

3348. Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-K)

Na podlagi druge alineje prvega odstavka 107. člena in prvega odstavka 91. člena Ustave Republike Slovenije izdajam

U K A Z**o razglasitvi Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-K)**

Razlašam Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-K), ki ga je sprejel Državni zbor Republike Slovenije na seji 11. julija 2008.

Št. 003-02-7/2008-5

Ljubljana, dne 21. julija 2008

dr. Danilo Türk l.r.
Predsednik
Republike Slovenije

Z A K O N**O SPREMEMBAH IN DOPOLNITVAH ZAKONA O ZDRAVSTVENEM VARSTVU IN ZDRAVSTVENEM ZAVAROVANJU (ZZVZZ-K)****1. člen**

V Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG in 91/07) se za 1. členom doda 1.a člen, ki se glasi:

"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."

2. člen

V 5. členu se v tretjem odstavku besedilo "Skupščino Republike Slovenije oziroma skupščine občin" nadomesti z besedilom "Državni zbor Republike Slovenije oziroma občinske svete".

3. člen

V 6. členu se v drugem odstavku besedilo "Plan zdravstvenega varstva Republike Slovenije (v nadaljnjem besedilu: plan zdravstvenega varstva)" nadomesti z besedilom "Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva".

V tretjem odstavku se besedilo "Plan zdravstvenega varstva" nadomesti z besedilom "Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva".

V četrtem odstavku se besedilo "Predlog plana zdravstvenega varstva" nadomesti z besedilom "Predlog resolucije o nacionalnem planu zdravstvenega varstva".

V petem odstavku se besedilo "Plan zdravstvenega varstva" nadomesti z besedilom "Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva", beseda "Skupščina" pa se nadomesti z besedama "Državni zbor."

4. člen

V 7. členu se prvi odstavek spremeni tako, da se glasi: "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 krepitev 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 priznavalnicah;

– nujno zdravljenje oseb neznanega prebivališča, tujcev iz držav, s katerimi niso sklenjene mednarodne pogodbe, ter tujcev in državljanov Republike Slovenije s stalnim prebivališčem v tujini, ki začasno prebivajo v Republiki Sloveniji ali so na poti skozi državo in zanje ni bilo mogoče zagotoviti plačila zdravstvenih storitev, kakor tudi za druge osebe, ki po določbah tega zakona niso vključene v obvezno zdravstveno zavarovanje in niso zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja;

– plačilo razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev iz 23. člena tega zakona za zavarovance iz prvega odstavka 15. člena tega zakona in po njih zavarovane družinske člane, ki izpolnjujejo pogoje po tem zakonu;

– plačilo razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev iz 23. člena tega zakona za zavarovance iz 22. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona;

– plačilo prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje za zavezance, ki jim je oprostitev plačila teh obveznosti zagotovljena s posebnim zakonom."

5. člen

V 8. členu se četrta alineja spremeni tako, da se glasi: "– zagotavlja zdravstveno varstvo pripadnikov Civilne zaščite, gasilskih in drugih splošnih reševalnih služb med uspo-

sabljanjem 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;"

6. člen

V 15. členu se v prvem odstavku:

– 9. točka spremeni tako, da se glasi:

"9. brezposelne osebe, ki prejemajo pri zavodu za zaposlovanje denarno nadomestilo";

– 17. točka spremeni tako, da se glasi:

"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";

– 20. točka spremeni tako, da se glasi:

"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";

– v 21. točki za piko doda besedilo, ki se glasi:

"Državljanke iz te točke v obvezno zavarovanje prijavi občina stalnega prebivališča, če nimajo nobenih dohodkov oziroma če, kadar živijo sami, njihovi povprečni mesečni dohodki v zadnjih treh mesecih ne dosega 50% minimalne plače, oziroma če, kadar živijo z ožjimi ali širšimi družinskimi člani v skupnem gospodinjstvu, njihovi povprečni mesečni dohodki na družinskega člana v zadnjih treh mesecih ne dosega 25% minimalne plače, razen kadar ima sam ali njegovi ožji ali širši družinski člani prihranke oziroma premoženje, ki dosega ali presega višino 60 osnovnih zneskov minimalnega dohodka";

– za 21. točko dodajo nove 22., 23., 24. in 25. točka, ki se glasijo:

"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."

Za prvim odstavkom se dodajo novi drugi, tretji, četrti in peti odstavek, ki se glasijo:

"Prihranki in premoženje zavarovancev iz 21. točke prejšnjega odstavka se ugotavljajo v skladu s predpisi s področja socialnega varstva, ki urejajo denarno socialno pomoč.

Izpolnjevanje pogojev iz prejšnjega odstavka ugotovi občina, ki osebo prijavi v zavarovanje, z odločbo z veljavnostjo do enega leta in o izdani odločbi obvesti Zavod. Podrobnejša merila predpiše minister, pristojen za zdravje, v soglasju z ministrom, pristojnim za delo, družino in socialne zadeve.

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

l. 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, pri zavarovalnici, ki izvaja prostovoljna zdravstvena zavarovanja pa podatek o obstoju dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja in zahteva izdajo potrdila o tem."

Dosedanji drugi odstavek postane šesti odstavek, v katerem se druga alineja spremeni tako, da se glasi:

"– 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."

Dosedanji tretji odstavek postane šesti odstavek.

Dosedanji četrti odstavek se črta, dosedanji peti odstavek postane sedmi odstavek.

7. člen

Za 15. členom se doda novi 15.a člen, ki se glasi:

"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."

8. člen

V 16. členu se prvi odstavek spremeni tako, da se glasi:

"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."

9. člen

V 17. členu se v 2. točki za besedo "razvoju" doda besedilo "ter otroci in mladostniki z nezgodno poškodbo glave in okvaro možganov".

9. točka se spremeni tako, da se glasi:

"9. osebe, ki opravljajo splošno koristna in druga dela po kazenskih predpisih;"

Za 10. točko se pika nadomesti s podpičjem in dodata novi 11. in 12. točka, ki se glasita:

"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."

10. člen

V 18. členu se v 1. točki besedi "in reševanju" nadomesti ta z besedilom "ter reševanju in pomoči".

3. točka se spremeni tako, da se glasi:

"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;"

V 8. točki se beseda "sestavov" nadomesti iz besedo "sestav".

9. točka se spremeni tako, da se glasi:

"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 odvratitve oziroma preprečitve nevarnosti, ki neposredno ogrožajo življenje ali premoženje ljudi."

11. člen

V 20. členu se v prvem odstavku:

– točka a) 2. spremeni tako, da se glasi:

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

– točka b) 3. spremeni tako, da se glasi:

"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."

12. člen

V 22. členu se prvi odstavek spremeni tako, da se glasi:

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

13. člen

V 23. členu se v prvem odstavku v 1. točki:

– prva alineja spremeni tako, da se glasi:

"– sistematični in drugi preventivni pregledi otrok, učencev, dijakov in študentov do dopolnjenega 26. leta starosti, žensk v zvezi z nosečnostjo in drugih odraslih oseb v skladu s programom, razen pregledov, ki jih na podlagi zakona zagotavljajo delodajalci";

– črta druga alineja;

– za prvo alinejo dodata novi druga in tretja alineja, ki se glasita:

"– preprečevanje, presejanje in zgodnje odkrivanje bolezni, skladno s programom, ki ga sprejme Zdravstveni svet,

– svetovanje, izobraževanje, usposabljanje in pomoč za spreminjanje nezdravega življenjskega sloga";

– dosedanje tretja do sedma alineja postanejo nove četrta do osma alineja;

– nova četrta alineja se spremeni tako, da se glasi:

"– zdravljenje in rehabilitacija otrok, učencev in študentov, ki se redno šolajo in otrok in mladostnikov z motnjami v telesnem in duševnem razvoju ter otrok in mladostnikov z nezgodno poškodbo glave in okvaro možganov";

– za novo osmo alinejo dodata nova deveta alineja, ki se glasi:

"– celovita obravnava z zdravljenjem in rehabilitacijo 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";

– dosedanje osma do enajsta alineja postanejo nove deseta do trinajsta alineja;

– dosedanje dvanajsta in trinajsta alineja postaneta novi štirinajsta in petnajsta alineja, ki se glasita:

"– zdravila s pozitivne liste, potrebna za zdravljenje oseb in stanj iz četrte do trinajste alineje te točke, medicinski pripomočki v zvezi z zdravljenjem oseb in stanj iz prve do trinajste alineje te točke;

– zdravila in živila za posebne zdravstvene namene s pozitivne in vmesne liste za otroke, učence, dijake, vajence in študente ter osebe z motnjami v telesnem in duševnem razvoju";

– za novo petnajsto alinejo dodata nova šestnajsta alineja, ki se glasita:

"– živila za posebne zdravstvene namene s prilagojeno sestavo hranil za zdravljenje zavarovanih oseb z vrojenimi motnjami presnove";

– za novo šestnajsto alinejo dodata nova sedemnajsta alineja, ki se glasi:

"– sobivanje enega od staršev v zdravstvenem zavodu z bolnim otrokom do starosti otroka vključno 5 let";

– za novo sedemnajsto alinejo se dodata nova osemnajsta alineja, ki se glasi:

"– predhodni in obdobjni zdravstveni pregledi za športnike, ki nastopajo na uradnih tekmovanjih nacionalnih panožnih športnih zvez".

V 4. točki se v drugi alineji besedilo "za vse druge primere" nadomesti iz besedilom ", razen za primere iz 1. točke tega odstavka".

V 6. točki se prva alineja spremeni tako, da se glasi:

"– zdravila in živila za posebne zdravstvene namene z vmesne liste,"

Za prvim odstavkom se dodata novi drugi odstavek, ki se glasi:

"Zagotavljanje pravic in programov preventivnih in sistematičnih pregledov in storitev zgodnjega odkrivanja dejavnikov tveganja za nastanek kroničnih bolezni, vključno s presejalnimi testi ter storitev s področja krepitve zdravja iz prve, druge in tretje alineje 1. točke prejšnjega odstavka ter navodila za njegovo izvajanje, določi minister, pristojen za zdravje, na predlog Zdravstvenega sveta. Za izvajanje teh programov lahko njihovi izvajalci osebne podatke o zavarovancih, ki so vključeni v te programe pridobijo od Zavoda ali iz Centralnega registra prebivalstva. Določanje cen programov in obseg sredstev za njihovo izvajanje, zagotavljanje učinkovitosti, kakovosti in nadzora se zagotovijo skladno s tem zakonom in dogovorom iz 63. člena tega zakona."

V dosedanem drugem odstavku, ki postane novi tretji odstavek, se v prvem stavku besedi "prejšnjega odstavka" nadomesti z besedilom "prvega odstavka tega člena".

Dosedanji tretji odstavek postane novi četrti odstavek.

Za novim četrtem odstavkom se dodata novi peti odstavek, ki se glasi:

"Zavarovanci iz 22. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona imajo omejeno pravico do proste izbire zdravnika v zdravstvenem zavodu, ki jo uresničujejo v skladu s predpisi s področja izvrševanja kazenskih sankcij. Ti zavarovanci nimajo pravice do zdravljenja in nege na domu, zdravljenja v tujini, zdraviliškega zdravljenja in nadomestila za začasno zadržanost od dela, čeprav delajo v režijskih obratih, nege ožjega družinskega člana, pogrebne in posmrtnine ter povračil potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev. Prav tako se po teh zavarovancih ne morejo zavarovati njihovi družinski člani."

14. člen

Za 23. členom se dodajo novi 23.a, 23.b, in 23.c členi, ki se glasijo:

"23.a člen

Zavod zagotavlja iz obveznega zavarovanja sredstva za zdravila iz prvega odstavka prejšnjega člena v celoti oziroma v ustreznem odstotnem deležu, glede na razvrstitev zdravila na pozitivno oziroma vmesno listo in na podlagi:

- veljavne cene, določene skladno s predpisi, ki urejajo zdravila, ali
- najvišje priznane vrednosti, ki jih določa Zavod najmanj vsakih 6 mesecev za skupine medsebojno zamenljivih zdravil, določene s predpisi, ki urejajo zdravila, ali
- veljavne cene za zdravilo, ki je v posamezni skupini medsebojnih zamenljivih zdravil, kadar je ta nižja od njihove najvišje priznane vrednosti.

Ne glede na določilo druge alineje prejšnjega odstavka Zavod zagotavlja iz sredstev obveznega zavarovanja sredstva za zdravilo iz posamezne skupine medsebojno zamenljivih zdravil v skladu z razvrstitvijo na pozitivno ali vmesno listo v celoti oziroma v ustreznem odstotnem deležu, kadar iz zdravstvenih razlogov enakovredno zdravljenje z drugim zdravilom iz skupine medsebojno zamenljivih zdravil ni možno.

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.

Zavod zagotavlja iz obveznega zavarovanja sredstva za živila za posebne zdravstvene namene na podlagi:

- cene, ki jo dogovori Zavod s ponudnikom živil ali
- najvišje priznane vrednosti za živilo, ki jo določi Zavod najmanj vsakih 6 mesecev.

Zavod vodi evidenco o zdravilih in živilih za posebne zdravstvene namene, ki so razvrščena na pozitivno ali vmesno listo, in najvišjih priznanih vrednosti za posamezne skupine medsebojno zamenljivih zdravil ter za živila za posebne zdravstvene namene in jih objavlja na svoji spletni strani.

23.b člen

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

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

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

- pomen živila za posebne zdravstvene namene z vidika javnega zdravja,
- terapevtski pomen živila za posebne zdravstvene namene,
- prilagojenost sestave hranil v živilu, specifično za bolezen, motnjo ali zdravstveno stanje,
- dogovorjena cena živila za posebne zdravstvene namene med predlagateljem razvrstitve in Zavodom.

Na pozitivno listo se ob upoštevanju meril iz prejšnjega stavka razvrščajo le živila za posebne zdravstvene namene, s prilagojeno sestavo hranil, ki so lahko edini vir prehrane.

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

- ne izkazujejo enake ali dodane vrednosti v terapevtskem ali ekonomskem smislu v primerjavi z zdravili oziroma živilii v isti terapevtski skupini, ki so že razvrščena na pozitivno ali vmesno listo ali
- se uporabljajo za blažitev simptomov oziroma zdravljenje stanj, ki so z javno zdravstvenega vidika manj pomembna ali

– se uporabljajo pri obravnavi stanj, ki jih je mogoče urediti ali pozdraviti zgolj s spremenjenim načinom življenja.

Zavod lahko ob razvrstitvi zdravila ali živila za posamezne zdravstvene namene na pozitivno ali vmesno listo določi omejitve 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 biotehnoškimi postopki ter živil za posebne zdravstvene namene.

23.c člen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Predlagatelj se lahko zoper odločbo iz petega in šestega odstavka tega člena pritoži v 30 dneh od prejema odločbe. Pri-

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

15. člen

V 24. členu se besedi "prejšnjega člena" nadomestita z besedilom "23. člena tega zakona".

Dodajo se novi drugi, tretji, četrti, peti, šesti, sedmi in osmi odstavek, ki se glasi:

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

Republika Slovenija zagotavlja iz proračunskih sredstev razliko do polne vrednosti zdravstvenih storitev iz 2. do 6. točke 23. člena tega zakona za zavarovance in po njih zavarovane družinske člane iz prvega odstavka 15. člena tega zakona pod pogojem, da navedenih pravic nimajo zagotovljenih v celoti iz obveznega zdravstvenega zavarovanja iz drugega naslova in če izpolnjujejo pogoje za pridobitev denarne socialne pomoči.

Šteje se, da zavarovanec oziroma po njem zavarovan družinski član izpolnjuje pogoje iz prejšnjega odstavka, če med uveljavljanjem pravice do kritja razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev upravičen do denarne socialne pomoči oziroma izpolnjuje pogoje za pridobitev denarne socialne pomoči, ki se izda največ za obdobje, za katero se lahko dodeli denarna socialna pomoč.

Zavarovanec oziroma po njem zavarovan družinski član izkazuje izpolnjevanje pogojev iz prejšnjega odstavka z odločbo do denarne socialne pomoči ali z odločbo pristojnega centra za socialno delo o pravici do kritja razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev. Center za socialno delo obvesti o izdani odločbi Zavod, ki v evidenci o zavarovanih osebah vodi podatek o upravičenosti do kritja polne vrednosti zdravstvenih storitev.

Zavarovanec oziroma po njem zavarovan družinski član je do kritja razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev upravičen za čas prejemanja denarne socialne pomoči oziroma za čas izpolnjevanja pogojev za pridobitev denarne socialne pomoči.

Zoper odločbo o pravici do kritja razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev iz petega odstavka tega člena je dovoljena pritožba na ministrstvo, pristojno za socialne zadeve. Pritožba ne zadrži izvršitve odločbe.

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

16. člen

Besedilo 26. člena se spremeni tako, da se glasi:

"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."

17. člen

V 30. členu se v prvem odstavku črta besedilo ", s katerim zavarovanec živi v skupnem gospodinjstvu,".

V šestem odstavku se pred piko doda besedilo "oziroma dokler traja roditeljska pravica".

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

"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."

18. člen

V 36. členu se v prvem odstavku besedilo "in 20." spremeni tako, da se glasi: ", 19.a, 20., 23., 24. in 25."

19. člen

V 45. členu se v drugem odstavku črta besedilo ", razen za primere, za katere se po tem zakonu plačujejo prispevki v pavšalnih zneskih".

20. člen

V 46. členu se za 4. točko pika nadomesti s podpičjem in doda nova 5. točka, ki se glasi:

"5. prispevek za pravice z omejitvami v skladu s petim odstavkom 23. člena tega zakona."

21. člen

V 47. člen se na koncu besedila 2. točke pika nadomesti s podpičjem in doda nova 3. točka, ki se glasi:

"3. prispevek za pravice z omejitvami v skladu s petim odstavkom 23. člena tega zakona."

22. člen

V 48. členu se v 2. točki v drugi alineji beseda "skupnost" nadomesti z besedo "zavod", v tretji alineji se besedilo "15., 16., 19. in 19.a" nadomesti z besedilom "15., 16., 19., 19.a in 23.", za četrto alinejo pa se doda nova peta alineja, ki se glasi:

"– zavarovanci in občine za zavarovance iz 25. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona."

V 3. točki se za peto alinejo doda nova šesta alineja, ki se glasi:

"– občine za zavarovance iz 24. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona."

Za besedilom 4. točke se pika nadomesti s podpičjem in doda nova 5. točka, ki se glasi:

"5. prispevek iz 5. točke 46. člena tega zakona:

– Republika Slovenija za zavarovance iz 22. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona."

23. člen

V 49. členu se v 2. točki prva in druga alineja spremenita tako, da se glasita:

"– Republika Slovenija za zavarovance iz 19., 19.a in 23. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona ter za zavarovance iz 9. in 11. točke 17. 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,".

Na koncu besedila 2. točke se pika nadomesti z vejico, za njo pa se doda nova 3. točka, ki se glasi:

"3. prispevek iz 3. točke 47. člena tega zakona:

– Republika Slovenija za zavarovance iz 22. točke 15. člena tega zakona."

24. člen

V 54. členu se za drugim odstavkom dodajo novi tretji, četrti in peti odstavek, ki se glasijo:

"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."

25. člen

Besedilo 55. člena se spremeni tako, da se glasi:

"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., 10., 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. točke 17. člena zakona po stopnji 0,30 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."

26. člen

Besedilo 57. člena se spremeni tako, da se glasi:

"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.

Prispevek za zavarovance iz 5. točke 17. člena tega zakona se plačuje mesečno od osnove, ki je enaka povprečni bruto plači v Republiki Sloveniji za mesec oktober predhodnega koledarskega leta, in sicer za vsako sklenjeno pogodbo o delu, ki velja v posameznem mesecu.

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."

27. člen

V 61. členu se v drugem odstavku v 1. točki besedilo "iz seznama medsebojno zamenljivih zdravil" nadomesti z besedilom "z najvišjo priznano vrednostjo".

28. člen

V 62. členu se v drugem odstavku v 7. točki za prvim stavkom doda nov drugi stavek, ki se glasi: "Izvajalci zdravstvenih storitev ne smejo od zavarovanca, ki se izkaže z veljavnim dopolnilnim zavarovanjem, za opravljene storitve zahtevati doplačil.". V dosedanem drugem stavku, ki postane tretji stavek, se črta besedilo "v kriptiranem zapisu".

29. člen

V 62.b členu se v prvem odstavku v 4. točki besedilo "z seznama medsebojno zamenljivih zdravil" nadomesti z besedilom "z določeno najvišjo priznano vrednostjo".

30. člen

V 62.f členu se v sedmem odstavku besedilo "povprečne ponderirane obrestne mere na medbančnem denarnem trgu" nadomesti z besedilom "EURIBOR letne obrestne mere, povečane za 2 odstotni točki".

31. člen

Za 63. členom se doda 63.a člen, ki se glasi:

"63.a člen

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

Dogovor iz prejšnjega odstavka se sklenuje za obdobje treh let z možnostjo podaljšanja. V času veljavnosti se lahko dogovor na pobudo kateregakoli partnerja spremeni ali dopolni, vendar šele po preteku šestih mesecev od sklenitve dogovora oziroma zadnje spremembe.

O spornih vprašanjih, glede katerih med Zavodom in združenji dobaviteljev medicinskih in tehničnih pripomočkov ni dosežen sporazum, odloča arbitraž. Zavod in združenja dobaviteljev medicinskih in tehničnih pripomočkov imenujejo v vsakokratno arbitražo po tri arbitre. Sedmega arbitra v petnajstih dneh po pozivu Zavoda ali združenj dobaviteljev medicinskih in tehničnih pripomočkov imenuje minister, pristojen za zdravje, če ga partnerji v tem času ne imenujejo sporazumno.

Sporna vprašanja pri sklepanju pogodb z dobavitelji medicinskih in tehničnih pripomočkov se rešujejo v skladu s 67. členom tega zakona."

32. člen

Besedilo 64. člena se spremeni tako, da se glasi:

"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."

33. člen

Besedilo 77. člena se spremeni tako, da se glasi:

"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 pooblaščen nadzorni zdravnik 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."

34. člen

Za 77. členom se doda 77.a člen, ki se glasi:

"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."

35. člen

V 78. členu se tretji odstavek spremeni tako, da se glasi:

"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."

Za četrtem odstavkom se dodata nova peti in šesti odstavek, ki se glasita:

"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."

36. člen

V 79.b členu se v prvem odstavku za tretjo alineo pika nadomesti z vejico ter dodata novi četrta in peta alineja, ki se glasita:

"– evidenca o zavarovanih osebah, ki jih je občina prijavila v obvezno zavarovanje,

– evidenca o zavarovanih osebah, ki so upravičene do plačila razlike do polne vrednosti."

37. člen

Za 80. členom se doda 80.a člen, ki se glasi:

"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."

38. člen

V 81. členu se v drugem odstavku za peto alineo pika nadomesti s podpičjem in dodata novi šesta in sedma alineja, ki se glasita:

"– 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."

39. člen

V 82. členu se v prvem stavku beseda "treh" nadomesti z besedo "petih".

40. člen

V 95. členu se v prvem odstavku besedilo "100.000 do 3.000.000 tolarjev" nadomesti z besedilom "400 do 12.000 eurov".

V drugem odstavku se besedilo "10.000 do 500.000 tolarjev" nadomesti z besedilom "40 do 2.000 eurov".

41. člen

V 96. členu se v prvem odstavku besedilo "100.000 do 3.000.000 tolarjev" nadomesti z besedilom "400 do 12.000 eurov".

V drugem odstavku se besedilo "10.000 do 500.000 tolarjev" nadomesti z besedilom "40 do 2.000 eurov".

42. člen

V 96.a členu se v prvem odstavku besedilo "10.000.000 do 30.000.000 tolarjev" nadomesti z besedilom "40.000 do 125.000 eurov".

V drugem odstavku se besedilo "500.000 do 1.000.000 tolarjev" nadomesti z besedilom "2.000 do 4.000 eurov".

PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

43. člen

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

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

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

44. člen

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

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

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

45. člen

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

46. člen

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

47. člen

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

Št. 500-01/91-2/134
Ljubljana, dne 11. julija 2008
EPA 2175-IV

Državni zbor
Republike Slovenije
France Cukjati, dr. med., l.r.
Predsednik

3349. Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o investicijah v javne zdravstvene zavode, katerih ustanovitelj je Republika Slovenija, za obdobje 1994–2008 (ZIJZ-C)

Na podlagi druge alineje prvega odstavka 107. člena in prvega odstavka 91. člena Ustave Republike Slovenije izdajam

U K A Z

o razglasitvi Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o investicijah v javne zdravstvene zavode, katerih ustanovitelj je Republika Slovenija, za obdobje 1994–2008 (ZIJZ-C)

Razglašam Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o investicijah v javne zdravstvene zavode, katerih ustanovitelj je Republika Slovenija, za obdobje 1994–2008 (ZIJZ-C), ki ga je sprejel Državni zbor Republike Slovenije na seji 11. julija 2008.

Št. 003-02-7/2008-4
Ljubljana, dne 21. julija 2008

dr. Danilo Türk l.r.
Predsednik
Republike Slovenije

Z A K O N

O SPREMENBAH IN DOPOLNITVAH ZAKONA O INVESTICIJAH V JAVNE ZDRAVSTVENE ZAVODE, KATERIH USTANOVITELJ JE REPUBLIKA SLOVENIJA, ZA OBDOBJE 1994–2008 (ZIJZ-C)

1. člen

V Zakonu o investicijah v javne zdravstvene zavode, katerih ustanovitelj je Republika Slovenija, za obdobje 1994–2008 (Uradni list RS, št. 19/94, 28/00, 111/01), se v naslovu zakona in v 1. členu letnica "2008" nadomesti z letnico "2011".

2. člen

V 2. členu, v prvem in drugem odstavku 6. člena, v drugem in tretjem odstavku 7. člena, v 9. členu, v 10. členu ter v prvem in drugem odstavku 11. člena se beseda "zdravstvo" nadomesti z besedo "zdravje".

3. člen

V prvem odstavku 4. člena se beseda "zdravstvo" nadomesti z besedo "zdravje".

V drugem odstavku se besedilo "76.873,969.000 tolarjev" nadomesti z besedilom "320.789.388 eurov", letnica "2008" pa se nadomesti z letnico "2011".

4. člen

V drugem odstavku 5. člena se besedilo "54.308,419.000 tolarjev" nadomesti z besedilom "226.625.017 eurov", letnica "2008" pa se nadomesti z letnico "2011".

5. člen

Besedilo 8. člena se spremeni tako, da se glasi:
"Likvidnostne presežke sredstev na posebnem računu mora ministrstvo, pristojno za zdravje, do njihove namenske porabe nalagati v sistem enotnega zakladniškega računa, na način in pod pogoji, ki veljajo za sistem enotnega zakladniškega računa."

6. člen

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

Št. 411-07/94-5/9
Ljubljana, dne 11. julija 2008
EPA 2173-IV

Državni zbor
Republike Slovenije
France Cukjati, dr.med., l.r.
Predsednik

3350. Zakon o dopolnitvah Zakona o davku od dohodkov pravnih oseb (ZDDPO-2B)

Na podlagi druge alineje prvega odstavka 107. člena in prvega odstavka 91. člena Ustave Republike Slovenije izdajam

U K A Z

o razglasitvi Zakona o dopolnitvah Zakona o davku od dohodkov pravnih oseb (ZDDPO-2B)

Razglašam Zakon o dopolnitvah Zakona o davku od dohodkov pravnih oseb (ZDDPO-2B), ki ga je sprejel Državni zbor Republike Slovenije na seji 15. julija 2008.

Št. 003-02-7/2008-10
Ljubljana, dne 23. julija 2008

dr. Danilo Türk l.r.
Predsednik
Republike Slovenije

Z A K O N

O DOPOLNITVAH ZAKONA O DAVKU OD DOHODKOV PRAVNIH OSEB (ZDDPO-2B)

1. člen

V Zakonu o davku od dohodkov pravnih oseb (Uradni list RS, št. 117/06 in 56/08) se za 55. členom doda nov 55.a člen, ki se glasi:

"55.a člen

(olajšava za investiranje)

(1) Zavezanec lahko uveljavlja znižanje davčne osnove v višini 20% investiranega zneska v opremo in v neopredmetena dolgoročna sredstva, vendar ne več kot 20.000 eurov in največ v