Opozorilo: Neuradno prečiščeno besedilo predpisa predstavlja zgolj informativni delovni pripomoček, glede katerega organ ne jamči odškodninsko ali kako drugače.

Neuradno prečiščeno besedilo Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju obsega:

- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 9/92 z dne 21. 2. 1992),
- Zakon o spremembi in dopolnitvi Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – ZZVZZ-A (Uradni list RS, št. 13/93 z dne 12. 3. 1993),
- Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – ZZVZZ-B (Uradni list RS, št. 9/96 z dne 16. 2. 1996),
- Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – ZZVZZ-C (Uradni list RS, št. 29/98 z dne 10. 4. 1998),
- Zakon o dopolnitvi zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – ZZVZZ-D (Uradni list RS, št. 6/99 z dne 29. 1. 1999),
- Zakon o varnosti in zdravju pri delu – ZVZD (Uradni list RS, št. 56/99 z dne 13. 7. 1999),
- Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – ZZVZZ-E (Uradni list RS, št. 99/01 z dne 7. 12. 2001),
- Zakon o delovnih razmerjih – ZDR (Uradni list RS, št. 42/02 z dne 15. 5. 2002),
- Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – ZZVZZ-F (Uradni list RS, št. 60/02 z dne 10. 7. 2002),
- Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – ZZVZZ-G (Uradni list RS, št. 126/03 z dne 18. 12. 2003),
- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – uradno prečiščeno besedilo – ZZVZZ-UPB1 (Uradni list RS, št. 20/04 z dne 4. 3. 2004),
- Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – ZZVZZ-H (Uradni list RS, št. 76/05 z dne 12. 8. 2005),
- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – uradno prečiščeno besedilo – ZZVZZ-UPB2 (Uradni list RS, št. 100/05 z dne 10. 11. 2005),
- Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – ZZVZZ-I (Uradni list RS, št. 38/06 z dne 11. 4. 2006),
- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – uradno prečiščeno besedilo – ZZVZZ-UPB3 (Uradni list RS, št. 72/06 z dne 11. 7. 2006),
- Zakon o usklajevanju transferjev posameznikom in gospodinjstvom v Republiki Sloveniji – ZUTPG (Uradni list RS, št. 114/06 z dne 9. 11. 2006),
- Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – ZZVZZ-J (Uradni list RS, št. 91/07 z dne 8. 10. 2007),

- Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – ZZVZZ-K (Uradni list RS, št. 76/08 z dne 25. 7. 2008),
- Zakon o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev – ZUPJS (Uradni list RS, št. 62/10 z dne 30. 7. 2010),
- Zakon o spremembi in dopolnitvi Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – ZZVZZ-L (Uradni list RS, št. 87/11 z dne 2. 11. 2011),
- Zakon za uravnoteženje javnih financ – ZUJF (Uradni list RS, št. 40/12 z dne 30. 5. 2012),
- Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o urejanju trga dela – ZUTD-A (Uradni list RS, št. 21/13 z dne 13. 3. 2013),
- Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – ZZVZZ-M (Uradni list RS, št. 91/13 z dne 5. 11. 2013),
- Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev – ZUPJS-C (Uradni list RS, št. 99/13 z dne 3. 12. 2013),
- Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o socialno varstvenih prejemkih – ZSVarPre-C (Uradni list RS, št. 99/13 z dne 3. 12. 2013),
- Zakon o matični evidenci zavarovancev in uživalcev pravic iz obveznega pokojninskega in invalidskega zavarovanja – ZMEPIZ-1 (Uradni list RS, št. 111/13 z dne 27. 12. 2013),
- Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona za uravnoteženje javnih financ – ZUJF-C (Uradni list RS, št. 95/14 z dne 29. 12. 2014),
- Zakon o zaposlovanju, samozaposlovanju in delu tujcev – ZZSDT (Uradni list RS, št. 47 /15 z dne 30. 6. 2015),
- Zakon za urejanje položaja študentov – ZUPŠ (Uradni list RS, št. 61/17 z dne 2. 11. 2017),
- Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti – ZZDej-K (Uradni list RS, št. 64/17 z dne 17. 11. 2017),
- Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – ZZVZZ-N (Uradni list RS, št. 36/19 z dne 7. 6. 2019),
- Zakon o finančni razbremenitvi občin – ZFRO (Uradni list RS, št. 189/20 z dne 15. 12. 2020),
- Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – ZZVZZ-O (Uradni list RS, št. 51/21 z dne 2. 4. 2021),
- Zakon o dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – ZZVZZ-P (Uradni list RS, št. 159/21 z dne 1. 10. 2021),
- Zakon o dolgotrajni oskrbi – ZDOsk (Uradni list RS, št. 196/21 z dne 17. 12. 2021),
- Zakon o dopolnitvi Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – ZZVZZ-R (Uradni list RS, št. 15/22 z dne 4. 2. 2022),
- Zakon o spremembi Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – ZZVZZ-S (Uradni list RS, št. 43/22 z dne 25. 3. 2022),

- Zakon o nujnih ukrepih za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema – ZNUZSZS (Uradni list RS, št. 100/22 z dne 25. 7. 2022),

- Zakon o nujnih ukrepih za zajezitev širjenja in blaženja posledic nalezljive bolezni COVID-19 na področju zdravstva – ZNUNBZ (Uradni list RS, št. 141/22 z dne 7. 11. 2022),

- Zakon o čezmejnem izvajanju storitev – ZČmIS-1 (Uradni list RS, št. 40/23 z dne 3. 4. 2023),

- Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – ZZVZZ-T (Uradni list RS, št. 78/23 z dne 19. 7. 2023),

- Zakon o dolgotrajni oskrbi – ZDOsk-1 (Uradni list RS, št. 84/23 z dne 2. 8. 2023),

- Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti - ZZDej-N (Uradni list RS, št. 32/25 z dne 6. 5. 2025).

ZAKON

O ZDRAVSTVENEM VARSTVU IN ZDRAVSTVENEM ZAVAROVANJU (ZZVZZ)

(neuradno prečiščeno besedilo št. 42)

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 ogrožati 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 SKRB 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 uskladitev 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 smotrno 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;

- **(prenehala veljati)**.

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 bolezni 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 priznavalninah;

- 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 prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje za zavezance, ki jim je oprostitev plačila teh obveznosti zagotovljena s posebnim zakonom;

- plačilo opravljanja mrliških pregledov, obdukcij in tehnične pomoči v zvezi z obdukcijo.

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. **(prenehal veljati)**

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. (prenehala veljati);

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, poslane na delo ali na strokovno izpopolnjevanje v tujino, če niso obvezno zavarovane v državi, v katero so bile poslane;

3. osebe, zaposlene pri tujih in mednarodnih organizacijah in ustanovah, tujih konzularnih in diplomatskih predstavništvih 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 poslovodne osebe, ki opravljajo poslovodno funkcijo kot edini ali glavni poklic;

7. kmetje, 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;

19.a vojaški obvezniki s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji med služenjem vojaškega roka oziroma med usposabljanjem za rezervno sestavo policije;

20. 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;

21. 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;

22. 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.

Zavarovancem iz 5., 6., 7. in 8. točke prvega odstavka tega člena preneha lastnost zavarovanca v obveznem zavarovanju iz tega naslova z dnem, ko postane odločba o ugotovljeni I. kategoriji invalidnosti zavarovanca pravnomočna.

Za osebe iz 22. točke prvega odstavka tega člena lahko zavod oziroma organizacija, v kateri se te osebe nahajajo, za osebe, ki jim je bil izrečen uklonilni zapor pa zavod za prestajanje kazni zapora, kjer se te osebe nahajajo na prestajanju uklonilnega zapora pri Zavodu brez njihovega soglasja pridobi podatek o obstoju obveznega zdravstvenega zavarovanja, zahteva izdajo potrdila, s katerim se začasno izkazuje lastnost zavarovane osebe in pridobi kartico zdravstvenega zavarovanja.

Za zavarovance po 7. točki prvega odstavka se štejejo:

- kmetje, 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;

- kmetje, 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 alinee 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 alinee 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 prebivajo 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 mladostniki z motnjami v telesnem in duševnem razvoju ter otroci in mladostniki 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, prejeto 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, 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 za zveze 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 konca šolskega oziroma študijskega leta, v katerem dopolni 26 let.

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

Iz obveznega zavarovanja se zavarovani osebi zagotavlja plačilo naslednjih zdravstvenih storitev:

1. preventivne zdravstvene storitve:

   - sistematični in drugi preventivni zdravstveni pregledi na primarni ravni zdravstvene dejavnosti otrok, dijakov in študentov do dopolnjenega 26. leta starosti, drugih odraslih oseb v skladu s programom, vključno za registrirane športnike, svetovanje pri načrtovanju družine in preventivne zdravstvene storitve nosečnic, razen preventivnih zdravstvenih pregledov, ki jih zagotavlja delodajalec,

   - zdravstvene storitve zgodnjega odkrivanja dejavnikov tveganja za nastanek kroničnih nenalezljivih bolezni na primarni ravni zdravstvene dejavnosti, vključno s presejalnimi testi, v skladu s programom, ki ga sprejme Zdravstveni svet,

   - zdravstvene storitve za krepitev zdravja in spreminjanja nezdravega življenjskega sloga na primarni ravni zdravstvene dejavnosti,

   - cepljenje in obvezna zaščita z zdravili v skladu z zakonom, ki ureja nalezljive bolezni,

2. zdravljenje, ki obsega diagnostične zdravstvene storitve (npr. pregled ali preiskava), terapevtske zdravstvene storitve (npr. ambulantne storitve, operativni poseg), zdravstvene storitve s področja reprodukcije (npr. kontracepcija, zdravstvene storitve v zvezi z nosečnostjo, porodom, zdravljenjem zmanjšane plodnosti, umetno oploditvijo, sterilizacijo in umetno prekinitvijo nosečnosti) in zdravstvene storitve v zvezi z dajanjem in izmenjavo tkiv in organov za presaditev drugim osebam,

3. zdravljenje v tujini, v skladu s tem zakonom,

4. medicinska rehabilitacija, vključno z zdraviliškim zdravljenjem,

5. zdravstvena nega, razen če so zavarovani osebi v obveznem zavarovanju za dolgotrajno oskrbo priznane primerljive storitve zdravstvene nege, vezane na osnovna dnevna opravila,

6. paliativna oskrba,

7. reševalni prevozi:

   - nujni reševalni prevozi v okviru nujne medicinske pomoči in

   - nenujni reševalni prevozi, če je zavarovana oseba nepokretna ali za prevoz na in z dialize ali če zaradi zdravstvenega stanja potrebuje spremstvo zdravstvenega delavca ali če bi bil prevoz z javnim prevoznim sredstvom ali osebnim avtomobilom za njeno zdravje škodljiv,

8. sobivanje enega od staršev, rejnika, skrbnika, zakonca ali zunajzakonskega partnerja, kadar sobiva ob otroku svojega zakonca ali zunajzakonskega partnerja, v zdravstvenem zavodu ali zdravilišču z bolnim otrokom do vključno 14. leta starosti, z bolnim otrokom do 18. leta starosti oziroma dokler traja roditeljska pravica v primeru težje okvare ali poškodbe možganov ali hrbtenjače, pri kateri je potrebno usposabljanje za poznejšo medicinsko rehabilitacijo na domu, ali v primeru kronične bolezni ali okvare v času usposabljanja za poznejšo medicinsko rehabilitacijo na domu, ali v primeru zdravljenja težkega zdravstvenega stanja, ne glede na starost z osebo s posebnimi potrebami, ki potrebuje 24-urno nego in oskrbo, oziroma z osebo s statusom po zakonu, ki ureja socialno vključevanje invalidov,

9. skupinski zdravstveni programi zaradi krepitve zdravstvenega stanja otrok do 18. leta starosti, ki so v koledarskem letu večkrat hospitalizirani ali vsaj dvakrat bolni,

10. skupinski zdravstveni programi zaradi usposabljanja za obvladovanje zdravstvenega stanja otrok do 18. leta starosti s cerebralno paralizo, živčno-mišičnimi boleznimi ali druge vrste gibalne oviranosti, poškodbo glave, otrok z juvenilnim revmatoidnim artritisom, s sladkorno boleznijo, fenilketonurijo, celiakijo ali prekomerno telesno težo ter otrok z motnjo avtističnega spektra, z razvojnim zaostankom ali intelektualno manjzmožnostjo,

11. skupinski zdravstveni programi za izboljševanje, ohranjevanje ali preprečevanje poslabšanja zdravstvenega stanja oseb z mišičnimi in živčno-mišičnimi boleznimi, s paraplegijo, tetraplegijo, cerebralno paralizo, poškodbo glave, z najtežjo obliko hemiplegije ali generalizirane psoriaze, multiplo sklerozo, s poliomelitisom, Parkinsonovo boleznijo ali težjo ali težko motnjo v duševnem razvoju ob določeni funkcionalni okvari.

Zdravstvene storitve iz 1., 2., 3. in 4. točke prejšnjega odstavka vključujejo tudi zobozdravstvene storitve. Zdravstvene storitve iz 1. do 6. točke prejšnjega odstavka vključujejo tudi lekarniške storitve ter zdravila, živila za posebne zdravstvene namene in medicinske pripomočke, ki se predpisujejo na listino Zavoda ali jih zagotavlja izvajalec zdravstvene dejavnosti sam v okviru zdravstvene storitve.

Zavod lahko določi pogoj predhodnega zavarovanja do šest mesecev za pravice do zobnoprotetičnih in medicinskih pripomočkov.

Natančnejši obseg preventivnih zdravstvenih storitev iz 1. točke prvega odstavka tega člena, natančnejši postopek njihovega uveljavljanja, njihove standarde in normative določi minister, pristojen za zdravje, na predlog Zdravstvenega sveta, razen cepljenj in obvezne zaščite z zdravili, ki jih določi v skladu z zakonom, ki ureja nalezljive bolezni. Za izvajanje zdravstvenih storitev iz prejšnjega stavka lahko njihovi izvajalci od Zavoda ali iz Centralnega registra prebivalstva pridobijo osebne podatke o zavarovanih osebah, ki imajo pravico do teh zdravstvenih storitev.

Vsebino, način izvedbe in podrobnejša merila za izvajanje skupinskih zdravstvenih programov iz 9., 10. in 11. točke prvega odstavka tega člena določi minister, pristojen za zdravje.

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 zdravstvenih storitev na domu, zdravljenja v tujini, zdraviliškega zdravljenja, sobivanja, skupinskih zdravstvenih programov iz prvega odstavka tega člena in nadomestila za začasno zadržanost od dela, čeprav delajo v režijskih obratih, nege ožjega družinskega člana, povračil potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev. Prav tako se po teh zavarovancih ne morejo zavarovati njihovi družinski člani, razen otroka, ki skupaj z obsojenko biva v zavodu in nima drugače urejenega obveznega zavarovanja.

Zavod lahko zavarovani osebi izjemoma delno ali v celoti odobri plačilo ali povračilo stroškov zdravila, živila za posebne zdravstvene namene, prehranskega dopolnila, dermatološkega izdelka, medicinskega pripomočka ali zdravstvene storitve, do katere zavarovana oseba nima pravice iz obveznega zavarovanja, če ima zavarovana oseba bolezni ali poškodbe, ki so privedle do izjemnega zdravstvenega stanja, z izjemoma odobreno zdravstveno storitvijo pa je utemeljeno pričakovati ozdravitev, bistveno izboljšanje zdravstvenega stanja, preprečitev ali bistveno upočasnitev nadaljnjega poslabšanja

zdravstvenega stanja, vključno z zagotavljanjem zdravstvene nege pri zavarovani osebi, in tega učinka ni mogoče zadovoljivo doseči z zdravstvenimi storitvami, do katerih ima pravico iz obveznega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu: izjemna odobritev).

Zdravilo in živilo za posebne zdravstvene namene se pod pogoji iz prejšnjega odstavka lahko izjemoma odobrita, če ga na osnovi strokovnih virov priporoča ustrezen izvajalec zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji ali v tujini, pri čemer Zavod upošteva tudi merila za razvrstitev iz 23.b člena tega zakona. Prehransko dopolnilo se pod pogoji iz prejšnjega odstavka lahko izjemoma odobri, če ga na osnovi strokovnih virov priporoča ustrezen izvajalec zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji ali v tujini, pri čemer Zavod upošteva tudi, ali ima učinkovitost zdravila in ali na trgu v Republiki Sloveniji obstaja zdravilo s primerljivo učinkovino in jakostjo. Dermatološki izdelek se pod pogoji iz prejšnjega odstavka lahko izjemoma odobri, če ga na osnovi strokovnih virov priporoča izvajalec, ki opravlja zdravstveno dejavnost na terciarni ravni v Republiki Sloveniji ali tujini.

Ne glede na pogoje iz sedmega odstavka tega člena se zavarovani osebi lahko izjemoma odobri medicinski pripomoček, če ima ta medicinski pripomoček enak ali podoben učinek kot zdravilo, ki je pravica iz obveznega zavarovanja, a v času zdravljenja v Republiki Sloveniji to zdravilo zaradi motenj v preskrbi ni dosegljivo in zdravila ni mogoče zamenjati z drugim zdravilom.

Ne glede na prvi odstavek 84. člena tega zakona o izjemni odobritvi na I. stopnji odloča uradna oseba na Direkciji Zavoda, na II. stopnji pa komisija, katere člane imenuje direktor Zavoda.

Natančnejše pogoje in natančnejši postopek o izjemni odobritvi določi upravni odbor Zavoda s splošnim aktom.

23.a člen

Zavod zagotavlja iz obveznega zavarovanja sredstva za zdravila, razvrščena na pozitivno listo, na podlagi:

- veljavne cene, določene v skladu 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 po veljavni ceni iz prejšnjega odstavka, 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, razvrščena na pozitivno listo na podlagi:

- cene, ki jo dogovori Zavod s ponudnikom živil, ali
- najvišje priznane vrednosti za živilo, ki jo določi Zavod najmanj vsakih šest mesecev.

Zavod vodi evidenco o zdravilih in živilih za posebne zdravstvene namene, ki so razvrščena na pozitivno 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 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 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.

Ne glede na prvi in drugi odstavek tega člena na pozitivno 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 živili v isti terapevtski skupini, ki so že razvrščena na pozitivno 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 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 izraženosti bolezni, 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 biotehnološkimi postopki ter živil za posebne zdravstvene namene.

23.c člen

Vlogo za razvrstitev zdravil na pozitivno 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.

Vlogo za razvrstitev živil za posebne zdravstvene namene na pozitivno listo lahko vloži 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 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 listo oziroma odločbo o nerazvrstitvi zdravila na pozitivno 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 listo vključno z uveljavitvijo razvrstitve, ne smeta skupaj presegati 180 dni.

Zavod izda odločbo o razvrstitvi živila na pozitivno listo oziroma nerazvrstitvi živila za posebne zdravstvene namene na pozitivno 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 liste, kadar ne izpolnjujejo več meril iz prvega oziroma drugega odstavka prejšnjega člena oziroma ko pride do izpolnitve enega od meril iz tretjega odstavka prejšnjega člena.

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

Predlagatelj se lahko zoper odločbo iz petega in šestega odstavka tega člena pritoži v 30 dneh od prejema odločbe. Pritožba, ki se vloži 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 listo, za izločitev zdravil in živil za posebne zdravstvene namene iz pozitivne liste, podrobnejše sestavine vloge ter morebitne stroške postopka, pogoje in postopek za določanje omejitev iz četrtega odstavka prejšnjega člena, 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 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

(črtan)

25. člen

(črtan)

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.

Ne glede na drugo alinejo prejšnjega odstavka in zakon, ki ureja delovna razmerja, gre zavarovancem v primerih nezmožnosti za delo zaradi bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom, nadomestilo plače od 21. dne zadržanosti od dela.

Ne glede na prejšnji odstavek gre nadomestilo zavarovancem od prvega dne zadržanosti od dela na podlagi potrdila izvajalca o sobivanju brez ugotavljanja začasne zadržanosti od dela tudi zaradi sobivanja enega od staršev, rejnika, skrbnika, zakonca ali zunajzakonskega partnerja, kadar sobiva ob otroku svojega zakonca ali zunajzakonskega partnerja, v zdravstvenem zavodu ali zdravilišču:

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

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 10 dni, za otroke do sedem let starosti ali starejšega zmerno, težje ali težko duševno in telesno prizadetega otroka pa do 20 dni.

Kadar to terja zdravstveno stanje ožjega družinskega člana, lahko pristojni imenovani zdravnik izjemoma podaljša trajanje pravice do nadomestila, vendar največ do 40 dni za nego otrok do sedem let starosti ali starejšega zmerno, težje ali težko duševno in telesno prizadetega otroka oziroma do 20 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.

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.

30.a člen

Pravica do denarnega nadomestila zaradi sobivanja enega od staršev, rejnika, skrbnika, zakonca ali zunajzakonskega partnerja, kadar sobiva ob otroku svojega zakonca ali zunajzakonskega partnerja, v zdravstvenem zavodu ali zdravilišču z bolnim otrokom traja, dokler traja sobivanje.

Nadomestilo za sobivanje se odmerja v enakem odstotku kot nadomestilo zaradi nege ožjega družinskega člana.

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 vštevajo v osnovo za nadomestilo med začasno zadržanostjo od dela.

Nadomestilo znaša:

- 100 % osnove ob zadržanosti od dela zaradi poklicne bolezni, poškodbe pri delu, darovanja in posledic darovanja 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 alinee prejšnjega odstavka, razen v primeru zadržanosti od dela zaradi poklicne bolezni, poškodbe pri delu, darovanja in posledic darovanja živega tkiva in organov v korist druge osebe in posledic darovanja krvi;

- 80 % osnove v primerih iz druge alinee prejšnjega odstavka;

- 70 % osnove v primerih iz tretje alinee 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 alinee 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, nege družinskega člana, darovanja in posledic darovanja živega tkiva in organov v korist druge osebe in posledic darovanja krvi, ko nadomestilo znaša 100 % od osnove.

Nadomestilo ne more biti manjše od 60 % minimalne plače, ki je določena z zakonom, ki ureja minimalno plačo. Ne glede na prejšnji stavek je za zavarovanca, katerega osnova za plačilo prispevkov je nižja od 60 % minimalne plače, najnižje nadomestilo določeno v višini osnove, po kateri je zavarovan. Nadomestilo ne more biti 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.

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 odstranjen 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 pooblaščeni 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 ravnati po navodilu zdravnika. Zavarovancu se zadržano nadomestilo izplača za ves čas opravičene zadržanosti od dela.

Pogrebnina in posmrtnina

36. člen

(prenehal veljati)

37. člen

(prenehal veljati)

38. člen

(prenehal veljati)

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

Zavarovana oseba ima iz obveznega zavarovanja pravico do povračila prevoznih stroškov:

- če zaradi uveljavljanja pravice do zdravstvene storitve v Republiki Sloveniji potuje k zdravniku ali v zdravstveni zavod v drug kraj, ker v kraju njenega stalnega prebivališča ali njene zaposlitve ni zdravnika ali ustreznega zdravstvenega zavoda;
- če jo osebni zdravnik, zdravstveni zavod ali zdravniška komisija povabi na osebno obravnavo v kraj zunaj kraja njenega stalnega prebivališča ali kraja njene zaposlitve;
- če uveljavlja pravico do zdravljenja v tujini iz 44.a ali 44.b člena tega zakona.

Ne glede na prvo in drugo alinejo prejšnjega odstavka zavarovana oseba nima pravice do povračila prevoznih stroškov, če uveljavlja pravico do naslednjih zdravstvenih storitev:

- zdravstvenih storitev v specialistično ambulantni ali bolnišnični dejavnosti ali zdraviliškega zdravljenja, ki je nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, če te zdravstvene storitve uveljavlja zaradi poškodbe izven dela;
- zdraviliškega zdravljenja, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja;
- zobno-protetičnega zdravljenja;
- izdaje zdravila, živila za posebne zdravstvene namene ali medicinskega pripomočka.

Ne glede na prvo, drugo in tretjo alinejo prejšnjega odstavka ima zavarovana oseba pravico do povračila prevoznih stroškov zaradi uveljavljanja pravice do naslednjih zdravstvenih storitev:

1. zdravljenja in medicinske rehabilitacije otrok, učencev in študentov, ki se redno šolajo, in sicer do konca šolanja, vendar največ do konca šolskega oziroma študijskega leta, v katerem dopolni 26 let ter otrok in mladostnikov z motnjami v telesnem in duševnem razvoju;
2. zdravljenja in medicinske rehabilitacije malignih bolezni, mišičnih in živčno-mišičnih bolezni, paraplegije, tetraplegije, cerebralne paralize, epilepsije, hemofilije, duševnih bolezni, razvitih oblik sladkorne bolezni, multiple skleroze in psoriaze;

3. zdravljenja in medicinske rehabilitacije slepote in slabovidnosti v skladu z veljavno klasifikacijo Svetovne zdravstvene organizacije, popolne 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;

4. zdravljenja in medicinske rehabilitacije zaradi poklicnih bolezni in poškodb pri delu;

5. zdravstvenih storitev v zvezi z darovanjem delov človeškega telesa, vključno z darovanjem človeških tkiv in celic;

6. nujne medicinske pomoči;

7. zdravstvenih storitev v zvezi s presaditvijo delov človeškega telesa in z drugimi najzahtevnejšimi operativnimi posegi;

8. zdravstvenih storitev v zvezi z intenzivno terapijo, radioterapijo, dializo in drugimi nujnimi najzahtevnejšimi diagnostičnimi, terapevtskimi in rehabilitacijskimi posegi;

9. zdravstvenih storitev s področja reprodukcije;

10. zdravljenja ustnih in zobnih bolezni.

Najzahtevnejše zdravstvene storitve iz 7. in 8. točke prejšnjega odstavka določi Zavod v splošnem aktu v soglasju z vlado.

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 Uredbe (ES) št. 987/2009 Evropskega parlamenta 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 alinee 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, rejnika, skrbnika, zakonca ali zunajzakonskega partnerja, kadar sobiva ob otroku svojega zakonca ali zunajzakonskega partnerja, v zdravstvenem zavodu ali zdravilišču, kot izhaja iz 8. točke prvega odstavka 23. člena tega zakona,

- medicinske pripomočke, ki so predmet izposoje zaradi potreb pri zdravljenju, zdravstveni negi in medicinski rehabilitaciji na domu,

- šolanega psa vodiča, do katerega je upravičena slepa oseba,

- potne stroške in spremstvo.

Predhodna odobritev se zavrne, če:

- je zdravstveno 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 presežen 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, seznani javnost o nastopu okoliščin za zavrnitev predhodne odobritve iz tretje alinee prejšnjega odstavka na svojih spletnih straneh.

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

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 zdravstveno zavarovanje se zagotavljajo s prispevki, ki jih plačujejo Zavodu zavarovanci, delodajalci in drugi zavezanci, določeni s tem zakonom.

Prispevki se plačujejo od osnov, določenih s tem zakonom, po proporcionalnih stopnjah in v pavšalnem znesku.

Finančni načrt Zavoda mora biti uravnotežen. Če se med proračunskim letom povečajo izdatki ali zmanjšajo prejemki Zavoda, zaradi sprememb v obveznostih Zavoda ali spremenjenih gospodarskih gibanj, in se v 30 dneh finančni načrt ne uravnovesi, mora Zavod o tem in o razlogih za nastanek neuravnoteženosti obvestiti ministrstvo, pristojno za zdravje, ta pa nemudoma Vlado Republike Slovenije. Zavod najpozneje v 15 dneh po tem, ko o neuravnoteženosti finančnega načrta obvesti ministrstvo, pristojno za zdravje, pripravi predlog rebalansa finančnega načrta Zavoda in ga posreduje skupščini v sprejetje, Vladi Republike Slovenije pa v soglasje najpozneje v osmih dneh po sprejetju rebalansa na skupščini.

Za uravnoteženje finančnega načrta Zavoda se v letu 2024 Zavodu iz proračuna države zagotovi do 240.000.000 eurov za izvajanje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

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, pogrebnino in posmrtnino;
3. prispevek za zdravstvene storitve in povračila potnih stroškov;
4. prispevek za nadomestila, pogrebnino in posmrtnino;
5. prispevek za pravice z omejitvami v skladu s šestim 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 ter pogrebnino in posmrtnino;
3. prispevek za pravice z omejitvami v skladu s šestim 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,

- Republika Slovenija za zavarovance iz 24. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,

- zavarovanci in Republika Slovenija 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,

- Republika Slovenija za zavarovance iz 17. in 21. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,

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.

Poleg prispevkov iz prejšnjega odstavka se Zavodu plačuje tudi obvezni zdravstveni prispevek v višini 35 eurov za posamezni koledarski mesec ne glede na število dni zavarovanja v koledarskem mesecu.

Določba 60. člena tega zakona se ne uporablja za obvezni zdravstveni prispevek iz prejšnjega odstavka.

Obvezni zdravstveni prispevek se uskladi enkrat letno, in sicer 1. marca z rastjo povprečne bruto plače v Republiki Sloveniji v preteklem letu po podatkih Statističnega Urada Republike Slovenije. Znesek obveznega zdravstvenega prispevka določi minister, pristojen za zdravje, najkasneje v mesecu februarju, in njegovo višino objavi v Uradnem listu Republike Slovenije.

Za plačilo obveznega zdravstvenega prispevka so zavezani:

1. zavarovane osebe:

- iz prvega odstavka 15. člena, 15.a člena, 1. podtočke a) prvega odstavka 20. člena, drugega in tretjega odstavka 34. člena tega zakona,

- invalidne osebe zunaj delovnega razmerja na prekvalifikaciji oziroma dokvalifikaciji in zatečeni primeri, ki so pridobili pravico do nadomestila plače za čas čakanja na razporeditev oziroma razporeditev na drugo ustrezno delo po 140. členu Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (Uradni list RS, št. 12/92, 5/94, 7/96 in 54/98), iz osmega odstavka 19. člena Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (Uradni list RS, št. 48/22 – uradno prečiščeno besedilo in 40/23 – ZČmlS-1; v nadaljnjem besedilu: ZPIZ-2), brezposelni delovni invalidi iz 88. člena in prejemniki poklicne pokojnine, če niso obvezno zdravstveno zavarovani na drugi podlagi, iz tretjega odstavka 413. člena ZPIZ-2 in

- iz drugega odstavka 45. člena Zakona o starševskem varstvu in družinskih prejemkih (Uradni list RS, št. 26/14, 90/15, 75/17 – ZUPJS-G, 14/18, 81/19, 158/20, 92/21 in 153 /22),

razen v primeru, če gre za zavarovane osebe iz 2. ali 3. točke tega odstavka,

2. Republika Slovenija:

- za zavarovance iz 15., 16., 17., 18., 21., 22., tretje alineje 23. točke, 24. in 25. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,

- za zavarovance iz šestega odstavka 406. člena ZPIZ-2,

- za zavarovane osebe, ki izpolnjujejo pogoje za pravico do zdravstvenega varstva po predpisih o vojnih invalidih, vojnih veteranih in žrtvah vojnega nasilja, če niso zavarovanci na podlagi 15. ali 18. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona, in

- za zavarovane osebe iz prejšnje točke tega odstavka, ki jim je v skladu z 29. členom Zakona o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev (Uradni list RS, št. 62/10, 40/11, 40/12 – ZUJF, 57/12 – ZPCP-2D, 14/13, 56/13 – ZŠtip-1, 99/13, 14/15 – ZUUJFO, 57/15, 90/15, 38/16 – odl. US, 51/16 – odl. US, 88/16, 61/17 – ZUPŠ, 75/17, 77/18, 47/19, 189/20 – ZFRO in 54/22 – ZUPŠ-1) priznana pravica do plačila obveznega zdravstvenega prispevka,

3. Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije:

- za zavarovance iz 10. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona do dopolnjenega 18. leta starosti, po dopolnjenem 18. letu starosti pa pod pogojem, če se šolajo, in sicer do konca šolanja, vendar največ do konca šolskega oziroma študijskega leta, v katerem dopolnijo 26 let, in

- za zavarovance iz 10. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona, ki postanejo popolnoma in trajno nezmožni za delo do dopolnjenega 18. leta starosti ali do konca rednega šolanja, dokler takšna nezmožnost traja.

Obveznost za izračun in plačilo obveznega zdravstvenega prispevka za posameznega zavarovanca nastane sočasno z nastankom obveznosti za izračun in plačilo prispevkov iz prvega odstavka tega člena.

Obvezni zdravstveni prispevek se za posameznega zavarovanca pobira v istem postopku ter na isti način, kot je v 58. in 59. členu tega zakona določen za pobiranje prispevka iz prvega odstavka tega člena. Če se prispevek iz prvega odstavka tega člena ne pobira, se

obvezni zdravstveni prispevek pobira po postopku in na način kot se pobira prispevek iz prvega odstavka tega člena za zavarovance iz 20. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona. V postopku pobiranja obveznega zdravstvenega prispevka se smiselno uporabljajo tudi določbe o razkritju podatkov, ki se štejejo za davčno tajnost in materialne določbe posebnega zakona, ki ureja plačevanje prispevka iz prvega odstavka tega člena. Obveznega zdravstvenega prispevka ni mogoče odpisati, delno odpisati ali dovoliti odlog plačila oziroma plačilo v obrokih.

Ne glede na šesti in sedmi odstavek tega člena za zavezance iz 7. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona, ki v skladu s prvim odstavkom 52. člena tega zakona plačujejo prispevek iz prvega odstavka tega člena od katastrskega dohodka kmetijskih in gozdnih zemljišč, nastane obveznost obveznega zdravstvenega prispevka na zadnji dan meseca, na katerega se obveznost nanaša, in se izračuna in izpolni upoštevaje prvi odstavek 352. člena, prvi odstavek 353. člena in 353.a člen Zakona o davčnem postopku (Uradni list RS, št. 13/11 – uradno prečiščeno besedilo, 32/12, 94/12, 101/13 – ZDavNepr, 111/13, 22/14 – odl. US, 25/14 – ZFU, 40/14 – ZIN-B, 90/14, 91/15, 63/16, 69/17, 13/18 – ZJF-H, 36/19, 66/19, 145/20 – odl. US, 203/20 – ZIUPOPDVE, 39/22 – ZFU-A, 52/22 – odl. US, 87/22 – odl. US in 163/22; v nadaljnjem besedilu: ZDavP-2).

Ne glede na šesti in sedmi odstavek tega člena za zavarovance, vključene v zavarovanje na podlagi 5., 6., 7. in 8. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona, nastane obveznost obveznega zdravstvenega prispevka za mesec, za katerega imajo pravico do nadomestila in drugega dohodka iz naslova obveznih socialnih zavarovanj, od katerih se plačuje prispevek iz prvega odstavka tega člena, na zadnji dan tega meseca, in se izračuna in izpolni upoštevaje prvi odstavek 352. člena, prvi odstavek 353. člena in 353.a člen ZDavP-2.

Če obvezni zdravstveni prispevek za zavarovanca odtegne in plača plačnik davka po zakonu, ki ureja davčni postopek, se šteje, da je obvezni zdravstveni prispevek plačan za mesec, za katerega plačnik davka plačuje dohodek zavarovancu, od katerega odtegne obvezni zdravstveni prispevek in v višini, določeni za tisti mesec.

Če zavarovanec za posamezni mesec prejme dohodek, od katerega se odteguje obvezni zdravstveni prispevek, v več delih, se obvezni zdravstveni prispevek odtegne od prvega dela prejetega dohodka. Če zavarovanec prejme dohodek za več mesecev skupaj, se obvezni zdravstveni prispevek odtegne od vsakega dohodka za posamezni mesec, od katerega se odteguje obvezni zdravstveni prispevek.

Če zavarovanec za posamezni mesec prejme dohodek iz delovnega razmerja, kot je opredeljeno v zakonu, ki ureja dohodnino, od katerega se odteguje obvezni zdravstveni prispevek, pri več delodajalcih, obvezni zdravstveni prispevek v imenu in za račun zavarovanca izračuna, odtegne in plača glavni delodajalec, kot je opredeljen v zakonu, ki ureja dohodnino.

Če je zavarovanec za posamezni koledarski mesec vključen v zavarovanje po več zavarovalnih podlagah, nastane obveznost plačila obveznega zdravstvenega prispevka po podlagi, po kateri je bil zavarovan na prvi dan v mesecu, pri čemer se ne upošteva podlaga zavarovanja iz 20. člena tega zakona. Če na podlagi prejšnjega stavka ni mogoče določiti ene podlage za plačilo obveznega zdravstvenega prispevka, nastane obveznost plačila obveznega zdravstvenega prispevka po podlagi zavarovanja, ki je v prvem odstavku 15. člena tega zakona navedena prej. Ta odstavek se ne uporabi, če se na podlagi prejšnjega odstavka lahko določi eno podlago za plačilo obveznega zdravstvenega prispevka.

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,

- Republika Slovenija 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 in 1. točke pod a) ter 3. točke pod b) prvega odstavka 20. 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 in 1. točke pod a) ter 3. točke pod b) prvega odstavka 20. 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 in 1. točke pod a) ter 3. točke pod b) prvega odstavka 20. 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, prejeto 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, prejeto 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, poroštva, zastaranja in kaznovanja, se smiselno uporabljajo določbe posebnega zakona, ki ureja plačevanje prispevkov.

Ne glede na prejšnji odstavek Republika Slovenija na podlagi zahteve Zavoda mesečno plačuje prispevke za zavarovance iz 21. in 24. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona Zavodu. Zavod do 15. v mesecu za pretekli mesec predloži zahtevo za plačilo prispevkov ministrstvu, pristojnemu za zdravje, prispevek pa se plača do zadnjega dne v mesecu predložitve zahteve za plačilo prispevkov. Obliko in vsebino zahteve za plačilo prispevka določi minister, pristojen za zdravje.

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. Pooblaščena 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. PROSTOVOLJNO 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. 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;

2. 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 nadomestno zdravstveno zavarovanje;

3. 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.

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

(črtan)

62. člen

(črtan)

62.a člen

(črtan)

62.b člen

(črtan)

62.c člen

(črtan)

62.č člen

(črtan)

2. Izravnalna shema dopolnilnega zavarovanja

(črtan)

62.d člen

(črtan)

62.e člen

(črtan)

62.f člen

(črtan)

62.g člen

(črtan)

62.h člen

(črtan)

62.i člen

(črtan)

3. Pogoji za preoblikovanje vzajemne družbe

(črtan)

62.j člen

(črtan)

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, (v nadaljnjem besedilu: deležniki) se vsako leto dogovorijo o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, opredelijo zmogljivosti, potrebne za njegovo izvajanje, in določijo obseg sredstev (v nadaljnjem besedilu: dogovor). V dogovoru 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.

Zavod za namen pogajanj z deležniki pripravi predlog dogovora, pri čemer upošteva resolucijo o nacionalnem planu zdravstvenega varstva, smernice zdravstvene politike, ki jih vsako leto najpozneje do konca avgusta za naslednje koledarsko leto določi minister, pristojen za zdravje, najnovejša spoznanja znanosti in razvoj medicinske tehnologije, z vidika obsega programov pa tudi aktualna demografska gibanja in ekonomske razmere v Republiki Sloveniji. Zavod k predlogu dogovora pridobi soglasje ministra, pristojnega za zdravje. Če se tekom pogajanj z deležniki predlog dogovora bistveno spremeni, Zavod pridobi ponovno soglasje ministra, pristojnega za zdravje. Šteje se, da se predlog dogovora bistveno spremeni, če se spreminja obseg sredstev za več kot 10 odstotkov ali uvaja nove širitve programov. Minister, pristojen za zdravje, soglasje poda najpozneje v 15 dneh od prejema predloga dogovora oziroma bistvenih sprememb predloga dogovora.

Zavod začne pogajanja z deležniki najpozneje do konca septembra za naslednje koledarsko leto. Dogovor se sklene najpozneje do konca novembra za naslednje koledarsko leto.

Če dogovor ni sklenjen v roku iz prejšnjega odstavka oziroma v primeru resnih motenj, ki ogrožajo stabilnost zdravstvenega sistema (večja nesreča, kot jo opredeljuje zakon, ki ureja varstvo okolja, naravna nesreča, ki jo opredeljuje zakon, ki ureja varstvo pred naravnimi in drugimi nesrečami, negativno finančno poslovanje zdravstvenih zavodov v obsegu najmanj 20 milijonov eurov in trajanju najmanj šest mesecev zaporedoma ali druge resne motnje, ki ogrožajo javno zdravje in jih ni mogoče obvladovati z običajnimi sredstvi oziroma ukrepi), lahko Vlada Republike Slovenije določi vsebino dogovora, pri čemer upošteva vsebine iz prvega stavka drugega odstavka tega člena ter izredne okoliščine, ki so podlaga za določitev vsebine dogovora. Če dogovor ni sklenjen v roku iz prejšnjega odstavka in Vlada Republike Slovenije ne določi vsebine dogovora do konca decembra, do določitve vsebine dogovora velja dogovor, sklenjen za preteklo koledarsko leto.

Postopek sklepanja dogovora iz tega člena smiselno velja tudi za sklepanje sprememb dogovora tekom koledarskega leta, pri čemer se lahko spremeni le vsebina, ki ob pripravi dogovora ni bila znana, neupoštevanje te vsebine pa bi lahko ogrozilo nemoteno izvajanje programov storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja v tekočem koledarskem letu.

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 arbitraža. 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 arbitraža. 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 na 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 arbitraža 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 pogodbena 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, upokojenci 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 vprašanjih 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, upokojencev 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.

Upravljavci zbirk 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 pooblaščeni 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.

Postopek in način izvajanja nadzora iz tega člena določi Zavod v soglasju z ministrom, pristojnim za zdravje.

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:

- možnostih 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, ki jo vloži zavezanec za plačilo prispevkov najpozneje v osmih dneh od dneva začetka zavarovanja.

Ne glede na prejšnji odstavek je zavezanec za prijavo v zavarovanje za zavarovance iz 21. in 24. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona Zavod.

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 ostavka, 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,
- **(prenehala veljati)**

O zavarovanih osebah se v evidencah vodijo naslednji podatki:

- osebno ime,
- identifikacijska številka (ZZZS številka),
- številka kartice zdravstvenega zavarovanja,
- EMŠO,
- stalno oziroma začasno prebivališče,
- podatki o prijavi prebivanja, o izdanih dovoljenjih za prebivanje (številka, vrsta, razlog ali namen prebivanja, obdobje veljavnosti, datum vročitve), datumih vloženih prošenj za izdajo dovoljenja za prebivanje, datumih dokončnosti in pravnomočnosti odločitev o navedenih prošnjah, o prenehanju prebivanja ter o izdanih potrdilih o pravočasno vloženih prošnjah za podaljšanje enotnega dovoljenja ali prošnjah za izdajo enotnega dovoljenja kot nadaljnjega dovoljenja za prebivanje in o pravočasno vloženih prošnjah za podaljšanje dovoljenja za začasno prebivanje in za izdajo nadaljnjega dovoljenja za 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,
- davčno številko.

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 bolezni.

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 v elektronski obliki zapisa morajo biti kriptirani, prek telekomunikacijskih omrežij pa se prenašajo v skladu z zakonom, ki ureja varstvo osebnih podatkov.

Natančnejša opredelitev vsebine zbirk 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 ter v katerem subjektu vpisa je ta 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),

- s centralno evidenco o dovoljenjih za prebivanje in odpovedih prebivanja tujcu (Register tujcev).

Zavod ima pravico iz centralne evidence o dovoljenjih za prebivanje in odpovedih prebivanja tujcem (Register tujcev) brezplačno dobiti naslednje podatke o:

- prijavi prebivanja,

- izdanih dovoljenjih za prebivanje (številka, vrsta, razlog ali namen prebivanja, obdobje veljavnosti, datum vročitve),

- datumih vloženih prošenj za izdajo dovoljenja za prebivanje,

- datumih dokončnosti in pravnomočnosti odločitev o navedenih prošnjah,

- prenehanju prebivanja,

- izdanih potrdilih o pravočasno vloženih prošnjah za podaljšanje enotnega dovoljenja ali prošnjah za izdajo enotnega dovoljenja kot nadaljnjega dovoljenja za prebivanje,

- pravočasno vloženih prošnjah za podaljšanje dovoljenja za začasno prebivanje in za izdajo nadaljnjega dovoljenja za prebivanje.

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 napotitev 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 napotitvi na zdraviliško zdravljenje;
- odloča o upravičenosti zahteve po medicinskem 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 alinee 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, pogrebnine, posmrtnine, 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 dajati 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
KAZENSKE, PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

I. KAZENSKE 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 vloži 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

(črtan)

96.b člen

(črtan)

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 vprašanjih 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 neporavnane 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 k 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 oprostitev 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

(črtan)

108. člen

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.