

Uradni list Republike Slovenije



Internet: <http://www.uradni-list.si>

e-pošta: info@uradni-list.si

Št. **72** Ljubljana, torek **11. 7. 2006**

Cena 1430 SIT · 5,97 EUR ISSN 1318-0576 Leto XVI

DRŽAVNI ZBOR

3075. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (uradno prečiščeno besedilo) (ZZVZZ-UPB3)

Na podlagi 153. člena Poslovnika državnega zbora je Državni zbor Republike Slovenije na seji dne 23. junija 2006 potrdil uradno prečiščeno besedilo Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ki obsega:

- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – ZZVZZ (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 prekrških – ZP-G (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 spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – ZZVZZ-H (Uradni list RS, št. 76/05 z dne 12. 8. 2005) in
- 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).

Št. 500-01/91-2/111
Ljubljana, dne 23. junija 2006
EPA 828-IV

Podpredsednik
Državnega zbora
Republike Slovenije
Sašo Peče i.r.

ZAKON O ZDRAVSTVENEM VARSTVU IN ZDRAVSTVENEM ZAVAROVANJU uradno prečiščeno besedilo (ZZVZZ-UPB3)

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.

2. člen

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

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

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

3. člen

Republika Slovenija z ukrepi gospodarske, ekološke in socialne politike ustvarja pogoje za uresničevanje zdravstvenega varstva in nalog pri krepitevi, 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 raz-

vijanjem 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 uskladiitev vprašanj, pomembnih za zdravje ljudi;
- predlaga ukrepe za spodbujanje proizvodnje in uporabe zdrave hrane in za uvedbo zdravju manj škodljivih tehnoloških postopkov in izdelkov;
- predlaga ukrepe za zmanjšanje zdravju škodljivih razvad;
- sodeluje z ustreznim organom na področju varstva okolja;
- obravnava druga vprašanja s področja zdravstvenega varstva, ki zahtevajo medpodročno reševanje, ter zagotavlja strokovno pomoč upravnim organom in skupčinam 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 Skupščino Republike Slovenije oziroma skupščine občin.

Sestavo sveta in način njegovega dela predpiše Vlada Republike Slovenije.

6. člen

Republika Slovenija planira razvojne možnosti in potrebe z zdravstvenimi programi in zdravstvenimi zmogljivostmi. Plan zdravstvenega varstva mora temeljiti na analizi zdravstvenega stanja prebivalstva, izhajati iz zdravstvenih potreb

po celovitem zdravstvenem varstvu, upoštevati kadrovske in druge zmogljivosti ter zagotoviti smotno delitev dela.

Plan zdravstvenega varstva Republike Slovenije (v nadaljnjem besedilu: plan zdravstvenega varstva) vsebuje:

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

Plan zdravstvenega varstva vsebuje dolgoročne, srednjeročne in kratkoročne opredelitve.

Predlog plana 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.

Plan zdravstvenega varstva sprejme Skupščina Republike Slovenije.

7. člen

Republika Slovenija iz proračuna zagotavlja sredstva za:

- programiranje, usklajevanje in spremljanje izvajanja zdravstvene prosvete in vzgoje, vključno z založniško dejavnostjo, skladno s planom zdravstvenega varstva;
- proučevanje in spremljanje zdravstvenega stanja prebivalcev;
- uresničevanje programov republiškega pomena za krepitev zdravja;
- epidemiološko, higiensko ter zdravstveno-ekološko službo, ki obravnava zdravstvene vidike varovanja okolja;
- epidemiološko spremljanje in preprečevanje nalezljivih bolezni in infekcije s HIV, alkoholizma, kajenja, narkomanije in drugih odvisnosti;
- drugo socialnomedicinsko dejavnost, pomembno za vso republiko;
- sofinanciranje znanstvenoraziskovalne dejavnosti na področju zdravstvenega varstva;
- aktivnosti humanitarnih, invalidskih, strokovnih in drugih društev in organizacij, skladno z opredelitvami iz plana zdravstvenega varstva;
- zbiranje krvi in izmenjavo organov in tkiv za presajanje;
- zdravstvene preglede nabornikov;
- zdravstveno varstvo vojaških obveznikov na sluzenju vojaškega roka in na usposabljanju v teritorialni obrambi ter v organih za notranje zadeve ter pripadnikov republiških enot za civilno zaščito in republiških enot za zveze na usposabljanju, če zdravstvenega varstva nimajo urejenega na drugi podlagi;
- posebno zdravstveno varstvo po predpisih o vojaških invalidih, o civilnih invalidih vojne, o varstvu vojnih veteranov in žrtev vojnega nasilja, udeležencev drugih vojn ter o republiških priznavalnih;
- plačilo zdravstvenih storitev za obsojence na prestajanju zaporne kazni, za mladoletnike na prestajanju vzgojnega ukrepa oddaje v prevzgojni dom, za osebe, ki jim je izrečen varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu, oziroma obvezno zdravljenje alkoholikov in narkomanov, ter za tujce, ki jim je Republika Slovenija priznala status begunca;
- nujno zdravstveno varstvo 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 Republiko Slovenijo, in zanje ni bilo mogoče zagotoviti plačila zdravstvenih storitev.

Republika Slovenija za javne zdravstvene zavode, ki jih je ustanovila, zagotavlja sredstva za investicije in za druge obveznosti, določene z zakonom in z aktom o ustanovitvi.

Republika Slovenija iz proračuna zagotavlja dopolnilna sredstva za delovanje javne zdravstvene službe na primarni ravni na demografsko ogroženih območjih.

8. člen

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

- oblikuje in uresničuje programe za krepitev zdravja prebivalstva na svojem območju in zagotavlja proračunska sredstva za te programe;
- zagotavlja izvajanje higiensko epidemiološke, zdravstvenostatistične in socialnomedicinske dejavnosti za svoje območje, ki niso vključene v republiški program;
- oblikuje in izvaja program nalog za ohranitev zdravja okolja, ki niso vključene v republiški program;
- zagotavlja zdravstveno varstvo pripadnikov civilne zaščite, splošnih reševalnih služb, narodne zaščite in enot za zveze občine oziroma mesta, 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. pogrebina in posmrtnina;
4. povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev.

1. Zavarovane osebe

14. člen

Zavarovane osebe so zavarovanci in njihovi družinski člani.

15. člen

Zavarovanci po tem zakonu so:

1. osebe, ki so v delovnem razmerju v Republiki Sloveniji;
2. osebe v delovnem razmerju pri delodajalcu s sedežem v Republiki Sloveniji, poslani na delo ali na strokovno izpopolnjevanje v tujino, če niso obvezno zavarovane v državi, v katero so bile poslani;
3. osebe, zaposlene pri tujih in mednarodnih organizacijah in ustanovah, tujih konzularnih in diplomatskih 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. osebe, ki so lastniki zasebnih podjetij v Republiki Sloveniji, če niso zavarovane iz drugega naslova;
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 telesno-kulturnih in šahovskih organizacij v Republiki Sloveniji, ki niso zavarovani iz drugega naslova;
9. brezposelne osebe, ki prejemajo pri zavodu za zaposlovanje nadomestilo oziroma denarno pomoč;
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 stalno denarno pomoč kot edini vir preživljanja po predpisih o socialnem varstvu;

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 z drugimi prihodki in s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, če niso zavarovane iz drugega naslova;

21. državljani Republike Slovenije s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki niso zavarovanci iz drugega naslova.

Za zavarovance po 7. točki prejšnjega 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 njihovih gospodarstev in druge osebe, ki v Republiki Sloveniji opravljajo kmetijsko dejavnost kot edini ali glavni poklic in niso pokojninsko in invalidsko zavarovane, če kmečko gospodarstvo dosega na člana gospodarstva mesečno najmanj tolikšen katastrski in drug dohodek, ki ustreza znesku 25% minimalne plače, zmanjšane za davke in prispevke. Za člane kmečkega gospodarstva se štejejo vse osebe, ki v okviru tega gospodarstva opravljajo kmetijsko dejavnost kot edini ali glavni poklic.

Minimalna plača je najnižji znesek plače za polni delovni čas po predpisih o minimalni plači.

Kot drugi dohodki kmečkega gospodarstva iz druge alineje drugega odstavka tega člena se štejejo dohodki, od katerih se plačuje davek iz kmetijske dejavnosti in dopolnilnih dejavnosti na kmetiji, v skladu z zakonom, ki ureja kmetijstvo.

Zavarovanci iz prve alineje drugega odstavka tega člena, ki so se v obvezno pokojninsko in invalidsko zavarovanje vključili prostovoljno, se lahko odločijo, da se bodo zavarovali za vse pravice iz 13. člena tega zakona ali pa le za tak obseg pravic, kot zavarovanci iz druge alineje drugega odstavka tega člena. Pogoje, pod katerimi posamezni zavarovanci lahko spremenijo obseg zavarovanja, se določi v pravilniku, ki ga sprejme minister, pristojen za zdravje.

16. člen

Za poškodbo pri delu in poklicno bolezen so zavarovane osebe iz 1., 2., 3., 5., 6., 8. in 19. točke prvega odstavka prejšnjega člena.

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 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 opravljajo delo na podlagi pogodbe o delu;

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 na prestajanju zaporne kazni in vzgojnega ukrepa pri delu, poklicnem izobraževanju in pri opravljanju dovoljenih dejavnosti v skladu z zakonom;

10. osebe, ki opravljajo dejavnost kot postranski poklic.

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 in reševanju 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, narodne zaščite, civilne zaščite, službe za opazovanje in obveščanje, splošnih reševalnih služb ali enot za zveze ter pri usposabljanju za obrambo in zaščito;

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 sestavov 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 ali potapljači opravljajo naloge reševanja življenj ali odvritve oziroma preprečitve nevarnosti, ki neposredno ogrožajo življenje ali premoženje občanov.

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 (zakonski in nezakonski otroci in posvojenci);

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, očim in mačeha, 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.

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

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

2. Pravice iz obveznega zavarovanja

Pravice do zdravstvenih storitev

23. člen

Z obveznim zavarovanjem je zavarovanim osebam zagotovljeno plačilo zdravstvenih storitev:

1. v celoti:

– sistematični in drugi preventivni pregledi otrok, šolske mladine, študentov, ki se redno šolajo, žensk v zvezi z nosečnostjo in drugih odraslih oseb v skladu s programom, razen preventivnih pregledov, ki jih na podlagi zakona zagotavljajo delodajalci,

– zgodnje odkrivanje in preprečevanje bolezni, skladno s programom,

– zdravljenje in rehabilitacija otrok, učencev in študentov, ki se redno šolajo, ter otrok in mladostnikov z motnjami v telesnem in duševnem razvoju,

– zdravstveno varstvo žensk v zvezi s svetovanjem pri načrtovanju družine, kontracepcijo, nosečnostjo in porodom,

– preprečevanje, odkrivanje in zdravljenje infekcije HIV in nalezljivih bolezni, za katere je z zakonom določeno izvajanje ukrepov za preprečevanje njihovega širjenja,

– obvezna cepljenja, imunoprofilaksa in kemoprofilaksa skladno s programom,

– zdravljenje in rehabilitacija malignih bolezni, mišičnih in živčno-mišičnih bolezni, paraplegije, tetraplegije, cerebralne paralize, epilepsije, hemofilije, duševnih bolezni, razvitih oblik sladkorne bolezni, multiple skleroze in psoriaze,

– zdravljenje in rehabilitacija zaradi poklicnih bolezni in poškodb pri delu,

– zdravstveno varstvo v zvezi z dajanjem in izmenjavo tkiv in organov za presaditev drugim osebam,

– nujna medicinska pomoč, vključno z nujnimi reševalnimi prevozi,

– patronažni obiski, zdravljenje in nega na domu ter v socialnovarstvenih zavodih,

– zdravila na recept v skladu z razvrstitvijo zdravil, ortopedski in drugi pripomočki v zvezi z zdravljenjem pri osebah in stanjih iz prve do desete alineje te točke,

– zdravila na recept iz pozitivne in vmesne liste za otroke, učence, dijake, vajence in študente ter otroke z motnjami v duševnem in telesnem razvoju;

2. najmanj 95% vrednosti:

– storitev v zvezi s presaditvijo organov in z drugimi najzahtevnejšimi operativnimi posegi ne glede na razlog,

– zdravljenja v tujini,

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

3. najmanj 85% vrednosti za:

– storitve v zvezi z zagotavljanjem in zdravljenjem zmanjšane plodnosti in umetno oploditvijo, sterilizacijo in umetno prekinitvijo nosečnosti,

– specialističnoambulantne, bolnišnične in zdraviliške storitve kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, razen za poškodbe izven dela,

– nemedicinski del oskrbe v bolnišnici in zdravilišču v okviru nadaljevanja bolnišničnega zdravljenja, razen za poškodbe izven dela,

– storitve v osnovni zdravstveni dejavnosti, ki niso zajete v 1. točki, ter zdravljenje zobnih in ustnih bolezni,

– ortopedske, ortotične, slušne in druge pripomočke, razen v primerih iz 1. in 4. točke tega odstavka;

4. najmanj 75% vrednosti za:

– specialističnoambulantne, bolnišnične in zdraviliške storitve kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja in nemedicinski del oskrbe v bolnišnici in zdravilišču kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, ortopedske, ortotične in druge pripomočke v zvezi z zdravljenjem poškodb izven dela,

– zdravila s pozitivne liste za vse druge primere;

5. največ do 60% vrednosti za:

– reševalne prevoze, ki niso nujni, zavarovanih oseb, ki so nepokretne ali rabijo prevoz na in z dialize ali v drugih primerih, ko bi bil prevoz z javnim prevoznim sredstvom ali osebnim avtomobilom za njihovo zdravje škodljiv, ali zaradi svojega zdravstvenega stanja potrebujejo spremstvo zdravstvenega delavca,

– zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja;

6. največ do 50% vrednosti za:

– zdravila z vmesne liste,

– zobnoproletično zdravljenje odraslih,

– očesne pripomočke za odrasle.

Odstotke iz 2. do 6. točke prejšnjega odstavka določi Zavod v soglasju z Vlado Republike Slovenije. Odstotki za posamezne vrste storitev ali pri posameznih boleznih v okviru teh točk so lahko različni.

Zavod lahko določi pogoj predhodnega zavarovanja do šest mesecev za pravice do ortopedskih, ortotičnih, očesnih, slušnih, zobnoproletičnih in drugih pripomočkov, razen za pravice iz 1. točke prvega odstavka tega člena.

24. člen

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

25. člen

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

– invalidov in drugih oseb, ki jim je priznana pomoč druge osebe za opravljanje večine ali vseh življenjskih funkcij po posebnih predpisih; invalidov, ki imajo najmanj 70% telesno okvaro po predpisih o pokojninskem in invalidskem zavarovanju in zavarovancev iz 16. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona ter oseb nad 75 let starosti;

– oseb, ki izpolnjujejo dohodkovni pogoj za pridobitev dajatev po predpisih o socialnem varstvu;

– oseb, katerih izdatki za doplačilo teh storitev v posameznem koledarskem letu presežejo znesek, ki ga določi Zavod. Ta znesek je odvisen od dohodka na družinskega člana zavarovanca in ne more biti manjši od dvojne letne premije za prostovoljno zavarovanje za te primere.

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

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

26. člen

Natančnejši obseg storitev iz prvega odstavka 23. člena tega zakona in iz prejšnjega člena, standarde in normative določi Zavod s svojimi splošnimi akti v soglasju z ministrom, pristojnim za zdravstvo.

27. člen

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

Nadomestila med začasno zadržanostjo od dela

28. člen

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

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

29. člen

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

- od prvega dne zadržanosti od dela zaradi presaditve živega tkiva in organov v korist druge osebe, posledic dajanja krvi, nege ožjega družinskega člana, izolacije in spremstva, ki ju odredi zdravnik ter poškodb, nastalih v okoliščinah iz 18. člena tega zakona;
- od 31. dne zadržanosti od dela v vseh drugih primerih.

(Opomba: Ta alineja se od 1. 1. 2003 ne uporablja glede pravice do nadomestila plače v primerih nezmožnosti delavca za delo zaradi bolezni ali poškodb, ki ni povezana z delom – ZDR, Uradni list RS, št. 42/02).

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

30. člen

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

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

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

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

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

To pravico lahko uveljavlja eden od staršev do dopoljnega 18. leta otrokove starosti.

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

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. Osnova se valorizira skladno z rastjo povprečnih plač vseh zaposlenih v Republiki Sloveniji.

Nadomestilo znaša:

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

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

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

Nadomestilo se mesečno valorizira skladno z rastjo povprečnih plač vseh zaposlenih v Republiki Sloveniji.

Način valorizacije osnove in nadomestila določi Zavod s splošnim aktom.

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 do sluzitvi vojaškega roka ali po predčasnem odpustu s sluzenja 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 zaradičasne 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 dničasne 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 medčasno zadržanostjo od dela, če v tem času opravlja pridobitno delo.

Zavarovancu se zadrži izplačevanje nadomestila:

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

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

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

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

Pogrebina in posmrtnina

36. člen

Za pogrebino in posmrtnino so zavarovani zavarovanci iz 1., 2., 3., 4., 5., 6., 8., 9., 10., 15., 16., 19. in 20. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona in njihovi ožji družinski člani.

Zavarovanci iz 7. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona in njihovi ožji družinski člani imajo pravico do pogrebne in posmrtnine, če plačujejo prispevek za zdravstveno varstvo od osnove, določene za pokojninsko in invalidsko zavarovanje.

Pravica do pogrebne in posmrtnine se zagotavlja ob pogoju predhodnega zavarovanja, ki ga določi Zavod s splošnim aktom in ne more biti daljše od šest mesecev.

37. člen

Ob smrti zavarovane osebe pripada pogrebina osebi, ki je poskrbela za pogreb.

Pogrebina pripada tudi ob smrti osebe, ki je umrla v 30. dneh po prenehanju delovnega razmerja ali opravljanja druge dejavnosti.

Pogrebina pripada tudi ob smrti družinskega člana osebe, ki je na služenju vojaškega roka, če je bilo družinskega članu v tem času zagotovljeno zdravstveno varstvo.

Višino pogrebne določi zavod s splošnim aktom, upoštevaje nujne stroške pogreba.

38. člen

Družinski člani zavarovanca, ki jih je ta preživljal do svoje smrti, imajo pravico do posmrtnine kot enkratne denarne pomoči ob smrti zavarovanca.

Višino posmrtnine določi zavod v višini najmanj 100% in največ 150% zajamčene plače.

38.a člen

(črtan)

Povračilo potnih stroškov

39. člen

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

– prevozne stroške,

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

40. člen

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

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

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

41. člen

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

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

42. člen

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

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

Za otroka, starega do sedem let, znaša povračilo za stroške prehrane in nastanitve polovico zneska iz prejšnjega odstavka.

Če je zavarovana oseba napotena na zdravljenje v tujino, se povračilo za stroške prehrane in nastanitve zanjo odmeri v višini, ki jo določi zavod.

43. člen

Pravico do povračila potnih stroškov ima tudi spremljevalec zavarovane osebe, če tako odloči osebni zdravnik ali zdravniška komisija.

Za otroke do dopolnjenega 15. leta starosti in starejše težje ali težko duševno ter telesno prizadete otroke in mladostnike se šteje, da potrebujejo spremljevalca.

Če je spremljevalec zdravnik ali drug zdravstveni delavec, velja za povračilo potnih in drugih stroškov ureditev te pravice v zdravstvenem zavodu, v katerem dela zdravnik ali drug zdravstveni delavec. Plačilo teh potnih stroškov bremeni materialne stroške zdravstvenega zavoda.

44. člen

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

Način uveljavljanja povračila potnih stroškov določi zavod s splošnim aktom.

3. Viri sredstev

45. člen

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

Prispevki se plačujejo od osnov, določenih s tem zakonom, po proporcionalnih stopnjah, razen za primere, za katere se po tem zakonu plačujejo prispevki v pavšalnih zneskih.

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.

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.

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:
 - zavod za zaposlovanje za zavarovance iz 9. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
 - skupnost pokojninskega in invalidskega zavarovanja za zavarovance iz 10. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
 - Republika Slovenija za zavarovance iz 15., 16., 19. in 19.a točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
 - zavarovanci iz 20. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona;
3. prispevek iz 3. točke 46. člena tega zakona:
 - zavarovanci iz 7. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
 - zavarovanci iz 11., 12., 13. in 14. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
 - izplačevalec prejemkov za zavarovance iz 18. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
 - občine za zavarovance iz 21. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
 - Republika Slovenija za zavarovance iz 17. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona;
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.

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,
 - pravne in fizične osebe, pri katerih so zavarovanci iz 1. do 9. 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.

50. člen

Zavarovanci iz 1. in 3. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona plačujejo prispevke iz bruto plač in bruto nadomestil za čas odsotnosti z dela v skladu s predpisi o delovnih razmerjih.

Zavarovanci iz 2. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona plačujejo prispevke od osnove, od katere se po posebnem zakonu plačuje davek od osebnih prejemkov.

Delodajalci plačujejo prispevke od osnov iz prejšnjih odstavkov.

V osnovno za obračunavanje in plačevanje prispevkov se ne štejejo prejemki, izplačani za neposredno skupno porabo.

51. člen

Zavezanci iz 4., 5., 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.

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 prejemo 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 20. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona se plačuje od bruto osnove za pokojninsko in invalidsko zavarovanje oziroma od bruto zajamčene plače, če zavarovanec ni pokojninsko in invalidsko zavarovan.

Prispevek za zavarovance iz 19.a točke prvega odstavka 15. člena tega zakona se plačuje od dvakratnika bruto zajamčene plače.

55. člen

Stopnje prispevkov določi Skupščina Republike Slovenije na predlog skupščine Zavoda.

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

Prispevki za zavarovance iz 12., 13., 14., 17., 18. in 21. točke prvega odstavka 15. člena ter 17. in 18. člena tega zakona se plačajo v pavšalnih zneskih, ki jih določi Zavod.

58. člen

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

59. člen

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

60. člen

Zavod določi merila in pogoje, pod katerimi se določenim zavezancem za plačilo prispevka za zdravstveno zavarovanje prispevek lahko zmanjša ali odpiše.

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 medicinsko-tehničnimi pripomočki ter izplačila dogovorjenih denarnih nadomestil v primeru bolezni, poškodbe ali posebnega zdravstvenega stanja. Takšna zavarovanja smejo na območju Republike Slovenije izvajati zavarovalnice, ki izpolnjujejo predpisane pogoje po tem zakonu in po zakonu, ki ureja zavarovalništvo.

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

1. dopolnilno zdravstveno zavarovanje (v nadaljnjem besedilu: dopolnilno zavarovanje), ki ob uresničevanju pravic do zdravstvenih storitev po postopkih in pogojih, kot so

predpisani v obveznem zdravstvenem zavarovanju, krije razliko med vrednostjo zdravstvenih storitev v skladu s 23. členom tega zakona in deležem te vrednosti, ki ga v skladu z istim členom krije obvezno zdravstveno zavarovanje, oziroma del te razlike, ko se doplačilo nanaša na pravico do zdravil iz seznama medsebojno zamenljivih zdravil in medicinsko-tehničnih pripomočkov;

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

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

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

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

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

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

1. Dopolnilno zavarovanje

62. člen

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

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

1. zaradi varovanja interesov zavarovancev država s tem zakonom zagotavlja enako obravnavo zavarovancev ne glede na starost, spol in zdravstveno stanje;

2. so se zavarovalnice, ki izvajajo dopolnilno zavarovanje, dolžne po določbah tega zakona vključiti v izravnalno shemo dopolnilnega zavarovanja;

3. morajo zavarovalnice voditi prihodke in odhodke dopolnilnega zavarovanja ločeno od drugih tipov prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj in drugih zavarovalnih vrst ter v okviru izkaza poslovnega izida iz zdravstvenih zavarovanj izdelati ločen izkaz poslovnega izida dopolnilnega zavarovanja;

4. morajo zavarovalnice sredstva iz poslovanja dopolnilnega zavarovanja uporabiti le za izvajanje tega zavarovanja. V primeru pozitivnega izida iz dopolnilnega zavarovanja morajo polovico tega izida nameniti za izvajanje dopolnilnega zavarovanja;

5. veljajo za izračun minimalnega kapitala zavarovalnic, ki izvajajo dopolnilno zavarovanje, posebni pogoji iz 62.č člena tega zakona;

6. povišanje premije dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj v času trajanja zavarovanja mora predhodno pisno potrditi imenovani pooblaščen aktuar zavarovalnice. Agencija za zavarovalni nadzor lahko v primeru dvoma v podatke imenuje neodvisnega pooblaščenega aktuarja, ki opravi naloge imenovanega pooblaščenega aktuarja po tem zakonu;

7. so izvajalci zdravstvenih storitev, ki so vključeni v mrežo javne zdravstvene službe, dolžni poslovno sodelovati na področju dopolnilnega zavarovanja z vsemi zavarovalnicami, ki izvajajo takšno zavarovanje, in jim zagotavljati praviloma v elektronski obliki vse podatke, potrebne za delovanje izravnalne sheme dopolnilnega zavarovanja, in sicer specificirane po zavarovancih in storitvah.

62.a člen

Zavarovalnica mora za opravljanje zavarovalnih poslov dopolnilnega zavarovanja pridobiti predhodno soglasje ministra, pristojnega za zdravje.

Vloga za pridobitev soglasja iz prejšnjega odstavka mora vsebovati podatke o zavarovalnici, splošne pogoje za dopolnilna zavarovanja, izjavo o izpolnjevanju pogojev iz prejšnjega člena ter izjavo zavarovalnice, da vstopa v izravnalno shemo dopolnilnega zavarovanja in da izpolnjuje vse pogoje, ki so potrebni za izvajanje izravnave po tem zakonu. Prav tako mora vloga vsebovati tudi posebne pogoje, obrazce in tiskovine, ki jih bo zavarovalnica uporabljala v poslovanju z zavarovanci, obrazce izračuna premij in drugo dokumentacijo glede višine premij.

Pred izdajo soglasja lahko minister, pristojen za zdravje, zahteva dopolnitev vloge zavarovalnice s podatki in dokazili, iz katerih je mogoče nedvoumno ugotoviti izpolnjevanje meril in pogojev za izvajanje dopolnilnih zavarovanj v skladu s tem zakonom.

Minister, pristojen za zdravje, da soglasje za opravljanje zavarovalnih poslov dopolnilnih zavarovanj v dveh mesecih od prejema popolne vloge iz drugega odstavka tega člena. Odločba je v upravnem postopku dokončna in je zoper njo dovoljen upravni spor.

62.b člen

Zavarovalnica, ki izvaja dopolnilno zavarovanje, mora:

1. sprejeti v to zavarovanje vse osebe, ki so obvezno zdravstveno zavarovane po tem zakonu in se želijo pri njej zavarovati, ter jih pri sprejemu v zavarovanje enako obravnavati;

2. obravnavati vse zavarovance dopolnilnega zavarovanja enako, razen v primerih iz tretjega in četrtega odstavka tega člena;

3. sklepati ta zavarovanja za najmanj eno leto, razen v primeru zavarovanja oseb, katerih status zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju je časovno omejen;

4. vsakemu zavarovancu v času trajanja zavarovanja kriti razliko med vrednostjo zdravstvenih storitev v skladu s 23. členom tega zakona in deležem te vrednosti, ki ga v skladu z istim členom krije obvezno zdravstveno zavarovanje, oziroma del te razlike, ko se doplačilo nanaša na pravico do zdravlil iz seznama medsebojno zamenljivih zdravlil in medicinsko-tehničnih pripomočkov;

5. določiti čakalno dobo treh mesecev, razen za osebe, ki postanejo zavezane plačevati razliko med vrednostjo zdravstvenih storitev v skladu z 23. členom tega zakona in deležem te vrednosti, ki ga v skladu s istim členom krije obvezno zdravstveno zavarovanje in je od začetka te obveznosti potekel največ en mesec, kakor tudi v primerih sklenitve zavarovanja, ko je od prenehanja predhodnega zavarovanja potekel največ en mesec.

Zavarovalna premija dopolnilnega zavarovanja mora biti enaka za vse zavarovance posamezne zavarovalnice, razen

kadar ima zavarovalnica pri skupinskem načinu sklepanja in izvajanja zavarovanj ali v drugih primerih nižje administrativne stroške. V tem primeru lahko zavarovalnica odobri popust v višini največ tri odstotke od zavarovalne premije.

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

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

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

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

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

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

62.c člen

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

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

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

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

62.č člen

Izračun minimalnega kapitala za dopolnilno zavarovanje se opravi na način, ki ga določa šesti odstavek 110. člena Zakona o zavarovalništvu (Uradni list RS, št. 102/04 – uradno prečiščeno besedilo). Pri tem se pri izračunu upoštevajo

tudi obveznosti in terjatve do drugih zavarovalnic iz naslova izravnalne sheme dopolnilnega zavarovanja na način, kot ga predpiše Agencija za zavarovalni nadzor.

2. Izravnalna shema dopolnilnega zavarovanja

62.d člen

Zavarovalnice, ki izvajajo dopolnilno zavarovanje, so vključene v izravnalno shemo dopolnilnega zavarovanja, s katero se med njimi izravnavajo razlike v stroških zdravstvenih storitev, ki izhajajo iz različnih struktur zavarovancev posameznih zavarovalnic glede na starost in spol. Stroški zdravstvenih storitev vključujejo zneske obračunskih škod iz naslova kritja dopolnilnega zavarovanja ter zneske obračunanih nadomestil za zagotavljanje podatkov iz 7. točke drugega odstavka 62. člena tega zakona. Višino teh nadomestil dogovorijo zavarovalnice z izvajalci zdravstvenih storitev v obliki odstotka od zneskov kosmatih obračunanih škod, znaša pa lahko največ 0,75 odstotka.

Zavarovalnice, ki izvajajo dopolnilno zavarovanje, morajo voditi računovodske evidence o stroških zdravstvenih storitev za vsakega zavarovanca. Izvajalci zdravstvenih storitev so dolžni zavarovalnicam posredovati vse potrebne podatke.

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

62.e člen

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

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

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

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

1. povprečnega zneska stroškov zdravstvenih storitev na zavarovanca pri zavarovalnici v tem starostnem razredu oziroma kadar starostni razred v zavarovalnici obsega manj kot 2.000 oseb, povprečnega zneska stroškov zdravstvenih storitev na zavarovanca pri vseh zavarovalnicah v tem starostnem razredu;

2. števila zavarovancev dopolnilnega zavarovanja tega starostnega razreda v vseh zavarovalnicah, ki izvajajo dopolnilno zavarovanje in so udeležene pri izračunih zneskov za izravnavo, in

3. količnika števila zavarovancev dopolnilnega zavarovanja v zavarovalnici in števila vseh zavarovancev do-

polnilnega zavarovanja v vseh zavarovalnicah, ki izvajajo dopolnilno zavarovanje in so udeležene pri izračunih zneskov za izravnavo.

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

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

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

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

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

62.f člen

Zavarovalnica plačnica je dolžna plačati znesek za izravnavo zavarovalnicam prejemnicam.

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

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

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

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

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

Za čas od poteka obdobja za izravnavo do izdaje odločbe o izravnavi tečejo obresti v višini povprečne ponderirane obrestne mere na medbančnem denarnem trgu. O obveznosti plačila obresti odloči ministrstvo, pristojno za zdravje, z odločbo o izravnavi.

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

Zavarovalnica države članice Evropske unije, ki deluje v okviru Evropske unije in je v skladu z zakonom o zavarovalništvu pooblaščen opravljanje poslov dopolnilnega zavarovanja imenovati pooblaščenca za vročitve odločb ministrstva, pristojnega za zdravje. Zavarovalnica je dolžna podatke o pooblaščenca za vročitve sporočiti ministrstvu, pristojnemu za zdravje. V času, ko zavarovalnica nima pooblaščenca za vročitve ali njegovi podatki niso bili sporočeni ministrstvu, pristojnemu za zdravje, se odločbe vročajo z objavo na oglasni deski ministrstva, pristojnega za zdravje.

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

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

62.g člen

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

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

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

62.h člen

Izravnava razlik v stroških zdravstvenih storitev se ne opravi za obdobja izravnave, ko je seštevek zneskov za izravnavo, ki jih morajo plačati zavarovalnice plačnice, manjši od enega in pol odstotka zneskov kosmatih obračunanih škod, povečanih za znesek nadomestil za zagotavljanje podatkov iz 7. točke drugega odstavka 62. člena tega zakona. Ministrstvo, pristojno za zdravje, z odločbo ugotovi, da se izravnava ne opravi. Če se v posameznem obračunskem obdobju izravnava ne opravi, se znesek za izravnavo prenese v naslednje obračunsko obdobje, v katerem se prišteje k seštevku iz predprejšnjega stavka in se upošteva pri izravnavi.

62.i člen

Zavarovalnica, ki izvaja dopolnilno zavarovanje, mora Agencijo za zavarovalni nadzor seznaniti z novimi ali spremenjenimi zavarovalnimi pogoji dopolnilnega zavarovanja in sicer najmanj dva meseca prej, preden jih začne uporabljati. Agencija za zavarovalni nadzor te pogoje posreduje ministrstvu, pristojnemu za zdravje, ki lahko zahteva od Agencije za zavarovalni nadzor izvedbo nadzora ali spremembo zavarovalnih pogojev zavarovalnice.

Če Agencija za zavarovalni nadzor ugotovi, da zavarovalni pogoji niso v skladu s tem zakonom, lahko izreče dodatni ukrep v skladu z določbo 3. točke prvega odstavka 181. člena zakona o zavarovalništvu, pri čemer se lahko prepoved sklepanja novih zavarovalnih pogodb nanaša samo na dopolnilno zdravstveno zavarovanje.

Agencija za zavarovalni nadzor tekoče obvešča ministrstvo, pristojno za zdravje, o vseh ugotovitvah, morebitnih kršitvah in ukrepih za odpravo kršitev, ter drugih okoliščinah

in podatkih, ki jih pri izvajanju nadzora po zakonu o zavarovalništvu, ugotovi ali odredi v zavarovalnicah, ki izvajajo dopolnilno zavarovanje, in so v zvezi z dopolnilnim zavarovanjem.

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

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

3. Pogoji za preoblikovanje vzajemne družbe

62.j člen

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

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

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

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

63. člen

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

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

64. člen

Na podlagi izhodišč iz prejšnjega člena Zavod objavi razpis programov in storitev za sklepanje pogodb z zdravstvenimi in drugimi zavodi ter organizacijami, ki opravljajo zdravstveno dejavnost, oziroma zasebnimi zdravstvenimi delavci.

65. člen

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

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

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

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

66. člen

Pri elementih za oblikovanje cene programov oziroma storitev se upoštevajo:

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

67. člen

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

Če pogodba ni sklenjena v roku iz prejšnjega odstavka, se predloži sporno vprašanje arbitraži.

V arbitražo vsaka pogodbeni stranka imenuje po dva predstavnika. Predsednika arbitraže določita sporazumno pogodbeni stranki.

Arbitražna 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 arbitražna 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.

Upravljalci 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 nadzoruje uresničevanje pogodb ter način in postopke uresničevanja zdravstvenega zavarovanja v skladu s statutom Zavoda.

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.

Lastnost zavarovane osebe se dokazuje z listino, ki jo predpiše Zavod.

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

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.

Obseg pravic do nujnega zdravljenja iz prejšnjega odstavka 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 boleznih, 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,
- 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.

O zavarovanih osebah se v evidencah vodijo naslednji podatki:

- osebno ime,
- identifikacijska številka (ZZZS številka),
- številka kartice zdravstvenega zavarovanja,
- EMŠO,
- stalno oziroma začasno prebivališče,
- 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 prejetih medicinsko-tehničnih pripomočkih,
- podatki o izdanih zdravilih na recept.

O zavezancih za prispevek se v evidencah vodijo naslednji podatki:

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

O izvajalcih zdravstvene dejavnosti se v evidencah vodijo naslednji podatki:

- identifikacijska številka (ZZZS številka),
- davčna številka,
- šifra izvajalca,
- naziv izvajalca (polni in skrajšani),
- naslov izvajalca,
- tip izvajalca,
- oznaka pravnega statusa (javni, zasebni),
- šifra in naziv zdravstvene dejavnosti,

- datum začetka oziroma prenehanja poslovanja,
- številka poslovnega računa,
- podatki o pogodbi, sklenjeni z izvajalcem,
- imetnik profesionalne kartice,
- seznam zdravnikov pri izvajalcu,
- za zasebne izvajalce še osebno ime ter EMŠO in podatki o koncesiji,
- matična številka iz Poslovnega registra Slovenije.

Natančnejša opredelitev vsebine zbirk podatkov se opredeli s posebnim zakonom iz drugega odstavka 76. člena tega zakona.

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.

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 zava-

rovanje, 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 medicinsko-tehničnem pripomočku pred iztekom trajnostne dobe in o pravici do zahtevnejših medicinsko-tehničnih pripomočkov;

- odloča o upravičenosti zdravljenja v tujini.

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

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

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

82. člen

Zavarovana oseba ali delodajalec se lahko na odločbo imenovanega zdravnika pritoži v treh 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, pogrebne, 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.

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 zava-

rovane osebe posledica tega, ker niso bili izvedeni ustrezni higiensko-sanitarni ukrepi, ukrepi varstva pri delu ali drugi ukrepi, predpisani ali odrejeni za varnost ljudi.

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

88. člen

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

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

89. člen

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

90. člen

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

91. člen

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

92. člen

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

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

93. člen

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

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

94. člen

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

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

Tretji del

KAZENSKÉ, PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

I. KAZENSKÉ DOLOČBE

95. člen

Z globo od 100.000 do 3.000.000 tolarjev 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 10.000 do 500.000 tolarjev se kaznuje odgovorna oseba delodajalca, ki stori prekršek iz prejšnjega odstavka.

96. člen

Z globo od 100.000 do 3.000.000 tolarjev 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 10.000 do 500.000 tolarjev se kaznuje odgovorna oseba pravne osebe ali odgovorna oseba samostojnega podjetnika posameznika, ki stori prekršek iz prejšnjega odstavka.

96.a člen

Z globo od 10.000.000 do 30.000.000 tolarjev se kaznuje za prekršek zavarovalnica, ki izvaja dopolnilno zavarovanje, če ministrstvu, pristojnemu za zdravje, ne posreduje podatkov, potrebnih za izračun zneskov za izravnavo po določbah 62.f člena ali mu ne omogoči vpogleda v dokumentacijo o izvajanju dopolnilnega zavarovanja.

Z globo od 500.000 do 1.000.000 tolarjev se kaznuje za prekršek iz prejšnjega odstavka odgovorna oseba zavarovalnice, ki je odgovorna za posredovanje podatkov ministrstvu, pristojnemu za zdravje, če tega ne stori na predviden način ali prikriva resnične podatke.

96.b člen

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

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – ZZVZZ (Uradni list RS, št. 9/92) vsebuje naslednje prehodne in končne določbe:

II. PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

97. člen

Zavod začne z delom 1. 3. 1992.

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

98. člen

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

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

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

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

99. člen

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

Na Zavod se ne prenesejo 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 iz prejšnjega odstavka, se plačujejo prispevki po predpisih, ki so veljali do uveljavitve tega zakona.

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

102. člen

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

103. člen

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

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

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

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

104. člen

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

– v višini 99% za storitve iz 2. točke prvega odstavka 23. člena tega zakona;

– v višini 95% za storitve iz 3. točke prvega odstavka 23. člena tega zakona, razen za storitve iz četrte alineje te točke;

– v višini 85% za storitve iz četrte alineje 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 alineje te točke;

– v višini 45% za storitve iz druge alineje 6. točke prvega odstavka 23. člena tega zakona.

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

105. člen

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

106. člen

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

– Samoupravni sporazum o uresničevanju zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 47/87, 42/89 in 18/90),

– Samoupravni sporazum o postopkih in načinih o uresničevanju pravic do zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 6/81),

– Sklep o plačevanju participacije v zdravstvu (Uradni list RS, št. 10/91-I),

– Pravilnik o razvrščanju zdravil (Uradni list RS, št. 45/90, 7/91, 14/91 in 8/91-I),

– Sklep o predpisovanju zdravil (Uradni list RS, št. 45/90),

– Navodilo o zdravstveni izkaznici in drugih listinah za uresničevanje pravic do zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 29/82).

107. člen – upoštevan ZZVZZ-G (črtan)

108. člen – upoštevan ZZVZZ-G

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

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

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

109. člen

Osebe, ki so imele pravico do zdravstvenega varstva po predpisih, ki so veljali do uveljavitve tega zakona, se štejejo za zavarovane osebe po tem zakonu, dokler se s pravno-močno odločbo ne ugotovi, da te lastnosti nimajo.

Dokler ne bodo sklenjene ustrezne pogodbe z drugimi republikami na območju SFRJ, najdlje pa do 31. 12. 1993, so ožji družinski člani zavarovancev, ki imajo stalno prebivališče na območju drugih republik, zavarovani po tem zakonu.

110. člen

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

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

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

111. člen

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

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

112. člen

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

– zakon o zdravstvenem varstvu (Uradni list SRS, št. 1/80), 45/82, 42/85, 32/89 in Uradni list RS, št. 8/90) razen v delu, ki se nanaša na zdravstvene organizacije in zdravstvene delavce,

– določbe zakona o prispevkih za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, zdravstveno varstvo in zaposlovanje (Uradni list RS, št. 48/90), ki se nanašajo na zavezance, osnove in stopnje prispevkov za zdravstveno varstvo.

113. člen

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

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

5. člen

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

Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – ZZVZZ-B (Uradni list RS, št. 9/96) vsebuje naslednjo končno določbo:

2. člen

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

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

7. člen

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

Zakon o dopolnitvi Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – ZZVZZ-D (Uradni list RS, št. 6/99) vsebuje naslednjo končno določbo:

2. člen

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

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

13. člen

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

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

17. člen

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

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

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

18. člen

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

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

13. člen

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

14. člen

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

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

POSEBNE DOLOČBE

10. člen

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

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

11. člen

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

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

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

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

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

12. člen

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

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

13. člen

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

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

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

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

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

14. člen – upoštevan ZZZV-I

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

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

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

15. člen

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

PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

16. člen

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

17. člen

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

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

18. člen

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

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

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

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

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

preoblikovane v skladu s tem zakonom, še naprej v veljavi. Zavarovalnice so dolžne tem zavarovalcem oziroma zavarovancem ponuditi nove, prilagojene pogodbe, ki se začnejo izvajati po novih zavarovalnih pogojih, v šestih mesecih od uveljavitve tega zakona.

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

19. člen

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

1. matematičnih rezervacij,

2. rezervacij za starost kot matematičnih rezervacij

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

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

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

polico dopolnilnega zavarovanja in je za njih zavarovalnica oblikovala matematične rezervacije oziroma rezervacije za starost.

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

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

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

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

20. člen

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

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

21. člen

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

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

22. člen

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

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

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

23. člen

Ta zakon začne veljati 1. septembra 2005.

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

3. člen

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

4. člen

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

3076. Zakon o zdravniški službi (uradno prečiščeno besedilo) (ZZdrS-UPB3)

Na podlagi 153. člena Poslovnika državnega zbora je Državni zbor Republike Slovenije na seji dne 23. junija 2006 potrdil uradno prečiščeno besedilo Zakona o zdravniški službi, ki obsega:

– Zakon o zdravniški službi – ZZdrS (Uradni list RS, št. 98/99 z dne 3. 12. 1999),

– Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravniški službi – ZZdrS-A (Uradni list RS, št. 67/02 z dne 26. 7. 2002),

– Zakon o opravljanju zdravstvenih poklicev v Republiki Sloveniji za državljane drugih držav članic Evropske unije – ZOZPEU (Uradni list RS, št. 86/02 z dne 11. 10. 2002),

– Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravniški službi – ZZdrS-B (Uradni list RS, št. 15/03 z dne 14. 2. 2003),

– Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravniški službi – ZZdrS-C (Uradni list RS, št. 2/04 z dne 15. 1. 2004) in

– Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravniški službi – ZZdrS-D (Uradni list RS, št. 47/06 z dne 9. 5. 2006).

Št. 501-01/96-3/36

Ljubljana, dne 23. junija 2006

EPA 858-IV

Podpredsednik
Državnega zbora
Republike Slovenije
Sašo Peče l.r.

ZAKON O ZDRAVNIŠKI SLUŽBI uradno prečiščeno besedilo (ZZdrS-UPB3)

I. SPLOŠNE DOLOČBE

1. Zdravnik in zdravniška služba

1. člen

Zdravnica in zdravnik ter doktorica dentalne medicine in doktor dentalne medicine (v nadaljnjem besedilu: zdravnik) opravljajo zdravstveno dejavnost kot zdravniško službo v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnost, in tem zakonom.

Zdravnik je temeljni odgovorni nosilec opravljanja zdravstvene dejavnosti.

2. člen

Zdravnik mora pri uresničevanju svojih pravic, svobod in dolžnosti vselej ravnati tako, da varuje nepristranskost in neodvisnost izvajanja zdravniške službe ter ugled zdravniškega poklica.

3. člen

Zdravnik je pri sprejemanju strokovnih odločitev neodvisen. Zdravnik svobodno izbere način zdravljenja, ki je v danih okoliščinah najprimernejši.

Zdravnik se mora pri svojem delu ravnati po spoznanjih znanosti in strokovno preverjenih metodah.

Zaposleni zdravnik sodeluje pri odločanju o sestavi delovne skupine, za katere strokovno delo je odgovoren.

4. člen

Zdravniška služba je poklicna dejavnost zdravnikov, ki temelji na spoznanjih znanosti in strokovno preverjenih metodah.

Zdravniška služba obsega:

1. pregled na prisotnost ali odsotnost telesnih ali duševnih bolezni, poškodb ali anomalij;
2. presojo stanja iz prejšnje točke s pomočjo medicinsko-diagnostičnih sredstev;
3. zdravljenje, rehabilitacijo oziroma rehabilitacijo;
4. preprečevanje bolezni, vzgojo in svetovanje;
5. skrb za reproduktivno zdravje prebivalstva;
6. predpisovanje zdravil in zdravstvenih pripomočkov;
7. obdukcijo mrtvih;
8. izdajanje zdravniških spričeval in zdravniških potrdil;
9. druga dela v skladu s posebnimi predpisi.

5. člen

Zdravniško službo smejo v skladu s svojo strokovno usposobljenostjo samostojno opravljati zdravniki specialisti, doktorji dentalne medicine in doktorji dentalne medicine specialisti, če izpolnjujejo z zakonom določene pogoje.

(Opomba: glej tudi 6. člen ZOZPEU)

Zdravniki specialisti smejo opravljati zdravniško službo v skladu s svojo strokovno usposobljenostjo, če so si pridobili strokovni naslov doktorice ali doktorji medicine z navedbo specialnosti in izpolnjujejo z zakonom določene pogoje. Doktorji dentalne medicine smejo opravljati zdravniško službo v skladu s svojo strokovno usposobljenostjo, če so si pridobili strokovni naslov doktorice ali doktorji dentalne medicine oziroma doktorji dentalne medicine specialisti, če so si pridobili strokovni naslov doktorice ali doktorji dentalne medicine z navedbo specialnosti in izpolnjujejo z zakonom določene pogoje.