadnega poslabšanja zdravstvenega stanja otroka oziroma v drugih izjemnih primerih. Taka odsotnost ne more biti daljša od 6 mesecev.

Ne glede na prejšnji odstavek lahko na predlog strokovnega kolegija Kliničnega centra Ljubljana – Pediatrične klinike, imenovani zdravnik podaljša trajanje pravice do nadomestila plače za nego otroka in sicer v primerih, ko je to potrebno zaradi težke možganske okvare, rakavih obolenj ali drugih posebno hudih poslabšanj zdravstvenega stanja.

Na predlog strokovnega kolegija Kliničnega centra Ljubljana – Pediatrična klinika lahko imenovani zdravnik odobri tudi pravico do nadomestila plače enemu od staršev, ko je tak otrok v bolnišnici.

To pravico lahko uveljavlja eden od staršev do dopolnjenega 18. leta otrokove starosti oziroma dokler traja roditeljska pravica.

Trajanje odsotnosti je odvisno od stanja bolezni in se glede na dinamiko poteka bolezni presoja individualno.

Določbe tega člena veljajo tudi za rejnika in skrbnika, kadar otroka dejansko neguje in varuje ter za zakonca ali zunajzakonskega partnerja, kadar dejansko neguje in varuje otroka svojega zakonca ali zunajzakonskega partnerja.

31. člen

Osnova za nadomestilo je povprečna mesečna plača in nadomestila oziroma povprečna osnova za plačilo prispevkov v koledarskem letu pred letom, v katerem je nastala začasna zadržanost od dela.

Osnove za plačevanje prispevkov iz drugega in tretjega odstavka 55.a člena tega zakona se ne všttevajo v osnovo za nadomestilo med začasno zadržanostjo od dela.

Nadomestilo znaša:

- 100% osnove ob zadržanosti od dela zaradi poklicne bolezni, poškodbe pri delu, presaditve živega tkiva in organov v korist druge osebe, posledic dajanja krvi ter izolacije, ki jo odredi zdravnik;
- 90% osnove ob zadržanosti od dela zaradi bolezni;
- 80% osnove ob zadržanosti od dela zaradi poškodb izven dela, nege družinskega člana in spremstva, ki ga odredi zdravnik.

Ne glede na prejšnji odstavek za prvih 90 dni nadomestilo znaša:

- 90 % osnove v primerih iz prve alineje prejšnjega odstavka, razen v primeru zadržanosti od dela zaradi poklicne bolezni in poškodbe pri delu;
- 80 % osnove v primerih iz druge alineje prejšnjega odstavka;

– 70 % osnove v primerih iz tretje alineje prejšnjega odstavka, razen v primeru zadržanosti od dela zaradi nege družinskega člana.

Vojaški invalidi in civilni invalidi vojne imajo pravico do nadomestila v višini 100% od osnove tudi v primerih iz druge in tretje alineje prejšnjega odstavka.

Ne glede na prejšnji odstavek za prvih 90 dni nadomestilo znaša 90 % od osnove v vseh primerih, razen v primeru zadržanosti od dela zaradi poklicne bolezni, poškodbe pri delu in nege družinskega člana, ko nadomestilo znaša 100 % od osnove.

Nadomestilo ne more biti manjše od zjamčene plače in ne višje od plače, ki bi jo zavarovanec dobil, če bi delal oziroma od osnove, po kateri je v času zadržanosti od dela zavarovan.

Ne glede na določbe 85. člena tega zakona se odločba, s katero se odloči o začasni nezmožnosti za delo, delodajalcu vroči z navadno vročitvijo, vročitev pa se šteje za opravljeno tretji dan od dneva odpreme.

Opomba: Od 01.01.2007 naprej se glede valorizacije osnov za nadomestila uporabljajo določbe Zakona o usklajevanju transferjev posameznikom in gospodinjstvom v Republiki Sloveniji /ZUTPG/ (UL RS, št. 114/06).

32. člen

Osnova za nadomestilo za zavarovanca, ki ni imel plače oziroma osnove za plačilo prispevkov v obdobju iz prvega odstavka prejšnjega člena, je povprečni mesečni znesek plač oziroma osnov za plačilo prispevkov v času zavarovanja pred začetkom zadržanosti od dela.

Zavarovancu, ki se je poškodoval na poti na delo, preden je nastopil delo in zavarovancu, ki po odslužitvi ali doslužitvi vojaškega roka ali po predčasnem odpustu s služenja vojaškega roka zaradi bolezni ali poškodbe ne more nastopiti dela, se za izračun osnove upošteva plača, ki bi jo prejemal, če bi nastopil delo.

33. člen

Zavarovanec, ki na podlagi mnenja osebnega zdravnika oziroma zdravniške komisije dela skrajšan delovni čas, ima za čas zadržanosti od dela pravico do nadomestila. Če je njegova plača za skrajšani delovni čas manjša od nadomestila, ki mu pripada za čas, ko ne dela, ima pravico tudi do nadomestila za to razliko.

Če zavarovanec na podlagi ugotovitve zdravniške komisije ne more opravljati svojega dela in dela poln delovni čas na drugem delu, ima pravico do razlike med plačo in višino nadomestila, ki bi mu pripadalo, če ne bi delal.

34. člen

Zavarovanca, ki je zadržan od dela zaradi začasne nezmožnosti za delo, osebni zdravnik oziroma zdravniška komisija napoti na invalidsko komisijo, če oceni, da ni pričakovati povrnitve delovne zmožnosti.

Zavarovancu, ki mu je med trajanjem zadržanosti od dela prenehalo delovno razmerje, pripada nadomestilo še za največ 30 dni začasne nezmožnosti za delo po prenehanju delovnega razmerja.

Če je zadržanost od dela posledica poškodbe pri delu ali poklicne bolezni, pripada zavarovancu nadomestilo tudi po prenehanju delovnega razmerja, in sicer dokler ni spet zmožen za delo.

Zavarovancu, ki je v času, ko prejema nadomestilo, začasno odстранjen z dela, se nadomestilo zniža za toliko, kolikor bi se v tem času znižala njegova plača.

35. člen

Zavarovanec ni upravičen do nadomestila med začasno zadržanostjo od dela, če v tem času opravlja pridobitno delo.

Zavarovancu se zadrži izplačevanje nadomestila:

– če neopravičeno najpozneje tri dni po začetku bolezni ne obvesti delodajalca oziroma osebnega zdravnika, da je zbolel;

– če se brez opravičenega vzroka ne odzove vabilu na zdravniški pregled ali zdravniško komisijo;

– če pooblaščen zdravnik, zdravniška komisija ali nadzorni organ ugotovi, da se ne ravna po navodilih za zdravljenje ali če brez dovoljenja zdravnika odpotuje iz kraja stalnega prebivališča.

Izplačevanje nadomestila se zadrži za čas, dokler se zavarovanec ne javi, ne pride na pregled oziroma dokler se ne začne ravhati po navodilu zdravnika. Zavarovancu se zadržano nadomestilo izplača za ves čas opravičene zadržanosti od dela.

Pogrebina in posmrtnina

36. do 38. člen

Črtani skladno z 38. členom ZSVarPre-C (UL RS, št. 99/13).

38.a člen

(črtan)

Povračilo potnih stroškov

39. člen

Zavarovane osebe imajo pri uresničevanju pravic do zdravstvenih storitev pravico do povračila potnih stroškov, ki obsega:

– prevozne stroške,

– stroške prehrane in nastanitve med potovanjem in bivanjem v drugem kraju.

40. člen

Zavarovane osebe imajo pravico do povračila prevoznih stroškov, kadar uveljavljajo pravice iz 1., 2. in 3. točke 23. člena tega zakona, če:

– morajo potovati k zdravniku ali v zdravstveni zavod v drug kraj, ker v kraju zaposlitve ali stalnega prebivališča ni zdravnika ali ustreznega zdravstvenega zavoda;

– jih osebni zdravnik, zdravstveni zavod ali zdravniška komisija napoti ali pokliče v kraj zunaj stalnega prebivališča ali kraja zaposlitve.

41. člen

Povračilo prevoznih stroškov pripada zavarovanim osebam za najkrajšo razdaljo do najbližjega zdravstvenega zavoda oziroma zdravnika po ceni javnega prevoza. Zavod določi znesek, do katerega se ti stroški ne povrnejo.

Če ni javnega prevoza ali ko drugačen prevoz zahteva zdravstveno stanje zavarovane osebe, se odobri ustrezen prevoz ali se povrnejo stroški v višini, ki jo določi zavod.

42. člen

Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov prehrane, če je zaradi uveljavljanja zdravstvenih storitev odsotna od doma več kot 12 ur.

Povračila za stroške prehrane in nastanitve v drugem kraju v državi se priznajo v višini, ki jo določi zavod.

Za otroka, starega do sedem let, znaša povračilo za stroške prehrane in nastanitve polovico zneska iz prejšnjega odstavka.
Če je zavarovana oseba napotena na zdravljenje v tujino, se povračilo za stroške prehrane in nastanitve zanjo odmeri v višini, ki jo določi zavod.

43. člen

Pravico do povračila potnih stroškov ima tudi spremljevalec zavarovane osebe, če tako odloči osebni zdravnik ali zdravniška komisija.
Za otroke do dopolnjenega 15. leta starosti in starejše težje ali težko duševno ter telesno prizadete otroke in mladostnike se šteje, da potrebujejo spremljevalca.
Če je spremljevalec zdravnik ali drug zdravstveni delavec, velja za povračilo potnih in drugih stroškov ureditev te pravice v zdravstvenem zavodu, v katerem dela zdravnik ali drug zdravstveni delavec. Plačilo teh potnih stroškov bremeni materialne stroške zdravstvenega zavoda.

44. člen

Zavarovana oseba, ki na svojo zahtevo uveljavlja pravico do zdravstvenih storitev mimo določb tega zakona in splošnih aktov zavoda, je upravičena do povračila potnih stroškov v obsegu, do katerega bi bila upravičena, če bi uveljavljala pravice v skladu s tem zakonom.

Način uveljavljanja povračila potnih stroškov določi zavod s splošnim aktom.

Pravica do zdravljenja v tujini

44.a člen

Zavarovana oseba ima pravico do pregleda, preiskave ali zdravljenja v tujini oziroma do povračila stroškov teh storitev, če so v Republiki Sloveniji izčrpane možnosti zdravljenja, s pregledom, preiskavo ali z zdravljenjem v tujini pa je utemeljeno pričakovati ozdravitev ali izboljšanje ali preprečitev nadaljnjega slabšanja zdravstvenega stanja.
Stroški zdravstvenih storitev iz prejšnjega odstavka se zavarovani osebi povrnejo v višini dejanskih stroškov teh storitev v državi, v kateri so bile uveljavljene.

44.b člen

Zavarovana oseba ima v skladu z določbami Uredbe (ES) št. 883/2004 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 29. aprila 2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti (UL L št. 166 z dne 30. 4. 2004, str. 1), zadnjič spremenjene z Uredbo Sveta (EU) št. 517/2013 z dne 13. maja 2013 o prilagoditvi nekaterih uredb ter odločb in sklepov na področjih prostega pretoka blaga, prostega gibanja oseb, prava družb, politike konkurence, kmetijstva, varnosti hrane, veterinarske in fitosanitarne politike, prometne politike, energetike, obdavčitve, statistike, vseevropskih omrežij, pravosodja in temeljnih pravic, pravice, svobode in varnosti, okolja, carinske unije, zunanjih odnosov, zunanje, varnostne in obrambne politike ter institucij zaradi pristopa Republike Hrvaške (UL L št. 158 z dne 10. 6. 2013, str. 1), in Uredbe (ES) št. 987/2009 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 16. septembra 2009 o določitvi podrobnih pravil za izvajanje Uredbe (ES) št. 883/2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti (UL L št. 284 z dne 30. 10. 2009, str. 1), zadnjič spremenjene z Uredbo Komisije (EU) št. 1224/2012 z dne 18. decembra 2012 o spremembi Uredbe (ES) št. 883/2004 Evropskega parlamenta in Sveta o koordinaciji sistemov socialne varnosti in Sveta o določitvi podrobnih pravil za izvajanje Uredbe (ES) št. 883/2004 (UL L št. 349 z dne 19. 12. 2012, str. 45), pravico do pregleda, preiskave ali zdravljenja v drugi državi članici Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora in Švicarske konfederacije, oziroma do povračila stroškov teh storitev, če ji je bila v Republiki Sloveniji pri vpisu v čakalni seznam določena čakalna doba, ki presega najdaljšo dopustno čakalno dobo, pa v Republiki Sloveniji ni drugega izvajalca, ki ne presega najdaljše dopustne čakalne dobe, oziroma če ta ni presežena, če ji je bila določena čakalna doba, ki presega razumen čas.

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

44.c člen

Zavarovana oseba ima v skladu z določbami Direktive 2011/24/EU pravico do povračila stroškov zdravstvenih storitev, ki so pravica iz obveznega zavarovanja v Republiki Sloveniji in ki jih uveljavi v drugi državi članici Evropske unije:

- na podlagi predhodno izdane napotnice izbranega osebnega zdravnika ali napotnega zdravnika v Republiki Sloveniji do bolnišničnih in specialistično ambulantnih zdravstvenih storitev, vključno v okviru teh storitev predpisanih zdravil in medicinskih pripomočkov, razen za specialistično ambulantne zdravstvene storitve, ki jih zavarovana oseba lahko uveljavi brez napotnice v javni zdravstveni mreži v Republiki Sloveniji,
- na podlagi predhodno predpisanega recepta ali naročilnice izbranega osebnega zdravnika ali napotnega zdravnika ali drugega zdravnika v Republiki Sloveniji, ki ga je za to pooblastil Zavod,
- na podlagi predhodno izdane odločbe Zavoda glede napotitve na zdraviliško zdravljenje, upravičenosti do medicinskega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe in pravice do zahtevnejšega medicinskega pripomočka,
- na podlagi predhodno izdane odločbe Zavoda o predhodni odobritvi.

Predhodna odobritev Zavoda iz četrte alineje prejšnjega odstavka je pogoj za uveljavljanje pravice do povračila stroškov naslednjih zdravstvenih storitev:

- bolnišničnih zdravstvenih storitev, ki vključujejo prenočitev zavarovane osebe,
- zdravstvenih storitev, ki zahtevajo uporabo visoko specializirane in drage medicinske infrastrukture ali medicinske opreme.

Ne glede na določbe prvega odstavka tega člena zavarovana oseba ni upravičena do povračila stroškov za:

- zdravstvene storitve v osnovni zdravstveni dejavnosti,
- zdravstvene storitve na področju dolgotrajne oskrbe, vključno z neakutno bolnišnično obravnavo ter zdravljenjem in nego v socialnovarstvenih zavodih,
- zdravstvene storitve na področju pridobivanja in presaditve delov človeškega telesa,
- zdravstvene storitve na področju presejalnih programov,
- sobivanje enega od staršev v zdravstvenem zavodu z bolnim otrokom do starosti otroka vključno pet let,
- medicinske pripomočke, ki so predmet izposoje zaradi potreb pri zdravljenju, negi in rehabilitaciji na domu,
- šolanega psa vodiča, do katerega je upravičena slepa oseba,
- potne stroške in spremstvo.

Predhodna odobritev se zavrne, če:

- je zdravstveno stanje storitev mogoče uveljaviti v okviru najdaljših dopustnih čakalnih dob pri vsaj enem izvajalcu zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji, glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe in na verjetni razvoj bolezni pa za zdravljenje ne bo presežene razumen čas;
- bo zavarovana oseba z zadostno gotovostjo izpostavljena tveganju za varnost, ki se ne more razumeti kot sprejemljivo, pri čemer se upoštevajo tudi morebitne prednosti, ki bi jih zdravstvena storitev, ki je predmet predhodne odobritve, za zavarovano osebo imela;
- bo širša javnost zaradi zdravstvene storitve, ki je predmet predhodne odobritve, z zadostno gotovostjo izpostavljena varnostnemu tveganju ali bo storitev zagotovil izvajalec zdravstvene dejavnosti, glede katerega obstajajo resni in konkretni pomisleki v zvezi s spoštovanjem standardov in smernic glede kakovosti, varnosti in nadzora nad izvajanjem zdravstvenih storitev.

Ministrstvo, pristojno za zdravje, seznanj javnost o nastopu okoliščin za zavrnitev predhodne odobritve iz tretje alineje prejšnjega odstavka na svojih spletnih straneh.

Stroški zdravstvene storitve iz prvega odstavka tega člena se zavarovani osebi povrnejo v višini povprečne cene teh storitev v Republiki Sloveniji, vendar ne več, kot znašajo dejanski stroški. Zavod povrne stroške posamezne zdravstvene

storitve v celoti oziroma v deležu glede na odstotke iz 2. do 6. točke prvega odstavka 23. člena tega zakona, razliko do njene polne vrednosti iz 23. člena tega zakona pa zavarovana oseba uveljavlja pri zavarovalnici, s katero ima sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje po tem zakonu. Ne glede na prejšnji stavek se po tem členu ne povrnejo stroški posamezne zdravstvene storitve iz druge alinee 2. točke prvega odstavka 23. člena tega zakona. Seznam zdravstvenih storitev iz druge alinee drugega odstavka tega člena določi minister, pristojen za zdravje.

44.d člen

Zavarovana oseba ima po zdravljenju v skladu s prejšnjim členom v Republiki Sloveniji zagotovljen enak dostop do pravic iz 23. člena tega zakona, kot če bi zdravljenje uveljavljala v Republiki Sloveniji.

44.e člen

Minister, pristojen za zdravje, lahko določi:

- omejitev dostopa do zdravstvenih storitev pacientom iz drugih držav članic Evropske unije v javni zdravstveni mreži v Republiki Sloveniji,
- omejitev povračila stroškov pri uveljavljanju pravice iz 44.c člena tega zakona, če bi izvajanje zdravljenja v tujini na podlagi 44.c člena tega zakona ali uveljavljanje zdravstvenih storitev pacientov iz drugih držav članic Evropske unije pomenilo poseg v prevladujoče razloge v splošnem interesu, kot so nezmožnost zagotavljanja zadostnega in stalnega dostopa do uravnoteženega obsega visokokakovostnega zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji ali preveliko porabo finančnih, tehničnih in človeških virov z vidika obvladovanja stroškov. Omejitev iz druge alinee prejšnjega odstavka ne velja, če je zavarovani osebi že bila izdana odločba Zavoda o predhodni odobritvi iz četrte alinee prvega odstavka 44.c člena tega zakona.

3. Viri sredstev

45. člen

Sredstva za obvezno zavarovanje se zagotavljajo s prispevki, ki jih plačujejo Zavodu zavarovanci, delodajalci in drugi s tem zakonom določeni zavezanci. Prispevki se plačujejo od osnov, določenih s tem zakonom, po proporcionalnih stopnjah.

46. člen

Za zavarovanje za primer bolezni in poškodbe izven dela se plačujejo:

1. prispevek za vse pravice;
2. prispevek za pravice do zdravstvenih storitev, povračila potnih stroškov;
3. prispevek za zdravstvene storitve in povračila potnih stroškov;
4. prispevek za nadomestila;
5. prispevek za pravice z omejitvami v skladu s petim odstavkom 23. člena tega zakona.

47. člen

Za zavarovanje za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni se plačuje:

1. prispevek za vse pravice;
2. prispevek za pravice do zdravstvenih storitev, povračila potnih stroškov;
3. prispevek za pravice z omejitvami v skladu s petim odstavkom 23. člena tega zakona.

48. člen

Prispevke za zavarovanje za primer bolezni in poškodbe izven dela plačujejo:

1. prispevek iz 1. točke 46. člena tega zakona:
 - zavarovanci iz 1., 2. in 3. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona in njihovi delodajalci,
 - zavarovanci iz 4., 5., 6. in 8. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona;
2. prispevek iz 2. točke 46. člena tega zakona:
 - zavarovanci in zavod za zaposlovanje za zavarovance iz 9. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
 - zavod pokojninskega in invalidskega zavarovanja za zavarovance iz 10. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
 - Republika Slovenija za zavarovance iz 15., 16., 19., 19.a in 23. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
 - zavarovanci iz 20. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
 - občine za zavarovance iz 24. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
 - zavarovanci in občine za zavarovance iz 25. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona;
3. prispevek iz 3. točke 46. člena tega zakona:
 - zavarovanci iz 7. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
 - zavarovanci iz 11., 12., 13. in 14. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
 - izplačevalec prejemkov za zavarovance iz 18. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
 - občine za zavarovance iz 21. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
 - Republika Slovenija za zavarovance iz 17. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona.
 - *Črtana skladno s 7. členom ZUJF (Uradni list RS, št. 40/12);*
4. prispevek iz 4. točke 46. člena tega zakona:
 - zavarovanci iz 7. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona, če so pokojninsko in invalidsko zavarovani;
5. prispevek iz 5. točke 46. člena tega zakona:
 - Republika Slovenija za zavarovance iz 22. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona.

49. člen

Prispevek za zavarovanje za poškodbo pri delu in poklicno bolezen plačujejo:

1. prispevek iz 1. točke 47. člena tega zakona:
 - delodajalci za zavarovance iz 1., 2. in 3. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
 - zavarovanci iz 5., 6. in 8. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
 - zavarovanci iz 7. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona, ki so pokojninsko in invalidsko zavarovani;
2. prispevek iz 2. točke 47. člena tega zakona:
 - Republika Slovenija za zavarovance iz 19. in 19.a točke prvega odstavka 15. člena tega zakona ter za zavarovance iz 9. in 11. točke 17. člena tega zakona,
 - občine za zavarovance iz 25. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
 - delodajalci pri katerih so zavarovanci iz 1. do 8. točke in iz 12. točke 17. člena tega zakona na usposabljanju oziroma delu,
 - zavarovanci iz 10. točke 17. člena tega zakona,
 - organizatorji del oziroma akcij za zavarovance iz 18. člena tega zakona,
3. prispevek iz 3. točke 47. člena tega zakona:
 - Republika Slovenija za zavarovance iz 22. točke 15. člena tega zakona.

50. člen

Prispevki za zavarovance iz 1., 2. in 3. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona se plačujejo od osnove za plačilo prispevkov, ki je enaka osnovi za plačilo prispevkov za obvezno pokojninsko in invalidsko zavarovanje.

Če se prispevek plačuje od najnižje osnove, je za zavarovance iz prejšnjega odstavka ne glede na prvo in drugo alineo 1. točke 11. člena Zakona o prispevkih za socialno varnost (Uradni list RS, št. 5/96, 18/96 – ZDavP, 34/96, 87/97, 3/98, 7/98 – odločba US, 106/99 – ZPIZ-1, 81/00 – ZPSV-C, 97/01 – ZSDP, 97/01, 40/12 – ZUJF, 96/12 – ZPIZ-2 in 56/13 – ZŠtip-1) zavezanec za plačilo prispevka zavarovanca zavarovanec za del prispevka, ki odpade na plačo ali nadomestilo plače, in delodajalec za del prispevka, ki odpade na razliko med najnižjo osnovo za plačilo prispevka in plačo ali nadomestilom plače delavca.

51. člen

Zavarovanci iz 4., 6. in 8. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona plačujejo prispevke od bruto osnove za pokojninsko in invalidsko zavarovanje po stopnji, določeni za zavarovance in po stopnji, določeni za delodajalce. Zavarovanci iz 5. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona plačujejo prispevke od bruto osnove za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, vendar ne od osnove, nižje od 60 odstotkov zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji, preračunane na mesec, po stopnji, določeni za zavarovance in po stopnji, določeni za delodajalce.

52. člen

Zavezanci iz 7. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona plačujejo prispevek od katastrskega dohodka kmetijskih in gozdnih zemljišč.

Zavarovanci iz 7. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona, ki so pokojninsko in invalidsko zavarovani, plačujejo prispevek od osnove za pokojninsko in invalidsko zavarovanje v skladu s prejšnjim členom.

53. člen

Prispevek za zavarovance iz 9. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona se plačuje od nadomestil oziroma denarnih pomoči.

Prispevek za zavarovance iz 10. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona se plačuje od pokojnin z varstvenim dodatkom in preživnin po predpisih o preživninskem varstvu kmetov.

Prispevek za zavarovance iz 11. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona se plačuje od zneska, ki ga prejemajo od tujega nosilca pokojninskega zavarovanja.

Prispevek za zavarovance iz 15. in 16. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona se plačuje od izplačanih prejemkov, razen dodatka za tujo pomoč in postrežbo.

Kot osnova za obračun prispevkov se denarne pomoči iz prvega odstavka ter prejemki iz drugega, tretjega in četrtega odstavka tega člena povečajo s koeficientom povprečne stopnje davka od osebnih prejemkov in povprečno stopnjo prispevkov za socialno varnost, ki se plačujejo iz plač, v skladu s posebnim zakonom, ki ureja davek od osebnih prejemkov.

54. člen

Prispevek za zavarovance iz 19. in 19.a točke prvega odstavka 15. člena tega zakona se plačuje od bruto osnove za pokojninsko in invalidsko zavarovanje.

Prispevek za zavarovance iz 20. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona se plačuje od osnove v višini 25 odstotkov zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji, preračunane na mesec.

Prispevek za zavarovance iz 22. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona se plačuje mesečno od osnove, ki je enaka povprečni bruto plači v Republiki Sloveniji, ki velja za mesec oktober predhodnega koledarskega leta.

Prispevek za zavarovance iz 23. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona se plačuje od osnove, kot je določena za prispevke po zakonu, ki ureja starševsko varstvo.

Prispevek za zavarovance iz 24. in 25. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona se plačuje mesečno od minimalne plače, ki velja za mesec, za katerega se plačuje prispevek.

55. člen

Skupščina zavoda predlaga Vladi Republike Slovenije stopnje prispevkov, določi pa jih Državni zbor Republike Slovenije na predlog Vlade Republike Slovenije z zakonom.

Do uveljavitve zakona iz prejšnjega odstavka, se plačujejo prispevki po stopnjah:

- za zavarovance iz 12., 13. in 14. točke prvega odstavka 15. člena zakona mesečno po stopnji 8,20 odstotka;
- za zavarovance iz 17., 18. in 21. točke prvega odstavka 15. člena zakona mesečno po stopnji 2 odstotka;
- za zavarovance iz 1., 2., 3., 4., 6., 7., 8., 9., 11. in 12. točke 17. člena ter 2., 4., 5., 6. in 7. točke 18. člena zakona po stopnji 0,30 odstotka;
- za zavarovance iz 5. in 10. točke 17. člena tega zakona po stopnji 0,53 odstotka;
- za zavarovance iz 1., 3., 8. in 9. točke 18. člena zakona enkrat na leto po stopnji 0,40 odstotka. Prispevek se plača do 15. marca v tekočem letu za tekoče koledarsko leto. Če nastopi obveznost zavarovanja po tem datumu, se prispevek plača najpozneje do 15. v mesecu, ko je obveznost nastala.

Do uveljavitve zakona iz prvega odstavka tega člena, ki bo določal stopnje prispevkov za obvezno zavarovanje za zavarovance iz 22. točke prvega odstavka 15. člena zakona, se plačuje prispevek iz 5. točke 46. člena zakona po stopnji 12,92 odstotka in prispevek iz 3. točke 47. člena zakona po stopnji 0,53 odstotka.

Za zavarovance iz 19.a, 23., 24. in 25. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona se plačujejo prispevki po stopnji 5,96 odstotka. Za zavarovance iz 19.a in 25. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona se za poškodbo pri delu in poklicno bolezen plačuje tudi prispevek po stopnji 0,18 odstotka.

55.a člen

Zavarovanci iz 15. člena in po njih zavarovani družinski člani iz 20. člena tega zakona plačujejo prispevek po stopnji 6,36 odstotka tudi:

- od dohodkov iz drugega pravnega razmerja, na podlagi katerega niso zavarovani na podlagi prvega odstavka 15. člena tega zakona, prejetih na podlagi opravljenega dela oziroma storitev, kadar se plačilo, prejet na podlagi tega

pravnega razmerja, na podlagi zakona, ki ureja dohodnino, šteje za dohodek in ni oproščen plačila dohodnine ali ni drug dohodek na podlagi zakona, ki ureja dohodnino,

– iz naslova dejavnosti, ki se opravlja kot postranski poklic.

Osnova za plačevanje prispevkov od dohodkov iz prve alinee prejšnjega odstavka je vsak posamezen prejet dohodek.

Osnova za plačevanje prispevkov iz naslova dejavnosti iz druge alinee prvega odstavka tega člena je 25 odstotkov povprečne bruto plače v Republiki Sloveniji za mesec oktober predhodnega koledarskega leta.

56. člen

Stopnje prispevka za poškodbo pri delu in poklicno bolezen so lahko različne za posamezne dejavnosti, odvisno od stopnje nevarnosti za nastanek poklicne bolezni in poškodbe pri delu.

Če izdatki za poškodbe pri delu in za poklicne bolezni pri zavezancu v posameznem letu presegajo povprečno višino na zavarovanca v dejavnosti, Zavod takemu zavezancu določi za naslednje obdobje do 50% višjo prispevno stopnjo v skladu z merili, ki jih določi s splošnim aktom.

Zvišano prispevno stopnjo iz prejšnjega odstavka lahko Zavod predpiše tudi zavezancu, za katerega inšpekcija ugotovi, da ne izpolnjuje obveznosti iz 9. člena tega zakona.

57. člen

Prispevek za zavarovance iz 12., 13., 14., 17., 18. in 21. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona se plačuje mesečno za obdobje koledarskega leta od osnove, ki je enaka povprečni bruto plači v Republiki Sloveniji za mesec oktober predhodnega koledarskega leta.

Prispevek za zavarovance iz 1., 2., 3., 4., 6., 7., 8., 9., 10., 11. in 12. točke 17. člena tega zakona ter 2., 4., 5., 6. in 7. točke 18. člena tega zakona se plačuje mesečno za obdobje koledarskega leta od osnove, ki je enaka povprečni bruto plači v Republiki Sloveniji za mesec oktober predhodnega koledarskega leta.

Osnova za plačilo prispevka za zavarovance iz 5. točke 17. člena tega zakona je vsako posamezno plačilo za opravljeno delo oziroma storitev, prejetu na podlagi drugega pravnega razmerja, ki se po zakonu, ki ureja dohodnino, šteje za dohodek in ni oproščen plačila dohodnine ali ni drug dohodek po zakonu, ki ureja dohodnino.

Prispevek za zavarovance iz 1., 3., 8. in 9. točke 18. člena tega zakona se plačuje enkrat na leto za obdobje koledarskega leta, ne glede na dolžino trajanja zavarovanja v tem letu, od osnove, ki je enaka povprečni bruto plači v Republiki Sloveniji za mesec oktober predhodnega koledarskega leta.

58. člen

Glede obračunavanja prispevkov, rokov za plačilo, izterjave prispevkov, vračila preveč plačanih prispevkov, zamudnih obresti, odpisa zaradi neizterljivosti, poročstva, zastaranja in kaznovanja, se smiselno uporabljajo določbe posebnega zakona, ki ureja plačevanje prispevkov.

59. člen

Pristojnost glede nadzora nad obračunavanjem in plačevanjem prispevkov ima Zavod. Ta lahko prenese pooblastila glede obračunavanja, nadzora plačevanja ter izterjave prispevkov na pristojno službo v skladu s posebnim zakonom. Pooblaščen služba mu je dolžna tekoče posredovati zahtevane podatke.

60. člen

Podjetjem, zavodom in drugim organizacijam za zaposlovanje invalidov, ki so zavezanci iz prvega odstavka 45. člena tega zakona in osebam iz 1. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona, ki so pri njih v delovnem razmerju, se vsi prispevki po tem zakonu obračunavajo in odvedejo na poseben račun in kot odstopljena sredstva uporabljajo za materialni razvoj teh podjetij oziroma organizacij v skladu z zakonom.

II. PROSTVOLJNO ZAVAROVANJE

61. člen

Prostovoljna zdravstvena zavarovanja krijejo zavarovancem stroške zdravstvenih in z njimi povezanih storitev, oskrbe z zdravili in medicinskimi pripomočki ter izplačila dogovorjenih denarnih nadomestil v primeru bolezni, poškodbe ali posebnega zdravstvenega stanja. Takšna zavarovanja smejo na območju Republike Slovenije izvajati zavarovalnice, ki izpolnjujejo predpisane pogoje po tem zakonu in po zakonu, ki ureja zavarovalništvo.

Prostovoljna zdravstvena zavarovanja se uvrščajo v zavarovalno vrsto zdravstveno zavarovanje in zavarovalno skupino premoženjska zavarovanja. Zavarovalnice iz prejšnjega odstavka lahko uvedejo naslednje tipe prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj:

1. dopolnilno zdravstveno zavarovanje (v nadaljnjem besedilu: dopolnilno zavarovanje), ki ob uresničevanju pravic do zdravstvenih storitev po postopkih in pogojih, kot so predpisani v obveznem zdravstvenem zavarovanju, krije razliko med vrednostjo zdravstvenih storitev v skladu s 23. členom tega zakona in deležem te vrednosti, ki ga v skladu z istim členom krije obvezno zdravstveno zavarovanje, oziroma del te razlike, ko se doplačilo nanaša na pravico do zdravlil z najvišjo priznano vrednostjo in medicinskih pripomočkov;

2. nadomestno zdravstveno zavarovanje, ki, največ v obsegu standarda obveznega zdravstvenega zavarovanja, krije stroške zdravstvenih in z njimi povezanih storitev ter oskrbe z zdravili in medicinskimi pripomočki osebam, ki po predpisih Republike Slovenije ne morejo biti obvezno zavarovane;

3. dodatno zdravstveno zavarovanje, ki krije stroške zdravstvenih in z njimi povezanih storitev ter oskrbe z zdravili in medicinskimi pripomočki in za izplačila denarnih prejemkov, ki niso sestavni del pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, in ni niti dopolnilno niti nadomestno zdravstveno zavarovanje;

4. vzporedno zdravstveno zavarovanje, ki krije stroške zdravstvenih in z njimi povezanih storitev ter oskrbe z zdravili in medicinskimi pripomočki, ki so sicer pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, a jih zavarovanci uveljavljajo po drugačnih postopkih in ob drugih pogojih, kot jih predpisuje obvezno zdravstveno zavarovanje.

Zavarovalnice iz prvega odstavka tega člena lahko uvedejo tudi kombinacije tipov prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, ki pa ne smejo vključevati dopolnilnega zavarovanja.

Kolikor v tem zakonu ni drugače določeno, se za opravljanje poslov prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj uporabljajo določbe zakona, ki ureja zavarovalništvo. Za razmerja iz pogodb prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj se uporabljajo določbe zakona, ki ureja obligacijska razmerja, kolikor v tem zakonu ni drugače določeno.

Zavarovalec je v prostovoljnih zdravstvenih zavarovanjih fizična ali pravna oseba, ki z zavarovalnico sklene zavarovalno pogodbo. Zavarovanec pa je fizična oseba, katere interes je zavarovan. Kadar zavarovalec in zavarovanec nista ista oseba, mora pogodba o prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju vsebovati tudi podpis zavarovanca.

1. Dopolnilno zavarovanje

62. člen

Dopolnilno zavarovanje predstavlja javni interes Republike Slovenije in se izvaja po načelih medgeneracijske vzajemnosti in vzajemnosti med spoloma med vsemi zavarovanci dopolnilnega zavarovanja. Skupaj z obveznim zdravstvenim zavarovanjem dopolnilno zavarovanje predstavlja del socialne varnosti zavarovanih oseb po tem zakonu.

Javni interes Republike Slovenije na področju dopolnilnega zavarovanja se uresničuje tako, da:

1. zaradi varovanja interesov zavarovancev država s tem zakonom zagotavlja enako obravnavo zavarovancev ne glede na starost, spol in zdravstveno stanje;
2. so se zavarovalnice, ki izvajajo dopolnilno zavarovanje, dolžne po določbah tega zakona vključiti v izravnalno shemo dopolnilnega zavarovanja;
3. morajo zavarovalnice voditi prihodke in odhodke dopolnilnega zavarovanja ločeno od drugih tipov prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj in drugih zavarovalnih vrst ter v okviru izkaza poslovnega izida iz zdravstvenih zavarovanj izdelati ločen izkaz poslovnega izida dopolnilnega zavarovanja;
4. *črtana skladno z 12. členom ZZVZZ-M (Uradni list RS, št. 91/13);*
5. veljajo za izračun minimalnega kapitala zavarovalnic, ki izvajajo dopolnilno zavarovanje, posebni pogoji iz 62.č člena tega zakona;
6. so zdravstveni in drugi zavodi, organizacije, ki opravljajo zdravstveno dejavnost, ter zasebni zdravstveni delavci, ki so vključeni v mrežo javne zdravstvene službe, dolžni poslovno sodelovati na področju dopolnilnega zavarovanja z vsemi zavarovalnicami, ki izvajajo takšno zavarovanje in jim v elektronskem zapisu zagotavljati podatke, potrebne za delovanje dopolnilnega zavarovanja iz šestega in sedmega odstavka 79.b člena tega zakona. Izvajalci zdravstvenih storitev ne smejo od zavarovancev, ki se izkaže za veljavnim dopolnilnim zavarovanjem, za opravljene storitve zahtevati doplačil. Zavarovalnice, ki izvajajo dopolnilno zavarovanje, morajo voditi računovodske evidence o stroških zdravstvenih storitev, zdravlilih in medicinskih pripomočkih za vsakega zavarovanca.

62.a člen

Črtan skladno z 12. členom ZUJF (Uradni list RS, št. 40/12).

62.b člen

Zavarovalnica, ki izvaja dopolnilno zavarovanje, mora:

1. sprejeti v to zavarovanje vse osebe, ki so obvezno zdravstveno zavarovane po tem zakonu in se želijo pri njej zavarovati, ter jih pri sprejemu v zavarovanje enako obravnavati;
 2. obravnavati vse zavarovance dopolnilnega zavarovanja enako, razen v primerih iz tretjega in četrtega odstavka tega člena;
 3. sklepati ta zavarovanja za najmanj eno leto, razen v primeru zavarovanja oseb, katerih status zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju je časovno omejen;
 4. vsakemu zavarovancu v času trajanja zavarovanja kriti razliko med vrednostjo zdravstvenih storitev v skladu s 23. členom tega zakona in deležem te vrednosti, ki ga v skladu s istim členom krije obvezno zdravstveno zavarovanje, oziroma del te razlike, ko se doplačilo nanaša na pravico do zdravlil z določeno najvišjo priznano vrednostjo in medicinskih pripomočkov;
 5. določiti čakalno dobo treh mesecev, razen za osebe, ki postanejo zavezane plačevati razliko med vrednostjo zdravstvenih storitev v skladu z 23. členom tega zakona in deležem te vrednosti, ki ga v skladu s istim členom krije obvezno zdravstveno zavarovanje in je od začetka te obveznosti potekel največ en mesec, kakor tudi v primerih sklenitve zavarovanja, ko je od prenehanja predhodnega zavarovanja potekel največ en mesec.
- Zavarovalna premija dopolnilnega zavarovanja mora biti enaka za vse zavarovance posamezne zavarovalnice, razen kadar ima zavarovalnica pri skupinskem načinu sklepanja in izvajanja zavarovanj ali v drugih primerih nižje administrativne stroške. V tem primeru lahko zavarovalnica odobri popust v višini največ tri odstotke od zavarovalne premije.

Ne glede na določbe prejšnjega odstavka so za zavarovane osebe, za katere se sklene dopolnilno zavarovanje po preteku enega leta od dne, ko postanejo zavezane plačevati razliko med vrednostjo zdravstvenih storitev v skladu s 23. členom tega zakona in deležem te vrednosti, ki ga v skladu s 23. členom tega zakona in deležem te vrednosti, ki ga v skladu s istim členom krije obvezno zdravstveno zavarovanje, premije za vsako polno nezavarovano leto tri odstotke višje. Za izračun števila polnih nezavarovanih let se upoštevajo vsi dnevi po 1. januarju 2006, ko je bila zavarovana oseba sicer zavezana plačevati razliko, a ni imela veljavnega dopolnilnega zavarovanja. Število polnih nezavarovanih let je celi del količnika, ki se izračuna tako, da se število dni iz prejšnjega stavka deli s številom 365,25. Skupno povišanje premije lahko znaša največ 80 odstotkov.

Osebam, ki jim je dopolnilno zavarovanje prenehalo, se ob ponovni vključitvi v dopolnilno zavarovanje premija poveča tako, kot to določa prejšnji odstavek.

Pri dopolnilnem zavarovanju zavarovalnice ne oblikujejo niti rezervacij za starost niti matematičnih rezervacij.

Zavod je dolžan zavarovanim osebam, ki to zahtevajo, brezplačno posredovati podatek o skupni dobi, ko so bile zavezane plačevati razliko med vrednostjo zdravstvenih storitev v skladu s 23. členom tega zakona in deležem te vrednosti, ki ga v skladu s istim členom krije obvezno zdravstveno zavarovanje.

Zavarovalnice so dolžne zavarovanim osebam, ki to zahtevajo, brezplačno posredovati podatek o dobi kritja po sklenjenih pogodbah o dopolnilnem zavarovanju.

Čakalna doba je čas, v katerem zavarovanec plačuje premijo, vendar pa zavarovalnica v tem obdobju ne krije razlike med celotno dogovorjeno ceno storitve in deležem te cene, ki jo po 23. členu tega zakona krije obvezno zdravstveno zavarovanje.

62.c člen

Zavarovalnica ne sme odpovedati pogodbe o dopolnilnem zavarovanju, razen v primeru neplačila premije.

Če zavarovanec ali druga zainteresirana oseba do zapadlosti ne plača premije po pogodbi o dopolnilnem zavarovanju, preneha obveznost zavarovalnice po 60 dneh od dneva, ko je bilo zavarovalcu oziroma zavarovancu vročeno priporočeno pismo zavarovalnice z obvestilom o zapadlosti premije. Za vročanje se uporabljajo pravila o osebnem vročanju iz zakona, ki ureja upravni postopek.

Zavarovalnica lahko po izteku roka iz prejšnjega odstavka razdre pogodbo o dopolnilnem zavarovanju brez odpovednega roka in izterja neplačane premije s pripadajočimi obrestmi. Razdrtje zavarovalne pogodbe in prenehanje zavarovalnega kritja nastopi z iztekom roka iz prejšnjega odstavka, če je bil zavarovalec oziroma zavarovanec v priporočenem pismu z obvestilom o zapadlosti premije in prenehanju zavarovalnega kritja iz prejšnjega odstavka o tem primerno obveščen.

Zavarovalec lahko poda odpoved od pogodbe o prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju po poteku enega leta od začetka veljavnosti zavarovanja, pred tem rokom pa v primerih prenehanja statusa zavarovane osebe v obveznem zavarovanju. Odpovedni rok za zavarovalca je tri mesece. Pod enakimi pogoji lahko svoje soglasje k zavarovalni pogodbi prekliče tudi zavarovanec.

62.č člen

Izračun minimalnega kapitala za dopolnilno zavarovanje se opravi na način, ki ga določa šesti odstavek 110. člena Zakona o zavarovalništvu (Uradni list RS, št. 102/04 – uradno prečiščeno besedilo). Pri tem se pri izračunu upoštevata tudi obveznosti in terjatve do drugih zavarovalnic iz naslova izravnalne sheme dopolnilnega zavarovanja na način, kot ga predpiše Agencija za zavarovalni nadzor.

2. Izravnalna shema dopolnilnega zavarovanja

62.d člen

Zavarovalnice, ki izvajajo dopolnilno zavarovanje, so vključene v izravnalno shemo dopolnilnega zavarovanja, s katero se med njimi izravnavajo razlike v stroških zdravstvenih storitev, ki izhajajo iz različnih struktur zavarovancev posameznih zavarovalnic glede na starost in spol. Stroški zdravstvenih storitev vključujejo zneske obračunskih škod iz naslova kritja dopolnilnega zavarovanja ter zneske obračunanih nadomestil za zagotavljanje podatkov iz 6. točke drugega odstavka 62. člena tega zakona. Višino teh nadomestil dogovorijo zavarovalnice z zdravstvenimi in drugimi zavodi, z organizacijami, ki opravljajo zdravstveno dejavnost ter zasebnimi zdravstvenimi delavci, ki so vključeni v mrežo javne zdravstvene službe, v obliki odstotka od zneskov kosmatih obračunanih škod. Če je mesečni znesek obračunanih škod iz naslova kritja dopolnilnega zavarovanja pri izvajalcu zdravstvenih storitev do 25.000,00 EUR, 1 odstotek, nad tem zneskom pa 0,75 odstotka.

Zavarovalnice, ki izvajajo dopolnilno zavarovanje, so udeležene pri izračunih zneskov za izravnavo in v izravnavi razlik. V izračune zneskov za izravnavo in v izravnavo razlik se niso dolžne vključiti zavarovalnice, ki začnejo izvajati dopolnilno zavarovanje, za dobo prvih dvanajst mesecev poslovanja na področju dopolnilnih zavarovanj.

62.e člen

Izhodiščni znesek za izravnavo se za zavarovalnico izračuna kot razlika med zneskom stroškov zdravstvenih storitev dopolnilnega zavarovanja te zavarovalnice in standardiziranim zneskom stroškov zdravstvenih storitev dopolnilnega zavarovanja te zavarovalnice. Če je prvi znesek stroškov manjši od drugega, je zavarovalnica plačnica v izravnavi, sicer je zavarovalnica prejemnica v izravnavi.

Znesek za izravnavo se za zavarovalnico izračuna tako, da se njen izhodiščni znesek za izravnavo ohrani oziroma sorazmerno zniža na način, da sta tako vsota zneskov za izravnavo plačnic kot tudi vsota zneskov za izravnavo prejemnic enaki manjši od vsote izhodiščnih zneskov za izravnavo prejemnic in vsote izhodiščnih zneskov za izravnavo plačnic.

Znesek stroškov zdravstvenih storitev dopolnilnega zavarovanja zavarovalnice je vsota zneskov stroškov zdravstvenih storitev zavarovalnice iz naslova kritja dopolnilnega zavarovanja, povečanih za znesek nadomestil za zagotavljanje podatkov iz prejšnjega člena. Upoštevajo se stroški zdravstvenih storitev, ki jih je zavarovalnica obračunala do vključno zadnjega dne meseca po zaključku obdobja izravnave.

Standardizirani znesek stroškov zdravstvenih storitev dopolnilnega zavarovanja zavarovalnice je vsota standardiziranih zneskov stroškov po starostnih razredih v zavarovalnici. Standardizirani znesek stroškov zdravstvenih storitev dopolnilnega zavarovanja starostnega razreda v zavarovalnici je enak zmnožku:

1. povprečnega zneska stroškov zdravstvenih storitev na zavarovanca pri zavarovalnici v tem starostnem razredu oziroma kadar starostni razred v zavarovalnici obsega manj kot 2.000 oseb, povprečnega zneska stroškov zdravstvenih storitev na zavarovanca pri vseh zavarovalnicah v tem starostnem razredu;
2. števila zavarovancev dopolnilnega zavarovanja tega starostnega razreda v vseh zavarovalnicah, ki izvajajo dopolnilno zavarovanje in so udeležene pri izračunih zneskov za izravnavo, in
3. količnika števila zavarovancev dopolnilnega zavarovanja v zavarovalnici in števila vseh zavarovancev dopolnilnega zavarovanja v vseh zavarovalnicah, ki izvajajo dopolnilno zavarovanje in so udeležene pri izračunih zneskov za izravnavo.

Povprečni znesek stroškov zdravstvenih storitev na zavarovanca pri zavarovalnici v starostnem razredu iz 1. točke prejšnjega odstavka se določi tako, da se vsota vseh zneskov stroškov zdravstvenih storitev pri zavarovalnici v starostnem razredu deli s številom zavarovancev pri zavarovalnici v istem starostnem razredu.

Število zavarovancev dopolnilnega zavarovanja v zavarovalnici je povprečje števila zavarovancev na prvi dan vsakega meseca v obdobju izravnave, za katere zavarovalnica na ta dan nosi obveznost plačila stroškov zdravstvenih storitev iz naslova dopolnilnega zavarovanja.

Starostni razredi po spolu in starosti se začno, ločeno za moške in ženske, pri starosti 15 let, in si sledijo v razponu po deset let do starosti 75 let. Zadnja starostna razreda, ločena po spolu in starosti, predstavljajo zavarovanci stari 75 in več let. Zavarovanci, ki še niso dosegli starosti 15 let, spadajo v prva starostna razreda.

Starost zavarovanca dopolnilnega zavarovanja se šteje kot starost, dosežena v koledarskem letu.

Obdobje izravnave je obdobje treh zaporednih koledarskih mesecev. Prvo obdobje izravnave v koledarskem letu se začne s prvim dnevom koledarskega leta.

62.f člen

Zavarovalnica plačnica je dolžna plačati znesek za izravnavo zavarovalnicam prejemnicam.

O izravnavi odloča ministrstvo, pristojno za zdravje. Če s tem zakonom ni drugače določeno, se za postopek odločanja ministrstva, pristojnega za zdravje, uporabljajo določbe zakona, ki ureja splošni upravni postopek.

Izravnavne razlik se opravijo za vsako obdobje izravnave. Za izračun izravnav razlik v stroških zdravstvenih storitev med zavarovalnicami so te dolžne najpozneje v 20 dneh po zaključku meseca, ki sledi posameznemu obdobju izravnave, ministrstvu, pristojnemu za zdravje, posredovati poročila o izvajanju dopolnilnega zavarovanja v preteklem obdobju izravnave.

Ministrstvo, pristojno za zdravje, mora po prejemu poročil iz prejšnjega odstavka v 8 dneh ta poročila dostaviti vsaki zavarovalnici. Zavarovalnica se lahko v 8 dneh od dneva prejema poročil izjavi o teh poročilih. Zavarovalnice dajejo svoje izjave pisno. Če se zavarovalnica v izjavi sklicuje na listinske dokaze, mora te dokaze izjavi priložiti. Če zavarovalnica izjavi ne priloži listinskih dokazov, ministrstvo, pristojno za zdravje, pri odločanju upošteva zgolj tiste dokaze, ki so izjavi priloženi.

Ministrstvo, pristojno za zdravje, o izravnavi odloči brez naroka z odločbo o izravnavi najpozneje v 15 dneh po poteku rokov iz prejšnjega odstavka. V odločbi ministrstvo, pristojno za zdravje, navede katere zavarovalnice so plačnice in katere prejemnice iz izravnalne sheme ter zneske, ki jih morajo zavarovalnice plačnice nakazati na račune zavarovalnic prejemnic. Računi zavarovalnic morajo biti navedeni v odločbi.

Zavarovalnica plačnica mora znesek za izravnavo plačati v 8 dneh od prejema odločbe o izravnavi. V primeru zamude s plačilom je dolžna plačati zakonite zamudne obresti v skladu z Zakonom o predpisani obrestni meri zamudnih obresti (Uradni list RS, št. 56/03).

Za čas od poteka obdobja za izravnavo do izdaje odločbe o izravnavi tečejo obresti v višini EURIBOR letne obrestne mere, povečane za 2 odstotni točki. O obveznosti plačila obresti odloči ministrstvo, pristojno za zdravje, z odločbo o izravnavi.

Ne glede na peti odstavek tega člena lahko ministrstvo, pristojno za zdravje, razpiše ustno obravnavo, če presodi, da je to potrebno za razjasnitev ali ugotovitev odločilnih dejstev. V tem primeru lahko zavarovalnice dajejo svoje izjave tudi ustno na obravnavi.

Zavarovalnica države članice Evropske unije, ki deluje v okviru Evropske unije in je v skladu z zakonom o zavarovalništvu pooblaščenca opravljati zavarovalne posle na območju Republike Slovenije bodisi preko podružnice ali neposredno, je dolžna za čas opravljanja poslov dopolnilnega zavarovanja imenovati pooblaščenca za vročitve odločb ministrstva, pristojnega za zdravje. Zavarovalnica je dolžna podatke o pooblaščenca za vročitve sporočiti ministrstvu, pristojnemu za zdravje. V času, ko zavarovalnica nima pooblaščenca za vročitve ali njegovi podatki niso bili sporočeni ministrstvu, pristojnemu za zdravje, se odločbe vročajo z objavo na oglasni deski ministrstva, pristojnega za zdravje.

Podrobnejša navodila o vsebini poročila določi minister, pristojen za zdravje.

Podrobnejša navodila za računovodsko spremljanje in izkazovanje poslovnih dogodkov v zvezi z izvajanjem izravnave določi Agencija za zavarovalni nadzor.

62.g člen

Zoper odločbo ministrstva, pristojnega za zdravje, iz prejšnjega člena, ni dovoljena pritožba, temveč je dovoljen upravni spor.

Postopek v upravnem sporu iz prejšnjega odstavka je nujen in prednosten.

Če v postopku sodnega varstva pride do odprave ali spremembe odločbe ministrstva, pristojnega za zdravje, je zavarovalnica, ki je v okviru izravnave prejela znesek, v 8 dneh od dneva prejema nove odločbe ali pravnomočne sodne odločbe dolžna vrniti prejeto znesek izravnave, za katerega prejem ne obstaja več podlaga. Od dneva prejema preveč plačanega zneska pa do dneva vročitve nove odločbe ministrstva, pristojnega za zdravje, ali pravnomočne sodne odločbe tečejo na znesek iz prejšnjega stavka obresti v višini povprečne ponderirane obrestne mere na medbančnem trgu denarnih sredstev na dan izdaje odločbe, osem dni od dneva vročitve nove odločbe ministrstva, pristojnega za zdravje, ali pravnomočne sodne odločbe do dneva plačila pa na ta znesek tečejo zakonite zamudne obresti.

62.h člen

Izravnavna razlik v stroških zdravstvenih storitev se ne opravi za obdobja izravnave, ko je seštevek zneskov za izravnavo, ki jih morajo plačati zavarovalnice plačnice, manjši od enega in pol odstotka zneskov kosmatih obračunanih škod, povečanih za znesek nadomestil za zagotavljanje podatkov iz 6. točke drugega odstavka 62. člena tega zakona. Ministrstvo, pristojno za zdravje, z odločbo ugotovi, da se izravnavna ne opravi. Če se v posameznem obračunskem obdobju izravnavna ne opravi, se znesek za izravnavo prenese v naslednje obračunsko obdobje, v katerem se prišteje k seštevku iz predprejšnjega stavka in se upošteva pri izravnavi.

62.i člen

Agencija za zavarovalni nadzor tekoče obvešča ministrstvo, pristojno za zdravje, o vseh ugotovitvah, morebitnih kršitvah in ukrepih za odpravo kršitev, ter drugih okoliščinah in podatkih, ki jih pri izvajanju nadzora po zakonu o

zavarovalništvu, ugotovi ali odredi v zavarovalnicah, ki izvajajo dopolnilno zavarovanje, in so v zvezi z dopolnilnim zavarovanjem.

Zavarovalnice, ki izvajajo dopolnilno zavarovanje, morajo zbirati in hraniti vse podatke o izvajanju dopolnilnega zavarovanja za najmanj deset let. Na zahtevo Agencije za zavarovalni nadzor morajo posredovati podatke, ki omogočajo kontrolo posredovanih predpisanih poročil iz 62.f člena tega zakona.

Zavod mora na zahtevo Agencije za zavarovalni nadzor omogočiti vpogled v podatke, ki skupaj s podatki iz četrtega odstavka tega člena omogočajo kontrolo izračuna zneska za izravnavo.

3. Pogoji za preoblikovanje vzajemne družbe

62.j člen

Pogoje za morebitno preoblikovanje družbe za vzajemno zavarovanje, ki je bila ustanovljena po določbah Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 29/98), v delniško družbo se uredi z zakonom.

Z zakonom iz prejšnjega odstavka se določijo kriteriji, pogoji in postopek morebitnega preoblikovanja družbe za vzajemno zavarovanje iz prejšnjega odstavka v delniško družbo, opredelijo pravice zavarovancev, ki so bili člani družbe na zadnji dan pred začetkom veljavnosti Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 76/05), zagotovijo enake pravice zavarovancem, ki na isti dan niso imeli članskih pravic, ter določijo pravice ustanovitelja družbe za vzajemno zavarovanje.

Zaradi varovanja javnega interesa in interesa zavarovancev zakon iz prvega odstavka tega člena določi tudi pravice zavarovancev, ki želijo nadaljevati dopolnilno zdravstveno zavarovanje v vzajemni družbi.

III. UREJANJE ODNOSOV MED ZAVODOM ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE SLOVENIJE IN ZDRAVSTVENIMI ZAVODI TER ZASEBNIMI ZDRAVSTVENIMI DELAVCI

63. člen

Zavod, pristojne zbornice, združenja zdravstvenih zavodov in drugih zavodov ter organizacij, ki opravljajo zdravstveno dejavnost, ter ministrstvo, pristojno za zdravstvo, se za vsako leto dogovorijo o programu storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, opredelijo zmogljivosti, potrebne za njegovo izvajanje in določijo obseg sredstev. Na tej osnovi določijo izhodišča za izvajanje programov in za oblikovanje cen programov oziroma storitev ter druge podlage za sklepanje pogodb z zdravstvenimi zavodi, drugimi zavodi in organizacijami, ki opravljajo zdravstveno dejavnost ter zasebnimi zdravstvenimi delavci.

Če izhodišča iz prejšnjega odstavka niso sprejeta do konca decembra za naslednje leto, odloči o njih najpozneje v enem mesecu arbitražna, ki jo sestavlja enako število predstavnikov Zavoda, predstavnikov pristojnih zbornic in združenj zdravstvenih zavodov ter predstavnikov ministrstva, pristojnega za zdravstvo. Če v okviru arbitraže ni mogoče doseči sporazuma, odloči o spornih vprašanjih Vlada Republike Slovenije.

63.a člen

Zavod in združenja dobaviteljev medicinskih pripomočkov, ki so pravica iz obveznega zavarovanja, uredijo medsebojne pravice pri preskrbi zavarovanih oseb z medicinskimi pripomočki s sklenitvijo posebnega dogovora. V dogovoru opredelijo podrobnejše pogoje za opravljanje dejavnosti izdaje in izposoje medicinskih pripomočkov, način obračunavanja, plačila, roke in druge parametre, pomembne za določitev medsebojnih pravic in obveznosti.

Dogovor iz prejšnjega odstavka se sklene za obdobje enega leta. Če se po izteku veljavnosti dogovora ne sklene nov dogovor, lahko Zavod do sklenitve novega dogovora prevzema obveznosti za medicinske pripomočke, ki so pravica iz obveznega zavarovanja, do višine cenovnih standardov, ki jih določi Zavod v podzakonskem aktu iz drugega odstavka 64. člena tega zakona.

O spornih vprašanjih, glede katerih med Zavodom in združenji dobaviteljev medicinskih pripomočkov ni dosežen dogovor, odloča arbitražna. Zavod in združenja dobaviteljev medicinskih pripomočkov v arbitražo imenujeta po tri arbitre, predsednika arbitraže pa imenujeta sporazumno. Zavod in združenja dobaviteljev medicinskih pripomočkov imenujejo člane arbitraže in posredujejo sporna vprašanja najpozneje v roku 14 dni od prejema predloga čistopisa dogovora oziroma njegove spremembe. Če v tem roku člani arbitraže niso imenovani, jih imenuje minister, pristojen za zdravje, v roku 15 dni od poziva Zavoda ali združenj dobaviteljev medicinskih pripomočkov.

Dobavitelj medicinskih pripomočkov, ki ni bil izbran na podlagi izvedenega razpisa iz 64. člena tega zakona, lahko zahteva, da o njegovi izbiri odloči arbitražna. Glede imenovanja arbitraže se uporablja prejšnji odstavek, pri čemer rok za imenovanje arbitrov začne teči z dnem, ko združenja dobaviteljev medicinskih pripomočkov prejmejo poziv Zavoda.

Sporna vprašanja pri sklepanju pogodb z dobavitelji medicinskih pripomočkov se rešujejo v skladu s 67. členom tega zakona. Če pogodbeni stranki ne imenujeta članov arbitraže iz tretjega odstavka 67. člena tega zakona v roku 14 dni od predložitve spornih vprašanj, jih v nadaljnjem roku 15 dni od poziva ene od strank imenuje minister, pristojen za zdravje.

64. člen

Na podlagi izhodišč iz 63. in 63.a člena tega zakona Zavod vsako leto objavi razpis programov in storitev za sklepanje pogodb z zdravstvenimi in drugimi zavodi, zasebnimi zdravstvenimi delavci in drugimi pravnimi in fizičnimi osebami, ki opravljajo zdravstveno dejavnost na podlagi koncesije ter dobavitelji medicinskih in tehničnih pripomočkov.

Pri ureditvi medsebojnih pravic in obveznosti z dobavitelji medicinskih pripomočkov se upoštevajo cenovni standardi, ki jih za posamezne vrste medicinskih pripomočkov določi Zavod, oziroma cene, ki jih za posamezne pripomočke dogovori Zavod. Izhodišča za cenovne standarde in za cene določi Zavod v soglasju z ministrom, pristojnim za zdravje.

65. člen

Zavod sklepa pogodbe z zdravstvenimi zavodi in drugimi zavodi ter organizacijami, ki opravljajo zdravstveno dejavnost, in z zasebnimi zdravstvenimi delavci na podlagi njihovih ponudb za uresničevanje programov in storitev, ki jih zbere na podlagi razpisa. Zdravstveni zavod oziroma drug zavod ali organizacija, ki opravlja zdravstveno dejavnost, oziroma zasebni zdravstveni delavec, ki ni bil izbran, lahko zahteva, da o izbiri odloči arbitražna iz drugega odstavka 63. člena tega zakona.

Pogodbe določajo vrste, obseg in kakovost ter roke za uresničevanje programa oziroma zdravstvenih storitev na podlagi strokovnih standardov za posamezni zavod oziroma organizacijo v celoti ali po dejavnostih oziroma za zasebnega zdravstvenega delavca.

V pogodbi se določijo cene programov oziroma storitev, način obračunavanja in plačevanja ter nadzor nad uresničevanjem pogodbe kakor tudi druge medsebojne pravice in obveznosti pogodbenih strank.

Pri določanju roka plačil zdravstvenim zavodom in zasebnim zdravstvenim delavcem ter višine zamudnih obresti se uporabljajo določbe zakona o obligacijskih razmerjih.

66. člen

Pri elementih za oblikovanje cene programov oziroma storitev se upoštevajo:

- plače in drugi prejemki v skladu s predpisi, kolektivnimi pogodbami in drugimi splošnimi akti,
- materialni stroški,
- amortizacija, predpisana z zakonom,
- druge zakonske obveznosti.

67. člen

Pogodbe se sklenejo najkasneje do 31. marca za tekoče leto.

Če pogodba ni sklenjena v roku iz prejšnjega odstavka, se predloži sporno vprašanje arbitraži.
V arbitražo vsaka pogodbeni stranka imenuje po dva predstavnika. Predsednika arbitraže določita sporazumno pogodbeni stranki.
Arbitraža odloči o spornem vprašanju najpozneje v enem mesecu.

68. člen

Pogodbe se sklepajo za naprej. Do sklenitve pogodbe veljajo obveznosti iz prejšnje pogodbe.
Pogodba, sklenjena na podlagi odločitve arbitraže, velja za naprej, če arbitraža ne odloči drugače.

IV. ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE SLOVENIJE

69. člen

Izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja je javna služba, ki jo opravlja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije kot javni zavod.
Sedež zavoda je v Ljubljani.
Zavod se organizira tako, da je služba dostopna zavarovanim osebam na posameznih območjih.
Zavod oblikuje organizacijske enote za posamezna področja dejavnosti in za posamezna območja.

70. člen

Dejavnost Zavoda upravlja skupščina.
Skupščina opravlja naslednje naloge:
– sprejema statut Zavoda,
– sprejema splošne akte za uresničevanje zdravstvenega zavarovanja,
– določa finančni načrt in sprejema zaključni račun Zavoda,
– opravlja druge naloge, ki jih določata ta zakon in statut Zavoda.
Vlada Republike Slovenije daje soglasje k statutu, finančnemu načrtu in zaključnemu računu zavoda.

71. člen

Skupščino sestavlja 45 članov, od tega 20 predstavnikov delodajalcev, organiziranih v zbornicah in v drugih splošnih združenjih, in 25 predstavnikov zavarovancev.
Predstavniki zavarovancev se izberejo tako, da so ustrezno zastopani po spolu, aktivni zavarovanci, upokojnenci in invalidi ter posamezna območja.
Skupščina izvoli predsednika in njegovega namestnika.
Mandat članov skupščine traja 4 leta.
Volitve predstavnikov delodajalcev in predstavnikov zavarovancev za člane skupščine ureja statut Zavoda.

72. člen

Skupščina veljavno odloča, če je na seji navzočih več kot polovica predstavnikov delodajalcev in več kot polovica predstavnikov zavarovancev.
Statut, splošne akte za uresničevanje zdravstvenega zavarovanja, predlog prispevnih stopenj, finančni načrt in zaključni račun sprejema skupščina z večino glasov vseh predstavnikov delodajalcev in vseh predstavnikov zavarovancev.
O drugih vprašanih odloča skupščina z večino glasov navzočih članov.

73. člen

Izvršilni organ skupščine je upravni odbor, ki ga sestavlja 11 članov.
Predsednika in člane upravnega odbora imenuje skupščina Zavoda, tako da so v njem ustrezno zastopani predstavniki delodajalcev in predstavniki aktivnih zavarovancev, upokojnencev in invalidov. Dva člana upravnega odbora imenuje skupščina na predlog delavcev Zavoda.
Pristojnosti upravnega odbora se določijo s statutom.

74. člen

Poslovodni organ Zavoda je direktor, ki mora imeti visoko strokovno izobrazbo in najmanj 5 let delovnih izkušenj.
Direktorja imenuje skupščina Zavoda v soglasju s Skupščino Republike Slovenije.

75. člen

S statutom Zavoda se lahko določijo tudi drugi organi za posamezna področja dejavnosti Zavoda in za posamezna območja ter njihove pristojnosti.
Po območjih se lahko ustanovijo območni sveti, ki jih sestavljajo predstavniki delodajalcev in predstavniki zavarovancev. Ti sveti obravnavajo vprašanja iz pristojnosti skupščine in njenih organov ter jim dajejo predloge in pobude za urejanje vprašanj zdravstvenega zavarovanja in sklepanja pogodb z zdravstvenimi zavodi ter drugimi zavodi in organizacijami, ki opravljajo zdravstveno dejavnost in z zasebnimi zdravstvenimi delavci. Sveti tudi imenujejo predstavnike zavarovancev v organe upravljanja zdravstvenih zavodov na svojem območju.

76. člen

S statutom Zavoda se opredelijo tudi strokovne naloge Zavoda, ki obsegajo: izvajanje obveznega zavarovanja, sklepanje pogodb z zdravstvenimi in drugimi zavodi ter organizacijami, ki opravljajo zdravstveno dejavnost, oziroma z zasebnimi zdravstvenimi delavci, izvajanje mednarodnih pogodb o zdravstvenem zavarovanju, finančno poslovanje, opravljanje drugih strokovnih, nadzornih in administrativnih nalog ter dajanje pravne in druge strokovne pomoči zavarovanim osebam.

Zavod vodi baze podatkov in evidence s področja zdravstvenega zavarovanja in uporablja evidence s področja zdravstvenega varstva v skladu s posebnim zakonom.
Upravljalci zbirke osebnih in drugih podatkov, ki razpolagajo s podatki, ki se nanašajo na uresničevanje zdravstvenega zavarovanja, so dolžni zavodu na njegovo obrazloženo zahtevo brezplačno posredovati zahtevane podatke, potrebne za povrnitev škode in za nadzor nad uresničevanjem pravic in obveznosti iz tega zavarovanja.

77. člen

Zavod izvaja nadzor nad izpolnjevanjem pogodb z izvajalci zdravstvenih storitev, nadzor nad izdajanjem in zaračunavanjem zdravil in medicinskih pripomočkov ter nad načini in postopki uresničevanja zdravstvenega zavarovanja v skladu s tem zakonom in statutom Zavoda.

Če pooblaščenhi nadzorni zdravniki ali farmacevti Zavoda pri nadzorih iz prejšnjega odstavka ugotovijo strokovne ali druge napake pri delu izvajalcev zdravstvenih storitev ali nezakonitosti dela, mora Zavod o nepravilnostih v 15 dneh obvestiti ministrstvo, pristojno za zdravje, oziroma v primeru strokovnih napak pristojno zbornico.

Pri izvajanju nadzora nad uresničevanjem pogodb iz prvega odstavka tega člena se ne uporabljajo določbe zakona, ki ureja splošni upravni postopek.

77.a člen

Nadzor nad zakonitostjo delovanja Zavoda in namembnostjo rabe sredstev za financiranje zdravstvenih programov in storitev izvaja minister, pristojen za zdravje.

Če se pri nadzoru ugotovijo nepravilnosti, minister, pristojen za zdravje, določi ukrepe in roke za njihovo odpravo.

Nacionalna kontaktna točka za čezmejno zdravstveno varstvo**77.b člen**

Zavod opravlja naloge Nacionalne kontaktne točke za čezmejno zdravstveno varstvo (v nadaljnjem besedilu: NKT) iz 6. člena Direktive 2011/24/EU, ki zagotavlja pacientom naslednje informacije in jih objavi na svojih spletnih straneh:

- o izvajalcih zdravstvene dejavnosti,
- o dovoljenju za opravljanje zdravstvene dejavnosti,
- o standardih in smernicah glede kakovosti in varnosti, ki jih morajo izvajalci zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji izpolnjevati in kateri izvajalci zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji jih izpolnjujejo,
- o nadzoru in oceni izvajalcev zdravstvene dejavnosti,
- o dostopnosti bolnišnic za invalidne osebe,
- o pravicah pacientov v skladu z zakonom, ki ureja pacientove pravice,
- o pritožbenih postopkih v primeru kršitev pravic pacientov v skladu z zakonom, ki ureja pacientove pravice,
- o razpoložljivih pravnih sredstvih za ugotavljanje kazenske in odškodninske odgovornosti,
- o kontaktnih podatkih NKT drugih držav članic Evropske unije.

NKT zagotovi tudi informacije o pravici do zdravljenja v tujini na podlagi 44.a, 44.b in 44.c člena tega zakona, zlasti informacije o:

- obsegu povračila stroškov zdravljenja in
- pravicah in postopku uveljavljanja pravic do zdravljenja.

Informacije iz prejšnjega odstavka morajo jasno razmejiti pravico do zdravljenja v tujini na podlagi 44.a, 44.b ali 44.c člena zakona.

NKT se:

- posvetuje z organizacijami pacientov, izvajalci zdravstvene dejavnosti in nosilci zdravstvenega zavarovanja,
- sodeluje z NKT drugih držav članic Evropske unije in Evropsko komisijo,
- izmenjuje informacije iz prvega odstavka tega člena z NKT drugih držav članic Evropske unije.

Informacije iz prvega odstavka tega člena, s katerimi Zavod ne razpolaga, posredujejo Zavodu zavezanci, ki te informacije obdelujejo na podlagi zakonov ali drugih predpisov.

77.c člen

Izvajalci zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji zagotavljajo pacientom naslednje informacije o:

- možnosti zdravljenja, ki ga zagotavljajo,
- čakalnih dobah za posamezno zdravstveno storitev ter zagotovljeni kakovosti in varnosti zdravstvene dejavnosti,
- cenah zdravstvenih storitev, ki jih zagotavljajo, in pravici do predložitve računa za opravljeno zdravstveno storitev,
- obsegu povračila stroškov zdravljenja na podlagi 44.b in 44.c člena tega zakona,
- pravicah in postopku uveljavljanja pravic do zdravljenja na podlagi 44.b in 44.c člena tega zakona,
- zavarovanju poklicne odgovornosti zdravstvenih delavcev,
- dovoljenju za opravljanje zdravstvene dejavnosti.

Izvajalci zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji do 15. januarja za preteklo koledarsko leto ministrstvu, pristojnemu za zdravje, sporočijo podatke o uveljavljanju zdravstvenih storitev pacientov iz drugih držav članic Evropske unije.

V. UVELJAVLJANJE PRAVIC IZ ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA**78. člen**

Pravice iz zdravstvenega zavarovanja po tem zakonu lahko uveljavi oseba, ki ji je priznana lastnost zavarovane osebe.

Lastnost zavarovane osebe ugotavlja pristojna služba Zavoda na podlagi prijave v zavarovanje (*Opomba: Določba drugega odstavka 78. člena se v delu, ki se nanaša na rok za vložitev prijave v obvezno zdravstveno zavarovanje za osebe v delovnem razmerju preneha uporabljati z uveljavitvijo ZMEPIZ-1 (UL RS, št. 111/13) – tj. od 01.01.2014 naprej.*)

Lastnost zavarovane osebe se dokazuje s kartico zdravstvenega zavarovanja, ki je javna listina in jo izda Zavod. S kartico zdravstvenega zavarovanja se dostopa do podatkov, ki so potrebni za uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja, če tako določa posebni zakon, pa tudi do drugih podatkov.

Zavod določi način prijave v zavarovanje in listine, potrebne pri uresničevanju zdravstvenega zavarovanja.

Za dokazovanje lastnosti zavarovane osebe se lahko uporablja tudi osebna izkaznica, če njena uporaba omogoča dostop do podatkov iz prejšnjega odstavka na enak način kot kartica zdravstvenega zavarovanja.

S splošnim aktom Zavoda se določijo vsebina in oblika kartice zdravstvenega zavarovanja, način dostopa do podatkov in pooblastila za njihovo branje in zapisovanje. Določbe o načinu dostopa do podatkov in pooblastilih za njihovo branje ter zapisovanje se uporabljajo tudi za osebno izkaznico v primeru iz prejšnjega odstavka.

78.a člen

Zavarovancem iz 4., 5., 6., 7., 8., 11., 12., 13., 14. in 20. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona ter njihovim družinskim članom se v času, ko nimajo poravnanih obveznosti plačevanja prispevkov, zadržijo njihove pravice do zdravstvenih storitev in denarnih dajatev iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja. Do takrat lahko uveljavljajo na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja le nujno zdravljenje.

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

79. člen

Delodajalci, pravne in fizične osebe, zdravstveni in drugi zavodi ter organizacije oziroma zasebni zdravstveni delavci, ki opravljajo zdravstveno dejavnost, policija ter drugi državni organi, ki na podlagi zakona in v okviru svoje dejavnosti zbirajo različne podatke, ki se nanašajo na zdravstveno zavarovanje, so za namene izvajanja postopkov za povračilo škode, dolžni podatke o primerih povzročenih bolezni, poškodb ali smrti zavarovancev brezplačno posredovati Zavodu. Enako dolžnost imajo tudi vse zavarovalnice za primere poškodb zavarovancev v cestnem prometu za udeležence, s katerimi imajo sklenjeno avtomobilsko zavarovanje, ali za primere, ko so jih le-ti povzročili in jim je zavarovalnica izplačala odškodnino.

79.a člen

Zavod ima pravico iz centralnega registra prebivalstva brezplačno dobiti naslednje podatke o zavarovanih osebah obveznega zdravstvenega zavarovanja:

- enotna matična številka občana (v nadaljnjem besedilu: EMŠO),
- kraj rojstva,
- osebno ime,
- državljanstvo,
- stalno oziroma začasno prebivališče,
- dovoljenje za stalno ali začasno prebivanje,
- zakonski stan ali zunajzakonska skupnost,
- šolska izobrazba,
- EMŠO matere,
- EMŠO očeta,
- EMŠO zakonca,
- EMŠO otrok,
- davčno številko.

79.b člen

Zbirke podatkov na področju zdravstvenega zavarovanja so:

- evidenca o zavarovanih osebah obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- evidenca o zavezancih za prispevek,
- evidenca o izvajalcih zdravstvene dejavnosti,
- evidenca o zavarovanih osebah, ki so upravičene do plačila razlike do polne vrednosti.

O zavarovanih osebah se v evidencah vodijo naslednji podatki:

- osebno ime,
- identifikacijska številka (ZZZS številka),
- številka kartice zdravstvenega zavarovanja,
- EMŠO,
- stalno oziroma začasno prebivališče,
- dovoljenje za stalno ali začasno prebivanje,
- datum smrti,
- državljanstvo,
- poklic, ki ga opravlja,
- številka delovnega dovoljenja in datum poteka veljave delovnega dovoljenja,
- podatki o zavarovanju,
- IP številka,
- kategorija invalidnosti (I, II, III),
- podatki o družinskem članu (osebno ime, EMŠO, naslov, zavarovanje družinskega člana, sorodstveni odnos do nosilca zavarovanja, datum veljave potrdila o šolanju),
- podatki o osebnem zdravniku zavarovane osebe,
- podatki o obravnavi pred imenovanim zdravnikom zavoda oziroma zdravstveno komisijo,
- podatki o zdravstvenih storitvah,
- podatki o poškodbah po tretji osebi,
- podatki o denarnih dajatvah,
- podatki o predpisanih medicinskih pripomočkih in prejetih medicinskih pripomočkih,
- podatki o predpisanih zdravilih na recept in izdanih zdravilih na recept,
- podatki o zdravstvenem stanju, vključno z diagnozo,
- podatki o začasni zadržanosti od dela.

O zavezancih za prispevek se v evidencah vodijo naslednji podatki:

- identifikacijska številka (ZZZS številka),
- davčna številka,
- registrska številka zavoda,
- firma oziroma ime,
- sedež oziroma naslov,

- šifra dejavnosti,
- datum začetka – konca dejavnosti,
- matična številka iz registra poslovnih subjektov,
- datum vpisa v sodni register,
- podatki o zasebnem zavezancu (osebno ime, EMŠO),
- številka poslovnega računa oziroma drugega računa, preko katerega posluje,
- datum začetka in datum prenehanja zavezanosti za plačilo prispevka,
- datum in vzrok spremembe,
- število zaposlenih,
- vrsta registra in vrsta zavezanosti,
- podatki o prispevku,
- podatki o poškodbah pri delu in poklicnih boleznih.

O izvajalcih zdravstvene dejavnosti se v evidencah vodijo naslednji podatki:

- identifikacijska številka (ZZZS številka),
- davčna številka,
- šifra izvajalca,
- naziv izvajalca (polni in skrajšani),
- naslov izvajalca,
- tip izvajalca,
- oznaka pravnega statusa (javni, zasebni),
- šifra in naziv zdravstvene dejavnosti,
- datum začetka oziroma prenehanja poslovanja,
- številka poslovnega računa,
- podatki o pogodbi, sklenjeni z izvajalcem,
- imetnik profesionalne kartice,
- seznam zdravnikov pri izvajalcu,
- za zasebne izvajalce še osebno ime ter EMŠO in podatki o koncesiji,
- matična številka iz Poslovnega registra Slovenije,
- poklicna kvalifikacija zdravstvenega delavca pri izvajalcu,
- elektronska pošta in telefon zdravstvenega delavca pri izvajalcu.

Zavod je dolžan na zahtevo občin in drugih zavezancev za prispevek posredovati podatke iz evidence o zavarovanih osebah obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Podatki iz 7. točke drugega odstavka 62. člena tega zakona, ki jih zdravstveni in drugi zavodi, organizacije, ki opravljajo zdravstveno dejavnost ter zasebni zdravstveni delavci, ki so vključeni v mrežo javne zdravstvene službe posredujejo zavarovalnicam, ki izvajajo dopolnilno zavarovanje najmanj enkrat mesečno in so sestavni del računa za opravljene storitve, izdana zdravila in medicinske pripomočke so naslednji:

- številka kartice zdravstvenega zavarovanja zavarovanca,
- datum rojstva zavarovanca,
- spol zavarovanca,
- številka police dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja zavarovanca,
- šifra Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za posamezno storitev, zdravilo oziroma medicinski pripomoček,
- naziv storitve, zdravila oziroma medicinskega pripomočka,
- količina storitve, zdravila oziroma medicinskega pripomočka,
- vrednost na enoto (celotna cena storitve, zdravila ali medicinskega pripomočka z davkom na dodano vrednost),
- skupna vrednost ((količina) x (vrednost na enoto)),
- vrednost doplačila ((skupna vrednost) x (odstotek doplačila z davkom na dodano vrednost)),
- davčna stopnja (izražena v odstotku, npr. 8,5%),
- znesek davka (znesek davka, vključenega v vrednost doplačila),
- datum začetka opravljanja storitve oziroma izdaje zdravila ali medicinskega pripomočka,
- oznaka številke zahtevka za plačilo, v katerem je vključen individualni račun.

Poleg podatkov iz prejšnjega odstavka morajo izvajalci zdravstvenih storitev glede na dejavnost, ki jo opravljajo in glede na raven opravljanja dejavnosti, zavarovalnicam, ki izvajajo dopolnilno zavarovanje, posredovati še podatke iz naslednjih skupin podatkov:

- tip zavarovane osebe (osnovna zdravstvena dejavnost),
- število količnikov oziroma točk (osnovna zdravstvena dejavnost, specialistično ambulantna dejavnost),
- število dodatnih količnikov oziroma točk (osnovna zdravstvena dejavnost, specialistično ambulantna dejavnost),
- razlog obravnave (specialistično ambulantna, bolnišnična in zdraviliška dejavnost),
- šifra dejavnosti dopolnilnega zavarovanja (specialistično ambulantna, bolnišnična in zdraviliška dejavnost),
- šifra dodatne dejavnosti dopolnilnega zavarovanja (specialistično ambulantna, bolnišnična in zdraviliška dejavnost),
- datum zaključka opravljanja storitve (bolnišnična in zdraviliška dejavnost),
- kopijo obrazca »Nalog za prevoz« za nenujne reševalne prevoze (dejavnost reševalnih prevozov – izjemoma se ta podatek lahko posreduje v papirnati in ne v elektronski obliki).

Podatki v elektronski obliki zapisa morajo biti kriptirani, prek telekomunikacijskih omrežij pa se prenašajo v skladu z zakonom, ki ureja varstvo osebnih podatkov. Elektronsko obliko zapisa podatkov iz šestega in sedmega odstavka tega člena se natančneje določi s predpisom, ki ga izda minister, pristojen za zdravje. Podatke iz šestega in sedmega odstavka tega člena, pridobljene na podlagi 7. točke drugega odstavka 62. člena tega zakona, smejo zavarovalnice uporabljati le za namen izvajanja dopolnilnega zavarovanja.

Natančnejša opredelitev vsebine zbirke podatkov se opredeli s posebnim zakonom iz drugega odstavka 76. člena tega zakona. Zbirke podatkov iz prvega odstavka tega člena se za namene izvajanja vključitve v obvezno zdravstveno zavarovanje povežejo:

– z Evidenčnim in analitskih informacijskim sistemom za visoko šolstvo v Republiki Sloveniji – eVŠ in Centralno evidenco udeležencev vzgoje in izobraževanja – CEUVIZ za pridobivanje podatkov o statusu šolajočih,

– s sodnim oziroma Poslovnim registrom Slovenije za pridobivanje podatka o tem, ali je določena oseba družbenik oziroma ustanovitelj in hkrati poslovodna oseba. Te podatke je iz sodnega oziroma Poslovnega registra Slovenije Zavod upravičen pridobivati ne glede na določbe 50., 51. in 52. člena Zakona o sodnem registru (Uradni list RS, št. 54/07 – uradno prečiščeno besedilo, 65/08 in 49/09).

80. člen

Pri uveljavljanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja po tem zakonu ima zavarovana oseba pravico do proste izbire zdravnika in zdravstvenega zavoda.

Zdravnik, ki ga zavarovana oseba izbere, je njen izbrani osebni zdravnik. Mladoletne osebe morajo imeti izbranega osebnega zdravnika. Zavarovana oseba ima pravico, da poleg splošnega osebnega zdravnika svobodno izbere tudi osebnega ginekologa, specialista ginekologije s porodništvom in osebnega zobozdravnika. Izbrani osebni zdravnik za zavarovane osebe do dopolnjenega 19. leta starosti je specialist, pediater ali specialist šolske medicine, izjemoma je lahko specialist splošne medicine (družinske medicine), ali zdravnik splošne medicine s podiplomskim študijem iz zdravstvenega varstva žensk, otrok in mladine. Zdravnik, ki ne izpolnjuje pogojev, pa zdaj izvaja zdravstveno varstvo otrok in mladine do dopolnjenega 19. leta starosti, mora do leta 2002 pridobiti ustrezno strokovno usposobljenost. Za zavarovane osebe starejše od 19 let je izbrani osebni zdravnik specialist splošne medicine (družinske medicine) ali specialist medicine dela, prometa in športa, izjemoma je lahko tudi zdravnik splošne medicine s podiplomskim študijem socialne medicine.

Izbrani osebni zobozdravnik za starostno obdobje do dopolnjenega 19. leta je praviloma zobozdravnik, usposobljen za zobozdravstveno varstvo otrok in mladine. Osebni zdravnik skrbi za zdravje zavarovane osebe in je pooblaščen, da jo napoti na zdravniško komisijo, k specialistu in v bolnišnico, predpiše na račun zavoda zdravila na recept in vodi ter izbira zdravstveno dokumentacijo o zavarovani osebi. Izbrani osebni zdravnik (razen osebnega ginekologa in osebnega zobozdravnika) je pooblaščen tudi za ugotavljanje nezmožnosti za delo in drugih razlogov za začasno zadržanost od dela do 30 dni. Zavarovana oseba si izbere osebnega zdravnika najmanj za dobo enega leta. To obdobje se lahko skrajša, če pride med zdravnikom in zavarovano osebo do nesoglasij in nezaupanja.

Osebni zdravnik lahko pooblastila iz prejšnjega odstavka, ki se nanašajo na diagnostiko in zdravljenje, vključno s predpisovanjem zdravil na recept, kot tudi napatitev na bolnišnično zdravljenje, prenese na ustreznega specialista, napotenega zdravnika, če to narekuje bolnikovo zdravstveno stanje in racionalnost dela. Če je izbrani osebni zdravnik za zavarovane osebe do dopolnjenega 19. leta starosti zdravnik splošne medicine, praviloma pooblasti najbližjega ustreznega specialista pediatra oziroma specialista šolske medicine za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva.

Način uresničevanja pravic do proste izbire zdravnika in zdravstvenega zavoda uredi Zavod s splošnim aktom.

80.a člen

Izbrani osebni zdravnik izda zdravniško potrdilo o upravičeni odsotnosti z naroka glavne obravnave ali drugega procesnega dejanja pred sodiščem, če je bolezen ali poškodba zavarovane osebe nenadna ali nepredvidljiva in ji onemogoča prihod na sodišče ali sodelovanje pri procesnem dejanju. V tem zdravniškem potrdilu morajo biti navedeni naslednji podatki:

- osebno ime, prebivališče in datum rojstva zavarovane osebe,
- podatek o upravičeni odsotnosti in predvideno obdobje,
- podatek o tem, ali gre za bolezen ali poškodbo.

Zdravniško potrdilo o upravičeni odsotnosti se izda na obrazcu, ki ga predpiše minister, pristojen za zdravje.

81. člen

V postopkih za uveljavitev pravic iz zdravstvenega zavarovanja po tem zakonu odločajo zdravniki, ki jih imenuje upravni odbor Zavoda.

Imenovani zdravnik:

- odloča o začasni nezmožnosti za delo iz bolezenskih razlogov za delo nad 30 dni in v vseh drugih primerih, ko je izplačevalec nadomestila plače obvezno zdravstveno zavarovanje, razen če gre za nego, spremstvo ali izolacijo zavarovane osebe, o kateri odloča njen osebni zdravnik;
- odloča o zahtevi zavarovanca ali delodajalca za presojo ocene izbranega osebnega zdravnika o začasni nezmožnosti za delo do 30 dni;
- odloča o napatitvi na zdraviliško zdravljenje;
- odloča o upravičenosti zahteve po medicinsko-tehničnem pripomočku pred iztekom trajnostne dobe in o pravici do zahtevnejših medicinskih pripomočkov;
- odloča o začasni zadržanosti od dela v primeru kršitev iz 35. člena tega zakona in na podlagi ugotovitev iz drugega odstavka 77. člena tega zakona;
- poda na zahtevo zavarovane osebe pisno mnenje o upravičenosti izdaje zdravniškega potrdila iz prejšnjega člena, če gre za nenadno in nepredvidljivo bolezen ali poškodbo, ki ji ponovno onemogoča prihod na sodišče ali sodelovanje pri procesnem dejanju, v osmih dneh od prejema zahteve,
- poda na zahtevo sodišča pisno mnenje o upravičenosti izdaje zdravniškega potrdila iz prejšnjega člena v osmih dneh od prejema zahteve sodišča.

Zavarovanec in delodajalec zahtevo iz druge alineje prejšnjega odstavka lahko vložita v treh delovnih dneh od dne, ko sta bila z oceno seznanjena.

O svoji odločitvi imenovani zdravnik izda odločbo najpozneje v osmih dneh po prejemu zahteve oziroma predloga osebnega zdravnika. Odločbo je potrebno osebno vročiti zavarovani osebi. Pritožba zoper odločbo ne zadrži njene izvršitve.

Postopke uveljavljanja pravic iz tega člena uredi Zavod s splošnim aktom.

82. člen

Zavarovana oseba ali delodajalec se lahko na odločbo imenovanega zdravnika pritoži v petih delovnih dneh od vročitve odločbe. Pritožbo obravnava zdravstvena komisija, ki jo imenuje upravni odbor Zavoda, in ki jo sestavljata dva zdravnika in en univerzitetni diplomirani pravnik. Komisija o svoji odločitvi izda odločbo najpozneje v osmih dneh po prejemu pritožbe.

83. člen

(črtan)

84. člen

O pravici do nadomestila, povračila potnih stroškov, pridobitvi, spremembi ali izgubi lastnosti zavarovane osebe, pravici proste izbire zdravnika in drugih pravic iz tega zakona ter drugih zahtevah iz obveznega zdravstvenega zavarovanja odloča:

- na I. stopnji območna enota Zavoda,
- na II. stopnji Direkcija Zavoda.

Kadar uradna oseba, ki vodi postopke v zvezi z uveljavljanjem pravic in drugih zahtev iz obveznega zavarovanja, nima določenega strokovnega znanja, lahko zaradi ugotavljanja ali presoje dejstva, ki je pomembno za rešitev zadeve, pridobi mnenje, ki ga poda imenovani zdravnik, član zdravstvene komisije ali drug zdravnik Zavoda.

85. člen

Za postopek, v katerem se odloča o pravicah iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, se uporablja zakon o splošnem upravnem postopku, če s tem zakonom ni drugače določeno.

VI. POVRNITEV ŠKODE**86. člen**

Zavod ima pravico zahtevati povrnitev povzročene škode od zavarovalnice, pri kateri ima tisti, ki je s prometnim sredstvom povzročil okvaro zdravja ali smrt zavarovane osebe, sklenjeno obvezno avtomobilsko zavarovanje. V vseh drugih primerih pa ima Zavod pravico zahtevati povrnitev škode od tistega, ki je namenoma ali iz malomarnosti povzročil okvaro zdravja ali smrt zavarovane osebe.

Za škodo, ki jo povzroči v primerih iz prejšnjega odstavka delavec pri delu ali v zvezi z delom, je odgovoren delodajalec.

Povrnitev povzročene škode iz prejšnjega odstavka ima Zavod pravico zahtevati tudi od delavca, če je povzročil bolezen, poškodbo ali smrt zavarovane osebe s kaznivim dejanjem.

87. člen

Zavod ima pravico zahtevati, da povzročeno škodo povrne delodajalec, če je bolezen, poškodba ali smrt zavarovane osebe posledica tega, ker niso bili izvedeni ustrezni higiensko-sanitarni ukrepi, ukrepi varstva pri delu ali drugi ukrepi, predpisani ali odrejeni za varnost ljudi.

Zavod ima pravico zahtevati, da povzročeno škodo povrne delodajalec tudi, če nastane škoda zaradi tega, ker je bilo delovno razmerje sklenjeno brez predpisanega zdravstvenega pregleda z osebo, ki zdravstveno ni bila sposobna za opravljanje določenih del oziroma nalog, kar se je pozneje ugotovilo z zdravstvenim pregledom.

88. člen

Zavod ima pravico zahtevati, da povzročeno škodo povrne delodajalec, če je škoda nastala zato, ker Zavod ni dobil podatkov ali je dobil neresnične podatke o dejstvih, od katerih je odvisna pravica do zdravstvenega zavarovanja.

Zavod ima pravico zahtevati, da povzročeno škodo povrne zavarovana oseba, ki je sama dolžna dati podatke o zdravstvenem zavarovanju, če je škoda nastala zato, ker zavarovana oseba ni dala podatkov ali ker je dala neresnične podatke.

89. člen

V primerih iz 86. in 87. člena tega zakona se šteje, da je Zavod imel škodo, ne glede na to, da so nevarnosti zajete z zdravstvenim zavarovanjem po tem zakonu.

90. člen

Pri ugotavljanju pravice do povrnitve škode, povzročene Zavodu, se uporabljajo določila zakona o obligacijskih razmerjih, razen če ni s tem zakonom drugače določeno.

91. člen

Odškodnina, ki jo ima Zavod pravico zahtevati v primerih iz 86., 87. in 88. člena tega zakona, obsega stroške za zdravstvene in druge storitve ter zneske denarnih nadomestil in drugih dajatev, ki jih plačuje Zavod.

92. člen

Če Zavod ugotovi, da je nastala škoda, zahteva od zavarovane osebe ali delodajalca, da jo povrne v določenem roku.

Če škoda ni povrnjena v določenem roku, uveljavlja Zavod odškodninski zahtevek pri pristojnem sodišču.

93. člen

Zavarovana oseba, ki ji je bil na račun Zavoda izplačan denarni znesek, do katerega ni imela pravice, mora vrniti prejeti znesek v skladu z določili zakona o obligacijskih razmerjih.

Terjatve iz prejšnjega odstavka zastarajo v treh letih od vsakokratnega izplačila posamičnega zneska.

94. člen

Zdravstveni zavod oziroma zasebni zdravstveni delavec odgovarja Zavodu za škodo, ki jo povzroči pri opravljanju ali v zvezi z opravljanjem svoje dejavnosti v skladu z določili zakona o obligacijskih razmerjih.

Zavarovani osebi odgovarja za povzročeno škodo Zavod v skladu z določbami zakona o obligacijskih razmerjih.

Tretji del**KAZENSKÉ, PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE****I. KAZENSKÉ DOLOČBE****95. člen**

Z globo od 400 do 12.000 eurov se kaznuje za prekršek delodajalec:

1. če ne izvaja obveznosti iz 9. člena tega zakona;

2. (prenehala veljati);

3. (prenehala veljati);

4. če ne vložijo prijave v zavarovanje v roku, določenem v drugem odstavku 78. člena tega zakona;

5. če odreče ali omeji pravice, ki pripadajo zavarovani osebi na podlagi tega zakona;

6. če omogoči uveljavljanje pravice osebi, ki ji po tem zakonu pravica ne pripada, ali ji omogoči uveljavljanje pravice v večjem obsegu, kot ji pripada.

Z globo od 40 do 2.000 eurov se kaznuje odgovorna oseba delodajalca, ki stori prekršek iz prejšnjega odstavka.

96. člen

Z globo od 400 do 12.000 eurov se kaznuje za prekršek zavezanec za plačilo prispevkov po tem zakonu, če ne da Zavodu predpisanih podatkov, če da nepravilne podatke in obvestila, ali če prepreči ogled na samem kraju ali pregled

poslovnih knjig in evidenc, ki se nanašajo na zagotavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja.

Z globo od 40 do 2.000 eurov se kaznuje odgovorna oseba pravne osebe ali odgovorna oseba samostojnega podjetnika posameznika, ki stori prekršek iz prejšnjega odstavka.

96.a člen

Z globo od 40.000 do 125.000 eurov se kaznuje za prekršek zavarovalnica, ki izvaja dopolnilno zavarovanje, če ministrstvu, pristojnemu za zdravje, ne posreduje podatkov, potrebnih za izračun zneskov za izravnavo po določbah 62.f člena ali mu ne omogoči vpogleda v dokumentacijo o izvajanju dopolnilnega zavarovanja.

Z globo od 2.000 do 4.000 eurov se kaznuje za prekršek iz prejšnjega odstavka odgovorna oseba zavarovalnice, ki je odgovorna za posredovanje podatkov ministrstvu, pristojnemu za zdravje, če tega ne stori na predviden način ali prikriva resnične podatke.

96.b člen

Za nadzor nad izvajanjem 62.f člena tega zakona je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor.

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – ZZVZZ (Uradni list RS, št. 09/92) vsebuje naslednje prehodne in končne določbe:

II. PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

97. člen

Zavod začne z delom 1. 3. 1992.

Republiška uprava za zdravstveno varstvo kot organ v sestavi Ministrstva za zdravstvo, družino in socialno varstvo preneha z 29. 2. 1992.

98. člen

Vlada Republike Slovenije imenuje s 1. 3. 1992 vršilca dolžnosti direktorja Zavoda, ki organizira in vodi delo zavoda pod nadzorstvom Vlade Republike Slovenije do konstituiranja začasne skupščine zavoda.

Vlada Republike Slovenije odloča o vprašanih iz pristojnosti skupščine Zavoda do konstituiranja začasne skupščine Zavoda.

Skupščina Republike Slovenije v 30. dneh po uveljavitvi zakona imenuje začasno skupščino Zavoda na predlog gospodarskih zbornic in drugih splošnih združenj, sindikatov, organizacij upokojencev in invalidov.

Mandat začasne skupščine in vršilca dolžnosti direktorja Zavoda traja najdalj eno leto.

99. člen

Zavod z dnem, določenim za začetek dela, prevzame delavce Republiške uprave za zdravstveno varstvo kot tudi premoženje, arhiv, dokumentacijo in sredstva, s katerimi je upravljala Republiška uprava za zdravstveno varstvo.

Na Zavod se ne prenesejo nepravilne obveznosti republiškega in občinskih proračunov, nastale do 29. 2. 1992.

100. člen

Skupščina zavoda najpozneje v treh mesecih od dneva, določenega za začetek dela Zavoda, sprejme začasni statut in druge splošne akte, potrebne za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja po tem zakonu.

101. člen

Skupščina Republike Slovenije določi stopnje prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje po tem zakonu za leto 1992 na predlog Vlade Republike Slovenije.

Dokler niso določene stopnje prispevkov iz prejšnjega odstavka, se plačujejo prispevki po predpisih, ki so veljali do uveljavitve tega zakona.

Zavezanci za plačilo prispevkov plačujejo prispevke za zdravstveno varstvo od 1. 3. 1992 na račun Zavoda.

102. člen

Izhodišča iz 63. člena tega zakona za obdobje od 1. 3. 1992 dalje se sprejmejo najpozneje do 30. 4. 1992.

103. člen

Zavod uvede prostovoljno zavarovanje za pravice do zdravstvenih storitev iz 2. do 6. točke 23. člena tega zakona najpozneje do 1. 9. 1992.

Do začetka izvajanja prostovoljnega zavarovanja, vendar najdlje do 31. 12. 1992, se ne uporabljajo določbe 2. do 6. točke prvega odstavka ter drugega in tretjega odstavka 23. člena tega zakona, 24. člena in 25. člena tega zakona. Pri uveljavljanju pravic do zdravstvenih storitev plačajo zavarovane osebe participacijo, ki jo določi Zavod, razen za zdravstvene storitve iz 1. točke prvega odstavka 23. člena tega zakona.

Zavarovane osebe, ki izpolnjujejo dohodkovne pogoje za pridobitev pomoči po predpisih o socialnem varstvu, so v celoti ali delno oproščene participacije za storitve iz 2., 3. in 4. točke 23. člena tega zakona.

Obseg in način oprostitve participacije določi Zavod. Delna oprostitve participacije se lahko nanaša na participacijo za posamezno vrsto storitev in na skupni letni znesek, nad katerim zavarovana oseba ni več dolžna plačevati participacije.

104. člen

V prvem letu od začetka izvajanja prostovoljnega zavarovanja je zavarovanim osebam zagotovljeno plačilo zdravstvenih storitev iz obveznega zavarovanja pri Zavodu:

- v višini 99% za storitve iz 2. točke prvega odstavka 23. člena tega zakona;
- v višini 95% za storitve iz 3. točke prvega odstavka 23. člena tega zakona, razen za storitve iz četrte alinee te točke;
- v višini 85% za storitve iz četrte alinee 3. točke prvega odstavka 23. člena tega zakona;
- v višini 80% za storitve iz 4. točke prvega odstavka 23. člena tega zakona;
- v višini 60% za storitve iz 5. točke prvega odstavka 23. člena tega zakona;
- v višini 50% za storitve iz 6. točke prvega odstavka 23. člena tega zakona, razen za storitve iz druge alinee te točke;
- v višini 45% za storitve iz druge alinee 6. točke prvega odstavka 23. člena tega zakona.

Zavod v soglasju z Vlado Republike Slovenije določi nadaljnje postopno zniževanje odstotkov vrednosti storitev za pravice iz 2., 3. in 4. točke prvega odstavka 23. člena tega zakona, ki se krijejo iz obveznega zavarovanja.

105. člen

Plan zdravstvenega varstva sprejme Skupščina Republike Slovenije v šestih mesecih po uveljavitvi tega zakona.

106. člen

Dokler ne bodo sprejeti splošni akti Zavoda iz 100. člena tega zakona, se primerno uporabljajo, če niso v nasprotju s tem zakonom:

- Samoupravni sporazum o uresničevanju zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 47/87, 42/89 in 18/90),
- Samoupravni sporazum o postopkih in načinih o uresničevanju pravic do zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 6/81),
- Sklep o plačevanju participacije v zdravstvu (Uradni list RS, št. 10/91-I),
- Pravilnik o razvrščanju zdravil (Uradni list RS, št. 45/90, 7/91, 14/91 in 8/91-I),
- Sklep o predpisovanju zdravil (Uradni list RS, št. 45/90),
- Navodilo o zdravstveni izkaznici in drugih listinah za uresničevanje pravic do zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 29/82).

**107. člen – upoštevan ZZVZZ-G
(črtan)****108. člen – upoštevan ZZVZZ-G**

Ministrstvo, pristojno za notranje zadeve posreduje Zavodu na njegovo zahtevo podatke o stalnem oziroma začasnem prebivališču oseb v Republiki Sloveniji. Podjetja, zavodi, druge organizacije, organi in posamezniki, ki zaposlujejo delavce, posredujejo Zavodu na njegovo zahtevo podatke o zavarovanih osebah, ki jih potrebuje za izvajanje svoje dejavnosti.

Zaradi izvajanja programa obveznih cepljenj otrok upravljalec centralnega registra prebivalstva mesečno posreduje Inštitutu za varovanje zdravja in območnim zavodom za zdravstveno varstvo podatke o živorojenih, priseljenih in odseljenih ter umrlih otrocih do pet let starosti, in sicer: osebno ime otroka, datum rojstva ter stalno prebivališče.

Podatki iz 79.b člena tega zakona se hranijo v zbirkah podatkov pet let od izbrisa zadnjega podatka v posamezni zbirki.

109. člen

Osebe, ki so imele pravico do zdravstvenega varstva po predpisih, ki so veljali do uveljavitve tega zakona, se štejejo za zavarovane osebe po tem zakonu, dokler se s pravnomočno odločbo ne ugotovi, da te lastnosti nimajo. Dokler ne bodo sklenjene ustrezne pogodbe z drugimi republikami na območju SFRJ, najdlje pa do 31. 12. 1993, so ožji družinski člani zavarovancev, ki imajo stalno prebivališče na območju drugih republik, zavarovani po tem zakonu.

110. člen

Zavod sprejme splošni akt o delu zdravniških komisij in imenuje zdravniške komisije najpozneje do 30. 4. 1992.

Do 30. 4. 1992 opravljajo naloge zdravniških komisij I. stopnje konziliji zdravnikov v zdravstvenih zavodih po predpisih, ki so veljali do uveljavitve tega zakona.

Vršilec dolžnosti direktorja Zavoda v 15 dneh po uveljavitvi zakona določi zdravniške konzilije, ki začasno opravljajo naloge zdravniških komisij II. stopnje.

111. člen

Minister, pristojen za zdravstvo, izda izvršilne predpise v treh mesecih od uveljavitve tega zakona.

Do izdaje izvršilnih predpisov iz prejšnjega odstavka se uporabljajo izvršilni predpisi, ki so veljali do uveljavitve tega zakona, kolikor niso v nasprotju s tem zakonom.

112. člen

Z dnem, ko začne veljati ta zakon, prenehata veljati:

- zakon o zdravstvenem varstvu (Uradni list SRS, št. 1/80), 45/82, 42/85, 32/89 in Uradni list RS, št. 8/90) razen v delu, ki se nanaša na zdravstvene organizacije in zdravstvene delavce,
- določbe zakona o prispevkih za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, zdravstveno varstvo in zaposlovanje (Uradni list RS, št. 48/90), ki se nanašajo na zavezance, osnove in stopnje prispevkov za zdravstveno varstvo.

113. člen

Ta zakon začne veljati 1. 3. 1992, razen določb 98. in 108. člena tega zakona, ki začnejo veljati z dnem objave v Uradnem listu Republike Slovenije.

Zakon o spremembi in dopolnitvi Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – ZZVZZ-A (Uradni list RS, št. 13/93) vsebuje naslednjo končno določbo:

5. člen

Ta zakon začne veljati naslednji dan po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije.

Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – ZZVZZ-B (Uradni list RS, št. 09/96) vsebuje naslednjo končno določbo:

2. člen

Ta zakon začne veljati petnajsti dan po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije.

Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – ZZVZZ-C (Uradni list RS, št. 29/98) vsebuje naslednjo končno določbo:

7. člen

Ta zakon začne veljati petnajsti dan po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije.

Zakon o dopolnitvi Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – ZZVZZ-D (Uradni list RS, št. 06/99) vsebuje naslednjo končno določbo:

2. člen

Ta zakon začne veljati naslednji dan po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije.

Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – ZZVZZ-E (Uradni list RS, št. 99/01) vsebuje naslednjo končno določbo:

13. člen

Ta zakon začne veljati petnajsti dan po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije, 12. člen tega zakona pa se začne izvajati 6 mesecev po uveljavitvi tega zakona.

Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – ZZVZZ-F (Uradni list RS, št. 60/02) vsebuje naslednjo prehodno in končno določbo:

17. člen

Zavod določi znesek iz 3., 4. in 7. člena tega zakona ter uskladi svoje splošne akte najpozneje v 60 dneh od uveljavitve tega zakona.

Do uveljavitve sprememb in dopolnitev zakona o prispevkih za socialno varnost (Uradni list RS, št. 5/96, 18/96-ZDavP, 34/96, 3/98, 7/98, 81/2000 in 97/2001) se prispevek za zavarovance iz 19.a točke prvega odstavka 15. člena zakona plačuje po stopnjah, po katerih se v skladu z zakonom o prispevkih za socialno varnost plačuje prispevek za zavarovance iz 19. točke prvega odstavka 15. člena zakona.

Določbe 13., 14., 15. in 16. člena tega zakona se začnejo izvajati s 1. januarjem 2003.

18. člen

Ta zakon začne veljati naslednji dan po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije.

Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – ZZVZZ-G (Uradni list RS, št. 126/03) vsebuje naslednjo prehodno in končno določbo:

13. člen

Globe, določene s tem zakonom, se do začetka uporabe Zakona o prekrških (Uradni list RS, št. 7/03) v postopku o prekršku izrekajo kot denarne kazni v mejah, ki so za globo določene v 9. in 10. členu tega zakona (95. in 96. člen zakona), razen za odgovorno osebo samostojnega podjetnika posameznika.

14. člen

Ta zakon začne veljati petnajsti dan po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije, določbe prvega odstavka 1. člena tega zakona (drugi odstavek 15. člena zakona) pa se začnejo uporabljati 1. 1. 2004.

Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – ZZVZZ-H (Uradni list RS, št. 76/05) vsebuje naslednje posebne, prehodne in končne določbe:

POSEBNE DOLOČBE

10. člen

V Zakonu o zavarovalništvu se v enajstem odstavku 14. člena drugi stavek spremeni tako, da se glasi:

»Vse zavarovalnice, ki izvajajo ta zavarovanja, so obvezno vključene v izravnalne sheme za izravnavo razlik v stroških zdravstvenih storitev med zavarovalnicami, ki izhajajo iz razlik v starostni strukturi in strukturi po spolu portfelja posameznih zavarovalnic v skladu z zakonom, ki ureja prostovoljna zdravstvena zavarovanja.«.

11. člen

V 40. členu Zakona o zavarovalništvu se v prvem odstavku:

– točka spremeni tako, da se glasi: »4. začetek in prenehanje članstva;«,

– točka spremeni tako, da se glasi: »6. pogoje in način vplačila sredstev s strani članov ter izplačila sredstev članom;«,

Za tretjim odstavkom se doda četrti odstavek, ki se glasi:

»(4) Družba za vzajemno zavarovanje, ki izvaja dopolnilno zavarovanje, mora ob sklenitvi zavarovalne pogodbe dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, ki je temelj za pridobitev članstva v družbi, članu izročiti izvod veljavnega statuta v pisni ali elektronski obliki in ga o nadaljnjih spremembah statuta primerno obveščati.«.

12. člen

V 42. členu Zakona o zavarovalništvu se v drugem odstavku za piko doda nov stavek, ki se glasi:

»S sklenitvijo zavarovalne pogodbe dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja zavarovalec, ki ni hkrati zavarovanec, ne pridobi položaja člana družbe, temveč postane član družbe zavarovanec.«.

13. člen

V 53. členu Zakona o zavarovalništvu se drugi odstavek spremeni tako, da se glasi:

»(2) Skupščina je lahko organizirana kot skupščina vseh članov (skupščina članov) ali kot skupščina zastopnikov članov, ki morajo tudi sami biti člani (skupščina zastopnikov). Če statut določa, da je skupščina družbe za vzajemno zavarovanje organizirana kot skupščina zastopnikov, mora določiti tudi sestavo skupščine ter pogoje in način predlaganja elektorjev, ki volijo zastopnike članov v skupščino. Statut in pravilnik, ki urejata način in postopek volitev v skupščino, stopita v veljavo, ko da nanju soglasje minister, pristojen za zdravje.«.

Za drugim odstavkom se doda nov tretji odstavek, ki se glasi:

»(3) Sestava in izvolitev skupščine zastopnikov družbe za vzajemno zavarovanje, ki izvaja dopolnilno zdravstveno zavarovanje, mora odražati sestavo njenih zavarovancev dopolnilnega zavarovanja glede na razporeditev v starostne razrede iz sedmega odstavka 62.e člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Zaposleni družbe za vzajemno zavarovanje ne morejo biti člani skupščine zastopnikov.«.

Dosedanja tretji in četrti odstavek postaneta nova četrti in peti odstavek.

14. člen – upoštevan ZZVZZ-I

Družbe za vzajemno zavarovanje, ki že izvajajo dopolnilno zavarovanje, morajo v šestih mesecih po uveljavitvi tega zakona uskladiti statute z določbami 11., 12. in 13. člena tega zakona.

Družbe za vzajemno zavarovanje, ki že izvajajo dopolnilno zdravstveno zavarovanje, morajo uskladiti pravilnike o volitvah s spremembami statotov iz prejšnjega odstavka in izvesti volitve v skupščine zastopnikov najpozneje do 1. julija 2006.

Družbi za vzajemno zavarovanje, ki v predpisanem roku ne uskladi svojih aktov z določbami iz tega člena ali ne izvede volitev v skladu s prejšnjim odstavkom, lahko Agencija za zavarovalni nadzor izreče ukrep nadzora v skladu z določbo 3. točke prvega odstavka 181. člena Zakona o zavarovalništvu, pri čemer se lahko prepoved sklepanja novih zavarovalnih pogodb nanaša samo na dopolnilno zavarovanje.

15. člen

Do ureditve davčne obravnave dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj v zakonu, ki ureja davek od prometa zavarovalnih poslov, se davek od prometa zavarovalnih poslov od dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj, ne obračunava.

PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

16. člen

Posebno navdilo iz desetega odstavka 62.f člena zakona sprejme minister, pristojen za zdravje, v šestih tednih po uveljavitvi tega zakona. Navdilo iz tega člena začne veljati prvi dan tretjega meseca po uveljavitvi tega zakona.

17. člen

Predpis iz 62.č člena zakona sprejme Agencija za zavarovalni nadzor najpozneje v šestih tednih po uveljavitvi tega zakona. Predpis iz tega odstavka začne veljati prvi dan tretjega meseca po uveljavitvi tega zakona.

Predpis iz enajstega odstavka 62.f člena zakona pripravi in izda Agencija za zavarovalni nadzor najpozneje v dveh mesecih po uveljavitvi tega zakona. Predpis iz tega odstavka začne veljati prvi dan tretjega meseca po uveljavitvi tega zakona.

18. člen

Zavarovalnice, ki že izvajajo dopolnilno zavarovanje, najpozneje 20 dni po uveljavitvi tega zakona Agenciji za zavarovalni nadzor prigrasijo vstop v izravnalno shemo dopolnilnega zavarovanja. Če se zavarovalnica v tem roku ne priglasi v izravnalno shemo dopolnilnega zavarovanja, lahko Agencija za zavarovalni nadzor izreče ukrep nadzora v skladu z določbo 3. točke prvega odstavka 181. člena Zakona o zavarovalništvu, pri čemer se lahko prepoved sklepanja novih zavarovalnih poslov nanaša samo na dopolnilno zavarovanje.

Zavarovalnice, ki že izvajajo dopolnilno zavarovanje, so dolžne najpozneje v šestih mesecih po uveljavitvi tega zakona svoje poslovanje prilagoditi njegovim določbam. Proti zavarovalnici, ki v predpisanem roku ne prilagodi svojega poslovanja določbam tega zakona, lahko Agencija za zavarovalni nadzor izreče ukrep nadzora v skladu z določbo 3. točke prvega odstavka 181. člena Zakona o zavarovalništvu, pri čemer se lahko prepoved sklepanja novih zavarovalnih pogodb nanaša samo na dopolnilno zavarovanje.

Zavarovalnice smejo sklepati pogodbe o dopolnilnem zavarovanju po predpisih, ki so veljali pred uveljavitvijo tega zakona, najdlje do roka iz prejšnjega odstavka.

Zavarovalnice, ki so prilagodile poslovanje določbam tega zakona, smejo sklepati pogodbe o dopolnilnem zavarovanju po tem zakonu z dnem prilagoditve in z začetkom trajanja zavarovanja najmanj šest mesecev po uveljavitvi tega zakona.

Zavarovalnice so dolžne najkasneje v treh mesecih po uveljavitvi tega zakona zavarovalce in zavarovance pisno obvestiti o spremembah, ki jih prinaša ta zakon ter jim ponuditi pravično prilagoditev pogodbenega razmerja s prvim dnevom po poteku roka iz drugega odstavka tega člena. V obvestilu morajo zavarovalca oziroma zavarovanca obvestiti o njegovem statusu v zavarovalnem razmerju, o pravici do odpovedi zavarovalne pogodbe, o roku, v katerem lahko sprejme ali zavrne prilagoditev zavarovalne pogodbe, o novih zavarovalnih pogojih, možnem načinu plačila premij ter trajanju zavarovalne pogodbe. Obvestilo mora vsebovati tudi podatek o pridobljenem soglasju ministrstva za zdravje iz drugega odstavka 20. člena tega zakona in sicer številko soglasja ter datum izdaje soglasja, rok iz šestega odstavka 18. člena zakona za izplačilo neizkoriščenih premij iz predloga ter njihov način izplačila ter rok iz petega odstavka 19. člena zakona za izplačilo rezervacij ter način izplačila rezervacij, glede katerih obstaja dolžnost vrnitve. Obvestilo mora vsebovati tudi obrazec s povratnim pismom, s podpisom katerega lahko zavarovalec oziroma zavarovanec, ki ne pristaja na nove pogodbene pogoje, razdre zavarovalno pogodbo. Zavarovalne pogodbe, za katere zavarovalnice niso prejele pismene odpovedi zavarovalca oziroma zavarovanca v štirih mesecih po uveljavitvi tega zakona, ostanejo, preoblikovane v skladu s tem zakonom, še naprej v veljavi. Zavarovalnice so dolžne tem zavarovalcem oziroma zavarovancem ponuditi nove, prilagojene pogodbe, ki se začnejo izvajati po novih zavarovalnih pogojih, v šestih mesecih od uveljavitve tega zakona.

Zavarovalnice morajo zavarovalcem oziroma zavarovancem po zavarovalnih pogodbah, sklenjenih pred uveljavitvijo tega zakona, najpozneje do konca sedmega meseca po uveljavitvi tega zakona, povrniti neizkoriščeni del vplačanih premij po stanju na dan prenehanja zavarovalne pogodbe, pri čemer ne smejo obračunati nobenih stroškov izplačila. V obvestilu iz prejšnjega odstavka mora zavarovalnica zavarovalca oziroma zavarovanca obvestiti tudi o neizkoriščeni premiji.

19. člen

Zavarovanci dopolnilnega zavarovanja po predpisih, ki so veljali pred uveljavitvijo tega zakona, so upravičeni do izplačila sredstev

1. matematičnih rezervacij,
2. rezervacij za starost kot matematičnih rezervacij

v skupni višini, ugotovljeni na zadnji dan šestega meseca po uveljavitvi tega zakona. Skupna višina matematičnih rezervacij oziroma rezervacij za starost pri posamezni zavarovalnici, do katerih so upravičeni zavarovanci, za katere je zavarovalnica oblikovala te rezervacije, se izračuna kot vsota matematičnih oziroma starostnih rezervacij, izračunanih za vsakega zavarovanca posebej. V izračunu se upoštevajo pričakovane bodoče obveznosti in pričakovana bodoča vplačila. V izračunu pričakovanih bodočih obveznosti se upoštevajo enake predpostavke kot pri izračunu pričakovanih bodočih vplačil in čas trajanja, ki je določen na polici. Izračun pričakovanih bodočih obveznosti in pričakovanih bodočih vplačil se izvede po tehničnih osnovah, ki jih uporablja zavarovalnica. Če so v izračunu upoštevani stroški pridobivanja zavarovanja in je višina matematičnih rezervacij negativna, je znesek za izplačilo matematičnih rezervacij za takšnega zavarovanca enak nič, sicer je ta znesek enak višini izračunane matematične rezervacije za zavarovalno polico.

Zavarovancem, ki so imeli enako premijo dopolnilnega zavarovanja, ne glede na trajanje zavarovanja, spol in starost zavarovanja, in so zavarovalnice za njih oblikovale matematične oziroma starostne rezervacije, so dolžne zavarovalnice vsakemu posamezno izplačati sorazmeren delež teh rezervacij na ravni zavarovalnice. Do sorazmernega deleža rezervacij so upravičeni zavarovanci, za katere je zavarovalnica oblikovala matematične oziroma starostne rezervacije, in so imeli na dan uveljavitve tega zakona sklenjeno dopolnilno zavarovanje. Osnova za določanje sorazmernega deleža je število zavarovanih mesecev, to je mesecev, ko je bil posamezni zavarovanec zavarovan in je zanj zavarovalnica oblikovala matematične oziroma starostne rezervacije. Sorazmerni delež za posameznega zavarovanca se izračuna tako, da se število zavarovanih mesecev deli z vsoto števila zavarovanih mesecev vseh zavarovancev, ki so upravičeni do sorazmernega deleža matematičnih oziroma starostnih rezervacij.

Za zavarovance, ki so imeli različne premije dopolnilnega zavarovanja, za katere je oblikovala zavarovalnica matematične oziroma starostne rezervacije in so bile premije določene z upoštevanjem medgeneracijske vzajemnosti, zavarovalnice ugotovijo delež rezervacij, do katerega so upravičeni zavarovanci, ki so imeli na zadnji dan pred uveljavitvijo tega zakona veljavno polico dopolnilnega zavarovanja ob upoštevanju uteženega števila zavarovanih mesecev, za katere je obračunana premija. Delež, do katerega je upravičen zavarovanec, se izračuna kot količnik uteženega števila zavarovanih mesecev in vsote uteženih števil mesecev po zavarovancih, ki so imeli na zadnji dan pred uveljavitvijo tega zakona veljavno polico dopolnilnega zavarovanja in je za njih zavarovalnica oblikovala matematične rezervacije oziroma rezervacije za starost.

Zavarovalnice so za dopolnilna zavarovanja, za katera so oblikovale rezervacije iz prvega odstavka tega člena in so bila razdrta ali spremenjena na zahtevo zavarovalca oziroma zavarovanca po uveljavitvi tega zakona, dolžne izračunati znesek za izplačilo matematičnih rezervacij, izračunan na dan prenehanja zavarovanja v skladu s prejšnjim odstavkom. Prav tako morajo zavarovalnice izplačati matematične rezervacije oziroma rezervacije za starost zavarovancem, ki so preoblikovali ali prekinili doživljenjske pogodbe in dvanajstletne pogodbe na podlagi tržnih ponudb zavarovalnic.

Zavarovalnice morajo znesek matematičnih rezervacij iz drugega in tretjega odstavka tega člena izplačati zavarovancem po pogodbah, spremenjenih v skladu s tem zakonom, pri čemer ne smejo obračunati nobenih stroškov izplačila. Zavarovalnice izvršijo izplačilo najpozneje v roku do dveh let po uveljavitvi tega zakona.

Ne glede na določbe o razdrtju zavarovalnih pogodb v Zakonu o davku od prometa zavarovalnih poslov (Uradni list RS, št. 57/99) so zavarovalnice na izračunane zneske izplačil zavarovancem iz tega člena, dolžne obračunati in plačati davek od prometa zavarovalnih poslov po predpisih, ki so veljali pred uveljavitvijo tega zakona.

Zavarovalnice morajo zneske za izplačilo iz tega člena od dneva izračuna po drugem oziroma tretjem odstavku tega člena do dneva izplačila obrestovati po povprečni obrestni meri bank za vezane vloge do dve leti in jih skupaj z glavnico vrniti zavarovancem.

20. člen

Zavarovalnice lahko pri zavarovalnih pogodbah dopolnilnega zavarovanja po tem zakonu zavarovancem, ki so pristali na prilagoditev pogodbenega razmerja in so upravičeni do izplačila rezervacij iz prejšnjega člena, izplačilo teh zneskov v celoti ali deloma izvršijo v obliki pobota z zavarovalno premijo. Zavarovalnice morajo zavarovancem, ki so v skladu s petim odstavkom 18. člena tega zakona odpovedali oziroma kot zavarovalci razdrli zavarovalno pogodbo, zagotoviti izplačilo v višini in v istem času, kot je zagotovljeno s pobotom iz tega odstavka.

Vsebinsko obvestila iz petega odstavka 18. člena tega zakona morajo zavarovalnice v dveh mesecih od uveljavitve tega zakona predložiti v soglasje ministru, pristojnemu za zdravje, ki izda soglasje v 15 dneh od prejema zahtevka.

21. člen

Podrobnejša navodila za izračun oziroma pobot sredstev matematičnih rezervacij oziroma rezervacij za starost iz 19. člena tega zakona določi Agencija za zavarovalni nadzor s sklepom, ki ga pripravi in izda najpozneje v šestih tednih po uveljavitvi tega zakona. Predpis iz tega odstavka začne veljati prvi dan tretjega meseca po uveljavitvi tega zakona.

Zavarovalnici, ki ne izvede postopkov iz 19. in 20. člena tega zakona, lahko Agencija za zavarovalni nadzor izreče ukrep nadzora v skladu z določbo 3. točke prvega odstavka 181. člena zakona o zavarovalništvu, pri čemer se lahko prepoved sklepanja novih zavarovalnih poslov nanaša samo na dopolnilno zavarovanje.

22. člen

Izravnavanje razlik v stroških zdravstvenih storitev med zavarovalnicami se začne izvajati z začetkom prvega obdobja izravnave po poteku šestmesečnega roka po uveljavitvi tega zakona. Ne upoštevajo se stroški zdravstvenih storitev, ki so bile opravljene pred začetkom izravnavanja razlik.

Ne glede na rok iz prejšnjega odstavka zavarovalnice in ministrstvo, pristojno za zdravje, posredujejo predpisana poročila iz tretjega in četrtega odstavka 62.f člena zakona za obdobje enega meseca najmanj tri mesece pred začetkom prvega obdobja izravnave.

Zavarovalnice pristopijo v izravnavanje razlik postopoma in sicer tako, da se ob upoštevanju pogoja iz 62.h člena zakona za prvih 18 mesecev skupni znesek za izravnavo, ki ga vplačajo zavarovalnice plačnice in skupni znesek za izravnavo, ki ga prejmejo zavarovalnice prejemnice, zmanjša za 1% zneskov stroškov zdravstvenih storitev dopolnilnega zavarovanja vseh zavarovalnic za obdobje izravnave. Zmanjšanje se upošteva proporcionalno za vse zavarovalnice.

23. člen

Ta zakon začne veljati 1. septembra 2005.

Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – ZZVZZ-I (Uradni list RS, št. 38/06) vsebuje naslednjo prehodno in končno določbo:

3. člen

Predlog zakona iz 1. člena tega zakona pripravi Vlada Republike Slovenije v roku enega leta po uveljavitvi tega zakona.

4. člen

Ta zakon začne veljati naslednji dan po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije.

Zakon o usklajevanju transferjev posameznikom in gospodinjstvom v Republiki Sloveniji - ZUTPG (Uradni list RS, št. 114/06) vsebuje naslednjo končno določbo:

10. člen

Ta zakon začne veljati 1. januarja 2007.

Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – ZZVZZ-J (Uradni list RS, št. 91/07) vsebuje naslednjo prehodno in končno določbo:

PREHODNA IN KONČNA DOLOČBA

4. člen

Z dnem uveljavitve tega zakona preneha veljati Pravilnik o vrsti podatkov za izvajanje dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, ki so jih dolžni zagotavljati izvajalci zdravstvenih storitev (Uradni list RS, št. 7/07).

Predpis iz četrtega odstavka prejšnjega člena izda minister pristojen za zdravje v roku 2 mesecev po uveljavitvi tega zakona.

5. člen

Ta zakon začne veljati naslednji dan po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije.

Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju - ZZVZZ-K (Uradni list RS, št. 76/08) vsebuje naslednje prehodne in končne določbe:

PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE**43. člen**

Osebe, ki po Zakonu o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 99/01) niso bile upravičene do pogrebnine ali posmrtnine, bi pa bile do tega upravičene po Zakonu o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 60/02), so upravičene do izplačila pogrebnine ali posmrtnine v višini, ki velja ob uveljavitvi tega zakona.

Osebe, ki so po Zakonu o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 99/01) pridobile pravico do pogrebnine ali posmrtnine, so upravičene do izplačila razlike med prejetim zneskom in višino, ki velja ob uveljavitvi tega zakona.

Zahtevek za priznanje pogrebnine ali posmrtnine oziroma zahtevek za izplačilo razlike lahko osebe iz prvega in drugega odstavka tega člena vložijo v roku enega leta od uveljavitve tega zakona.

44. člen

Občine stalnega prebivališča zavarovancev, ki so jih prijave v obvezno zavarovanje po 21. točki prvega odstavka 15. člena zakona, izvedejo revizijo podatkov in za zavarovance, ki izpolnjujejo pogoje po zakonu, vložijo nove prijave za obvezno zavarovanje najpozneje do 31. decembra 2008.

Centri za socialno delo začnejo v dveh mesecih od dneva uveljavitve tega zakona na podlagi prejetih vlog zavarovancev izdajati odločbe o upravičenosti do oprostitev plačil razlik do polne vrednosti zdravstvenih storitev iz 24. člena zakona. Tako izdana odločba začne veljati 1. januarja 2009.

Minister, pristojen za zdravje, v soglasju z ministrom, pristojnim za delo, družino in socialne zadeve, izda predpis iz tretjega odstavka 15. člena zakona v dveh mesecih od dneva uveljavitve tega zakona.

45. člen

Zavod sprejme predpis iz desetega odstavka 23.c člena zakona, 26. člena in šestega odstavka 78. člena zakona v roku treh mesecev od uveljavitve tega zakona.

46. člen

Sklep o pavšalnih prispevkih za obvezno zdravstveno zavarovanje (Uradni list RS, št. 118/07) preneha veljati 31. decembra 2008.

47. člen

Ta zakon začne veljati trideseti dan po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije, določbe 15., 20., 23., 24., 30., drugega odstavka 55. člena in 57. člena pa se začnejo uporabljati 1. januarja 2009.

Zakon o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev – ZUPJS (Uradni list RS, št. 62/10) vsebuje naslednjo končno določbo:

65. člen

(1) Ta zakon začne veljati petnajsti dan po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije, uporabljati pa se začne 1. junija 2011, razen določb o državni štipendiji, znižanem plačilu vrtca, o subvenciji malice za učence in dijake, subvenciji kosila za učence ter o subvenciji prevozov za dijake in študente, ki se začnejo uporabljati 1. septembra 2011.

(2) Ne glede na prejšnji odstavek se 1. točka prvega odstavka 17. člena tega zakona ne uporablja do vzpostavitve zbirke podatkov o vrednosti nepremičnin.

Zakon o spremembi in dopolnitvi Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju - ZZVZZ-L (Uradni list RS, št. 87/11) vsebuje naslednjo končno določbo:

2. člen

Ta zakon začne veljati petnajsti dan po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije.

Zakon za uravnoteženje javnih financ - ZUJF (Uradni list RS, št. 40/12) vsebuje še naslednje določbe:

**I. DEL
SPLOŠNE DOLOČBE****1. člen
(vsebina zakona)**

(1) S tem zakonom se za zagotovitev vzdržnih javnih financ in za zmanjšanje izdatkov proračunov spreminjajo in dopolnjujejo določbe:

1. Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS in 87/11; v nadaljnjem besedilu: Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju);

[...]

**V. DEL
PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE SPREMENB IN DOPOLNITEV ZAKONOV, TRAJNIH UKREPOV IN ZAČASNIH UKREPOV**

1. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju

200. člen

Ne glede na določbe Sklepa o določitvi odstotkov vrednosti zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 73/95, 2/96 – popr., 51/09, 102/09, 20/10, 101/10 in 98/11), se z obveznim zdravstvenim zavarovanjem zagotavlja zavarovanim osebam plačilo naslednjih zdravstvenih storitev v naslednjih vrednostih:

- za zdravstvene storitve iz 2. točke prvega odstavka 23. člena zakona 90 odstotkov vrednosti,
- za zdravstvene storitve iz 3. točke prvega odstavka 23. člena zakona 80 odstotkov vrednosti,
- za zdravstvene storitve iz 4. točke prvega odstavka 23. člena zakona 70 odstotkov vrednosti.

201. člen

Splošni akt iz enajstega odstavka 23.c člena zakona Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije izda v treh mesecih od dneva uveljavitve tega zakona.

202. člen

Do uveljavitve novega dogovora iz 63.a člena zakona velja Dogovor o preskrbi z medicinskimi in tehničnimi pripomočki za obdobje 2009–2011 z dne 14. julija 2009 s sklenjenimi aneksi (v nadaljnjem besedilu: Dogovor), kolikor ni v nasprotju s tem zakonom.

Izhodišča za cenovne standarde in za cene iz drugega odstavka 64. člena zakona Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije določi v šestih mesecih od dneva uveljavitve tega zakona v soglasju z ministrom, pristojnim za zdravje.

Ne glede na določbe Dogovora in na njegovi podlagi sklenjenih pogodb z dobavitelji medicinskih pripomočkov ter drugih splošnih aktov do uveljavitve cenovnih standardov in cen na podlagi izhodišč iz prejšnjega odstavka veljajo cenovni standardi in cene, veljavni na dan uveljavitve tega zakona, razen v naslednjih primerih, ko se:

1. pri medicinskih pripomočkih pri zdravljenju sladkorne bolezni cenovni standardi znižajo za 15 odstotkov, razen pri diagnostičnih trakovih za aparat za določanje glukoze v krvi, pri katerih se cenovni standard zniža za 20 odstotkov, in aparatu za določanje glukoze v krvi, pri katerem cenovni standard znaša 10 eurov;
2. pri medicinskih pripomočkih pri težavah z odvajanjem seča pri predlogah, plenicah in posteljnih predlogah za nego na domu cenovni standardi znižajo za 7 odstotkov;
3. pri medicinskih pripomočkih pri umetno izpeljanem črevesju in urostomi cenovni standardi znižajo za 7 odstotkov;
4. pri medicinskih pripomočkih, ki so predmet izposoje, dnevne izposojnine znižajo za 30 odstotkov.

203. člen

Z dnem uveljavitve tega zakona preneha veljati Pravilnik o odpisu, obročnem plačilu in odlogu plačila dolga iz naslova prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje (Uradni list RS, št. 129/06), ki pa se uporablja za nadaljevanje in dokončanje postopkov, ki so se na njegovi podlagi ali na podlagi prvega odstavka 60. člena zakona začeli pred uveljavitvijo tega zakona.

VI. DEL KONČNA DOLOČBA

251. člen (začetek veljavnosti)

Ta zakon začne veljati naslednji dan po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije.

Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o urejanju trga dela ZUTD-A (Uradni list RS, št. 21/13 z dne 13.03.2013) vsebuje naslednjo končno določbo:

42. člen (uveljavitev zakona)

Ta zakon začne veljati trideseti dan po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije.

Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju - ZZVZZ-M (Uradni list RS, št. 91/13) vsebuje še naslednje prehodne in končno določbo:

PREHODNE IN KONČNA DOLOČBA

18. člen

Rezerve izkazane na dan 30. september 2013 in oblikovane na podlagi preteklih pozitivnih izidov dopolnilnega zavarovanja, ki so v skladu s 4. točko drugega odstavka 62. člena zakona namenjene za izvajanje dopolnilnega zavarovanja in jih zavarovalnice na podlagi Sklepa o podrobnejših navodilih za računovodsko spremljanje in izkazovanje poslovnih dogodkov v zvezi z izvajanjem izravnave pri dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 89/05, 31/06 in 99/10) izkazujejo kot posebno postavko »Rezerv iz dobička«, se najkasneje do 30. junija 2014 v celoti namenijo za izvajanje dopolnilnega zavarovanja.

19. člen

Do ustrezne ureditve v zakonu, ki ureja davčni postopek, prispevek od osnove, določene v drugem odstavku 55.a člena zakona, če izplačevalec dohodka iz prve alineje prvega odstavka 55.a člena zakona ni plačnik davka v skladu z zakonom, ki ureja davčni postopek, ugotovi davčni organ z odločbo, s katero izračuna akontacijo dohodnine od dohodkov, od katerih se plačuje prispevek v skladu s prvo alinejo prvega odstavka 55.a člena zakona. Zavezanec za prispevek mora plačati prispevek v roku in na način, ki je določen za akontacijo dohodnine od dohodkov, od katerih se plačuje prispevek v skladu s prvo alinejo prvega odstavka 55.a člena zakona.

Če se v primerih iz prejšnjega odstavka v skladu z zakonom, ki ureja davčni postopek, akontacija dohodnine od dohodkov, od katerih se plačuje prispevek v skladu s prvo alinejo prvega odstavka 55.a člena zakona, ne odmeri, prispevek od osnove, določene v drugem odstavku 55.a člena zakona, ugotovi davčni organ z odločbo enkrat letno za koledarsko leto, s katero izračuna prispevek, na podlagi podatkov, s katerimi razpolaga za potrebe akontacije dohodnine od teh dohodkov. Davčni organ odločbo izda najpozneje do 31. januarja tekočega leta za preteklo leto. Zavezanec za prispevek mora prispevek plačati v 30 dneh od vročitve odločbe.

20. člen

Minister, pristojen za zdravje, izda predpis iz sedmega odstavka 44.c člena zakona v 30 dneh od uveljavitve tega zakona.

21. člen

Zavezanci iz petega odstavka 77.b člena zakona posredujejo Zavodu informacije iz prvega odstavka 77.b člena zakona, s katerimi Zavod ne razpolaga, v 30 dneh od uveljavitve tega zakona.

22. člen

Postopki iz pete alineje drugega odstavka 81. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A in 63/13 – ZIUPTDSV), ki so se začeli pred uveljavitvijo tega zakona, se zaključijo v skladu z dosedanjimi predpisi.

23. člen

Ta zakon začne veljati naslednji dan po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije.

Ne glede na prejšnji odstavek se spremenjeni 17., 50., 51., 54. in 55. člen, 55.a člen in spremenjeni 57. člen zakona začnejo uporabljati 1. februarja 2014 oziroma za obračunsko obdobje po 1. februarju 2014.

Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev - ZUPJS-C (Uradni list RS, št. 99/13) vsebuje naslednje določbe:**32. člen**

(1) Z dnem uveljavitve tega zakona prenehajo veljati naslednje določbe, ki pa se uporabljajo do 31. decembra 2013:

[...]

– četrty, peti in sedmi odstavek 24. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF in 21/13 – ZUTD-A),

[...]

35. člen

(1) Ta zakon začne veljati naslednji dan po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije, uporabljati pa se začne 1. januarja 2014, razen nove 8. in 9. točke 3. člena, spremembe 11. člena, 12. člena, 15. člena, četrtega odstavka 18. člena, 25. člena, 26. člena in spremembe 29. člena, naslova 9.a člena in 30.a člena zakona, spremembe 31. člena in spremembe 32. člena ter 42. člena, 42.b člena, spremembe 44. člena in spremembe petega odstavka 50. člena, ki se začnejo uporabljati 1. septembra 2014.

(2) Do začetka uporabe določb iz prejšnjega odstavka se glede vprašanj, ki jih te določbe urejajo, še naprej uporabljajo določbe Zakona o uveljavljanju pravi iz javnih sredstev (Uradni list RS, št. 62/10, 40/11, 110/11 – ZDIU12, 40/12 – ZUJF, 57/12 – ZPCP-2D in 14/13).

Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o socialno varstvenih prejemkih - ZSVarPre-C (Uradni list RS, št. 99/13) vsebuje naslednje določbe:**38. člen****(prenehanje veljavnosti posameznih določb nekaterih zakonov)**

[...]

(2) Z dnem uveljavitve tega zakona v Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 63/13 – ZIUPTDSV in 91/13) prenehajo veljati:

1. 3. točka drugega odstavka 13. člena,
 2. peti odstavek 23. člena v delu, ki se nanaša na pogrebno in posmrtnino,
 3. poglavje Pogrebna in posmrtnina s členi 36., 37. in 38.,
 4. 2. in 4. točka 46. člena v delu, ki se nanaša na pogrebno in posmrtnino,
 5. 2. točka prvega odstavka 47. člena v delu, ki se nanaša na pogrebno in posmrtnino in
 6. 84. člen v delu, ki se nanaša na pogrebno in posmrtnino,
- ki se uporabljajo do 31. decembra 2013.

[...]

40. člen**(uveljavitev in začetek uporabe zakona)**

(1) Ta zakon začne veljati naslednji dan po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije, uporablja pa se od 1. septembra 2014.

[...]

Zakon o matični evidenci zavarovancev in uživalcev pravic iz obveznega pokojninskega in invalidskega zavarovanja - ZMEPIZ-1 (Uradni list RS, št. 111/13) vsebuje naslednjo prehodno in končno določbo:**116. člen****(prenehanje veljavnosti zakonov)**

(1) Z dnem uveljavitve tega zakona prenehata veljati:

[...]

– določba drugega odstavka 78. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 63/13 – ZIUPTDSV in 91/13) v delu, ki se nanaša na rok za vložitev prijave v obvezno zdravstveno zavarovanje za osebe v delovnem razmerju.

(2) Določbe zakonov iz prejšnjega odstavka se uporabljajo do začetka uporabe tega zakona.

117. člen
(začetek veljavnosti)

Ta zakon začne veljati naslednji dan po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije, uporablja pa se od 1. januarja 2014, razen drugega, tretjega, četrtega in petega odstavka 115. člena tega zakona, ki se začnejo uporabljati z dnem uveljavitve tega zakona.

Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona za uravnoteženje javnih financ - ZUJF-C (Uradni list RS, št. 95/14) vsebuje še naslednje prehodne in končno določbo:

PREHODNE IN KONČNA DOLOČBA

4. člen
(zdravstveno zavarovanje)

(1) Do ustrezne ureditve v zakonu, ki ureja zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje, so ne glede na tretjo alinejo druge točke 49. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/2013 – ZUTD-A, 63/13 – ZIUPTDSV, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1; v nadaljnjem besedilu: ZZVZZ) zavezane za plačilo prispevka za zavarovanje za poškodbo pri delu in poklicno bolezen za zavarovance iz 6. točke 17. člena ZZVZZ, organizacije.

(2) Do ustrezne ureditve v zakonu, ki ureja zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje, se ne glede na tretjo alinejo drugega odstavka 55. člena ZZVZZ za zavarovance iz 6. točke 17. člena ZZVZZ plačujejo prispevki po stopnji 0,53 odstotka.

(3) Do ustrezne ureditve v zakonu, ki ureja zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje, so ne glede na prvo alinejo prvega odstavka 55.a člena ZZVZZ zavezane za plačilo prispevka za zavarovance iz 6. točke 17. člena ZZVZZ, organizacije.

(4) Do ustrezne ureditve v zakonu, ki ureja zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje, je ne glede na drugi odstavek 57. člena ZZVZZ osnova za plačilo prispevka za zavarovance iz 6. točke 17. člena ZZVZZ vsako posamezno plačilo za opravljena začasna in občasna dela, ki se po zakonu, ki ureja dohodnino, šteje za dohodek in ni oproščen plačila dohodnine ali ni drug dohodek po zakonu, ki ureja dohodnino.

8. člen
(uveljavitev in začetek uporabe zakona)

Ta zakon začne veljati naslednji dan po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije, uporabljati pa se začne 1. februarja 2015.

Zakon o zaposlovanju, samozaposlovanju in delu tujcev – ZZSDT (Uradni list RS, št. 47/15) vsebuje še naslednjo končno določbo:

82. člen
(uveljavitev zakona)

Ta zakon začne veljati petnajsti dan po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije, uporabljati pa se začne 1. septembra 2015.