

KAZALO

I. TEMELJNE DOLOČBE.....	2
II. DRUŽBENA SKRIB ZA ZDRAVJE.....	4
II.1 Naloge in odgovornost države do zdravja in zdravstvenega varstva.....	4
II.2 Družbena skrb za zdravje na ravni občin in mest.....	8
II.3 Družbena skrb za zdravje pri delodajalcih.....	9
II.4 Skrb za zdravje v zdravstvenem zavarovanju.....	10
III. OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE.....	10
III.1 Načela in vrste obveznega zdravstvenega zavarovanja.....	10
III.2 Nosilec obveznega socialnega zavarovanja.....	11
III.3 Nosilci obveznega pogodbenega zavarovanja.....	15
IV. OBVEZNO SOCIALNO ZAVAROVANJE ZA PRIMER BOLEZNI.....	15
IV.1 Zavarovane osebe in zavarovalne podlage pri obveznem socialnem zavarovanju za primer bolezni.....	15
IV.2 Začetek in trajanje zavarovanja ter izkazovanje zavarovanih oseb v obveznem socialnem zavarovanju za primer bolezni.....	20
IV.3 Pravice iz obveznega socialnega zavarovanja za primer bolezni.....	21
IV.4 Pravice do denarnih prejemkov zavarovanih oseb iz obveznega socialnega zavarovanja za primer bolezni.....	32
IV.5 Doplačila zavarovanih oseb k stroškom za zdravstvene storitve pri obveznem socialnem zavarovanju za primer bolezni.....	38
V. OBVEZNO SOCIALNO ZAVAROVANJE ZA POŠKODBE NA DELU IN BOLEZNI, POVEZANE Z DELOM.....	41
VI. OBVEZNO POGODBENO ZAVAROVANJE.....	45
VII. NAČINI IN POSTOPKI URESNIČEVANJA PRAVIC IZ OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA.....	48
VII.1 Postopki uresničevanja pravic, pri katerih je potrebno izvedensko mnenje.....	55
VII.2 Odločanje o pravicah in obveznostih v obveznem socialnem zavarovanju v upravnem postopku.....	58
VIII. VIRI OBVEZNEGA SOCIALNEGA ZAVAROVANJA.....	58
IX. IZRAVNALNA SHEMA OBVEZNEGA POGODBENEGA ZAVAROVANJA.....	63
X. POVRNITEV ŠKODE NOSILCEM OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA.....	67
XI. ZAGOTAVLJANJE PODATKOV ZA IZVAJANJE OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA.....	69
XII. UREJANJE ODNOSOV MED NOSILCI OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA IN IZVAJALCI JAVNE ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI.....	71
XIII. PREHODNE DOLOČBE.....	81
XIV. ALTERNATIVNI PREDLOGI.....	82

ZAKON O ZDRAVSTVENEM VARSTVU IN ZDRAVSTVENEM ZAVAROVANJU**I. TEMELJNE DOLOČBE****1. teza***(vsebinska in področja zakona)*

- (1) Zdravstveno varstvo predstavlja celovit sistem družbenih, skupinskih in individualnih ukrepov, aktivnosti in storitev za krepitev, ohranitev in povrnitev zdravja in v tem smislu vključuje preprečevanje bolezni in poškodb, zgodnje odkrivanje dejavnikov tveganja in bolezni, njihovo zdravljenje, nego in rehabilitacijo zbolelih ter poškodovanih.
- (2) Ta zakon ureja naslednja področja zdravstvenega varstva:
 - javno zdravje, ki obsega družbeno teorijo in prakso obvladovanja dejavnikov tveganja za nastanek bolezni, za krepitev in za izboljšanje zdravja vsega prebivalstva;
 - obvezno socialno zdravstveno zavarovanje kot organizirano in zakonsko opredeljeno obliko medsebojne solidarnosti med zavarovanimi osebami v Republiki Sloveniji, ki zagotavlja vsem zavarovanim osebam kritje stroškov za zdravstvene storitve, zdravila, pripomočke in druge pravice v okvirih, ki jih določajo zakoni;
 - obvezno pogodbeno zavarovanje, ki temelji na načelih vzajemnosti in se uresničuje na podlagi pogodb med posameznim zavarovalcem in zavarovalnico za pravice, ki jih določa ta zakon.
- (3) Zakon določa nosilce aktivnosti pri krepitvi zdravja, preprečevanju bolezni in poškodb, zgodnjem odkrivanju dejavnikov tveganja in bolezni ter njihovem zdravljenju in rehabilitaciji, njihove dolžnosti in pristojnosti kot tudi pravice in obveznosti zavarovanih oseb, ki izhajajo iz obveznih zavarovanj.

2. teza
/prenos direktive Evropske komisije/

S tem zakonom se prenaša v slovenski pravni red:

- Direktiva 2011/24/EU o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu;
- Direktiva 2009/138/ES o začetku opravljanja in opravljanju dejavnosti zavarovanja in pozavarovanja (Solventnost II).

3. teza
/definicije/

(1) Posamezni pojmi v tem zakonu pomenijo:

1. bivališče – kraj, kjer se posameznik naseli z namenom, da v njem prebiva, ker je to središče njegovih interesov, kar se presoja na podlagi poklicnih, ekonomskih in socialnih vezi med njim in naseljem, kjer živi;
2. bolezni, povezane z delom – bolezni in stanja, katerih vzrok je v dolgotrajnem izpostavljanju dejavnikom, ki izhajajo iz delovnega okolja posameznika;
3. delodajalec – pravna ali fizična oseba, ki zaposluje drugo osebo in sklene z njo pogodbo o zaposlitvi;
4. izvajalec zdravstvene dejavnosti – pravna oseba (zdravstveni zavod, zasebni zdravstveni delavec ali druga pravna oziroma fizična oseba, ki opravlja zdravstveno dejavnost);
5. izvajalec zdravstvenih storitev – zdravstveni delavec, ki opravlja zdravstvene storitve;
6. izvedenski organ – zdravnik posameznik ali skupina zdravnikov, ki so pooblaščen, da strokovno ocenjujejo upravičenost do uveljavljanja pravic zavarovanih oseb;
7. izvedenski postopek – postopek, ki predpisuje način dela izvedenskih organov in njihov odnos do drugih organov v obveznem zdravstvenem zavarovanju;
8. javno zdravje – področje teorije in prakse družbene skrbi za krepitev, ohranitev in povrnitev zdravja na državni in lokalni ravni, v kolektivih, družinah in pri posameznikih;
9. kartica zdravstvenega zavarovanja – identifikacijski dokument, s katerim se zavarovana oseba izkazuje pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti in pri nosilcih obveznega socialnega in obveznega pogodbenega zdravstvenega zavarovanja;
10. medicinski pripomočki – pripomočki, ki jih zagotavlja obvezno zavarovanje zavarovanim osebam in jim omogočajo samostojno življenje, gibanje in izboljšanje življenjskih funkcij, ter pripomočki, ki se uporabljajo med zdravljenjem v zdravstvenih in socialnih zavodih in pri drugih izvajalcih;
11. minimalna plača – najnižji znesek plače za polni delovni čas, ki je določen s predpisi o minimalni plači;
12. nočni čas – čas izvajanja zdravstvene dejavnosti med 20. uro zvečer in 6. uro naslednjega dne;
13. obvezno zdravstveno zavarovanje – obvezno socialno in obvezno pogodbeno zdravstveno zavarovanje;
14. obvezno socialno zdravstveno zavarovanje – socialno zavarovanje za pravice, ki jih določa ta zakon, ki je obvezno za vse, za katere tako določa ta zakon, in katerega nosilec je Zavod za zdravstveno zavarovanje;
15. obvezno pogodbeno zdravstveno zavarovanje – pogodbeno zavarovanje za pravice, ki jih določa ta zakon, ki je obvezno za vse, za katere tako določa ta zakon, in katerega nosilec so zavarovalnice;
16. osebni zdravnik – zdravnik na primarni ravni zdravstvene dejavnosti, ki si ga zavarovana oseba sama izbere in ki ima pooblastila za opravljanje določenih nalog s področja zdravstvenega varstva na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja;
17. predhodno zavarovanje – doba, ko je oseba sicer vključena v obvezno socialno zdravstveno zavarovanje, a ne more uveljavljati določenih pravic iz tega zavarovanja, oziroma je to možno po izteku te dobe;
18. premija – znesek, ki ga zavarovalec ali zavarovanec plačujeta zavarovalnici, ki izvaja pogodbeno zdravstveno zavarovanje;

19. prispevek za zdravstveno zavarovanje – znesek, ki ga mora zavezanec, določen z zakonom, plačati za uresničevanje obveznega socialnega zdravstvenega zavarovanja;
 20. tveganje – negotov dogodek oziroma možnost, da oseba zboli ali se poškoduje in da bodo nastali stroški zdravljenja;
 21. zavarovalnica – delniška ali vzajemna družba, ki izvaja pogodbeno zdravstvena zavarovanja;
 22. zavarovalec – pravna ali fizična oseba, ki z zavarovalnico sklene zavarovalno pogodbo in z njo zavaruje sebe ali druge osebe;
 23. zavarovana oseba – zavarovanec iz . teze tega zakona in po njem zavarovani družinski člani;
 24. zavarovanec – oseba, ki je vključena v obvezno socialno ali v pogodbeno zavarovanje;
 25. zavezanec – pravna ali fizična oseba, ki je po zakonu dolžna prijaviti in odjaviti sebe ali druge osebe v obvezno socialno zdravstveno zavarovanje in plačevati prispevke za obvezno socialno zavarovanje za primer bolezni ter obvezno socialno zavarovanje za poškodbe na delu in bolezni, povezane z delom, ter zavarovance in njihove družinske člane prijaviti v to zavarovanje.
- (2) V tem zakonu uporabljeni izrazi, ki se nanašajo na osebe in so zapisani v moški slovnični obliki, so uporabljeni kot nevtralni za ženski in moški spol.

4. teza

/zdravje kot ena izmed človekovih pravic/

- (1) Zdravje je ena od temeljnih človekovih pravic. Ta pravica vključuje pravico vsakogar, da živi in dela v družbenem, ekonomskem in naravnem okolju, ki mu omogoča krepitev in varovanje zdravja ter skladno z zakonskimi določili pravice do uveljavljanja zdravstvenih storitev in oskrbe na račun sredstev obveznih zdravstvenih zavarovanj.
- (2) Vsakdo je dolžan, v okviru svojih socialnih in ekonomskih zmožnosti, usposobljenosti in znanja skrbeti za lastno zdravje, zdravje svoje družine in zdravje drugih. Nihče ne sme ogrožati zdravja drugih. V okviru teh odgovornosti imajo posebne zadolžitve in pristojnosti država, občine, mesta, delodajalci, zdravstveni zavodi in delavci, nosilci zdravstvenih zavarovanj ter posamezniki.
- (3) Vsakdo ima pravico do najboljšega možnega zdravja in zdravstvene oskrbe, ki jo skladno s stopnjo svoje ekonomske in socialne razvitosti zagotavlja Republika Slovenija.

5. teza

/zagotovitev dostopnosti do pravic zavarovanih oseb/

- (1) Vsakomur, ki izpolnjuje s tem zakonom določene pogoje, je zagotovljena dostopnost do ukrepov, aktivnosti in storitev za krepitev zdravja in zdravstveno obravnavo pod enakimi pogoji. Finančna sposobnost posameznika, njegov socialni položaj ali njegova drugačna pripadnost ne smejo biti razlog za razlikovanje zavarovanih oseb glede pravic in fizične dostopnosti do zdravstvenih storitev, zdravil in pripomočkov in do drugih pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.
- (2) Vsakdo ima pravico dobiti prvo pomoč ob poškodbah ali drugih resnih bolezenskih stanjih, ki bi ogrožala njegovo življenje. Prav tako je vsakdo skladno s svojimi zmožnostmi dolžan nuditi prvo oziroma nujno pomoč poškodovanemu oziroma tistemu, ki jo potrebuje, oziroma mu omogočiti dostop do nje in to brez zahteve po vnaprejšnjem plačilu.
- (3) Poleg dolžnosti iz drugega odstavka te teze je za uresničevanje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja vsakdo dolžan prispevati finančna sredstva skladno s svojimi materialnimi možnostmi in opredelitvami iz tega zakona.

6. teza
/javni interes/

Družbene aktivnosti, programi in ukrepi za doseganje najvišjega možnega zdravja, izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja ter programi in zmogljivosti javne zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji, predstavljajo njen javni interes.

II. DRUŽBENA SKRB ZA ZDRAVJE

II.1 Naloge in odgovornost države do zdravja in zdravstvenega varstva

7. teza
/odgovornosti in pristojnosti Republike Slovenije na področju zdravstvenega varstva/

- (1) Republika Slovenija uresničuje svoje naloge na področju zdravstvenega varstva tako, da:
- sprejema zakone, predpise ter izvaja ukrepe za doseganje boljšega zdravja in večje zdravstvene varnosti prebivalstva, pri čemer omogoča vsem ljudem enakopraven dostop do najvišjega dosegljivega zdravja in zdravstvene oskrbe;
 - načrtuje razvoj zdravstvenega varstva skladno s potrebami, zdravstvenim stanjem prebivalstva in ekonomskimi možnostmi države, določa njegovo strategijo, cilje in prednostne naloge ter njihove nosilce;
 - zagotavlja usklajenost razvojnih načrtov in zakonodaje posameznih gospodarskih in socialnih področij z vidika njihovega vpliva na zdravje in uresničevanje strateških usmeritev glede izboljšanje zdravja v razvojnih politikah vseh področij življenja;
 - z ukrepi davčne, gospodarske, socialne in zaposlitvene politike spodbuja in omogoča razvijanje zdravih življenjskih navad in drugih dejavnikov, ki vplivajo na boljše zdravje oziroma na zmanjševanje vpliva dejavnikov, ki vodijo v bolezen;
 - načrtuje in zagotavlja materialne, kadrovske ter druge pogoje za delovanje zdravstvene dejavnosti in njenih zmogljivosti ter določa njeno organizacijo in upravljanje;
 - ustanavlja javne zdravstvene zavode ter sklepa koncesijske pogodbe z zasebnimi zdravstvenimi delavci v dejavnostih na sekundarni ravni;
 - določa standarde kakovosti na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti;
 - določa pravice zavarovanih oseb iz obveznega zdravstvenega zavarovanja ter organizacijo, financiranje in upravljanje obveznega socialnega zdravstvenega zavarovanja;
 - sprejema in določa nacionalne programe za krepitev zdravja, presejalne in preventivne programe ter določa njihove izvajalce in financiranje;
 - zagotavlja enotnost zdravstvenega informacijskega sistema v Republiki Sloveniji ter pogoje za njegov razvoj, za možnosti njegovega funkcionalnega povezovanja z drugimi informacijskimi sistemi ter za uveljavitev sodobnih informacijskih in komunikacijskih tehnologij v zdravstveni službi in zavarovanju;
 - zagotavlja oziroma izvaja ustrezne ukrepe v izrednih razmerah;
 - skrbi za uresničevanje mednarodnih konvencij in pogodb, direktiv Evropske skupnosti in skupne strategije razvoja zdravstvenega varstva držav članic;
 - spremlja in nadzoruje izvajanje predpisov s področja zdravstvenega varstva;
 - zagotavlja finančna sredstva za naloge iz svojih pristojnosti, določenih s tem zakonom.
- (2) Republika Slovenija uresničuje družbeno skrb za zdravje prebivalstva tudi z:
- ukrepi za preprečevanje oziroma zmanjševanje obsega revščine med prebivalstvom;
 - ukrepi na področju varovanja naravnega okolja, ki so zdravju prijazni in neškodljivi;
 - določanjem obveznosti in nosilcev politike, ki se nanaša na socialno, delovno, bivalno okolje in na njihove naloge v zvezi z načrtovanjem aktivnosti za napredek in krepitev zdravja;
 - ukrepi za preprečevanje pojava in širjenja nalezljivih boleznih in ukrepi, ki zagotavljajo prebivalstvu higiensko neoporečno pitno vodo, varno in neškodljivo odlaganje odpadnih snovi, varno in zdravju

neškodljivo hrano, ustrežno kakovost zraka, vode in zemlje, ustrezne pogoje bivanja ter varstvo pred viri ionizirajočega sevanja in drugimi škodljivostmi iz okolja;

- z ukrepi na področju izobraževanja prebivalstva o nastajanju zdravja in preprečevanju bolezni ter poškodb, in s področja prometne varnosti ter varnosti in zdravja pri delu;
- ukrepi za preprečevanje vseh oblik nasilja in nestrpnosti ter bolezni odvisnosti prebivalstva, še zlasti mladih.

8. teza
/svet za zdravje/

- (1) Za usklajevanje zakonskih predlogov, aktivnosti in programov, ki se nanašajo na naloge iz . teze tega zakona, se ustanovi Svet za zdravje. Njegovi člani so:
 - predstavnik ministrstva, pristojnega za zdravje;
 - predstavnik ministrstva, pristojnega za delo;
 - predstavnik ministrstva, pristojnega za finance;
 - predstavnik Nacionalnega inštituta za javno zdravje;
 - predstavnik Zdravniške zbornice Slovenije;
 - predstavnik Zbornice zdravstvene in babiške nege;
 - dva predstavnika Zavoda za zdravstveno zavarovanje (v nadaljevanju: ZZZ) in sicer eden kot predstavnik delodajalcev in drugi predstavnik zavarovancev;
 - en predstavnik zavarovalnic, ki izvajajo obvezno pogodbeno zavarovanje;
 - trije predstavniki civilne družbe oziroma organizacij in društev uporabnikov oziroma bolnikov.
- (2) Svet za zdravje obravnava stanje, področja in gradiva, ki se nanašajo oziroma vplivajo na zdravje in na sistem zdravstvenega varstva, opozarja na njihove posledice na zdravstveno stanje prebivalstva in na celotni sistem zdravstvenega varstva ter daje ministrstvu, pristojnemu za zdravje, Vladi RS in nosilcem zavarovanj pripombe in predloge sprememb teh gradiv. Ta stališča posreduje predlagateljem gradiv oziroma Državnemu zboru, če gre za osnutke oziroma predloge zakonov.

9. teza
/načrtovanje razvoja zdravstvenega varstva/

- (1) Republika Slovenija uresničuje svoje naloge na področju zdravstvenega varstva z načrtovanjem in usklajevanjem potreb z razvojnimi možnostmi in v ta namen sprejema dolgoročne strateške in kratkoročne izvedbene načrte zdravstvenega varstva.
- (2) Dolgoročni strateški načrti zdravstvenega varstva Republike Slovenije temeljijo na analizi stanja, uspešnosti ter učinkovitosti delovanja celotnega sistema zdravstvenega varstva v državi z vidika uresničevanja nalog in doseganja ciljev s področja javnega zdravja. Sestavni del analize je tudi:
 - prikaz stanja zdravstvenega stanja prebivalstva ter razširjenosti, vzrokov in dejavnikov tveganja za nastanek bolezni ter poškodb;
 - ocena razvitosti in organiziranosti javne zdravstvene dejavnosti, njenih kadrovskih, finančnih in drugih virov, dostopnosti do zdravstvenih storitev glede na prednostne naloge in potrebe prebivalstva, ter analiza zagotavljanja, ekonomskim možnostim prilagojene, primerne ravni zdravstvene varnosti;
 - ocena stanja na področju obveznega zdravstvenega zavarovanja, primernosti pravic in obveznosti deležnikov v sistemu, uresničevanja solidarnosti in vzajemnosti ter možnosti finančne vzdržnosti sistema zavarovanj.

10. teza

/Strateški razvojni načrt zdravstvenega varstva Republike Slovenije/

- (1) Analiza iz drugega odstavka . teze zakona je podlaga za pripravo in sprejem dolgoročnega strateškega načrta zdravstvenega varstva Republike Slovenije (v nadaljevanju: Strateški razvojni načrt), ki določa:
1. dolgoročno strategijo in cilje države:
 - glede doseganja boljšega zdravja prebivalstva, obvladovanja bolezni in poškodb ter njihovega preprečevanja s programi krepitve zdravja, preventivo in pravočasnim zdravljenjem ter rehabilitacijo;
 - pri spreminjanju razmer v okolju, ki bodo omogočile posameznikom, njihovim družinam in skupnostim uresničiti odgovornost za zdravje in za spreminjanje življenjskih navad;
 - glede razvoja mreže javne zdravstvene dejavnosti in njenega prilagajanja potrebam in možnostim njihovega zadovoljevanja ter razvoja zasebne zdravstvene dejavnosti;
 - glede razvoja obveznih in prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj;
 2. prednostna področja načrtovanega obdobja;
 3. naloge, ukrepe in aktivnosti, potrebne za uresničevanje Strateškega razvojnega načrta in za doseganje predvidenih ciljev;
 4. ukrepe za zmanjševanje oziroma odpravljanje razlik v zdravstvenem stanju med območji države, med posameznimi skupinami prebivalstva ter razlik v dostopnosti do zdravstvenih storitev;
 5. nosilce nalog s področja družbene skrbi za zdravje, javnih zdravstvenih dejavnosti in zdravstvenih zavarovanj;
 6. okvirne materialne in človeške vire, potrebne za uresničevanje ciljev in nalog iz Strateškega razvojnega načrta in njihovo odvisnost od ekonomskih in socialnih možnosti v državi;
 7. merila za določitev mreže javne zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji ter mrežo na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvenih dejavnosti;
 8. strateške usmeritve glede razvoja zdravstveno informacijskega sistema;
 9. ukrepe za uresničevanja specifičnih potreb posameznih skupin prebivalstva, bolnikov ter demografsko ogroženih območij.
- (2) Nosilec priprave predloga Strateškega razvojnega načrta je ministrstvo, pristojno za zdravje. Pri njegovi pripravi sodelujejo Svet za zdravje, Nacionalni inštitut za javno zdravje, Nacionalni laboratorij za zdravje, okolje in hrano, Zavod za zdravstveno zavarovanje, zavarovalnice, ki izvajajo obvezno pogodbeno zavarovanje, zbornice in združenja zdravstvenih zavodov in delavcev ter organizacije civilne družbe.
- (3) Strateški razvojni načrt sprejema Državni zbor Republike Slovenije za obdobje 8 let in je obvezna podlaga za načrtovanje zdravstvenega varstva za to obdobje in s tem tudi za določanje in prilagajanje mreže javne zdravstvene dejavnosti na vseh ravneh.

11. teza

/Kratkoročni izvedbeni načrt/

Na predlog ministrstva, pristojnega za zdravje, določi Vlada za obdobje dveh let kratkoročni izvedbeni načrt zdravstvenega varstva, ki podrobneje ureja uresničevanje opredelitev iz Strateškega razvojnega načrta na podlagi izhodišč ekonomske in socialne politike ter makroekonomskih izhodišč Vlade za načrtovanje sredstev javnih financ. V delu, ki se nanaša na javno zdravstveno dejavnost, opredeljuje okvire za določanje potrebnih zdravstvenih zmogljivosti, njihove človeške in druge vire ter za načrtovan obseg storitev in programov storitev. Ti okviri so podlaga za pogajanja in sklepanje pogodb med predstavniki izvajalcev, ZZZ in zavarovalnicami, ki izvajajo obvezno pogodbeno zavarovanje, skladno z določili . teze tega zakona.

12. teza

/finančne obveznosti Republike Slovenije na področju zdravstvenega varstva/

- (1) Republika Slovenija iz proračuna zagotavlja sredstva za:
- pripravo gradiv in izvajanja programov za osveščanje, vzgojo in informiranje ljudi o možnostih krepitve zdravja, preprečevanju bolezni, spreminjanju življenjskih navad ter aktivnostih za doseganje boljšega zdravja;
 - sofinanciranje programov za krepitev zdravja v vrtcih, osnovnih in srednjih šolah;
 - financiranje javno-zdravstvenih nalog Nacionalnega inštituta za javno zdravje pri proučevanju zdravstvenega stanja prebivalstva ter pripravo strokovnih predlogov za sprejem, uvedbo in nadzor ukrepov za obvladovanje groženj za zdravje in za potrebe načrtovanja in sprejemanja ukrepov s strani Vlade in drugih nosilcev družbene skrbi za zdravje;
 - organizacijo nujne medicinske pomoči ob epidemijah, elementarnih nesrečah in izrednih razmerah, ter sredstva za odpravljanje posledic elementarnih nesreč in katastrof na zdravstvenih objektih v lasti države;
 - financiranje znanstveno-raziskovalne dejavnosti v terciarni zdravstveni dejavnosti, skladno z opredelitvami iz Strateških razvojnih načrtov Republike Slovenije;
 - sofinanciranje mednarodnih projektov in sodelovanja na področju zdravstvenega varstva in zavarovanja, ki so v interesu Republike Slovenije in pri katerih so zagotovljena sredstva Evropske unije, Svetovne banke ali drugih tujih virov;
 - dejavnosti humanitarnih, invalidskih, strokovnih in drugih društev ter organizacij, skladno z zakoni in z opredelitvami iz Strateškega razvojnega načrta;
 - zbiranje krvi in organov ter tkiv in celic za presaditev;
 - zdravstvene preglede vojaških obveznikov ter kandidatov za prostovoljno služenje vojaškega roka oziroma za pogodbeno opravljanje vojaške službe v rezervni sestavi Slovenske vojske, s katerimi se oceni zdravstveno sposobnost za vojaško službo, za službo v rezervni sestavi policije ali v pomožni policiji oziroma službo v Civilni zaščiti ali drugih reševalnih sestavah, ki jih organizirajo državni organi;
 - zdravstveno varstvo vojakov v času služenja vojaškega roka oziroma udeležencev drugih oblik vojaškega usposabljanja oziroma usposabljanja za rezervno sestavo policije ali za pomožno policijo, oseb med opravljanjem nadomestne civilne službe, vojaških obveznikov in pogodbenih pripadnikov rezervne sestave Slovenske vojske med usposabljanjem in vojaško službo, oseb med usposabljanjem za službo v Civilni zaščiti oziroma drugih reševalnih sestavah in med izvajanjem služb oziroma nalog v Civilni zaščiti in teh sestavah, ki jih organizirajo državni organi, če zdravstvenega varstva nimajo urejenega na drugi podlagi;
 - posebne pravice do zdravstvenih storitev, ki niso vključene v obvezno socialno zdravstveno zavarovanje, po predpisih o vojaških invalidih, civilnih invalidih vojne, varstvu vojnih veteranov in žrtev vojnega nasilja, udeležencev drugih vojn ter državnih priznavalninah;
 - nujno zdravljenje oseb neznanega prebivališča, tujcev iz držav, s katerimi niso sklenjene mednarodne pogodbe, ter tujcev in državljanov Republike Slovenije s stalnim prebivališčem v tujini, ki začasno prebivajo v Republiki Sloveniji ali so na poti skozi državo in zanje ni bilo mogoče zagotoviti plačila zdravstvenih storitev, kakor tudi za druge osebe, ki po določbah tega zakona niso vključene v obvezno socialno zdravstveno zavarovanje in niso zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja;
 - za organizacijo, usklajevanje in upravljanje z enotnim zdravstveno informacijskim sistemom;
 - za kritje stroškov organov, ki skladno z zakonom izvajajo naloge v zvezi z varstvom pravic pacientov;
 - plačevanje prispevkov za obvezno socialno zdravstveno zavarovanje za osebe, za katere tako določa zakon;
 - plačevanje premij za obvezno pogodbeno zdravstveno zavarovanje za osebe, za katere tako določa zakon;
 - plačilo prispevkov za obvezno socialno zdravstveno zavarovanje za zavezance, ki jim je oprostitev plačila teh obveznosti zagotovljeno s posebnim zakonom;
 - za kritje primanjkljaja javnih zdravstvenih zavodov, ki jih je ustanovila država.

- (2) Republika Slovenija za javne zdravstvene zavode, ki jih je ustanovila, zagotavlja sredstva za investicije v stavbe, druge nepremičnine ter opremo, večje obnove zgradb in večja vzdrževalna dela, če so le ta skladna s Strateškim razvojnim načrtom in mrežo javne zdravstvene službe, in za druge obveznosti, določene z aktom o ustanovitvi.
- (3) Republika Slovenija zagotavlja sredstva iz predhodnega odstavka iz proračunskih sredstev ali pa tako, da dovoli javnemu zavodu, da sklene pogodbo o javno zasebnem partnerstvu z zasebnim partnerjem.
- (4) Republika Slovenija iz proračuna zagotavlja dodatna sredstva za delovanje javne zdravstvene službe na primarni ravni na demografsko ogroženih območjih.
- (5) Konkretno višino in način uresničitve obveznosti za posamezne naloge iz te teze določi kratkoročni izvedbeni načrt zdravstvenega varstva iz . teze tega zakona.

II.2 Družbena skrb za zdravje na ravni občin in mest

13. teza

/naloge občin glede družbene skrbi za zdravje/

- (1) Občina oziroma mesto uresničuje naloge na področju zdravstvenega varstva tako, da:
 1. sprejema in izvaja specifične programe za krepitev zdravja prebivalstva na svojem območju oziroma programe, prilagojene potrebam in možnostim lokalnih skupnosti, ki niso vključeni v republiški program krepitev zdravja, in sicer:
 - organizira, spodbuja, izvaja in financira programe za množične športno rekreativne dejavnosti prebivalstva;
 - organizira zdravstveno vzgojne in informativne programe za spreminjanje življenjskih navad prebivalstva na področju prehranjevanja in preprečevanja ter obvladovanja bolezni zasvojenosti;
 - določa in skrbi za izvajanje programov za ohranitev zdravju prijaznega naravnega okolja in preprečevanje njegovega onesnaževanja, ki niso v pristojnosti države;
 2. organizira in spodbuja razne oblike medsebojne pomoči prebivalcev bolnim in poškodovanim osebam;
 3. spodbuja in podpira delovanje humanitarnih društev, društev za medsebojno prostovoljno pomoč prebivalstva in društev bolnikov ter invalidov;
 4. zagotavlja kritje stroškov zdravstvenih storitev, ki so pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, pripadnikom Civilne zaščite, gasilskih in drugih reševalnih služb med usposabljanjem in opravljanjem nalog zaščite, reševanja in pomoči v enotah, službah ter drugih operativnih sestavah, ki jih organizirajo občine, če tega nimajo urejenega na drugi podlagi;
 5. določa sama ali v sodelovanju s sosednjimi občinami mrežo javne zdravstvene službe na primarni ravni;
 6. ustanavlja javne zdravstvene zavode na primarni ravni in podeljuje koncesije zasebnim zdravstvenim delavcem skladno z zakonom;
 7. organizira in zagotavlja mrliškopregledno službo na svojem območju.
- (2) Naloge iz predhodnega odstavka te teze uresničujejo posamezne občine oziroma mesta, lahko pa se več sosednjih lokalnih skupnosti dogovori o skupnem načrtovanju in izvajanju programov oziroma o usklajenem odločanju o nalogah iz pristojnosti občin in mest.

14. teza

/financiranje nalog, ki so v pristojnosti občin/

- (1) Občine zagotavljajo iz lastnih proračunov sredstva za:

- naloge iz . teze tega zakona;
 - investicije v stavbe in druge nepremičnine, večje obnove zgradb in večja vzdrževalna dela v javnih zavodih, ki jih je ustanovila sama ali v sodelovanju z drugimi občinami, če so le te v skladu z merili za načrtovanje mreže javne zdravstvene dejavnosti;
 - plačevanje prispevkov za obvezno socialno zdravstveno zavarovanje za socialno šibkejše osebe, za katere tako določa zakon;
 - plačevanje premije za obvezno pogodbeno zdravstveno zavarovanje za socialno šibkejše osebe, za katere tako določa zakon;
 - kritje primanjkljaja javnih zdravstvenih zavodov, ki jih je ustanovila občina.
- (2) V primeru, da je isti javni zavod ustanovilo več občin, se finančne obveznosti iz 2. in 5. alineje predhodnega odstavka sorazmerno porazdelijo med ustanovitelji glede na število prebivalstva posamezne občine.

II.3 Družbena skrb za zdravje pri delodajalcih

15. teza

/naloge delodajalcev na področju zdravstvenega varstva/

- (1) Poleg ukrepov varnosti in zdravja pri delu ter obveznosti, ki jih imajo na področju obveznega socialnega zavarovanja za poškodbe na delu in bolezni, povezane z delom, so delodajalci dolžni:
- spremljati zdravstveno stanje svojih zaposlenih, dejavnike tveganja za nastanek bolezni in bolezenske odsotnosti z dela ter invalidnosti ter vsaj enkrat letno pripraviti analizo zdravstvenega stanja zaposlenih, sprejeti ukrepe za izboljšanje zdravja zaposlenih ter odpravo dejavnikov tveganja;
 - zagotavljati zdravju prijazno in neškodljivo delovno okolje in pogoje;
 - spodbujati in omogočiti zdravju prijazne delovne pogoje in odnose brez stresa in mobinga;
 - načrtovati, organizirati in izvajati med zaposlenimi programe krepitve zdravja in preventive in jim omogočiti, da sami sodelujejo pri pripravi in izvajanju teh programov;
 - spodbujati medsebojno pomoč zaposlenih bolnim in invalidnim osebam ter organizacijo in delovanje zdravstvenih krožkov;
 - omogočiti zaposlenim z znaki funkcionalnih okvar kot posledic dolgotrajnega izpostavljanja dejavnikom iz delovnega okolja in procesa ustrezno rehabilitacijo za povrnitev njihovih funkcionalnih sposobnosti.
- (2) Manjši in srednji delodajalci se lahko dogovorijo, da naloge iz predhodnega odstavka izvajajo v okviru ustreznih zbornic, združenj ali skupaj za več delodajalcev.

II.4 Skrb za zdravje v zdravstvenem zavarovanju

16. teza

/družbena skrb za zdravje v obveznem socialnem zdravstvenem zavarovanju/

- (1) Zavod za zdravstveno zavarovanje je na področju skrbi za zdravje zavarovanih oseb dolžan spodbujati in razvijati programe za izboljšanje zdravstvenega stanja vsega prebivalstva in to na področjih:
- krepitve zdravja zaposlenih, v vrtcih, šolah in lokalnih skupnosti;
 - samopomoči med prebivalstvom in učenja o obvladovanju bolezni;
 - financiranja specifičnih zdravstvenih individualnih in skupinskih preventivnih ukrepov za preprečevanje nalezljivih in najpogostejših kroničnih bolezni;
 - zagotavljanja in financiranja presejalnih programov za odkrivanje določenih dejavnikov tveganja in bolezni;

- programov za omogočanje zdravega razvoja otrok in mladine ter žensk v zvezi z načrtovanjem družine, nosečnostjo, porodom in poporodno dobo.
- (2) Za naloge iz predhodnega odstavka mora ZZZ za vsako leto pripraviti načrt aktivnosti in v finančnem načrtu predvideti ločena finančna sredstva.

III. OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE

III.1 Načela in vrste obveznega zdravstvenega zavarovanja

17. teza

/zagotavljanje zdravstvene varnosti po načelih solidarnosti/

Zdravstvena varnost prebivalstva je v Republiki Sloveniji zagotovljena z obveznim zdravstvenim zavarovanjem, ki temelji na načelih solidarnosti oziroma vzajemnosti in je pod enakimi pogoji in skladno z zakonskimi določili dostopno vsem, za katere tako določa ta zakon ali meddržavni sporazumi, ki jih je sklenila Republika Slovenija.

18. teza

/odnosi v obveznem zdravstvenem zavarovanju/

- (1) Obvezno zdravstveno zavarovanje je oblika družbene organiziranosti zavarovanih oseb v Republiki Sloveniji z namenom krepitve, ohranitve in povrnitve zdravja zavarovanih oseb ter zagotavljanja medsebojne pomoči pri kritju stroškov za zdravstvene storitve, skladno s tem zakonom.
- (2) Osebe, vključene obvezno zdravstveno zavarovanje, so soodgovorne za svoje zdravje. Njihova dolžnost je živeti na zdrav način, sprejeti zdravju prijazne življenjske navade, se udeleževati preventivnih zdravstvenih pregledov, aktivnosti in presejalnih testov ter aktivno sodelovati pri zdravljenju in rehabilitaciji z namenom preprečitve slabšanja zdravja in njegove čim hitrejše povrnitve.
- (3) Država, občine, delodajalci, nosilci obveznega zdravstvenega zavarovanja in izvajalci zdravstvenih dejavnosti morajo pomagati zavarovanim osebam pri uresničevanju dolžnosti iz drugega odstavka te teze z informiranjem, spodbujanjem in motiviranjem, z uresničevanjem nalog s področja družbene skrbi za zdravje ter z organiziranjem in zagotavljanjem dostopnosti do ustreznih zdravstvenih storitev.

19. teza

/načela izvajanja obveznega zavarovanja/

Obvezno zdravstveno zavarovanje mora delovati tako, da zagotavlja zavarovanim osebam storitve v zadovoljivem obsegu in kakovosti, da bodo te smiselne in opravljene v okviru gospodarne sprejemljivosti in da ne bodo presegale okvirov opravičljivega in potrebnega. Storitve, ki niso potrebne oziroma strokovno in ekonomsko niso opravičljive, zavarovane osebe nimajo pravice zahtevati, izvajalci zdravstvenih storitev pa ne nuditi.

20. teza

/vrste obveznega zdravstvenega zavarovanja/

- (1) Obvezno zdravstveno zavarovanje se deli na:
1. obvezno socialno zdravstveno zavarovanje, (v nadaljevanju: obvezno socialno zavarovanje), ki se po vsebini nadalje deli na:
 - obvezno socialno zavarovanje za primer bolezni ter

- obvezno socialno zavarovanje za poškodbe na delu in bolezni, povezane z delom;
- 2. obvezno pogodbeno zdravstveno zavarovanje (v nadaljevanju: obvezno pogodbeno zavarovanje).

(2) Obveznosti in pravice iz obveznih zavarovanj iz prvega odstavka te teze določa ta zakon.

III.2 Nosilec obveznega socialnega zavarovanja

21. teza

/izvajalec obveznega socialnega zavarovanja/

Nosilec in izvajalec obveznega socialnega zavarovanja v Republiki Sloveniji je Zavod za zdravstveno zavarovanje, ki kot pravna oseba javnega prava v okviru zakonskih pooblastil samostojno gospodari s sredstvi plačnikov prispevkov na način, da z njimi dosega čim večjo korist za zavarovane osebe.

22. teza

/izvajanje obveznega socialnega zavarovanja/

- (1) Izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja je javna služba. Naloge in pristojnosti ZZZ določa ta zakon.
- (2) ZZZ ima izvoljene organe upravljanja in službo, ki opravlja strokovna, izvedenska, informacijska, nadzorna, administrativna in tehnična opravila, potrebna za izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja.
- (3) Sedež ZZZ je v Ljubljani.
- (4) Služba ZZZ mora biti organizirana tako, da je dostopna zavarovanim osebam na posameznih območjih države. ZZZ lahko skladno s statutom oblikuje organizacijske enote za posamezna področja dejavnosti in za posamezna območja.

23. teza

/naloge nosilca obveznega socialnega zavarovanja/

Osnovne naloge in pooblastila ZZZ so:

- vključevanje oseb v obvezno socialno zavarovanje;
- izvajanje obveznega socialnega zavarovanja ter drugih strokovnih in administrativnih nalog s področja tega zavarovanja;
- načrtovanje, razporejanje ter usklajevanje prihodkov in stroškov obveznega socialnega zavarovanja za primer bolezni;
- načrtovanje, razporejanje ter usklajevanje prihodkov in stroškov obveznega socialnega zavarovanja za poškodbe na delu in bolezni, povezane z delom;
- določanje postopkov uresničevanja pravic zavarovanih oseb v obveznem socialnem zavarovanju ter podrobnejših opredelitev pravic in njihovih standardov;
- sklepanje dogovorov in pogodb z izvajalci zdravstvenih storitev, lekarnami in dobavitelji medicinskih pripomočkov;
- kritje stroškov za zdravstvene storitve, zdravila in medicinske pripomočke zavarovanim osebam;
- izvajanje izvedenskih postopkov, ki so po tem zakonu predvideni v zvezi z uresničevanjem pravic zavarovanih oseb;
- nadzor nad uresničevanjem pravic in obveznosti iz obveznega socialnega zavarovanja in uresničevanjem dogovorov in pogodb z izvajalci zdravstvenih storitev, lekarniške dejavnosti in dobavitelji medicinskih pripomočkov;

- spremljanje in analiziranje potreb po zdravstvenih storitvah in stroškov zavarovanja, ukrepanje za njihovo obvladovanje ter predlaganje sprememb v sistemu obveznega socialnega zavarovanja, informiranje javnosti o stanju in potrebah v obveznem socialnem zavarovanju.

24. teza

/pravice in obveznosti v obveznem socialnem zavarovanju/

- (1) Zavarovanim osebam so skladno s tem zakonom v okviru obveznega socialnega zavarovanja zagotovljene pravice do zdravstvenih storitev, zdravil in medicinskih pripomočkov ter v določenih primerih tudi do denarnih prejemkov.
- (2) ZZZ kot nosilec obveznega socialnega zavarovanja določi standarde in vrste storitev ter pravice iz tega zavarovanja, pri preventivnih storitvah in presejanih testih pa tudi njihovo število, ki jih zagotavlja zavarovanim osebam, ter postopke njihovega uveljavljanja.
- (3) Za uresničevanje pravic iz predhodnega odstavka te teze so zavarovanci in drugi zavezanci za plačevanje prispevkov po tem zakonu, dolžni le te redno plačevati nosilcu zavarovanja.

25. teza

/vloga in funkcija nosilca obveznega socialnega zavarovanja/

- (1) Najvišji organ upravljanja ZZZ je njegova Skupščina. Naloge in pristojnosti Skupščine so:
 - sprejema statut ZZZ;
 - sprejema splošne akte iz pristojnosti ZZZ glede podrobnejših pravic zavarovanih oseb v obveznem socialnem zavarovanju, standarde storitev in postopkov njihovega uresničevanja;
 - sprejema strateški razvojni program obveznega socialnega zavarovanja;
 - usklajuje obseg zdravstvenih storitev iz obveznega socialnega zavarovanja z razpoložljivimi finančnimi sredstvi, zbranimi s prispevki;
 - določa finančni načrt in sprejema zaključni račun ZZZ;
 - določa okvire in usmeritve za pogajanja z izvajalci zdravstvenih dejavnosti in dobavitelji zdravil ter medicinskih pripomočkov;
 - predlaga Vladi višino prispevnih stopenj za obvezno socialno zavarovanje in za diferencirane prispevne stopnje za poškodbe na delu in bolezni, povezane z delom;
 - imenuje in razrešuje direktorja ZZZ;
 - opravlja druge naloge, ki jih določata ta zakon in statut ZZZ.
- (2) Vlada Republike Slovenije daje soglasje k statutu, finančnemu načrtu in zaključnemu računu ZZZ.

26. teza

/sestava Skupščine ZZZ/

- (1) Skupščino sestavlja 45 članov, od tega:
 - 20 predstavnikov delodajalcev, organiziranih v zbornicah in v drugih splošnih združenjih, med katerimi so štirje predstavniki Vlade kot predstavniki delodajalca v javnem sektorju;
 - 25 predstavnikov zavarovancev, organiziranih v reprezentativnih sindikatih in drugih društvih ter združenjih.
- (2) Predstavniki zavarovancev se izvolijo tako, da so ustrezno zastopani aktivni zavarovanci, upokojenci in invalidi ter po spolu in območjih države. Kot merilo za določanje števila posameznih skupin šteje njihovo zadnje znano število v Republiki Sloveniji.

- (3) V Skupščino ne morejo biti izvoljeni predstavniki, ki opravljajo javno zdravstveno dejavnost ali pa so pogodbeni partnerji ZZZ kot dobavitelji zdravil in medicinskih pripomočkov, prav tako pa ne poslanci Državnega zbora in zaposleni v strokovni službi ZZZ.
- (4) Skupščina izmed članov izvoli predsednika in njegovega namestnika.
- (5) Mandat članov Skupščine traja 4 leta. Posameznik je lahko izvoljen v organe upravljanja največ dvakrat zaporedoma.
- (6) Volitve predstavnikov delodajalcev in predstavnikov zavarovancev za člane Skupščine ureja statut ZZZ in posebni pravilnik, ki ga sprejme Skupščina.

*27. teza
/odločanje v Skupščini ZZZ/*

- (1) Skupščina veljavno odloča, če je na seji navzočih več kot polovica predstavnikov delodajalcev in več kot polovica predstavnikov zavarovancev.
- (2) Statut, splošne akte za uresničevanje zdravstvenega zavarovanja, predlog prispevnih stopenj, finančni načrt in zaključni račun, usmeritve in okvire za sklepanje dogovorov in pogodb z izvajalci ter strateški razvojni program ZZZ sprejema Skupščina z večino glasov vseh predstavnikov delodajalcev in vseh predstavnikov zavarovancev.
- (3) O drugih vprašanih odloča Skupščina z večino glasov navzočih članov.

*28. teza
/Upravni odbor ZZZ/*

- (1) Izvršilni organ Skupščine je Upravni odbor, ki ga sestavlja 11 članov. Njegova naloga je priprava gradiv, o katerih odloča Skupščina, in izvrševanje njenih sklepov in drugih nalog, ki jih določa statut.
- (2) Predsednika in člane Upravnega odbora imenuje Skupščina ZZZ, tako da so v njem ustrezno zastopani predstavniki delodajalcev in predstavniki aktivnih zavarovancev, upokojencev in invalidov. Dva člana Upravnega odbora imenuje Skupščina izmed delavcev ZZZ.
- (3) Člani Upravnega odbora morajo pridobiti interno licenco, ki jo pridobijo s posebnim usposabljanjem v okviru ministrstva, pristojnega za zdravje. Pri tem usposabljanju morajo pridobiti znanja s področja zdravstvene zakonodaje, socialnih zavarovanj, zdravstvene ekonomike in organizacije zdravstvene službe.

*29. teza
/Uprava ZZZ/*

Poslovodni organ službe ZZZ je tričlanska Uprava, od katerih je eden član odgovoren za področje zavarovanja za bolezni, eden za področje poškodb na delu in tretji za področje zavarovanja za dolgotrajno oskrbo. Član Uprave mora imeti visoko strokovno izobrazbo in najmanj 5 let delovnih izkušenj na področju socialnih zavarovanj, javnega zdravja, zdravstvenega varstva ali javnih služb. Člane Uprave ZZZ se izbere na podlagi javnega razpisa.

*30. teza
/drugi organi ZZZ/*

- (1) S statutom ZZZ se lahko določijo tudi drugi organi za posamezna področja dejavnosti in za posamezna območja ter njihove pristojnosti.
- (2) 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.

31. teza

/naloge strokovne službe/

- (1) Strokovna, administrativna in informacijska opravila za potrebe zavarovanih oseb in organov upravljanja ZZZ opravlja posebna služba.
- (2) Naloge strokovne službe ZZZ obsegajo:
 - izvajanje obveznega socialnega 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, administrativnih in informacijskih nalog;
 - nudenje pravne in druge strokovne pomoči zavarovanim osebam.
- (3) ZZZ vodi baze podatkov in evidence s področja obveznega zdravstvenega zavarovanja in uporablja evidence s področja zdravstvenega varstva v skladu s tem in posebnim zakonom.
- (4) Podrobnejši opis nalog in pristojnosti uprave in službe ZZZ določa statut, h kateremu daje soglasje ministrstvo, pristojno za zdravje.

III.3 Nosilci obveznega pogodbenega zavarovanja

32. teza

/izvajalci obveznega pogodbenega zavarovanja in javni interes v tem zavarovanju/

- (1) Izvajalci obveznega pogodbenega zdravstvenega zavarovanja so zavarovalnice z dovoljenjem za opravljanje zavarovalnih poslov v zavarovalni vrsti zdravstveno zavarovanje, ki za to dejavnost pridobijo posebno dovoljenje Agencije za zavarovalni nadzor in soglasje ministrstva, pristojnega za zdravje.
- (2) Obvezno pogodbeno zavarovanje predstavlja javni interes Republike Slovenije in se izvaja po načelih medgeneracijske vzajemnosti in vzajemnosti med spoloma med vsemi zavarovanci obveznega pogodbenega zavarovanja. Skupaj z obveznim socialnim zavarovanjem predstavlja del socialne varnosti zavarovanih oseb po tem zakonu. Javni interes Republike Slovenije na področju obveznega pogodbenega 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 obvezno pogodbeno zavarovanje, dolžne po določbah tega zakona vključiti v izravnalno shemo obveznega pogodbenega zavarovanja;
 3. morajo zavarovalnice voditi prihodke in odhodke obveznega pogodbenega zavarovanja ločeno od drugih tipov pogodbenih zdravstvenih zavarovanj in drugih zavarovalnih vrst ter v okviru izkaza poslovnega izida iz zdravstvenih zavarovanj izdelati ločen izkaz poslovnega izida obveznega pogodbenega zavarovanja;

4. zaradi posebne ureditve izvajanja obveznega pogodbenega zavarovanja po tem zakonu, ki odstopa od običajnih tržnih zakonitosti, država z zakonom in organ, pristojen za varstvo konkurence, z ukrepi nadomešča škodljive posledice prevladujočega položaja katerega od izvajalcev obveznega pogodbenega zavarovanja;
5. so izvajalci zdravstvene dejavnosti dolžni poslovno sodelovati na področju obveznega pogodbenega zavarovanja z vsemi zavarovalnicami, ki izvajajo takšno zavarovanje in jim v elektronskem zapisu zagotavljati podatke, potrebne za delovanje tega zavarovanja. Izvajalci zdravstvenih storitev ne smejo od zavarovanca, ki se izkaže z veljavnim obveznim pogodbenim zavarovanjem, za opravljene storitve zahtevati plačila. Zavarovalnice, ki izvajajo obvezno pogodbeno zavarovanje, morajo voditi računovodske evidence o stroških zdravstvenih storitev, zdravilih in medicinskih pripomočkih ter o nadomestilih za vsakega zavarovanca.

IV. OBVEZNO SOCIALNO ZAVAROVANJE ZA PRIMER BOLEZNI

IV.1 Zavarovane osebe in zavarovalne podlage pri obveznem socialnem zavarovanju za primer bolezni

33. teza

/obvezno zavarovane osebe v zavarovanju za primer bolezni/

- (1) Obvezno socialno zavarovanje za primer bolezni je obvezno za vse, ki bivajo na območju Republike Slovenije ali na njenem območju opravljajo kakršnokoli pridobitno dejavnost, delajo v gospodarskih družbah, javnih zavodih ali pri drugih delodajalcih, s sedežem na območju Republike Slovenije in niso zavarovani po predpisih druge države.
- (2) Obvezno zavarovane osebe za zavarovanje iz prvega odstavka te teze so:
 - zavarovanci, ki na podlagi zaposlitve, opravljanja dejavnosti, prejemanja pokojnin in nadomestil za čas brezposelnosti ali socialno-varstvenih pomoči ali na drug način ustvarjajo oziroma imajo določene prihodke in so na tej podlagi zavezanci za plačilo prispevkov;
 - družinski člani zavarovancev.

34. teza

/zavarovanci v obveznem socialnem zavarovanju za primer bolezni/

Zavarovanci iz 1. alineje drugega odstavka predhodne teze so:

1. osebe:

- v delovnem razmerju pri delodajalcu s sedežem v Republiki Sloveniji;
- v delovnem razmerju pri delodajalcu s sedežem v Republiki Sloveniji, poslani na delo ali na strokovno izpopolnjevanje v tujino, če niso obvezno zdravstveno zavarovane oziroma vključene v socialno varnost po predpisih države, v katero so poslani;
- osebe zaposlene pri tujih in mednarodnih organizacijah, tujih konzularnih in diplomatskih predstavništvih s sedežem v Republiki Sloveniji, če niso na podlagi mednarodnih pogodb zavarovane po predpisih druge države;
- osebe z bivališčem v Republiki Sloveniji, zaposlene pri tujem delodajalcu, če niso zavarovane pri tujem nosilcu obveznega zdravstvenega zavarovanja;
- izvoljeni ali imenovani nosilci javne ali druge funkcije v organih zakonodajne, izvršilne ali sodne oblasti v Republiki Sloveniji ali v organih lokalne samouprave, če za to funkcijo prejemajo plačo;
- osebe, ki v okviru kakršnega koli pravnega razmerja opravljajo delo, za katerega prejemajo plačilo v višini, ki presega 50 % zneska minimalne plače za obdobje, ko opravljajo takšno delo;
- vajenci, ki so v učnem razmerju in se na podlagi sklenjene učne pogodbe izobražujejo pri delodajalcu ter so dopolnili 15 let starosti;

2. podjetniki in samozaposlene osebe, ki kot svoj edini ali glavni poklic:
 - kot samostojni podjetniki posamezniki po zakonu o gospodarskih družbah opravljajo pridobitno dejavnost, ter fizične osebe, ki štejejo za obrtnike ali zasebne trgovce;
 - opravljajo z osebnim delom umetniško, drugo kulturno ali zabavno dejavnost ali dejavnost na področju medijev in so vpisani v register samostojnih dejavnosti, če je z zakonom tak register predpisan;
 - opravljajo samostojno dejavnost na področju zdravstvene in farmacevtske dejavnosti, dejavnosti s področja socialne varnosti ter veterinarske dejavnosti;
 - opravljajo duhovniško oziroma drugo versko dejavnost;
 - opravljajo samostojno odvetniško oziroma notarsko dejavnost v skladu z zakonom;
 - družbeniki zasebnih družb in zavodov, ki so poslovodne osebe in niso zavarovane na drugi podlagi;
 - samostojno opravljajo kakšno drugo dejavnost;
3. kmetje in člani kmečkih gospodarstev ter druge osebe, ki opravljajo kmetijsko dejavnost kot edini ali glavni poklic, in sicer:
 - osebe, starejše od 15 let, ki so na osnovi opravljanja kmetijske dejavnosti vključene v obvezno pokojninsko in invalidsko zavarovanje ali se v to zavarovanje vključijo prostovoljno;
 - osebe, ki opravljajo kmetijsko dejavnost in niso vključene v obvezno ali prostovoljno pokojninsko zavarovanje, če ima njihovo kmečko gospodarstvo na člana gospodarstva katastrski in drug dohodek, ki dosega najmanj 50 % zneska minimalne plače;
4. vrhunski in poklicni športniki ter vrhunski šahisti, in sicer:
 - državljani Republike Slovenije, člani športnih, telesno-kulturnih in šahovskih organizacij, ki si skladno z zakonom pridobijo status vrhunškega športnika in so dopolnili 15 let starosti;
 - športniki, člani športnih, telesno-kulturnih in šahovskih organizacij, trenerji in sodniki, ki prejema za svojo dejavnost plačilo, ki presega znesek minimalne plače in niso zavarovani po drugi podlagi;
5. brezposelne osebe, ki prejema nadomestilo ali denarno pomoč iz naslova zavarovanja za primer brezposelnosti in sicer za čas prejemanja nadomestila oziroma denarne pomoči;
6. upokojenci s stalnim bivališčem v Republiki Sloveniji, in sicer:
 - osebe, ki prejema starostno, invalidsko, vdovsko, družinsko in delno pokojnino po predpisih pokojninskega in invalidskega zavarovanja v Sloveniji;
 - osebe, ki prejema preživnino po predpisih o preživninskem varstvu kmetov, prejemniki priznavalnin po predpisih o varstvu udeležencev vojn;
 - osebe, ki prejema pokojnino od tujega nosilca pokojninskega in invalidskega zavarovanja, če z mednarodno pogodbo ni določeno drugače;
7. osebe s stalnim bivališčem v Republiki Sloveniji, prejemniki invalidnin in priznavalnin po predpisih o vojaških invalidih in civilnih invalidih vojne, pravic po predpisih o varstvu vojnih veteranov, žrtev nasilja in udeležencev drugih vojn in po predpisih o varstvu udeležencev vojn;
8. osebe v enotah Slovenske vojske:
 - ki so poklicni vojaki ali zaposleni pri Slovenski vojski;
 - osebe v civilni službi kot nadomestilu vojaškega roka;
 - osebe s stalnim bivališčem v Republiki Sloveniji med služenjem vojaškega roka oziroma med usposabljanjem za rezervno sestavo policije;
9. osebe s stalnim bivališčem v Republiki Sloveniji, ki prejema nadomestilo ali trajno denarno pomoč, in sicer:
 - če prejema trajno nadomestilo po zakonu o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih odraslih oseb;
 - če prejema trajno socialno podporo oziroma pomoč kot edini vir preživljanja;
10. tujci, ki:
 - se izobražujejo ali izpopolnjujejo v Republiki Sloveniji, če niso obvezno zavarovani po predpisih drugih držav;

- jim je Republika Slovenija priznala status begunca ali subsidiarno zaščito v skladu s predpisi o mednarodni zaščiti;
11. državljani Republike Slovenije in druge osebe, ki bivajo na območju Republike Slovenije in ustvarjajo prihodke z določeno dejavnostjo, na podlagi civilno-pravnih pogodb in občasnih del, če njihovi dohodki presegajo merila za pridobitev statusa po 16. točki te teze, a ne morejo biti zavarovani po nobeni drugi točki iz te teze tega zakona;
 12. družinski pomočniki po predpisih o socialnem varstvu;
 13. priporniki oziroma zaporniki in sicer:
 - priporniki, ki niso zavarovanci iz drugega naslova v trenutku nastopa pripora oziroma jim zavarovanje poteče med priporom;
 - obsojenci na prestajanju kazni zapora oziroma mladoletniškega zapora ter mladoletniki na prestajanju vzgojnega ukrepa oddaje v prevzgojni dom;
 - osebe, ki jim je izrečen varnostni ukrep psihiatričnega zdravljenja v zdravstvenem zavodu, ter osebe med obveznim zdravljenjem odvisnosti od alkohola in drog;
 14. osebe, ki imajo določene pravice na podlagi predpisov s področja starševskega varstva, in sicer:
 - upravičenci do starševskih nadomestil, ki jim je prenehalo delovno razmerje v času trajanja starševskega dopusta;
 - eden od staršev, ki zapusti trg dela zaradi nege in varstva štirih ali več otrok;
 - eden od staršev, ki na podlagi dejavnosti plačuje prispevke za socialno varnost za najmanj 20 ur tedensko ter neguje in varuje otroka do tretjega leta starosti;
 15. otroci do 18. leta starosti z bivališčem v Republiki Sloveniji, ki se šolajo in niso zavarovani kot družinski člani, ker njihovi straši ne skrbijo za njih oziroma ker starši ne izpolnjujejo pogojev za vključitev v obvezno socialno zavarovanje;
 16. državljani Republike Slovenije, ki nimajo dohodkov ali ti ne dosežajo ravni, določene v tem zakonu in za njih plačuje prispevke občina. Pogoj za vključitev v zavarovaje po tej točki je, da:
 - niso oziroma ne morejo biti zavarovani po eni izmed predhodnih točk te teze in da
 - nimajo nobenih dohodkov ali imajo dohodek, ki v povprečju v zadnjih treh mesecih ne dosega 50 % zneska minimalne plače, če živijo sami oziroma če živijo z družinskimi člani v skupnem gospodinjstvu in povprečni mesečni dohodki na družinskega člana v zadnjih treh mesecih ne dosežajo 25 % zneska minimalne plače, razen če oseba sama ali družinski člani imajo prihranke ali premoženje, ki presega 60 osnovnih zneskov minimalne plače.

35. teza

/edini ali glavni poklic/

- (1) Šteje, da osebe iz 2. in 3. točke . teze tega zakona opravljajo samostojno dejavnost kot edini poklic, če niso v delovnem razmerju, če ne opravljajo druge dejavnosti, na podlagi katere so zavarovani, ali niso na šolanju.
- (2) Osebe iz 2. in 3. točke iz . teze tega zakona opravljajo samostojno dejavnost kot glavni poklic, če so v delovnem razmerju s polovico ali manj kot polovico delovnega časa in niso na šolanju.
- (3) Šteje, da samozaposlene osebe in kmetje ne opravljajo samostojne dejavnosti kot edini ali glavni poklic, če v zadnjih treh letih dobiček iz dejavnosti samozaposlenega, v katerem niso upoštevani obračunani in vplačani prispevki za socialno varnost ter znižanje ali povečanje davčne osnove, skladno z zakonom o dohodnini, dosežen v posameznem letu in ugotovljen z odločbo davčnega urada, ne presega zneska minimalne plače v tem letu.

36. teza
/kmečko gospodarstvo/

- (1) Po 3. točki . teze šteje za kmečko gospodarstvo življenjska skupnost, skupna proizvodnja in poraba prihodkov članov kmečkega gospodarstva, ne glede na sorodstvene vezi, pod pogojem, da se vsaj eden član gospodarstva ukvarja s kmetijstvom kot edinim ali glavnim poklicem.
- (2) Kot drugi dohodki kmečkega gospodarstva s smislu druge alineje 3. točke . teze tega zakona štejejo prihodki, od katerih se plačuje davek od kmetijske dejavnosti, ter prihodki iz perutninarstva, živinoreje, čebelarstva, ribištva, kmečkega turizma oziroma drugih kmetijskih dejavnosti.

37. teza
/osebe, ki opravljajo dejavnost v več državah/

Po tem zakonu so v obvezno socialno zavarovanje vključene tudi osebe iz 1. in 2. točke prvega odstavka . teze, ki prebivajo v Republiki Sloveniji in so v delovnem razmerju oziroma samostojno opravljajo gospodarsko ali poklicno dejavnost kot edini ali glavni poklic v še eni ali več državah članicah Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora ali v Švicarski konfederaciji. Za te osebe veljajo enake pravice in obveznosti, ki izhajajo iz tega zakona in veljajo za osebe iz 1. in 2. točke prvega odstavka . teze tega zakona.

38. teza
/podlaga za zavarovanje, če oseba izpolnjuje pogoje po več podlagah/

Če oseba izpolnjuje pogoje za vključitev v obvezno socialno zavarovanje za primer bolezni po več podlagah, se obvezno zavaruje:

- najprej na podlagi iz 1., 4. in 8. točke . teze, nato
- na podlagi iz 2. in 3. točke . teze, nato
- na podlagi iz 5., 6., 7. in 9. točke . teze, nato
- na podlagi iz 11., 14. in 15. točke . teze, nato
- na podlagi iz 10. in 13. točke . teze in nazadnje
- na podlagi iz 16. točke . teze.

39. teza
/družinski člani/

- (1) Obvezno so zavarovane za primer bolezni tudi osebe, ki so družinski člani zavarovanca iz . teze, če:
 - nimajo lastnih dohodkov ali ne opravljajo dejavnosti, s katero bi dosegli dohodek v višini, ki jo določa ta zakon za zavarovance iz 16. točke . teze tega zakona in
 - sami nimajo premoženja v višini, ki je določena kot merilo za vključitev v obvezno socialno zavarovanje po 16. točki . teze tega zakona.
- (2) Družinski člani, zavarovani po zavarovancih, so:
 1. zakonec;
 2. zakonski otroci, nezakonski otroci, posvojenci ter otroci, ki so z odločbo pristojnega organa nameščeni v družino z namenom posvojitve;
 3. pastorki, ki jih zavarovanec preživlja;
 4. vnuki in drugi otroci brez staršev, ki jih je zavarovanec vzel k sebi in jih preživlja, ob pogojih, ki jih določa ta zakon za otroke;
 5. oče in mati, očim in mačeha, ter posvojitelj.

- (3) Za otroka brez staršev, po določilih 4. točke drugega odstavka te teze zakona šteje tudi otrok, ki ima starše, če so ti popolnoma in trajno nezmožni za delo ali če zaradi drugih okoliščin ne morejo skrbeti za otroka in ga preživljati.
- (4) Kot družinski člani so lahko zavarovane osebe, ki imajo stalno prebivališče v Republiki Sloveniji, razen če ni z mednarodno pogodbo drugače določeno.
- (5) Po zavarovancih iz 16. točke . teze zakona so lahko zavarovane kot družinski člani le osebe iz 2., 3. in 4. točke drugega odstavka te teze, vse ostale osebe pa so same zavarovanci po tej točki te teze.

40. teza

/pogoji za zavarovanje zakonca kot družinskega člana/

- (1) Zakonec je zavarovan kot družinski član, če:
 - ni sam zavarovanec oziroma ne izpolnjuje pogojev za vključitev v obvezno socialno zavarovanje po eni izmed točk iz . teze tega zakona;
 - ne opravlja kakršnekoli dejavnosti ali nima lastnih prihodkov, ki bi v zadnjem koledarskem letu v povprečju presegali 50 % zneska minimalne mesečne plače v Republiki Sloveniji, ali če ne izpolnjuje drugih pogojev, da se zavaruje kot zavarovanec.
- (2) Ob pogoju iz predhodnega odstavka je zavarovan tudi razvezani zakonec, ki mu je s sodno odločbo prisojena preživnina.
- (3) 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.

41. teza

/starostna omejitev za otroka kot družinskega člana/

- (1) Otrok, ki ni sam zavarovanec, je zdravstveno zavarovan kot družinski član do dopolnjenega 18. leta starosti, po tej starosti pa, če se šola, in sicer do konca šolanja, vendar največ do dopolnjenega 25. leta starosti.
- (2) 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 9. točke prvega odstavka . teze tega zakona.

IV.2 Začetek in trajanje zavarovanja ter izkazovanje zavarovanih oseb v obveznem socialnem zavarovanju za primer bolezni

42. teza

/nastop zavarovalnega razmerja/

- (1) Obvezno socialno zavarovanje je pravno razmerje med zavarovancem in ZZZ. Na podlagi tega zakona nastanejo medsebojne obveznosti med zavarovanci in ZZZ z dnem, ko so izpolnjeni pogoji za vključitev osebe v obvezno socialno zavarovanje za primer bolezni, in trajajo, dokler takšni pogoji obstajajo.
- (2) Nastanek zavarovalnega razmerja iz predhodnega odstavka so dolžni sporočiti in prijaviti ZZZ najpozneje v osmih dneh:
 - delodajalci za pri njih zaposlene osebe iz 1. točke . teze tega zakona;
 - podjetniki in samozaposlene osebe zase in za pri njih zaposlene osebe;
 - Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje za osebe iz 6. točke . teze tega zakona;

- kmetje za osebe iz 3. točke . teze tega zakona;
 - športne in telesno-kulturne organizacije in društva ter športne zveze za osebe iz 4. točke . teze tega zakona;
 - Zavod za zaposlovanje za osebe iz 7. točke . teze tega zakona;
 - zavarovanci iz 11. točke . teze tega zakona sami;
 - občine za zavarovance iz 16. točke . teze;
 - zavezanci za plačevanje prispevkov za ostale skupine zavarovancev.
- (3) Prijava za vključitev v zavarovanje iz predhodnega odstavka se nanaša tudi na prijavo družinskih članov zavarovancev, skladno s tem zakonom.
- (4) Zavezanci za prijavo zavarovancev in njihovih družinskih članov v obvezno socialno zavarovanje so dolžni sporočiti ZZZ tudi njihove odjave iz zavarovanja oziroma spremembe v njihovem statusu.
- (5) Lastnost zavarovane osebe in s tem povezane pravice in obveznosti nastopijo z dnem, ko so izpolnjeni pogoji za vključitev v obvezno socialno zavarovanje, ne glede na datum prijave v zavarovanje.
- (6) Trajanje zavarovanja po posamezni podlagi traja od nastanka zavarovalnega razmerja do trenutka prenehanja pogojev za vključitev v obvezno socialno zavarovanje oziroma nastopa razlogov za vključitev v zavarovanje po drugi podlagi.

43. teza

/preverjanje podatkov in prijava v zavarovanje po uradni dolžnosti/

- (1) ZZZ ima pravico in dolžnost preverjati podatke o prijavah in odjavah oziroma spremembah zaradi spremenjenih podlag, ki so jih vložile pravne oziroma fizične osebe iz drugega odstavka . teze zakona. Pri tem mora po uradni dolžnosti prijaviti v obvezno zavarovanje ali odjaviti osebe, če tega niso storile pravne in fizične osebe, ki so za to zadolžene z zakonom. O prijavi oziroma odjavi odloči ZZZ po uradni dolžnosti, o čemer izda odločbo skladno z določili zakona o upravnem postopku.
- (2) Z odločbo iz predhodnega odstavka te teze naloži ZZZ zavezancu za prijavo in plačevanje prispevka tudi obveznost plačila prispevka za ves čas, ko oseba ni bila prijavljena v obvezno zavarovanje, a je izpolnjevala pogoje za vključitev v zavarovanje in bi morali biti za njo obračunani in plačani prispevki.
- (3) Podrobnejše postopke in način prijavljanja, odjavljanja ter sporočanja sprememb v obvezno socialno zavarovanje ter listine določi ZZZ. Ta praviloma določi način prijavljanja, odjavljanja ter sporočanja sprememb s pomočjo elektronskih medijev.

44. teza

/listina, s katero se zavarovana oseba izkazuje/

- (1) Na podlagi prijave v obvezno socialno zavarovanje oziroma na podlagi vključitve zavarovane osebe po uradni dolžnosti izda ZZZ zavarovani osebi uradno listino, s katero se izkazuje pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti in storitev v javni zdravstveni dejavnosti in službi ZZZ ob uveljavljanju pravic do zdravstvenih storitev in drugih pravic iz obveznega zavarovanja. Brez veljavne listine o vključitvi v obvezno socialno zavarovanje zavarovane osebe ne morejo uveljavljati pravic iz tega zavarovanja do zdravstvenih storitev, zdravil in medicinskih pripomočkov, razen če gre za storitve nujne medicinske pomoči in naknadno dokažejo, da so upravičene do pravic, ki jih to zavarovanje zagotavlja.
- (2) Listina iz predhodnega odstavka te teze je kartica zdravstvenega zavarovanja, ki jo predpiše ZZZ. Kartica ali druga listina za izkazovanje zavarovanih oseb je javna listina in je last ZZZ, ki jo za namen identifikacije zavarovanca uporabljajo tudi zavarovalnice, ki izvajajo obvezno pogodbeno zavarovanje. S

kartico zdravstvenega zavarovanja se dostopa do podatkov, ki so potrebni za uveljavljanje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, če tako določa posebni zakon, pa tudi do drugih podatkov.

- (3) Za uporabo kartice zdravstvenega zavarovanja sklenejo ZZZ in zavarovalnice, ki izvajajo obvezno pogodbeno zavarovanje, poslovne pogodbe. Nadomestilo za njeno uporabo temelji na deležu transakcij posameznega udeleženca v sistemu kartice zdravstvenega zavarovanja.

IV.3 Pravice iz obveznega socialnega zavarovanja za primer bolezni

45. teza

/pravice iz obveznega socialnega zavarovanja za primer bolezni/

- (1) Obvezno socialno zavarovanje za primer bolezni zagotavlja zavarovanim osebam pravice do:
- storitev s področja krepitve zdravja, skladno s programom, ki ga določi ZZZ, za katere niso zadolženi drugi nosilci;
 - storitev do preventivnih storitev in presejalnih testov, po programu, ki ga z Akcijskim načrtom iz . teze določi ministrstvo, pristojno za zdravje;
 - storitev odkrivanja, zdravljenja ter medicinske rehabilitacije bolezni;
 - nadomestila plač v primeru začasne zadržanosti z dela zaradi bolezni v obsegu, ki ga določa ta zakon;
 - prevozov z reševalnimi in drugimi vozili;
 - povračila potnih stroškov ob uveljavljanju pravic iz obveznega socialnega zavarovanja za primer bolezni.
- (2) Zavarovana oseba lahko v okviru obveznega socialnega zavarovanja za primer bolezni na lastno zahtevo uveljavlja le pregled zaradi odkrivanja, zdravljenja in medicinske rehabilitacije pri svojem osebem zdravniku, do ostalih storitev je upravičena, če je potrebo po njih ugotovil osebni zdravnik ali specialist, ki je zavarovano osebo prevzel v nadaljnje zdravljenje. Izjemo predstavljajo storitve v primeru nujne medicinske pomoči.
- (3) Obvezno socialno zavarovanje za primer bolezni vključuje za otroke in šolarje do 18. leta starosti ter študente do 25. leta starosti tudi zavarovanje za poškodbe izven dela.

46. teza

/pravice do storitev s področja krepitve zdravja in preventive/

- (1) Pravice iz 1. in 2. alineje prvega odstavka . teze tega zakona so pravice do:
- individualnih in skupinskih svetovanj ali udeležbe v programih krepitve zdravja v zvezi s spreminjanjem individualnih življenjskih navad in za doseganje boljšega zdravja, organiziranih pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti na primarni ravni;
 - preventivnih in namenskih pregledov novorojenčkov, dojenčkov in otrok do 6. leta starosti;
 - preventivnih in namenskih pregledov šolskih otrok do dopolnjenega 18. leta starosti in študentov do dopolnjenega 25. leta starosti;
 - svetovanja ženskam v zvezi z uravnavanjem rodnosti, o uporabi kontracepcije ter v zvezi s preprečevanjem spolno nalezljivih bolezni, do preventivnih pregledov zaradi uporabe kontracepcije, do preventivnih pregledov pred splavom in po njem, do preventivnih pregledov v času nosečnosti, do preventivnih pregledov po porodu, do ultrazvočnih in laboratorijskih preiskav ter do patronažnih obiskov;
 - preventivnih storitev in ukrepov za preprečevanje bolezni zob in ustne votline pri otrocih in šolarjih do 18. leta starosti;
 - preventivnih pregledov oseb med 45. in 65. letom starosti, ki so namenjeni odkrivanju dejavnikov tveganja za nastanek bolezni srca in ožilja in se opravljajo ob kurativnih pregledih v določenih časovnih obdobjih;

- presejalnih testov na zgodnje odkrivanje raka in kroničnih bolezni;
 - cepljenj, storitev imunoprofilakse in kemoprofilakse;
 - patronažnih obiskov zavarovanih oseb, ki boleajo za tuberkulozo, za mišičnimi, živčno-mišičnimi boleznimi, paraplegijo in tetraplegijo, multiplo sklerozo, cerebralno paralizo, pri osebah z motnjami v razvoju, pri invalidnih osebah in kronično bolnih, osamelih osebah, starejših od 65 let ali pri socialno ogroženih osebah.
- (2) Podrobnejšo vsebino preventivnih in namenskih pregledov, pregledov zaradi ugotavljanja dejavnikov tveganja za nastanek kroničnih bolezni in patronažnih obiskov ter strokovna navodila za njihovo izvajanje določi ministrstvo, pristojno za zdravje. To določi tudi obseg oziroma pogostnost posameznih pregledov in storitev po posameznih populacijskih skupinah.

47. teza

/pravice do zgodnjega odkrivanja, zdravljenja in rehabilitacije/

Pravice zavarovanih oseb iz 3. alineje prvega odstavka . teze do storitev odkrivanja, zdravljenja in medicinske rehabilitacije so:

- pregledi pri osebnih zdravnikih v osnovni zdravstveni dejavnosti, ki so vključeni v mrežo javne zdravstvene dejavnosti;
- pregledi pri specialistih na sekundarni in terciarni ravni, če je utemeljenost in potrebo po teh ugotovil osebni zdravnik zavarovane osebe;
- storitve ambulantnega zdravljenja, obravnave v diagnostičnih enotah in pri drugih zdravstvenih delavcih na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti, ki jo ob napotitvi predlaga osebni zdravnik ali na podlagi njegovega pooblastila določi prevzemni zdravnik;
- zdravila, predpisana na recept, potrebna pri zdravljenju bolezni, skladno z določili tega zakona;
- medicinski pripomočki ob rehabilitaciji po bolezni, skladno z določili tega zakona;
- zobozdravstvene storitve;
- storitve zdravljenja razvojnih in funkcionalnih nepravilnosti zob in čeljustnic pri mladini do dopolnjenega 18. leta starosti ter potrebnih zobno-protetičnih storitev pri mladini do 25. leta starosti;
- storitve nujne medicinske pomoči in nujnih prevozov z reševalnimi in drugimi vozili;
- zdravstvene storitve zdravljenja in zdravstvene nege ob akutni in neakutni obravnavi v bolnišničnih enotah, ko so izčrpane možnosti ambulantnega zdravljenja, zdravila in pripomočki, ki se vgrajujejo v telo ali jih oseba rabi med bolnišničnim zdravljenjem, ter storitve transporta med oddelki ali med bolnišnicami. Stroški nastanitve in bivanja v bolnišnici med bolnišničnim zdravljenjem so iz obveznega socialnega zavarovanja kriti le za otroke in šolarje do 18. leta starosti ter študente do 25. leta starosti;
- obravnava v bolnišnici zaradi poroda;
- storitve medicinske rehabilitacije;
- oploditve žensk z biomedicinsko pomočjo;
- storitve zdravljenja in zdravstvene nege na domu oziroma v splošnih in specialnih socialnih zavodih ter zavodih za usposabljanje;
- storitve zdravljenje v zaporih in zavodih za prevzgojo mladostnikov.

48. teza

/posebne pravice do bivanja v bolnišnici/

Pravico do bivanja v bolnišnici ima tudi:

- mati, ki doji hospitaliziranega otroka;
- otrok hospitalizirane matere, ki ga le-ta doji;
- eden od staršev v primeru bolnišničnega zdravljenja otroka do 7. leta starosti;
- eden od staršev otroka s težjo okvaro oziroma poškodbo možganov ali pri drugih težjih kroničnih boleznih v času, ko se eden od staršev usposablja za poznejšo rehabilitacijo na domu.

49. teza
/pravica do rehabilitacije/

- (1) Zavarovana oseba ima pravico do storitev medicinske rehabilitacije, s katerimi je pričakovati pridobitev, ohranitev ali povrnitev delovne sposobnosti in življenjsko pomembnih funkcij, preprečitev invalidnosti oziroma odvisnosti od pomoči drugih oseb pri opravljanju dnevnih življenjskih aktivnosti.
- (2) Pravice iz predhodnega odstavka te teze so:
 - pri otrocih do 15. leta starosti pravice do logopedskih, defektoloških in surdopedagoških storitev;
 - pravice do storitev ambulantne fizioterapije in delovne terapije;
 - pravice do rehabilitacijskih storitev med bolnišničnim zdravljenjem;
 - pravice do rehabilitacije v naravnih zdraviliščih na ambulantni ali stacionarni način.

50. teza
/pravica do rehabilitacije v naravnih zdraviliščih/

- (1) Pravico do rehabilitacije v naravnih zdraviliščih imajo zavarovane osebe s stanji in boleznimi, pri katerih je glede na medicinska dognanja in izkušnje pričakovati trajnejše izboljšanje zdravstvenega stanja, preprečitev njegovega slabšanja, zmanjšanja pogostnosti začasne zadržanosti z dela zaradi te bolezni ali stanja in zmanjšanje potreb po bolnišničnem zdravljenju. Pravice do rehabilitacije v naravnih zdraviliščih so pravice do:
 - zdraviliškega zdravljenja, ki je neposredno nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja. Šteje, da gre za nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, če zavarovana oseba nadaljuje z zdravljenjem v naravnem zdravilišču po neposredni premestitvi iz bolnišnice ali najpozneje v treh dneh po končanem bolnišničnem zdravljenju. Izjemoma se lahko ta čas podaljša, če neposredno nadaljevanje rehabilitacije iz medicinskih razlogov ni možno ali bi bilo celo škodljivo. V takih primerih se zdravljenje v naravnem zdravilišču nadaljuje z dnem prenehanja razlogov, zaradi katerih se je začetek zdraviliškega zdravljenja moral odložiti;
 - zdraviliškega zdravljenja, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja in se izvaja na stacionarni način.
- (2) Pravica do zdraviliškega zdravljenja, ki je nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, vključuje kritje stroškov nastanitve in prehrane le za otroke in šolarje do 18. leta starosti ter študente do 25. leta starosti. Rehabilitacija, ki je nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, traja 14 koledarskih dni, se pa v posameznih primerih lahko na predlog izvedenskega organa ZZZ podaljša še do sedem koledarskih dni.
- (3) Pravico do zdraviliškega zdravljenja, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, imajo iz obveznega socialnega zavarovanja le otroci in šolarji do 18. leta starosti ter študentje do 25. leta starosti. Trajanje tega zdravljenja na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja je enako kot pri zdraviliškem zdravljenju, ki je nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja.
- (4) Izvajanje ambulantne fizioterapije v naravnem zdravilišču ne šteje za zdraviliško zdravljenje in njegov obseg in trajanje določi osebni zdravnik zavarovane osebe.
- (5) Pravico do ponovnega zdraviliškega zdravljenja, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, zaradi istega stanja oziroma bolezni, lahko iz obveznega socialnega zavarovanja uveljavljajo le otroci in šolarji do 18. leta starosti ter študentje do 25. leta starosti po preteku dveh let po prvem zdravljenju, če je po prvem zdravljenju prišlo do:
 - objektivno ugotovljenega izboljšanja zdravstvenega stanja za daljši čas;
 - povrnitve funkcionalnih in delovnih sposobnosti;
 - zmanjšanja pogostnosti in obsega začasne zadržanosti od predavanj zaradi iste bolezni;
 - zmanjšanja potreb po specialističnem ambulantnem in bolnišničnem zdravljenju.

51. teza
/izbira zdravilišča/

Zavarovana oseba, ki je upravičena do zdraviliškega zdravljenja, lahko uveljavlja svoje pravice v zdravilišču, ki ji ga glede na njegovo zdravstveno stanje in potrebe, usposobljenost zdravilišča ter dogovorjene cene storitev, določi ZZZ. Če zavarovana oseba uveljavlja svoje pravice v drugem zdravilišču, ki je enako usposobljeno za predpisano zdravljenje, a obračunava višje cene, ji ZZZ krije stroške le v višini, ki bi jih kriil v naravnem zdravilišču, ki je bilo osebi določeno.

52. teza
/pravice do zobozdravstvenih storitev/

- (1) Obvezno socialno zavarovanje za primer bolezni zagotavlja zavarovanim osebam pravice s področja zobozdravstvene dejavnosti, in sicer do:
1. pregleda pri osebem zobozdravniku pred začetkom zdravljenja;
 2. rentgenske diagnostike zob in čeljustnic;
 3. zdravljenja zob in ustne votline za otroke in šolarje do 18. leta starosti ter študente do 25. leta starosti;
 4. snemnih in nesnemnih protetičnih nadomestkov za otroke in šolarje do 18. leta starosti ter študente do 25. leta starosti in osebe, starejše od 65 let, in sicer do:
 - prevlek, kron in vlitih zalivk, če zobne krone ni mogoče obnoviti z navadno zalivko ali je to potrebno zaradi dviga ugriza ali zaradi zaščite nosilnih zob za delno snemno protezo;
 - mostička, če manjka osebi eden ali več zob v vidnem sektorju, ali trije zobje zapored, ali pet zob v dveh vrzelih iste čeljusti, ki je prekinjena z enim prisotnim zobom;
 - delne snemne proteze, če manjkajo osebi v posamezni čeljusti trije ali več zob zapored v vidnem ali stranskem sektorju ali na koncu zobne vrste in ob tem še najmanj dva zoba v istem ali drugem kvadrantu kot tudi v primerih, če bi oseba bila opravičena do dveh mostičkov;
 - totalne proteze, če ji manjkajo vsi zobje v eni čeljusti;
 - opornic pri parodontopatijah, ki so lahko kombinirane tudi z delno protezo, ki je pravica po tem zakonu;
 5. ortodonskega zdravljenja, če so za to podane strokovne indikacije in če je bila potreba po zdravljenju ugotovljena pred 14. letom starosti in se je zdravljenje začelo pred 18. letom starosti.
- (2) ZZZ določi za storitve iz prvega odstavka te teze standardne materiale, standarde in normative storitev, postopke predhodnega potrjevanja in preverjanja predlogov protetične rehabilitacije in ortodonsko zdravljenje ter trajnostne in garancijske dobe za zalivke in protetične nadomestke in postopke uresničevanja pravic zavarovanih oseb.

53. teza
/pravice do zdravil ter njihovo razvrščanje na liste/

- (1) Obvezno socialno zavarovanje za primer bolezni zagotavlja zavarovanim osebam tudi zdravila, predpisana na recept. Otroci, šolarji in študentje do dopolnjenega 25. leta starosti imajo pravico do zdravil, razvrščenih na pozitivno in vmesno listo, ostale zavarovane osebe pa imajo iz tega zavarovanja pravico do zdravil, razvrščenih na pozitivno listo.
- (2) Zdravila, ki so pravica iz obveznega socialnega zavarovanja za primer bolezni, se razvrščajo na pozitivno oziroma na vmesno listo na podlagi:
- veljavne cene posameznega zdravila, določene skladno s predpisi, ki urejajo zdravila, ali
 - najvišje priznane vrednosti, ki jih določa ZZZ za skupine medsebojno zamenljivih zdravil, določene s predpisi, ki urejajo zdravila, ali

- veljavne cene za zdravilo, ki je v posamezni skupini medsebojnih zamenljivih zdravil, kadar je ta nižja od njihove najvišje priznane vrednosti.
- (3) Za skupine medsebojno zamenljivih zdravil po drugi alineji drugega odstavka te teze šteje kot najvišja priznana vrednost znesek, ki je lahko enak ali nižji od najnižje veljavne cene zdravila v posamezni skupini medsebojno zamenljivih zdravil, ki je dostopno na trgu v Republiki Sloveniji v času določanja najvišje priznane vrednosti.
- (4) Postopek in organe za določitev medsebojno zamenljivih zdravil določa zakon o zdravilih.
- (5) V postopke razvrščanja zdravil na liste so vključene zavarovalnice, ki izvajajo obvezno pogodbeno zavarovanje.

54. teza

/zdravila in živila, ki ne morejo biti razvrščena na listo, in omejitve pri njihovem predpisovanju/

- (1) Ne glede na določila . teze tega zakona ne morejo biti razvrščena na listo zdravila in živila za posebne zdravstvene namene, ki:
- ne izkazujejo enake ali dodane vrednosti v terapevtskem ali ekonomskem smislu v primerjavi z zdravili oziroma živil v isti terapevtski skupini, ki so že razvrščena na pozitivno ali vmesno listo ali
 - se uporabljajo za blažitev simptomov oziroma zdravljenje stanj, ki so z javno zdravstvenega vidika manj pomembna ali
 - služijo za lajšanje prehladnih stanj, kašlja, za zdravljenje ustne sluznice, za odvajanje, za lajšanje potovalne bolezni, za odvajanje od kajenja, pri erektilnih disfunkcijah, za zmanjševanje teka, hujšanje in podobno ali
 - se uporabljajo pri obravnavi stanj, ki jih je mogoče urediti ali pozdraviti zgolj s spremenjenim načinom življenja.
- (2) ZZZ ob razvrstitvi zdravila ali živila za posebne zdravstvene namene na listo določi omejitev predpisovanja ali izdajanja posameznega zdravila oziroma živila za posebne zdravstvene namene. Omejitev se lahko nanaša na populacijsko skupino, ki lahko zdravilo prejme, indikacijsko področje, za katerega se sme zdravilo predpisovati, stopnjo razvitosti oziroma napredovanja bolezni, za katero se sme zdravilo predpisovati, vrsto specializacije zdravnika, ki sme zdravilo predpisati, ali obveznost predhodne odobritve strokovne komisije ZZZ, ki odloča o predpisovanju določenih zdravil, pridobljenih z biotehnoškimi postopki, ter živil za posebne zdravstvene namene.

55. teza

/predlogi in postopek za razvrstitev zdravila na listo/

- (1) Vlogo za razvrstitev zdravil na pozitivno ali vmesno listo lahko vložijo na ZZZ naslednji predlagatelji:
- imetnik dovoljenja za promet z zdravilom oziroma njegov zastopnik v Republiki Sloveniji;
 - imetnik dovoljenja za promet s paralelno vnesenim ali uvoženim zdravilom;
 - imetnik dovoljenja za vnos ali uvoz zdravila, razvrščenega na seznam nujno potrebnih zdravil;
 - imetnik pozitivnega mnenja Evropske agencije za zdravila za paralelno distribucijo zdravila.
- (2) Vlogo za razvrstitev živil za posebne zdravstvene namene na pozitivno oziroma vmesno listo lahko vloži proizvajalec živila za posebne zdravstvene namene oziroma njegov zastopnik. ZZZ lahko razvršča zdravila in živila za posebne zdravstvene namene na pozitivno ali vmesno listo tudi na pobudo bolnišnic ali razširjenih strokovnih kolegijev klinik in inštitutov.
- (3) Natančnejši postopek in podrobnejša merila za razvrščanje zdravil in živil za posebne zdravstvene namene na pozitivno in vmesno listo, za izločitev zdravil in živil za posebne zdravstvene namene iz pozitivne ali vmesne liste, podrobnejše sestavine vloge ter morebitne stroške postopka, pogoje in

postopek za določanje omejitev iz drugega odstavka . teze tega zakona, način, postopek in merila ter roke za določanje najvišjih priznanih vrednosti za posamezne skupine medsebojno zamenljivih zdravil ter za živila za posebne zdravstvene namene, merila ter pogoje in postopek za sklenitev dogovora o ceni zdravil med ZZZ in zavarovalnicami, ki izvajajo obvezno pogodbeno zavarovanje, ter dobavitelji zdravil in živil, v skladu s predpisi, ki urejajo cene zdravil, ureja splošni akt ZZZ in zavarovalnic, ki izvajajo obvezno pogodbeno zavarovanje. K tem aktom daje soglajе ministristvo, pristojno za zdravje.

56. teza

/zdravila, ki se ne predpisujejo na recept/

- (1) Na recept se v breme obveznega socialnega zavarovanja za primer bolezni ne predpisujejo:
 - ampulirana in druga zdravila, ki se smejo uporabljati le v bolnišnicah, zdravstvenih domovih in pri koncesionarjih, oziroma jih smejo zavarovani osebi dajati le za to usposobljeni zdravstveni delavci. Izjemoma se lahko takšna zdravila predpisujejo na recept osebam, ki so predhodno usposobljene, da si jih dajejo same. Seznam takšnih zdravil določi ZZZ, ki mora takšno predpisovanje posameznemu pacientu tudi predhodno odobriti;
 - zdravila, ki se uporabljajo pri nujni medicinski pomoči;
 - zdravila, ki se izključno uporabljajo na klinikah in inštitutih, ali jih le-te preizkušajo;
 - kontrastna sredstva in druga kemična sredstva;
 - cepiva, serumi in infuzijske raztopine;
 - intrauterinalna mehanska kontracepcijska sredstva in stenti, kombinirani z zdravili;
 - homeopatski izdelki.
- (2) Na recept se v breme obveznega socialnega zavarovanja prav tako ne predpisujejo:
 - magistralni pripravki, katerih sestavni del so nerazvrščena zdravila;
 - mazila, raztopine in emulzije, ki vsebujejo protimikrobna zdravila za lokalno uporabo, razen tistih, ki so razvrščena na eno od list;
 - razredčena lastniška glukosteroidna mazila in razredčena lastniška protimikrobna mazila v kombinaciji z drugimi zdravili in drugimi sestavinami;
 - toniki in roboransi;
 - farmacevtske oblike za dermalno uporabo;
 - čaji in zelišča.

57. teza

/pravice do zdravil, ki se uporabljajo v zdravstvenih zavodih in pri zdravnikih in se ne predpisujejo na recepte/

- (1) Zavarovane osebe imajo pravice tudi do zdravil, ki se ne predpisujejo na recept in se uporabljajo med njihovim zdravljenjem v bolnišnicah, pri osebnih zdravnikih in drugih izvajalcih zdravstvene dejavnosti pod nadzorom zdravstvenih delavcev.
- (2) Zdravila, ki jih krije obvezno socialno zavarovanje za primer bolezni iz prvega odstavka te teze, se razvrščajo na bolnišnični listi zdravil po enakih merilih in postopkih, kot velja za zdravila, predpisana na recepte, opredeljena v ., . in . tezi zakona.
- (3) Stroški za zdravila, ki jih uporabljajo v bolnišnicah in drugi izvajalci in pod njihovim neposrednim nadzorom, so vključeni v cene zdravstvenih storitev, ki jih obračunavajo nosilcu obveznega zdravstvenega zavarovanja.

58. teza

/nabava zdravil v državi Evropske unije/

Zavarovana oseba lahko dvigne zdravilo, do katerega bi bila upravičena po predpisih obveznega socialnega zavarovanja v Sloveniji, tudi v lekarnah držav Evropske unije, če gre za isto ali enakovredno zamenljivo zdravilo in je izdano po predpisih države, na območju katere deluje lekarna, ki je vključena v javno zdravstveno dejavnost. ZZZ zavarovani osebi v tem primeru vrne na podlagi računa tuje lekarne znesek, do katerega bi bila upravičena iz naslova obveznega socialnega zavarovanja po predpisih ZZZ.

59. teza

/pravice do medicinskih pripomočkov/

- (1) Obvezno socialno zavarovanje za primer bolezni zagotavlja zavarovanim osebam medicinske pripomočke, potrebne za rehabilitacijo po bolezni in pri prirojenih razvojnih nepravilnostih, ki služijo za:
 - omogočanje hoje, gibanja, stoje in premagovanje ovir;
 - nadomestitev delov telesa;
 - izboljšanje ali vzdrževanje življenjskih funkcij oziroma preprečevanje odvisnosti od pomoči druge osebe;
 - preprečevanje slabšanja zdravstvenega stanja zavarovane osebe, njene invalidnosti ali preprečitev njene smrti.
- (2) Pripomočki iz prvega odstavka te teze so:
 - proteze, ortoze in ortopedski čevlji;
 - estetske proteze (epiteze);
 - invalidski vozički, pripomočki za gibanje, stojo in sedenje;
 - pripomočki za vid, med katere ne štejejo očala za starostno dalekovidnost;
 - pripomočki za sluh in govor;
 - pripomočki za osebno higieno in nego nepomične osebe ob zdravljenju in oskrbi na domu;
 - pripomočki za preprečevanje preležanin;
 - pripomočki za določanje in kontrolo ravni krvnega sladkorja in samozdravljenje sladkorne bolezni;
 - stimulatorji;
 - koncentratorji in drugi viri kisika;
 - kanile in katetri;
 - pripomočki pri inkontinenci;
 - raztopine, materiali in drugi pripomočki, potrebni ob zdravljenju in negi na domu;
 - drugi medicinski pripomočki.
- (3) Med pravice do pripomočkov iz predhodnih odstavkov te teze šteje tudi kritje stroškov servisiranja, vzdrževanja in popravil pripomočkov po izteku garancijske dobe pripomočke.
- (4) Seznam medicinskih pripomočkov iz drugega odstavka te teze določi ZZZ. V svojih aktih ZZZ določi:
 - stanja, pri katerih so zavarovane osebe upravičene teh do pripomočkov;
 - medicinske in tehnične standarde pripomočkov;
 - garancijske dobe, ki jih morajo zagotoviti proizvajalci in dobavitelji pripomočkov;
 - dobe trajanja, po kateri lahko zavarovana oseba dobi nov pripomoček, če ji poprejšnji funkcionalno ne ustreza več;
 - pravice v zvezi s popravili in vzdrževanju pripomočkov.

60. teza

/individualne pravice zavarovanih oseb do medicinskih pripomočkov/

- (1) Pravice do medicinskih pripomočkov iz . teze tega zakona imajo otroci, šolarji in študentje do dopolnjenega 25. leta starosti, druge zavarovane osebe pa le, če so do teh upravičene zaradi bolezni oziroma njihovih posledic.
- (2) Pravice do medicinskih pripomočkov imajo zavarovane osebe le, če potrebo po teh ugotovi osebni ali prevzemni zdravnik in jim jih predpiše na naročilnico. Za pripomočke lahko ZZZ določi tudi pogoj predhodnega zavarovanja, ki pa ne more biti daljši od 18 mesecev in se ne more nanašati na otroke in šolarje do 18. leta starosti oziroma na študente do dopolnjenega 25. leta starosti.

61. teza

/medicinski pripomočki, ki jih morajo zagotoviti bolnišnice, zdravilišča in socialni zavodi/

- (1) Bolnišnice, zdravilišča, splošni in posebni socialni zavodi ter zavodi za usposabljanje so dolžni zagotoviti zavarovanim osebam medicinske pripomočke, ki jih uporabljajo med akutnim ali neakutnim zdravljenjem, podaljšanim bolnišničnim zdravljenjem in v negovalni bolnišnici, med rehabilitacijo in zdravstveno nego pri njih, če gre za pripomočke iz 3., 6., 7., 10., 11., 12., 13. in 14. alineje drugega odstavka . teze, razen če gre za pripomočke, ki so osebi individualno prilagojeni. Podrobnejši spisek pripomočkov, ki jih morajo zagotoviti zdravstveni in socialni zavodi ter zdravilišča, določi ZZZ.
- (2) Med pripomočke, ki jih morajo zagotoviti izvajalci zdravstvene dejavnosti, štejejo tudi pripomočki, ki se vgrajujejo v telo, in sicer endoproteze, stenti, leče, radioaktivni materiali, kontrastna sredstva in nekateri drugi pripomočki, ki jih določi ZZZ.

62. teza

/standard medicinskih pripomočkov v obveznem socialnem zavarovanju za primer bolezni/

- (1) Tehnične in medicinske standarde medicinskih pripomočkov iz drugega odstavka . teze tega zakona določi ZZZ v svojih aktih.
- (2) Pri določanju standardov medicinskih pripomočkov je ZZZ dolžan upoštevati, da je oseba upravičena do pripomočka, ki je glede na njeno zdravstveno stanje in potrebe funkcionalno ustrezen in najcenejši med pripomočki, dosegljivimi na domačem tržišču oziroma v državah Evropske unije. Če oseba zahteva, ali soglaša z, izdajo pripomočka, ki je sicer funkcionalno ustrezen, a je dražji od pripomočka, ki bi ga krilo obvezno socialno zavarovanje za primer bolezni, si sama krije razliko med ceno pripomočka, ki ga je zahtevala ali dobila, in ceno pripomočka, ki bi ga zagotovilo to zavarovanje.

63. teza

/cene medicinskih pripomočkov, ki jih zagotavlja obvezno socialno zavarovanje/

- (1) ZZZ določi cene pripomočkov, ki jih krije obvezno socialno zavarovanje za primer bolezni, tako da:
 - znotraj posamezne primerljive in zamenljive skupine pripomočkov ugotovi ceno pripomočka, ki je med njimi ob enakih standardih in funkcionalnosti, dostopnosti, garanciji in trajanju najnižja. Ta cena je podlaga za kritje stroškov zavarovanim osebam in za določitev doplačil ali plačil za pripomočke, katerih cena presega raven kritja, določenega s strani ZZZ ali
 - se o njih pogodi z dobavitelji pripomočkov, če so te dogovorjene cene nižje od cen, ki bi jih ugotovili po merilih iz predhodne alineje tega odstavka.

- (2) Cena posameznega pripomočka, ki ga krije obvezno socialno zavarovanje, je lahko višja, če je treba pripomoček individualno izdelati ali prilagoditi zavarovani osebi. V tem primeru velja pogodbeni cena med ZZZ in posameznim dobaviteljem oziroma proizvajalcem.

64. teza

/izposoja medicinskih pripomočkov/

- (1) Določene medicinske pripomočke, ki so pravica iz obveznega socialnega zavarovanja za primer bolezni, lahko zagotovi ZZZ zavarovanim osebam tudi z njihovo izposajo, ki jo lahko organizira sam ali na podlagi pogodbe z dobavitelji teh pripomočkov ali drugimi pravnimi in fizičnimi osebami, ki so usposobljene za takšno dejavnost. V primeru, da je zavarovani osebi pripomoček izposojen, ga mora sama ali njeni svojci vrniti izposojevalcu, ko oseba pripomočka več ne potrebuje.
- (2) Spisek medicinskih pripomočkov, ki jih ZZZ zagotavlja z izposajo, izvajanje izposoje ter s tem povezane pravice in obveznosti zavarovanih oseb ter izposojevalcev, določi ZZZ v svojih aktih.

65. teza

/pravica do spremstva/

- (1) Kadar zaradi svojega fizičnega ali psihičnega stanja ni sposobna potovati sama, ima zavarovana oseba v primeru bolezni in njenega zdravljenja pravico do spremstva na poti k specialistu ali v bolnišnico v drugi kraj, ki ni kraj njenega bivališča. Upravičenost do spremstva ugotovi osebni zdravnik zavarovane osebe ali po njem pooblaščen prevzemni zdravnik, v primerih nujne medicinske pomoči pa lahko tudi drugi zdravnik.
- (2) Šteje, da imajo otroci do 14. leta starosti in težje ali težko duševno ali telesno prizadete osebe do 18. leta starosti pravico do spremstva pri vsakem potovanju na zdravljenje na specialistično ambulantno ali bolnišnično obravnavo, vključno v primeru zdravljenja poškodbe izven dela.
- (3) Če je treba zavarovani osebi zagotoviti med potjo tudi zdravstveno pomoč, ji zdravnik odredi za spremljevalca ustrezno usposobljenega zdravstvenega delavca.
- (4) Obvezno socialno zavarovanje ne zagotavlja kritja stroškov za spremstvo med bolnišničnim in zdraviliškim zdravljenjem ali v primerih premestitev med bolnišnicami. Izjemoma krije stroške za spremljevalca slepe zavarovane osebe med zdraviliškim zdravljenjem, ki predstavlja nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja.
- (5) Pravice, do katerih je upravičen spremljevalec, obsegajo pravico do povračila prevoznih stroškov in stroškov nastanitve med potovanjem in bivanjem v drugem kraju, skladno z določili ., . in . teze tega zakona.

66. teza

/pravica do prevozov z reševalnimi in drugimi prevoznimi sredstvi/

- (1) Zavarovane osebe imajo iz obveznega socialnega zavarovanja za primer bolezni tudi pravico do nujnega prevoza z reševalnimi in drugimi prevoznimi sredstvi kot sestavnim delom nujne medicinske pomoči. To pravico imajo otroci in šolarji do 18. leta starosti ter študentje do 25. leta starosti tudi v primeru poškodbe izven dela.
- (2) Otroci in šolarji do 18. leta starosti ter študentje do 25. leta starosti imajo iz naslova obveznega socialnega zavarovanja za primer bolezni tudi pravico do nenujnih prevozov z reševalnimi in drugimi prevoznimi sredstvi v primeru zdravljenja bolezni oziroma poškodbe izven dela, če bi bil prevoz z osebnim ali javnim prevoznim sredstvom zdravju škodljiv.

- (3) Pravice iz prvega in drugega odstavka te teze se nanašajo na prevoz od kraja bivališča ali poškodbe zavarovane osebe do najbližjega zdravnika oziroma javnega zavoda, ki je usposobljen za obravnavo bolnika oziroma njegovega stanja.
- (4) Potrebo oziroma upravičenost do prevoza z reševalnim ali drugim vozilom ugotavlja osebni zdravnik zavarovane osebe oziroma zdravnik, ki je v nujnih primerih osebo prevzel v zdravljenje. Podrobnejša merila glede upravičenosti do prevoza z reševalnimi in drugimi vozili ter postopke uresničevanja teh pravic opredeli ZZZ v svojih aktih.

67. teza

/normativi in standardi storitev, zdravil in medicinskih pripomočkov/

Natančnejši obseg storitev, zdravil in medicinskih pripomočkov, ki so pravica iz obveznega socialnega zdravstvenega zavarovanja, ter njihove standarde in normative določi ZZZ v svojih aktih.

68. teza

(pravica do zdravljenja v tujini)

- (1) Zavarovane osebe imajo iz obveznega socialnega zavarovanja za primer bolezni tudi pravico do uveljavljanja zdravstvenih storitev, zdravil, predpisanih na recepte, in do medicinskih pripomočkov v tujini:
 1. v skladu z evropskim pravnim redom ali mednarodno pogodbo o socialni varnosti, če:
 - so napotene s strani delodajalca na delo ali na strokovno usposabljanje v tujino;
 - se začasno ali trajno odselijo v državo članico EU, Evropskega gospodarskega prostora, Švico ali državo, s katerimi so sklenjene mednarodne pogodbe;
 - so napoteni na zdravljenje v tujino s strani ZZZ, ker takšnega zdravljenja ne izvajajo izvajalci v mreži javne zdravstvene dejavnosti v Sloveniji, ali so na podlagi mnenja ustrezne klinike ali inštituta v Republiki Sloveniji izčrpane možnosti zdravljenja, z zdravljenjem v tujini pa je mogoče pričakovati ozdravitev ali izboljšanje stanja ali preprečitev njegovega slabšanja;
 - uveljavljajo pravice do zdravstvenih storitev na lastno željo v državah Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora in Švice, skladno z Evropsko direktivo o čezmejnem uveljavljanju pravic do zdravstvenih storitev oziroma drugimi skupnimi opredelitvami njenih članic, drugimi mednarodnimi dogovori ter pogodbami in skladno s tem zakonom;
 - preseže čakalna doba pri izvajalcih v Sloveniji za posamezne obravnave razumno dobo, kot jo določajo predpisi s področja obveznega socialnega zavarovanja;
 2. ko gre za nujne zdravstvene storitve v skladu s tem zakonom in z mednarodnimi pogodbami, opravljene v državah članicah EU, Evropskega gospodarskega prostora oziroma v Švici, če gre za zdravstvene storitve, ki so potrebne iz medicinskih razlogov, upoštevajoč naravo storitve in pričakovano dolžino bivanja v tujini:
 - med začasnim bivanjem ali potovanjem v tujino;
 - v primeru študija v tujini;
 3. ko gre za storitve nujne medicinske pomoči v drugih državah.
- (2) V vseh primerih zdravljenja v tujini iz predhodnega odstavka lahko zavarovana oseba uveljavlja pravice na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja do:
 - storitev, posegov in načinov zdravljenja, ki so v skladu z medicinsko doktrino in predpisi s področja zdravstvenega varstva in zavarovanja v Sloveniji;
 - zdravil, ki so v Sloveniji razvrščena na liste oziroma gre za zdravila, ki bi bila s temi zamenljiva, in v količini, ki bi jih lahko prejeli tudi v lekarnah v Sloveniji;
 - medicinskih pripomočkov v standardu in kakovosti, ki ga določa ZZZ.
- (3) Pravico do zdravljenja v tujini imajo otroci in šolarji do 18. leta starosti ter študentje do 25. leta starosti tudi v primeru poškodbe izven dela.

69. teza

(pravice oseb, ki so poslani na delo ali strokovno izpopolnjevanje tujino)

- (1) Osebe, ki so poslani na delo v tujino ali jih je napotil delodajalec na strokovno usposabljanje v tujino, in delavci, zaposleni v tujini pri tujem ali slovenskem delodajalcu, ki so zavarovani v obveznem zdravstvenem zavarovanju v Republiki Sloveniji, imajo pravice do zdravstvenih storitev v obsegu, ki je določen s tem zakonom in predpisi ZZZ. Slednji jim krije stroške za opravljene storitev po povprečni ceni teh storitev v R Sloveniji, če pravni red EU ali mednarodna pogodba ne določa drugače.
- (2) Enake pravice imajo njihovi ožji in širši družinski člani, če bivajo z njimi v tujini.

70. teza

(pravice med službenim potovanjem, šolanjem in študijem v tujini)

Med službenim potovanjem v tujino in v času rednega šolanja in podiplomskega študija ima zavarovana oseba pravico do nujnih zdravstvenih storitev, ki jih krije obvezno socialno zavarovanje, in sicer v višini povprečne cene teh storitev v Sloveniji, če pravni red EU ali mednarodna pogodba ne določa drugače.

71. teza

/pravice oseb, ki se preselijo v tujino/

Osebe, ki se začasno ali stalno preselijo v tujino, imajo pravice do zdravstvenih storitev, zdravil in medicinskih pripomočkov, ki so določene s pravnim redom EU in mednarodnimi pogodbami.

72. teza

/zdravljenje v tujini, ki ga predhodno odobri ZZZ/

- (1) Zavarovana oseba ima pravico do pregleda, preiskave oziroma zdravljenja bolezni v tujini, če so v Sloveniji izčrpane možnosti zdravljenja, z zdravstveno obravnavo v tujini pa je mogoče pričakovati ozdravitev ali izboljšanje zdravstvenega stanja oziroma preprečitev njegovega slabšanja. Takšno zdravljenje mora na podlagi mnenja ustreznega izvedenskega organa predhodno odobriti ZZZ.
- (2) V primerih iz prvega odstavka te teze krije obvezno socialno zavarovanje stroške zdravljenja v tujini v skladu s cenami tujega izvajalca ter stroške prevoza ter spremstva, kadar je to utemeljeno.

73. teza

/storitve, ki jih obvezno socialno zavarovanje za primer bolezni ne krije/

Obvezno socialno zavarovanje za primer bolezni ne zagotavlja kritja stroškov za storitve:

- estetskih operacij, razen če so nujne zaradi prirojenih nepravilnosti oziroma bolezni in so potrebne zaradi odprave funkcionalnih prizadetosti osebe;
- potrebne zaradi stremženja ob akutnem alkoholnem opoju;
- cepljenj, ki si jih skladno s posebnim imunizacijskim programom mora plačati oseba sama;
- ugotavljanja zdravstvenega stanja ali priprave izvedenskih mnenj in potrdil zaradi uveljavljanja zahtev ali pravic pri zavarovalnicah, upravnih organih in sodiščih, v preiskovalnih in kazenskih postopkih ali za uveljavljanje pravic oseb na drugih področjih;
- pregledov pred zaposlitvijo oziroma za ugotavljanje sposobnosti za vožnjo z motornimi vozili;
- ki so jih dolžni zagotoviti na področju varnosti in zdravja pri delu delodajalci;
- preventivnih pregledov ali presejalnih testov, ki po številu in količini presegajo njihov obseg, določen v dokumentu iz drugega odstavka . teze tega zakona;
- za oceno psihomotoričnih in drugih sposobnosti pri ukvarjanju s športom, ki presegajo obseg pregleda po pravilniku;

- za ugotavljanje in potrditev suma na bolezen, povezano z delom;
- potrebne za ugotavljanje pravic iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja glede invalidnosti, revizijskih postopkov ali pravic do postrežbe in nege;
- alternativne medicine, za katere ministrstvo, pristojno za zdravje, ni dalo soglasja;
- socialne oziroma poklicne rehabilitacije, za katere so zadolženi drugi nosilci;
- opravljene pri izvajalcih, ki nimajo dovoljenja za opravljanje dejavnosti oziroma niso vključeni v mrežo javne zdravstvene dejavnosti;
- ortodonskega zdravljenja, ki se ni začelo pred 18. letom starosti;
- opravljene na izrecno zahtevo zavarovane osebe, a zdravnik za njih ni našel utemeljitve, ali za storitve, ki jih morajo po predpisih zagotoviti drugi zavezanci;
- opravljene po drugačnem postopku in standardu, kot ga določajo predpisi obveznega zdravstvenega zavarovanja.

IV.4 Pravice do denarnih prejemkov zavarovanih oseb iz obveznega socialnega zavarovanja za primer bolezni

74. teza

/pravice do denarnih prejemkov/

Pravica do denarnih prejemkov iz naslova obveznega socialnega zavarovanja za primer bolezni dela obsega pravico do:

- nadomestila plače v času začasne zadržanosti z dela zaradi bolezni in drugih razlogov, ki jih določa ta zakon;
- povračila potnih stroškov ob uveljavljanju pravic iz obveznega socialnega zavarovanja.

75. teza

/upravičenci in razlogi za pridobitev pravice do nadomestila plače/

- (1) Zavarovanci iz 1., 2. in 8. točke . teze ki so v delovnem razmerju, ter zavarovanci iz 3. točke iste teze, imajo v obveznem socialnem zavarovanju pravico do nadomestila plače v času upravičene začasne zadržanosti z dela zaradi bolezni in drugih razlogov, opredeljenih v zakonu, če so skladno z določili zakona o delovnih razmerjih in na podlagi mnenja izvedenskih organov ZZZ upravičeno začasno zadržani ali nesposobni opravljati svoje ali drugo ustrezno delo in če plačujejo njihovi delodajalci ali sami prispevke za nadomestila plač.
- (2) Zavarovancem iz prvega odstavka te teze gre pravica do nadomestila plače iz obveznega socialnega zavarovanja, če so pred nastopom začasne zadržanosti z dela neprekinjeno delali polni ali skrajšani delovni čas vsaj dva meseca, ali v zadnjih šestih mesecih s prekinitvami vsaj tri mesece in če je bil za njih najmanj za isto dobo plačan prispevek za obvezno socialno zavarovanje. Za izpolnitev tega pogoja šteje tudi čas prejemanja nadomestila plače od delodajalca, nadomestila za čas brezposelnosti ali drugega nadomestila, od katerega se plačujejo prispevki za obvezno socialno zavarovanje.
- (3) Pravica do nadomestila plače zaradi začasne zadržanosti z dela iz obveznega socialnega zavarovanja za primer bolezni preneha, če zavarovanec pridobi pravico do drugega nadomestila iz naslova socialne varnosti ali začne prejemati pokojnino in to z dnevom pridobitve pravice do teh prejemkov.

76. teza

/pogoji za pridobitev pravice do nadomestila plače in začetek njenega uveljavljanja/

- (1) Do nadomestila iz predhodne teze je zavarovanec upravičen na podlagi mnenja izvedenskih organov ZZZ, da:

- začasno ni sposoben opravljati svojega ali drugega dela, ki ustreza njegovi kvalifikaciji in preostalim delovnim zmožnostim;
 - njegov zboleli ali poškodovani družinski član, ki je po njem zavarovan, potrebuje nego.
- (2) Pravico do nadomestila plače, ki ga zagotavlja obvezno socialno zavarovanje za primer bolezni, imajo zavarovanci:
- od prvega delovnega dne zadržanosti z dela zaradi presaditve živega tkiva in organov v korist druge osebe, posledic dajatve krvi, spremstva, ki ga odredi zdravnik, ter izolacije zaradi nalezljivih bolezni;
 - od drugega delovnega dne naprej v primerih nege družinskega člana;
 - od 45. delovnega dne naprej za primere zadržanosti zaradi bolezni.
- (3) Zavarovancu pripada nadomestilo za čas zadržanosti z dela po določitih predhodnega odstavka te teze za delovne dni oziroma delovne ure, ko je zadržan z dela, kot tudi za praznične in druge dela proste dni, določene z zakonom.

77. teza

/pravica do nadomestila plače zaradi nege družinskega člana/

- (1) Pravica do nadomestila iz naslova obveznega socialnega zavarovanja za primer bolezni zaradi nege zakonca, s katerim zavarovanec živi v skupnem gospodinjstvu, traja v posameznem primeru največ pet delovnih dni, zaradi nege družinskega člana - otroka do sedem let starosti ali starejšega zmerno, težje ali težko duševno in telesno prizadetega otroka pa največ 15 delovnih dni.
- (2) Izjemoma, kadar to terja zdravstveno stanje otroka, lahko ZZZ odobri pravico do nadomestila v večjem obsegu, kot ga določa predhodni odstavek te teze, vendar v posameznem primeru največ dodatnih 30 delovnih dni za nego otroka do sedem let starosti ali starejšega zmerno, težje ali težko duševno in telesno prizadetega otroka.
- (3) Na predlog izvedenskega organa lahko ZZZ izjemoma podaljša trajanje pravice do nadomestila plače za nego otroka, in sicer v primerih, ko je taka odsotnost potrebna zaradi resnejšega poslabšanja zdravstvenega stanja otroka. Taka odsotnost ne more biti daljša od 90 delovnih dni.
- (4) Ne glede na predhodni odstavek lahko na predlog strokovnega kolegija pediatričnega oddelka ene izmed bolnišnic ZZZ podaljša pravico do nadomestila plače za nego otroka, in sicer v primerih:
- ko gre pri otroku za težko možgansko okvaro, rakavo obolenje ali druga resna in dolgotrajna poslabšanja zdravstvenega stanja. To pravico lahko uveljavlja eden od staršev le enkrat do dopolnjenega 18. leta otrokove starosti. Trajanje takšne odsotnosti je odvisno od stanja bolezni, vendar ne more biti daljše od 25 delovnih dni v koledarskem letu.
 - če gre za otroka do sedmih let starosti ali starejšega zmerno ali težko duševno in telesno prizadetega otroka za čas, ko je otrok v bolnišnici, in sicer za največ 25 delovnih dni v koledarskem letu.
- (5) Največje število dni, za katere je zavarovanec upravičen do nadomestila zaradi nege družinskega člana iz prvega odstavka te teze, je v letnem seštevku 20 delovnih dni, v primerih iz drugega odstavka pa največ 45 delovnih dni v koledarskem letu.

78. teza

/osnova za nadomestilo in višina nadomestila/

- (1) Osnova za nadomestilo plače je povprečje zavarovančevih mesečnih plač in nadomestil oziroma povprečna osnova za plačilo prispevkov v koledarskem letu pred letom, ko je prišlo do začasne zadržanosti z dela.
- (2) Nadomestilo znaša:

- 100 % od osnove v primerih odsotnosti z dela zaradi dajanja organov ali živega tkiva v korist druge osebe, zaradi posledic dajatve krvi in izolacije, ki jo odredi zdravnik;
- 85 % od osnove v primerih zadržanosti od dela zaradi bolezni;
- 70 % v primeru zadržanosti z dela zaradi nege družinskega člana;
- 70 % od osnove v primerih zadržanosti z dela v času zdravljenja v bolnišnici ali v zdravilišču in v primeru spremstva, ki ga odredi zdravnik.

79. teza

/omejitve v višini nadomestil in njihova valorizacija/

- (1) Ne glede na ostala določila ne more biti nadomestilo za čas zadržanosti z dela v trajanju polnega delovnega časa v primerih iz 1., 2., 3. in 4. alineje drugega odstavka . teze:
 - nižje od zneska minimalne plače v R Sloveniji v zadnjem četrtletju leta pred nastopom začasne zadržanosti z dela;
 - višje od plače, ki bi jo prejemal zavarovanec, če bi delal, in ne višje od dveh povprečnih plač v Sloveniji za obdobje januar – september predhodnega koledarskega leta.
- (2) Nadomestilo plače se valorizira enkrat letno, in sicer ob koncu leta skladno s povprečno rastjo plač vseh zaposlenih v Sloveniji v obdobju januar – september tekočega leta. Valorizacija se upošteva za izplačila nadomestil vnaprej.

80. teza

/osnova za nadomestilo pri zavarovanih, ki nimajo osnove za celo preteklo leto/

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

81. teza

/nadomestilo v primerih dela s skrajšanim delovnim časom in v primerih dela na drugem delovnem mestu/

- (1) Zavarovanec, ki na podlagi mnenja izvedenskega organa oziroma odločbe ZZZ dela skrajšani delovni čas in pri njem ni bila ugotovljena invalidnost, ima za preostali čas začasne zadržanosti pravico do nadomestila.
- (2) Če zavarovanec na podlagi predloga izvedenskega organa oziroma odločbe ZZZ dela polni delovni čas na drugem delovnem mestu in ni bila ugotovljena invalidnost, ima pravico do razlike med plačo in višino nadomestila, ki bi mu pripadalo, če ne bi delal.

82. teza

/določanje osnove za nadomestilo/

- (1) V osnovo za izračun nadomestila plače za čas začasne zadržanosti z dela se všttevajo poleg plače vsa nadomestila, ki jih je zavarovanec prejel iz naslova delovnega razmerja, nadomestila za brezposelnost, nadomestila iz starševskega varstva in nadomestila, izplačana v breme obveznega socialnega zavarovanja.
- (2) Če je bil zavarovanec v delovnem razmerju pri več delodajalcih in s tem dosegel poln delovni čas ali daljši delovni čas od polnega, se mu v osnovo za nadomestilo všttevajo plače in nadomestila, ki jih je prejel pri vseh delodajalcih.

- (3) V osnovo za nadomestila plač za čas začasne zadržanosti z dela iz bolezenskih razlogov se ne vštrevajo honorarji in nagrade za pogodbeno in avtorsko delo, nagrade za dolgoletno delo, prejemi, ki pomenijo povračilo stroškov kot so dnevniice, povračila potnih stroškov, terenski dodatki, dodatki za ločeno življenje in prejemi v naravi, ki niso sestavni del plač in od njih niso bili plačani prispevki za obvezno socialno zavarovanje.

83. teza

/rehabilitacija oziroma zdravljenje zavarovancev, ki so začasno zadržani z dela/

Zavarovanca, ki je zadržan z dela zaradi bolezni dlje kot 12 tednov, mora izvedenski organ ZZZ poklicati na osebni pregled in oceniti možnost povrnitve njegove delovne sposobnosti in vrnitev na delo. Če pri tem oceni, da je strokovno utemeljeno pričakovati povrnitev delovnih zmožnosti zavarovanca z ustrezno individualno rehabilitacijo oziroma delovno terapijo, mu jo predpiše in jo zagotovi brez čakanja pri enem od izvajalcev javne zdravstvene dejavnosti ali po potrebi tudi v naravnem zdravilišču. Trajanje takšne rehabilitacije ni omejeno oziroma traja, dokler je po strokovnih medicinskih spoznanjih možno pričakovati povrnitev delovnih sposobnosti zavarovanca za opravljanje njegovega ali drugega ustreznega dela. Če izvedenski organ ZZZ ob tem pregledu oceni, da z rehabilitacijo ne bo prišlo do povrnitve delovnih sposobnosti zavarovanca, je dolžan o tem obvestiti osebnega zdravnika zavarovanca, ki ga mora napotiti na oceno invalidnosti po izvedenskih organih Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje. To je dolžan storiti tudi, če po opravljeni rehabilitaciji ni prišlo do izboljšanja zdravstvenega stanja zavarovanca in ne do povrnitve njegovih delovnih zmožnosti.

84. teza

/omejitve v trajanju pravice do nadomestila/

- (1) Pravica zavarovanca do prejemanja nadomestila lahko traja v posameznem primeru neprekinjeno največ 12 mesecev ali s prekinitvami v dveh letih skupaj 18 mesecev. Ta doba se lahko podaljša za dodatne tri mesece, če je prišlo do novega razloga ali bolezni, ki je povzročila podaljšanje začasne zadržanosti z dela.
- (2) Po preteku rokov iz prvega odstavka te teze izplačuje zavarovancem, ki so bili na pred tem že na rehabilitaciji in pri njih ni prišlo do povrnitve njihove delovne sposobnosti, nadomestilo plače v višini, ki bi ga prejeli po predpisih obveznega zdravstvenega zavarovanja:
- Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje in sicer do dokončne ocene invalidnosti;
 - Zavod za zaposlovanje za osebe, pri katerih izvedenski organ ZZZ z odločbo ugotovi delovno sposobnost za drugo delo, a jim njihov delodajalec ne more zagotoviti takega dela.
- (3) Če se kasneje ugotovi, da je zavarovanec iz 1. alineje predhodnega odstavka te teze ponovno sposoben za delo ali se ponovno zaposli, povrne ZZZ Zavodu za pokojninsko in invalidsko zavarovanje izplačana nadomestila za dobo, ko mu jih je ta izplačeval.

85. teza

/nadomestilo ob prenehanju delovnega razmerja/

- (1) Zavarovancu, ki mu je med trajanjem začasne zadržanosti z dela prenehalo delovno razmerje, ima pravico do nadomestila plače še 30 dni po prenehanju delovnega razmerja.
- (2) Zavarovancu, ki je v času prejemanja nadomestila plače zaradi začasne zadržanosti z dela zaradi bolezni ali nege družinskega člana odstranjen z dela, se zniža nadomestilo sorazmerno z znižanjem njegove plače.

86. teza

/obveznosti zavarovanca v času začasne zadržanosti z dela/

- (1) Zavarovanci morajo v času začasne zadržanosti z dela zaradi bolezenskih razlogov spoštovati navodila zdravnika glede ravnanja, zdravljenja, rehabilitacije ter prihajanja na kontrolne preglede. Med začasno zadržanostjo z dela lahko zapustijo svoje bivališče, če jim to dovoli osebni zdravnik ali izvedenski organi ZZZ in če jim je ustrezno zdravljenje oziroma rehabilitacija omogočeno v drugem kraju. Osebni zdravnik oziroma izvedenski organ ZZZ jim lahko dovoli odhajanje z doma le zaradi ambulantnega ali bolnišničnega zdravljenja, zdraviliškega zdravljenja oziroma rehabilitacije, drugih zdravstvenih pregledov in preiskav ter nujnih nakupov in opravkov, če tega ne morejo namesto njih opraviti svojci. Poleg tega so se zavarovanci dolžni nemudoma odzvati na vsak poziv izvedenskih organov ZZZ za pregled ali obravnavo oziroma oceno nadaljnje začasne zadržanosti z dela.
- (2) Navodila o ravnanju v času začasne zadržanosti z dela iz bolezenskih razlogov mora zavarovančev osebni zdravnik zapisati na potrdilu o začasni zadržanosti z dela, ki jih izroči zavarovancu in njegovemu delodajalcu v pisni obliki.
- (3) V času začasne zadržanosti z dela zavarovanci ne smejo opravljati pridobitne dejavnosti.

87. teza

/zadržanje in izguba pravice do nadomestila/

- (1) Delodajalec oziroma ZZZ zadržita izplačilo nadomestila zavarovancu, če:
 - nadzorni organ ZZZ zavarovanca ne najde na domu oziroma mu zavarovanec ne opraviči svoje odsotnosti;
 - nadzorni organ delodajalca ugotovi, da zavarovanec na ravna skladno z navodili zdravnikov, opravlja pridobitno dejavnost ali odpotuje iz kraja svojega bivališča brez dovoljenja pristojnih zdravnikov;
 - se ta ne odzove na poziv za pregled pri osebnem zdravniku oziroma izvedenskih organih ZZZ zaradi ponovne ocene, podaljšanja ali spremembe ocene zadržanosti z dela zaradi bolezni ali nege oziroma zaradi ocene utemeljenosti po rehabilitaciji in izostanka ne opraviči;
 - ne prevzame odločbe, ki mu je bila posredovana poštno ali z osebno vročitvijo, s katero mu je ZZZ odredil določeno pravico do nadomestila.
- (2) Zadržanje nadomestila traja, dokler razlog zanj ni odpravljen oziroma opravičen. Po njegovi odpravi dobi zavarovanec izplačano nadomestilo, če ni bila ugotovljena nepravilnost ali kršitev predpisov obveznega socialnega zavarovanja za primer bolezni.
- (3) Če zavarovanec med začasno zadržanostjo z dela iz bolezenskih razlogov opravlja pridobitno dejavnost, odpotuje izven kraja svojega bivališča brez dovoljenja osebnega zdravnika ali izvedenskega organa ZZZ, ne spoštuje zdravnikovih navodil, se ne odzove na poziv za pregled pri izvedenskem organu obveznega socialnega zavarovanja ali ga nadzorni organ ZZZ ob najmanj dveh poskusih ne najde na domu, pa za to ne predloži ustreznega opravičila, izgubi pravico do nadomestila plače, in sicer od dneva ugotovljene kršitve predpisov ZZZ dalje.
- (4) Nadomestilo izgubi tudi, če odkloni rehabilitacijo, ki mu jo ZZZ zagotovi zaradi hitrejše vrnitve njegovih delovnih sposobnosti.
- (5) Izgubo pravice do nadomestila in razlog za to ugotovi ZZZ v upravnem postopku, o čemer izda odločbo.

88. teza

/izplačevanje nadomestil/

- (1) Nadomestilo za čas začasne zadržanosti iz bolezenskih razlogov obračunajo in izplačujejo delodajalci oziroma drugi, z zakonom določeni zavezanec v breme ZZZ. Slednji jim povrne znesek nadomestil na podlagi obračuna in dokazil o izplačanih nadomestilih zavarovancem.
- (2) Ne glede na določila iz predhodnega odstavka izplačuje nadomestila zavarovancem iz 2., 3. in 12. točke . teze tega zakona neposredno ZZZ.
- (3) ZZZ lahko zadrži izplačilo nadomestil delodajalcem, ki niso poravnali svojih obveznosti iz naslova prispevkov za obvezno socialno zavarovanje, dokler delodajalec teh obveznosti ne poravna. O zadržanju izplačila nadomestil delodajalcu odloči ZZZ z odločbo v upravnem postopku.
- (4) Ne glede na določila tretjega odstavka te teze je delodajalec dolžan svojim delavcem izplačati nadomestila v znesku oziroma višini, ki jih določa ta zakon in drugi predpisi obveznega socialnega zavarovanja.

89. teza

/pravice do prevoznih stroškov/

- (1) Zavarovane osebe imajo pravico do povračila prevoznih stroškov, kadar uveljavljajo pravice do zdravstvenih storitev iz tega zakona, če:
 - morajo na podlagi napotitve osebnega zdravnika potovati k izvajalcu javne zdravstvene dejavnosti na sekundarni oziroma terciarni ravni v drugem kraju, ker v kraju zaposlitve ali bivališča ni ustreznega izvajalca;
 - jim ZZZ odobri zdravljenje v tujini oziroma jih tja napoti;
 - so določeni za spremljevalca osebe, napotene na specialistično oziroma bolnišnično zdravljenje v drug kraj ali v tujino;
 - jih nadzorni zdravnik ali služba ZZZ pokliče v kraj zunaj bivališča ali kraja zaposlitve.
- (2) Pravico do povračila prevoznih stroškov je mogoče uveljavljati le na podlagi potrdila osebnega zdravnika o napotitvi in upravičenosti zavarovane osebe do povračila potnih stroškov. Brez tega potrdila so upravičeni do povračila, če gre za nujno medicinsko pomoč in če jih pokliče na pregled izvedenski organ ali služba ZZZ.
- (3) Višina povračila prevoznih stroškov se ugotavlja na podlagi najnižje cene javnega prevoznega sredstva od kraja bivališča do najbližjega zdravnika specialista ali zdravstvenega zavoda ali do enote ZZZ, do katere je zavarovana oseba poklicana.

90. teza

/pravica do povračila stroškov nastanitve/

- (1) Če je zavarovana oseba med potovanjem v drugi kraj, skladno z določili iz . teze na poti več kot 24 ur, ima tudi pravico do povračila stroškov nastanitve, če je tam tudi prenočila. Oseba ni upravičena do povračila stroškov za nastanitev, če je bila sprejeta v bolnišnico.
- (2) Spremljevalec zavarovane osebe ima pravico do prevoznih stroškov, če potrebo po spremljanju zavarovane osebe ugotovi osebni zdravnik ali ustrezni organ ZZZ. 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 iz javne zdravstvene dejavnosti, veljajo za povračilo potnih in drugih stroškov določila, ki urejajo to pravice v zdravstvenem

zavodu, v katerem dela zdravnik ali drug zdravstveni delavec. Plačilo teh potnih stroškov bremeni zdravstveni zavod.

- (3) Pravico do povračila stroškov nastanitve ima tudi spremljevalec zavarovane osebe, če upravičenost za to, na podlagi zdravstveno utemeljenih razlogov, ugotovi ZZZ.
- (4) Višino povračil za stroške nastanitve podrobneje določi ZZZ v svojih aktih. Pri tem znašajo ta povračila za otroka, starega do sedem let, polovico zneska, določenega za odraslo osebo.

91. teza

/individualne pravice zavarovanih oseb do prevoznih stroškov/

- (1) Pravica do povračila prevoznih stroškov je zagotovljena v celoti otrokom, šolarjem, študentom do 25. leta starosti, zavarovancem iz 5., 6., 7., 9., 11., 12., 14., 15. in 16. točke . teze in njihovim družinskim članom ter osebam, ko potujejo v drugi kraj kot spremljevalci, osebam, ki potujejo v drugi kraj zaradi dajanja organov ali tkiv za transplantacijo drugi osebo, ter vsem drugim osebam, ko potujejo na sedež ali enoto ZZZ na njeno povabilo.
- (2) Ostale zavarovane osebe imajo pravico do povračila potnih stroškov v delu, ki v seštevku v posameznem mesecu presega 3 % zneska minimalne bruto plače v Republiki Sloveniji iz obdobja januar - september predhodnega koledarskega leta.

92. teza

/izguba pravic do povračila potnih stroškov/

- (1) Zavarovana oseba, ki uveljavlja zahteve do zdravstvenih storitev mimo določb zakona in splošnih aktov ZZZ oziroma po drugačnih postopkih, nima pravice do povračila potnih stroškov.
- (2) ZZZ ne zagotavlja povračil prevoznih stroškov zavarovanim osebam, kadar te potujejo v drugi kra zaradi nabave zdravil, medicinskih pripomočkov, na medicinsko rehabilitacijo v zdravilišče, k zdravnikom oziroma specialistom in v bolnišnico, ki jim ni najbližja ali ob uveljavljanju pravic v tujini ali na način, ki ni v skladu z določili tega zakona.

IV.5 Doplačila zavarovanih oseb k stroškom za zdravstvene storitve pri obveznem socialnem zavarovanju za primer bolezni

93. teza

/kritje stroškov za zdravstvene storitve/

- (1) Z obveznim socialnim zavarovanjem za primer bolezni je zavarovanim osebam brez doplačil iz . teze tega zakona zagotovljeno kritje stroškov za naslednje zdravstvene storitve, zdravila in medicinske pripomočke:
 1. otrokom in šolarjem do 18. leta starosti ter študentom do 25. leta starosti ter otrokom in mladostnikom z motnjami v telesnem in duševnem razvoju za:
 - preventivne storitve in storitve zdravljenja oziroma rehabilitacije, ki so pravica iz obveznega socialnega zavarovanja za primer bolezni in poškodbe izven dela;
 2. ženskam za:
 - preventivne preglede, ukrepe in zdravila v zvezi z načrtovanjem družine, kontracepcijo, nosečnostjo in porodom;
 - presejane teste za zgodnje odkrivanje raka vratu maternice in dojke;
 - storitve zdravljenja zapletov nosečnosti, poroda in poporodne dobe;
 3. vsem zavarovanim osebam za:

- storitve individualne in skupinsko organizirane dejavnosti in ukrepov krepitev zdravja, ki ga izvajajo izvajalci javne zdravstvene dejavnosti;
 - presejalne teste za zgodnje odkrivanje raka debelega črevesa ter kroničnih degenerativnih bolezni v skladu s programom, ki ga na predlog Zdravstvenega sveta določi ministrstvo, pristojno za zdravje;
 - cepljenja, imunoprofilakso, kemoprofilakso ter individualne ukrepe oziroma storitve za preprečevanje HIV in nalezljivih bolezni, za katere so z zakonom določeni ukrepi za preprečevanje njihovega širjenja in so opredeljena s posebnim pravilnikom;
 - zdravstvene storitve v zvezi z dajanjem in izmenjavo tkiv ter organov za presaditev drugim osebam;
 - storitve nujne medicinske pomoči in z njimi povezanih nujnih reševalnih prevozov v primerih bolezni;
 - zdravstvene storitve, zdravila in medicinske pripomočke pri osebah, ki so prejemniki socialno varstvenih pomoči;
 - patronažne obiske oseb, ki jih le-te potrebujejo zaradi bolezni.
- (2) Vrsto in število preventivnih pregledov in presejalnih testov ter vsebino programov individualne in skupinske organizirane krepitev zdravja iz prvega odstavka te teze določi za posamezne obdobja ministrstvo, pristojno za zdravje, s posebnim pravilnikom.

94. teza

/obveznosti zavarovanih oseb pri kritju dela stroškov/

Pri uveljavljanju pravic do zdravstvenih storitev, zdravil in medicinskih pripomočkov, ki jih za posamezno skupino zavarovanih oseb obvezno socialno zavarovanje za primer bolezni ne krije v celoti, morajo zavarovane osebe doplačati:

- razliko med ceno storitve, opravljene v skladu s standardi, določenimi v aktih ZZZ, in dejansko ceno storitve pri izvajalcih javne zdravstvene dejavnosti, če je ta na zahtevo oziroma s soglasjem zavarovane osebe opravljena oziroma zagotovljena v višjem standardu, kot jih določajo predpisi obveznega zdravstvenega zavarovanja;
- razliko med ceno zdravila oziroma medicinskega pripomočka, izdanega v skladu s standardi, določenimi v aktih ZZZ, in dejansko ceno zdravila oziroma medicinskega pripomočka, če je ta na zahtevo oziroma s soglasjem zavarovane osebe zagotovljen v višjem standardu, po drugačnem postopku ali z dražjimi materiali, kot jih določajo predpisi obveznega zdravstvenega zavarovanja;
- pavšalni znesek (v nadaljevanju: participacija), ki ga je po prvem odstavku . teze tega zakona dolžna prispevati zavarovana oseba ob uveljavljanju pravic iz obveznega socialnega zavarovanja za primer bolezni skladno z opredelitvami tega zakona.

95. teza

/višina participacije, ki jo ob uveljavljanju pravic iz obveznega socialnega zavarovanja za primer bolezni poravnajo zavarovane osebe/

- (1) Zneski participacije iz tretje točke predhodne teze tega zakona znašajo:
- 2 EUR za vsak prvi obisk v posameznem trimesečju koledarskega leta pri osebnem zdravniku oziroma ob novi diagnozi;
 - 5 EUR za vsak prvi obisk v posameznem letu pri osebnem zobozdravniku;
 - 3 EUR za vsak prvi obisk v posameznem trimesečju koledarskega leta pri zdravniku v ambulantni dejavnosti na sekundarni oziroma terciarni dejavnosti;
 - 3 EUR na dan za zdravstvene storitve, opravljene v okviru bolnišničnega zdravljenja ali zdraviliškega stacionarnega zdravljenja;
 - 2 EUR za vsak oмот zdravila, predpisanega na recept;
 - 10 EUR za medicinski pripomoček, katerega cena je nižja od 100 EUR;

- 20 EUR za medicinski pripomoček, katerega cena je višja od 100 EUR;
 - 30 EUR za medicinski pripomoček, katerega cena je višja od 200 EUR.
 - 5 EUR za vsak nenujni prevoz z reševalnim vozilom;
 - 5 EUR za vsako zobno zalivko;
 - 10 EUR za vsako zobno prevleko, krono oziroma člen v mostičku;
 - 100 EUR za vsako zobno protezo in zobni vsadek.
- (2) Če je cena storitve, zdravila ali pripomočka nižja od participacije iz predhodnega odstavka, plača zavarovana oseba znesek v višini cene storitve, zdravila ali pripomočka, izvajalec pa storitve ne obračuna nosilcu obveznega zdravstvenega zavarovanja.
- (3) Zneski iz prvega odstavka te teze se letno valorizirajo skladno s povprečno letno rastjo cen zdravstvenih storitev v predhodnem koledarskem letu. Valorizacijo izvede ZZZ vsako leto 1. marca. Valorizacija se ne izvede, če ni prišlo do rasti cen zdravstvenih storitev ali če je bila njihova rast manjša od 1 %.
- (4) Znesek participacije je sestavni del cene posamezne zdravstvene storitve.
- (5) Zavarovana oseba lahko plača v koledarskem letu največ participacijo v skupnem znesku 250 EUR. Način spremljanja plačil participacije zavarovanih oseb določi ZZZ v svojih aktih.

96. teza

/delne inčasne oprostitve plačila participacije/

- (1) Zavarovane osebe so oproščene plačila participacije iz . teze tega zakona za določeno časovno obdobje pod naslednjimi pogoji:
1. plačila participacije za preglede pri osebnem zdravniku in pri zdravnikih v ambulantni dejavnosti na sekundarni in terciarni dejavnosti ter za zdravila, predpisana na recept, če so se najmanj 3 zadnja leta aktivno in redno udeleževale organiziranih oblik in programov krepitve zdravja ter obvladovanja kroničnih bolezni in opravijo vse predvidene preventivne preglede in presejalne teste;
 2. plačila participacije za preglede pri osebnem zobozdravniku in k zobozdravstvenim storitvam, če skrbijo za oralno zdravje in, z izjemo zobozdravniškega pregleda, več kot šest let niso potrebovale storitev zdravljenja zob in ustne votline oziroma zobno-protetičnih storitev;
 3. vseh plačil participacije, če najmanj zadnjih pet let niso uveljavljale nobene izmed pravic iz obveznega socialnega zavarovanja za primer bolezni.
- (2) Časovno obdobje za oprostitve plačila participacije iz prvega odstavka te teze ne more biti krajše od dveh in ne daljše od petih let.
- (3) Podrobnejše pogoje in način uresničevanja določil predhodnega odstavka te teze in obdobje, za katero je osebe oproščena plačila participacije, določi ZZZ v svojih aktih.

97. teza

/oprostitve doplačil/

- (1) Zavarovane osebe so oproščene participacije iz . teze tega zakona v primeru:
- nujne medicinske pomoči;
 - zdravljenja in rehabilitacije malignih bolezni, mišičnih in živčno-mišičnih bolezni, paraplegije, tetraplegije, cerebralne paralize, epilepsije, hemofilije, duševnih bolezni, razvitih oblik sladkorne bolezni, multiple skleroze in psoriaze;
 - preprečevanja, odkrivanja in zdravljenja infekcije HIV in nalezljivih bolezni, za katere je z zakonom določeno izvajanje ukrepov za preprečevanje njihovega širjenja;
 - obveznega cepljenja, imunoprofilakse in kemoprofilakse skladno s programom;
 - zdravljenja in rehabilitacije zaradi poškodbe pri delu in bolezni, povezane z delom;

- dajanja in izmenjave tkiv in organov za presaditev drugim osebam;
- patronažnih obiskov, zdravljenja in nege na domu ter v socialnovarstvenih zavodih.

(2) Doplacil iz . teze so oproščeni zavarovanci iz 5., 9., 13., 14. in 16. točke . teze tega zakona.

V. OBVEZNO SOCIALNO ZAVAROVANJE ZA POŠKODBE NA DELU IN BOLEZNI, POVEZANE Z DELOM

98. teza

/opredelitev obveznega socialnega zavarovanja za poškodbe na delu in bolezni, povezane z delom/

- (1) Obvezno socialno zavarovanje za poškodbe na delu in bolezni, povezane z delom, zagotavlja pravice in kritje stroškov za poškodbe, stanja in bolezni, ki so posledica oziroma so vzročno povezane z opravljanjem določene dejavnosti oziroma poklica. To zavarovanje zagotavlja zavarovancem kritje stroškov za preprečevanje, odkrivanje in zdravljenje poškodb in bolezni, povezanih z delom, ter rehabilitacijo poškodovanih in zbolelih.
- (2) Za opredelitev in ugotavljanje poškodb na delu po tem zakonu veljajo in se uporabljajo predpisi s področja pokojninskega in invalidskega zavarovanja. Poleg tega štejejo med poškodbe na delu po tem zakonu tudi:
 - poškodbe zavarovancev iz 3. točke . teze tega zakona, nastale pri opravljanju kmetijske dejavnosti;
 - poškodbe zavarovancev iz 4. točke . teze, ki prejemajo za svojo športno dejavnost plačilo, in ki nastanejo zaradi njihovih športnih aktivnosti.
- (3) Podrobnejše opredelitve o poklicnih boleznih oziroma boleznih, povezanih z delom, določi na predlog Inštituta za medicino dela ministrstvo, pristojno za zdravje.

99. teza

/zavarovanci za poškodbe na delu in bolezni, povezane z delom/

Za poškodbo pri delu in bolezni, povezane z delom, so v Republiki Sloveniji obvezno zavarovani zavarovanci iz 1., 2., 3., 4., 8. in 12. točke . teze tega zakona.

100. teza

/druge osebe, ki so obvezno zavarovane za poškodbe na delu in bolezni, povezane z delom/

Za poškodbo pri delu in bolezni, povezane z delom, so obvezno zavarovani tudi:

1. učenci in študentje pri praktičnem pouku in vajah v šoli, na poti v šolo in iz šole, med šolo v naravi, 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. zavarovanci iz 1. alineje 10. točke . teze tega zakona;
4. osebe, ki so med ali po končanem šolanju na prostovoljni praksi, ne glede na to, ali za to prakso prejemajo plačo ali nagrado;
5. vojaški invalidi, civilni invalidi vojne, invalidne in druge osebe na poklicni rehabilitaciji oziroma usposabljanju pri praktičnih delih in vajah;
6. osebe, ki opravljajo delo na podlagi podjemnih, avtorskih in drugih pogodb;
7. dijaki in študenti pri opravljanju dela preko pooblaščenih organizacij;
8. brezposelne osebe na javnih delih, organiziranih po predpisih o zaposlovanju;
9. volonterji;
10. osebe na prestajanju zaporne kazni in vzgojnega ukrepa pri delu, poklicnem izobraževanju in pri opravljanju dovoljenih dejavnosti v skladu z zakonom;

11. osebe, ki opravljajo dejavnost kot postranski poklic.

101. teza

/osebe, ki so vključene v zavarovanje za poškodbe na delu in bolezni, povezane z delom, ob opravljanju posebnih nalog/

Obvezno zavarovani za poškodbe pri delu in bolezni, povezane z delom, so tudi:

1. osebe med sodelovanjem 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 za čas, ko opravljajo dela oziroma naloge vojaške službe ali nadomestne civilne službe, 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, med opravljanjem 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. osebe, ki so člani nadzornih svetov gospodarskih družb in zavodov, župani, nosilci funkcij pri raznih organizacijah, društvih in zbornicah in za to delo dobivajo plačilo, če niso zavarovani že po . tezi tega zakona;
8. osebe, ki se prostovoljno vključijo v Slovensko vojsko;
9. športniki, trenerji, redarji ali organizatorji, ki v okviru organizirane športne dejavnosti sodelujejo pri športnih prireditvah in akcijah in niso zavarovani po 4. točki . teze tega zakona;
10. 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;
11. osebe, ki kot člani gorske reševalne službe ali kot potapljači opravljajo naloge reševanja življenj ali odvrnitve oziroma preprečitve nevarnosti, ki neposredno ogrožajo življenje ali premoženje občanov;
12. osebe, ki opravljajo določene dejavnosti kot stranski poklic.

102. teza

/razmejitev med obveznim socialnim zavarovanjem za primer bolezni in obveznim socialnim zavarovanjem za poškodbe na delu in bolezni, povezane z delom/

Osebe iz . in . teze tega zakona so zavarovane le za poškodbe na delu in bolezni, povezane z delom, ki nastanejo ob ali zaradi opravljanja nalog in aktivnosti, na podlagi katerih so vključene v to zavarovanje, in za pravice, ki jih določa zakon za to zavarovanje za poškodbe na delu in bolezni, povezane z delom, ne pa tudi za pravice iz obveznega socialnega zavarovanja za primer bolezni in obveznega pogodbenega zavarovanja.

103. teza

/prijava v obvezno socialno zavarovanje za poškodbe na delu in bolezni, povezane z delom/

- (1) V obvezno socialno zavarovanje za poškodbe na delu in bolezni, povezane z delom, so zavarovanci iz . teze tega zakona prijavljeni že istočasno s prijavo v obvezno socialno zavarovanje za primer bolezni.
- (2) Osebe iz . in . teze morajo biti posebej prijavljene v obvezno socialno zavarovanje za poškodbe na delu in bolezni, povezane z delom. Prijaviti jih morajo:
 - šole in organizacije za usposabljanje in sicer šolarje, študente in osebe pri praktičnih vajah ali na usposabljanju in osebe iz 10. točke . teze tega zakona;

- organizacije, ki posredujejo učencem in študentom različna priložnostna dela;
 - Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje za osebe na poklicni rehabilitaciji;
 - Zavod za zaposlovanje za brezposelne osebe na javnih delih;
 - delodajalci, ki zaposlujejo volonterje;
 - ministrstvo, pristojno za pravosodje, za pripornike, zapornike in osebe, ki jim je izrečen vzgojni ukrep;
 - ministrstvo, pristojno za obrambo, in ministrstvo, pristojno za notranje zadeve, za osebe, ki se prostovoljno vključijo v Slovensko vojsko, in za osebe, ki so zavarovane po opredelitvah iz 2. do 5. točke . teze tega zakona;
 - podjetja, zavodi in druge pravne osebe, ki so sklenile z zavarovanci podjemne, avtorske ali druge civilno-pravne pogodbe;
 - športna društva, nacionalne športne zveze in drugi organizatorji športnih prireditev in dejavnosti;
 - gasilske organizacije in organizacije gorske reševalne službe za zavarovance iz 10. in 11. točke . teze tega zakona;
 - organizatorji in nosilci drugih dejavnosti in aktivnosti iz . teze tega zakona;
 - osebe, ki opravljajo dejavnost kot postranski poklic.
- (3) Način prijave v obvezno socialno zavarovanje za poškodbe na delu in bolezni, povezane z delom, podrobneje predpiše ZZZ. Pri tem lahko določi za posamezne skupine zavarovancev iz . in . teze možnost skupinske prijave v zavarovanje.

104. teza

/pravice do zdravstvenih storitev, zdravil in pripomočkov s področja obveznega socialnega zavarovanja za poškodbe na delu in bolezni, povezane z delom/

- (1) Obvezno socialno zavarovanje za poškodbe na delu in bolezni, povezane z delom, zagotavlja zavarovancem kritje stroškov za:
- aktivno udeležbo v programih organizirane, skupinske krepitve zdravja, ki se nanašajo na preprečevanje poškodb na delu in bolezni, povezanih z delom;
 - zdravstvene storitve v osnovni, specialistični ambulantni in bolnišnični dejavnosti na sekundarni in terciarni ravni, potrebne zaradi zdravljenja in rehabilitacije poškodb na delu in bolezni, povezanih z delom;
 - zobozdravstvene storitve, vključno z vsemi potrebnimi zobno-protetičnimi storitvami, ki so potrebne za odpravo posledic poškodbe na delu ali bolezni, povezane z delom. Pri tem je zavarovanec upravičen do nadomestitve vseh izgubljenih zob, če je do njihove izgube prišlo zaradi poškodbe na delu oziroma bolezni, povezane z delom;
 - prevoze z reševalnimi vozili, razen tistih, ki jih mora ob poškodbah na delu skladno z zakonom o varnosti in zdravju pri delu zagotoviti delodajalec;
 - storitve medicinske rehabilitacije na ambulantni ali stacionarni način pri izvajalcih javne zdravstvene dejavnosti;
 - rehabilitacijo v naravnem zdravilišču, če je utemeljeno pričakovati izboljšanje zdravstvenega stanja zavarovanca in povrnitev njegove delovne sposobnosti;
 - zdravila, predpisana na recept in zdravila, ki jih potrebuje med ambulantnim in bolnišničnim zdravljenjem;
 - medicinske pripomočke, potrebne za zdravljenje in medicinsko rehabilitacijo poškodb na delu in bolezni, povezanih z delom.
- (2) Standard storitev in postopki uresničevanja pravic iz prvega odstavka te teze so enaki, kot jih ta zakon določa v obveznem socialnem zavarovanju za primer bolezni.

105. teza
/oprostitve doplačil/

Pri storitvah iz . teze, opravljenih v okviru standardov, ki jih določi ZZZ, ni doplačil zavarovancev.

106. teza
/pravica do nadomestila plače/

- (1) Obvezno socialno zavarovanje za poškodbe na delu in bolezni, povezane z delom, zagotavlja zavarovancem iz . teze oziroma zavarovancem, ki so v delovnem razmerju ali sami opravljajo gospodarsko oziroma poklicno dejavnost, nadomestilo plače v času začasne zadržanosti z dela, ki je posledica poškodbe na delu ali bolezni, povezane z delom. Ta pravica jim gre od 46. delovnega dne dalje.
- (2) Zavarovanci iz . teze tega zakona, ki sicer prejemajo plačo ali ustvarjajo dohodek s svojo dejavnostjo, na podlagi katere so obvezno socialno zavarovani za primer bolezni, imajo v primeru začasne zadržanosti z dela zaradi poškodbe na delu ali bolezni, povezane z delom, pravico do nadomestila plače iz obveznega socialnega zavarovanja za poškodbe na delu in bolezni, povezane z delom, in sicer od 1. delovnega dne dalje.
- (3) Nadomestilo znaša v obeh primerih 100 % od osnove za njegov izračun, kot to določa . teza tega zakona.
- (4) Za nadomestila za čas začasne zadržanosti z dela zaradi poškodbe na delu oziroma bolezni, povezane z delom, in za zavarovance tega zavarovanja veljajo določila tega zakona za obvezno socialno zavarovanje za primer bolezni.

107. teza
/dolžnosti delodajalcev na področju obveznega socialnega zavarovanja za poškodbe na delu in bolezni, povezane z delom/

- (1) Delodajalci so dolžni zavarovancem zagotoviti in financirati z zakonom predpisane preventivne, obdobje in cilijane zdravniške preglede, izvajanje ukrepov varnosti in zdravja pri delu, zdravju prijazno in neškodljivo delo in delovno okolje, ergonomske rešitve, ki preprečujejo poškodbe in bolezni, povezane z delom, ter osebna varovalna sredstva. Njihova dolžnost je tudi zagotoviti in kriti zaposlenim stroške za prvo pomoč na delovnem mestu ali delovišču oziroma na kraju nesreče, prevoz od kraja nesreče do najbližjega zdravnika ali zdravstvenega zavoda in plačati stroške ugotavljanja in potrditve suma na bolezen, povezano z delom.
- (2) Delodajalci so dolžni ZZZ prijaviti vsak primer poškodbe na delu, pri kateri je bilo potrebno zdravljenje, ali pri kateri je prišlo do začasne zadržanosti delavca z dela, najpozneje v roku 3 dni od njihovega nastopa.
- (3) Prav tako so dolžni prijaviti ZZZ vsak primer poškodbe na delu in potrjene bolezni, povezane z delom, tudi izvajalci zdravstvenih dejavnosti za zavarovance, ki pri njih iščejo zdravstveno pomoč in navajajo, da je ta povzročena s poškodbo na delu, ali boleznijo, povezano z delom, če je bila ta tudi potrjena. Takšno prijavo mu morajo posredovati najpozneje v treh dneh po opravljenem pregledu osebe, iz katerega izhaja ocena, da gre za poškodbo na delu oziroma za bolezen, povezano z delom.
- (4) Obrazec za prijavo poškodbe na delu oziroma bolezni, povezane z delom, za delodajalce, obrazec za izvajalce zdravstvenih dejavnosti, nabor potrebnih podatkov in način poročanja določi ZZZ, v soglasju z ministrom, pristojnim za zdravje, in ministrom, pristojnim za delo.

108. teza

/povračila potnih stroškov za posebne skupine zavarovancev/

- (1) Osebe, obvezno socialno zavarovane za poškodbe na delu in bolezni, povezane z delom, imajo pod pogoji in v obsegu, kot določajo ., ., . in . teza, tudi pravice do povračila potnih stroškov, prevoznih stroškov in stroškov nastanitve v drugem kraju.
- (2) Pri tem jim obvezno socialno zavarovanje za poškodbe na delu in bolezni, povezane z delom, zagotavlja povračilo prevoznih stroškov v celoti in brez omejitev.

109. teza

/posebni pogoji za uveljavljanje pravic iz obveznega socialnega zavarovanja za poškodbe na delu in bolezni, povezane z delom/

- (1) Pravice iz obveznega socialnega zavarovanja za poškodbe na delu in bolezni, povezane z delom, po tem zakonu lahko uveljavljajo na račun ZZZ osebe, ki so bile pred nastopom poškodbe pri njem prijavljene in zavarovane za te primere in če je za njih bil plačan prispevek pred nastopom poškodbe na delu ali bolezni, povezane z delom.
- (2) Osebam, ki niso bile prijavljene v obvezno socialno zavarovanje za poškodbe na delu in bolezni, povezane z delom, in za njih ni bil plačan prispevek, je dolžan vse takšne stroške ob uveljavljanju pravic do zdravstvenih storitev in denarnih prejemkov zagotoviti njihov delodajalec ali organizator del, na podlagi katerih bi morali biti zavarovani.
- (3) Pravice iz obveznega socialnega zavarovanja za primer bolezni in iz obveznega socialnega zavarovanja za poškodbe na delu in bolezni, povezane z delom, se med seboj izključujejo.

VI. OBVEZNO POGODBENO ZAVAROVANJE

110. teza

/definicija obveznega pogodbenega zavarovanja/

- (1) Obvezno pogodbeno zdravstveno zavarovanje spada med zdravstvena zavarovanja, za katera EU direktive in zakon, ki ureja zavarovalništvo, dovoljuje in predpisuje posebno regulacijo zavarovalne pogodbe. Obvezno pogodbeno zavarovanje je sestavni del financiranja pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in je obvezno za vse, za katere to določa ta zakon.
- (2) Obvezno pogodbeno zavarovanje iz predhodnega odstavka temelji na načelih vzajemnosti med zavarovanci. Izvajajo ga zavarovalnice, ki imajo za to dejavnost dovoljenje Agencije za zavarovalni nadzor in pri tem ravnajo skladno z Direktivo 2009/138/ES o začetku opravljanja in opravljanju dejavnosti zavarovanja in pozavarovanja (Solventnost II), z drugimi evropskimi direktivami in določili tega zakona.

111. teza

/obveznost sklenitve pogodbe obveznega pogodbenega zavarovanja/

- (1) V obvezno pogodbeno zavarovanje se morajo obvezno vključiti zavarovanci in zavarovane osebe, ki so skladno z določili . teze tega zakona obvezno socialno zavarovane za primer bolezni, z izjemo otrok in šolarjev do 18. leta starosti ter študentov do 25. leta starosti. V to zavarovanje se vključijo s sklenitvijo zavarovalne pogodbe z eno od zavarovalnic, ki izvaja to obvezno zavarovanje. Zavarovanci na podlagi sklenjene zavarovalne pogodbe kot zavarovalci plačujejo premijo.

- (2) Osebe, ki so brez dohodka oziroma za katere plačuje prispevke za obvezno socialno zavarovanje za primer bolezni občina, mesto ali država, morajo imeti sklenjeno zavarovalno pogodbo z eno od zavarovalnic, ki izvajajo to obvezno pogodbeno zavarovanje. Občina, mesto ali država na podlagi te zavarovalne pogodbe kot zavarovalec zanje plačuje premijo.
- (3) Osebe, ki nimajo veljavne zavarovalne pogodbe obveznega pogodbenega zavarovanja, morajo stroške za zdravstvene storitve iz tega zavarovanja kriti z lastnimi sredstvi. Do sklenitve zavarovalne pogodbe, pri čemer je treba upoštevati določbe o čakalni dobi zavarovanja, tudi ne morejo uveljavljati:
 - pravice do povračila potnih stroškov in nadomestila plače v času zadržanosti z dela, do katere bi prišlo zaradi poškodbe izven dela;
 - drugih pravic iz obveznega pogodbenega zavarovanja.
- (4) Oseba, ki ni imela veljavne zavarovalne pogodbe obveznega pogodbenega zavarovanja, mora ob sklenitvi zavarovalne pogodbe zavarovalnici plačati tudi kazen v višini premije za celotno predhodno obdobje nezavarovanosti. Zavarovalnica mora plačani znesek knjižiti kot »drugi izredni prihodek«.
- (5) Če je neveljavnost zavarovalne pogodbe iz predhodnega odstavka posledica neizpolnjevanja obveznosti plačevanja zavarovalne premije s strani občine, mesta ali države, morajo kazen za obdobje neplačevanja poravnati občina, mesto ali država.

112. teza

/dodatne določbe o zavarovalni pogodbi obveznega pogodbenega zavarovanja/

- (1) Ob sklenitvi zavarovalne pogodbe obveznega pogodbenega zavarovanja zavarovalnica in posamezni zavarovalec oziroma zavarovanec podrobno dogovorita obseg pravic, za katerega se zavarovanec zavaruje, višino premije, ki jo mora plačevati zavarovalec, morebitno odbitno franšizo, trajanje zavarovanja, možnosti prekinitve oziroma odpovedi zavarovalnega razmerja ter druge pravice in obveznosti obeh pogodbenih strank.
- (2) Zavarovalnica ne sme odpovedati pogodbe o obveznem pogodbenem zavarovanju, razen v primeru neplačila premije.
- (3) Če zavarovalec ali druga zainteresirana oseba do zapadlosti ne plača premije po pogodbi o obveznem pogodbenem zavarovanju, preneha obveznost zavarovalnice po 60 dneh od dneva, ko je bilo zavarovalcu oziroma zavarovancu vročeno priporočeno pismo zavarovalnice z obvestilom o zapadlosti premije. Za vročanje se uporabljajo pravila o osebnem vročanju iz zakona, ki ureja upravni postopek.
- (4) Zavarovalnica lahko po izteku roka iz predhodnega odstavka razdre pogodbo o obveznem pogodbenem zavarovanju brez odpovednega roka in izterja neplačane premije s pripadajočimi obrestmi. Razdrtje zavarovalne pogodbe in prenehanje zavarovalnega kritja nastopi z iztekom roka iz predhodnega odstavka, če je bil zavarovalec oziroma zavarovanec v priporočenem pismu z obvestilom o zapadlosti premije in prenehanju zavarovalnega kritja iz predhodnega odstavka o tem primerno obveščen.
- (5) Zavarovalec lahko poda odpoved od pogodbe o obveznem pogodbenem zavarovanju po poteku enega leta od začetka veljavnosti zavarovanja, pred tem rokom pa v primerih prenehanja statusa zavarovane osebe v obveznem socialnem zavarovanju. Odpovedni rok za zavarovalca je tri mesece. Pod enakimi pogoji lahko svoje soglasje k zavarovalni pogodbi prekliče tudi zavarovanec.

113. teza

/obveznosti zavarovalnic, ki izvajajo obvezno pogodbeno zavarovanje/

- (1) Zavarovalnice, ki izvajajo obvezno pogodbeno zavarovanje, so dolžne:

- sprejeti v to zavarovanje vse osebe, ki so obvezno socialno zavarovane po tem zakonu in se želijo pri njej zavarovati, ne glede na njihovo zdravstveno stanje ali pričakovane potrebe po zdravstvenih storitvah, ter jih pri sprejemu v zavarovanje enako obravnavati;
 - vse zavarovance obveznega pogodbenega zavarovanja obravnavati enako, razen v primerih iz četrtega odstavka . teze;
 - določiti vsebino zavarovalnega kritja, ki mora vsebovati najmanj pravice, navedene v . tezi;
 - določiti najkrajše trajanje zavarovalne pogodbe, ki ne more biti krajše od enega leta, razen v primeru zavarovanja oseb, katerih status zavarovane osebe v obveznem socialnem zavarovanju je časovno omejen;
 - določiti čakalno dobo in pogoje njenega uveljavljanja;
 - opredeliti pogoje za prekinitev, razdrtje in odpoved zavarovalne pogodbe;
 - določiti najnižji in najvišji letni odbitni znesek (v nadaljevanju: odbitna franšiza), do katerega mora zavarovanec v okviru koledarskega leta sam v celoti poravnati stroške zdravstvenih storitev, ki jih sicer krije to zavarovanje;
 - določiti višino premije v odvisnosti od izbrane odbitne franšize.
- (2) Zavarovalnice, ki izvajajo obvezno pogodbeno zavarovanje, so dolžne sklepati pogodbe z izvajalci zdravstvenih storitev v javni zdravstveni dejavnosti, s katerimi omogočijo svojim zavarovancem dostopnost do zdravstvenih storitev in pravic iz tega zavarovanja. V ta namen se vključujejo v postopke dogovarjanja in pogajanja z izvajalci, kot to določa ta zakon.

114. teza

/vsebina in standardi storitev iz obveznega pogodbenega zavarovanja/

- (1) Obvezno pogodbeno zavarovanje zavarovancem zagotavlja:
- kritje stroškov, ki nastanejo zaradi poškodbe izven dela;
 - kritje stroškov za pravice, pri katerih obvezno socialno zavarovanje za primer bolezni ne krije stroškov v celoti.
- (2) Obvezno pogodbeno zavarovanje krije stroške za storitve in denarne prejemke v standardih, ki so:
- pri poškodbah enaki standardom obveznega socialnega zavarovanja za poškodbe na delu;
 - pri boleznih enaki standardom obveznega socialnega zavarovanja za primer bolezni.

115. teza

/pravice iz obveznega pogodbenega zavarovanja/

- (1) Obvezno pogodbeno zavarovanje zagotavlja zavarovancem, razen v primeru urgentne obravnave, kritje stroškov za:
- zdravstvene storitve na primarni, sekundarni in terciarni ravni, nujne reševalne in druge prevoze, pravico do spremstva ter zdraviliško zdravljenje, ko so naštetе storitve potrebne zaradi obravnave poškodbe izven dela;
 - zdraviliško zdravljenje na ambulantni in stacionarni način zaradi poškodbe izven dela;
 - zdraviliško zdravljenje za primer bolezni, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja;
 - zdravljenje v tujini zaradi obravnave poškodbe izven dela, pod pogoji, ki veljajo tudi v obveznem socialnem zavarovanju za primer bolezni in v obveznem socialnem zavarovanju za poškodbe na delu;
 - zdravljenje zob in ustne votline osebam starejšim od 25 let;
 - zobno protetične storitve osebam v starosti med 25. in 65. letom;
 - zdravila predpisana na recept in medicinske pripomočke, potrebne za zdravljenje in rehabilitacijo poškodb izven dela;
 - zdravila, predpisana na recept, razvrščena na vmesno listo, v vseh primerih;
 - očala za starostno dalekovidnost ne glede na razlog;

- nenujne prevoze z reševalnimi in drugimi prevoznimi sredstvi v primeru zdravljenja bolezni oziroma poškodbe izven dela, če bi bil prevoz z osebnim ali javnim prevoznim sredstvom zdravju škodljiv, pri čemer upravičenost do vsakokratnega prevoza z reševalnim ali drugim vozilom ugotavlja osebni zdravnik zavarovane osebe, kriti pa so stroški prevoza od kraja bivališča ali poškodbe zavarovane osebe do najbližjega zdravnika oziroma javnega zavoda, ki je usposobljen za obravnavo bolnika oziroma njegovega stanja;
 - nadomestila plač v času začasne zadržanosti z dela zaradi poškodbe izven dela nad 45. delovnimi dnevi ter povračila prevoznih in potnih stroškov ob obravnavi poškodb izven dela;
 - nastanitev in bivanje v bolnišnicah, klinikah, inštitutih in naravnih zdraviliščih v vseh primerih in ne glede na razlog.
- (2) Pravice iz obveznega pogodbenega zavarovanja in iz obveznega socialnega zavarovanja za poškodbe na delu in bolezni, povezane z delom, se med seboj izključujejo.

116. teza

/premije obveznega pogodbenega zavarovanja/

- (1) Premije za obvezno pogodbeno zavarovanje določa posamezna zavarovalnica po predpisih s področja zavarovalništva in na podlagi ciljne premije, ki jo na podlagi aktuarskih izračunov letno določi Vlada Republike Slovenije. Konkretno premije pri posamezni zavarovalnici lahko odstopajo od ciljne premije trga največ za 10 %.
- (2) Pri sklenitvi obveznega pogodbenega zavarovanja se lahko obračuna sklepalna provizija največ v višini 50 % mesečne premije.
- (3) Pri obveznem pogodbenem zavarovanju se ne podeljuje in obračunava popustov.
- (4) Zavarovalnica lahko ponudi obvezno pogodbeno zavarovanje z različnimi višinami letne odbitne franšize in posledično različnimi višinami zavarovalne premije. Letna odbitna franšiza je znesek, do katerega mora zavarovanec v okviru koledarskega leta sam v celoti poravnati stroške zdravstvenih storitev, ki jih sicer krije to zavarovanje, preden začne kritje zavarovalnice. Letna odbitna franšiza ne sme biti nižja od 50 EUR in ne višja od 200 EUR.

117. teza

/izkazovanje zavarovancev/

- (1) Pri uveljavljanju pravic iz obveznega pogodbenega zavarovanja se zavarovanci izkazujejo s kartico zdravstvenega zavarovanja.

VII. NAČINI IN POSTOPKI URESNIČEVANJA PRAVIC IZ OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

118. teza

/uveljavljanje pravic pri osebnem zdravniku/

- (1) Zavarovana oseba lahko uveljavlja pravice in zahteve do zdravstvenih storitev v breme obveznih zavarovanj po tem zakonu le pri svojem osebnem zdravniku, pri vseh drugih zdravnikih pa le v primerih, če jih je za to pooblastili njihov osebni zdravnik ali v primerih nujne medicinske pomoči.
- (2) Osebnega zdravnika si oseba izbere med zdravniki, zaposlenimi v mreži javne zdravstvene dejavnosti na primarni ravni.

- (3) Osebnega zdravnika si zavarovana oseba izbere praviloma v kraju svojega bivališča. V primeru, da si ga izbere v kraju izven svojega bivališča, ne more na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja uveljavljati pravice do povračila prevoznih stroškov zaradi potovanja k temu zdravniku, prav tako pa ne more uveljavljati pravice do nadomestila plače zaradi zadržanosti z dela, do katere je prišlo zaradi izbire zdravnika izven kraja svojega bivališča.
- (4) Osebnega zdravnika si zavarovane osebe izberejo najmanj za obdobje dveh let, osebnega zobozdravnika pa najmanj za pet let. Zamenja ga lahko pred iztekom tega obdobja, če nastopijo utemeljeni razlogi za predčasno zamenjavo osebnega zdravnika, kot so preselitev zavarovane osebe ali zdravnika, več kot tri-mesečna odsotnost zdravnika, njegova specializacija ali drugi razlogi, zaradi katerih sodelovanje med njima ni več mogoče.
- (5) Izbiro osebnega zdravnika opravi zavarovana oseba s podpisom izjave o njegovi izbiri.

119. teza

/pooblastila osebnega zdravnika/

Osebni zdravnik je poleg tega, da zdravi osebo, ki si ga je izbrala, pooblaščen, da:

- ji predpisuje na račun obveznih zdravstvenih zavarovanj zdravila s pozitivne in vmesne liste na recept;
- ji predpisuje določene medicinske pripomočke;
- ocenjuje upravičenosti do njene začasne zadržanosti z dela za prvih 45 koledarskih dni;
- jo po potrebi napotuje k specialistom in na bolnišnično zdravljenje, k nadzornim zdravnikom nosilca obveznega socialnega zavarovanja ter na invalidsko komisijo;
- ji izdaja naloge za prevoze z reševalnimi vozili, za diagnostične preiskave in fizioterapijo oziroma rehabilitacijo ter izdaja potrdila o upravičenosti do potnih in prevoznih stroškov;
- zbira, vodi in hrani celotno medicinsko dokumentacijo o zavarovani osebi.

120. teza

/prenos pooblastil osebnega zdravnika na druge zdravnike/

- (1) Osebni zdravnik je lahko družinski zdravnik ali zdravnik medicine dela, za otroke do dopolnjenega 19. leta starosti pa lahko tudi pediater oziroma šolski zdravnik. Ženske si lahko izberejo med ginekologi v ambulantni dejavnosti tudi osebnega ginekologa. Prav tako si morajo zavarovane osebe za uveljavljanje pravic do zobozdravstvenih storitev na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja izbrati osebnega zobozdravnika, ki je splošni zobozdravnik, specialist za ustne in zobne bolezni, za otroke do dopolnjenega 18. leta starosti pa lahko tudi specialist pedontolog.
- (2) Osebni zdravniki pediatri, šolski zdravniki, ginekologi in zobozdravniki imajo pri predpisovanju medicinskih tehničnih pripomočkov pooblastila omejena le na svoje ožje delovno področje, nimajo pa niti pooblastil za ocenjevanje začasne zadržanosti z dela in za napotovanje k izvedenskim organom zdravstvenega zavarovanja ter na invalidsko komisijo.
- (3) Osebni zdravnik lahko v primeru, ko oceni potrebo po zahtevnejši diagnostiki in terapiji, za katero sam ni usposobljen, prenese del svojih pooblastil na ustreznega specialista. Z napotnico pooblasti specialista za pregled in mnenje, za zdravljenje določene bolezni, vključno s predpisovanjem zdravil na recepte in medicinskih tehničnih pripomočkov ali tudi za napotitve k drugim specialistom. Prenos pooblastil je časovno omejen na največ šest mesecev, izjemoma pa na eno leto, v primerih, ko je vnaprej znano, da zdravljenje v tem času ne bo končano. Prenos pooblastila ni možen, če gre za napotitev k specialistu iste stroke, kot je osebni zdravnik.
- (4) Pooblastil iz tretjega odstavka te teze ni mogoče prenašati na zdravnike, ki se ukvarjajo z medicinsko rehabilitacijo v naravnih zdraviliščih, zdravnike v zavodih za javno zdravje ter na izvajalce zasebne

zdravstvene dejavnosti ali na druge izvajalce, ki niso vključeni v mrežo javne zdravstvene dejavnosti v R Sloveniji.

121. teza

/ocenjevanje začasne zadržanosti z dela/

- (1) Osebni izbrani zdravniki imajo pooblastila za ocenjevanje začasne zadržanosti z dela zaradi bolezni in poškodb za prvih 45 koledarskih dni in zaradi nege ter drugih razlogov, opredeljenih v tem zakonu.
- (2) Ob ugotovitvi upravičenosti do zadržanosti z dela je osebni zdravnik dolžan zavarovancu dati navodila o ravnanju, da se bo čim prej sposoben vrniti na delo. Opozoriti ga mora:
 - na njegovo dolžnost glede spoštovanja obveznost predpisanega zdravljenja, prihajanja na kontrole in rehabilitacijo ter drugo zdravstveno obravnavo;
 - kakšna opravila ali dejavnost sme opravljati;
 - da ne sme zapuščati svojega bivališča, razen če je potreben nege, ki mu jo lahko zagotovijo v drugem kraju;
 - da ne sme opravljati nikakršne pridobitne dejavnosti ali del za svoj ali tuj račun;
 - da se mora oglasiti pri službi ZZZ oziroma izvedenskem organu za ocenjevanje začasne zadržanosti z dela, če ga ta povabi na pregled;
 - kdaj mora priti na ponovno oceno zadržanosti z dela oziroma na njeno podaljšanje ali zaključek.
- (3) Navodila za ravnanje zavarovanca med začasno zadržanostjo z dela mora osebni zdravnik posredovati zavarovancu v pisni obliki na posebnem obrazcu, ki ga pripravi ZZZ. Ta navodila mora osebni zdravnik posredovati tudi delodajalcu in nadzornemu organu zdravstvenega zavarovanja, če to zahtevata.
- (4) ZZZ ima pravico in dolžnost, da nadzoruje ravnanje po navodilih zdravnika pri zavarovancih, ki so začasno zadržani z dela. V ta namen lahko njegov nadzorni organ preverja, ali zavarovanci opravljajo kakšno dejavnost, ki je ne bi smeli, ali odpotujejo iz kraja bivališča oziroma kako spoštujejo zdravnikove napotke nasploh. V primeru kršitev zdravnikovih navodil ali v primeru, da zavarovanca dvakrat zapored ne najdejo na naslovu njihovega bivališča, predlagajo izvedenski službi, da ga povabi na osebni pregled in ponovno oceni utemeljenost začasne zadržanosti z dela.
- (5) Nadzor iz četrtega odstavka te teze opravlja nadzorni organ ZZZ tudi za potrebe zavarovalnic, ki opravljajo obvezno pogodbeno zavarovanje, in z njimi sklene o tem posebno pogodbo. S to uredijo način izvajanje nadzora, kritje stroškov in druge medsebojne pravice in obveznosti.
- (6) Pooblastil iz prvega odstavka te teze nimajo osebni ginekologi in zobozdravniki, osebni pediatri pa le, če gre za nego otoka oziroma potrebo po spremstvu otroka.

122. teza

/nestrinjanje delodajalca z oceno osebnega zdravnika o začasni zadržanosti z dela/

- (1) Če se delodajalec ne strinja z oceno začasne zadržanosti z dela, ki jo je podal zavarovančev osebni zdravnik, lahko zahteva oceno od zdravnika izvedenca ZZZ in o tem obvesti tudi zavarovančevega osebnega zdravnika. V tem primeru mora osebni zdravnik posredovati medicinsko dokumentacijo izvedenski službi ZZZ, ki pripravi novo mnenje, ki je podlaga za morebitno uveljavljanje pravic zavarovanca. Če se zavarovanec ali delodajalec tudi s tem mnenjem ne strinjata in zahtevata izdajo odločbe, o pravici odloča ZZZ skladno z določili drugega odstavka 130. in 131. teze tega zakona.
- (2) Postopek iz predhodnega odstavka te teze uredijo zavarovalnice, ki izvajajo obvezno pogodbeno zavarovanje, v zavarovalnih pogojih.

123. teza

/napotitev osebe k zdravniku na sekundarni ravni, sodelovanje med osebnim in prevzemnim zdravnikom/

- (1) Ob napotitvi zavarovane osebe k zdravniku na sekundarni ravni mora osebni zdravnik slednjemu posredovati zbrane podatke in izvide že opravljenih preiskav, ki sodijo v delovno področje zdravnika na primarni ravni. Prevzemni zdravnik lahko zavrne prevzem pooblastil, če mu osebni zdravnik ne posreduje in priloži zbrane dokumentacije o zavarovani osebi, oziroma lahko od njega zahteva njeno dopolnitev oziroma dodatno izvedbo manjkajočih preiskav.
- (2) Prevzemni zdravnik mora po končani obravnavi osebnemu zdravniku zavarovane osebe sporočiti rezultate opravljenih preiskav in svoje mnenje o nadaljevanju zdravljenja.

124. teza

/prevzem pooblastil osebnega zdravnika/

- (1) Pooblastilo osebnega zdravnika zdravniku na sekundarni in terciarni ravni se nanaša na storitve, ki se opravljajo na ambulantni način. Če gre za zahtevnejšo obravnavo, ki je ni mogoče opraviti na ambulantni način, je zavarovana oseba upravičena do bolnišničnega zdravljenja, o čemer odloči prevzemni zdravnik. Ta se lahko odloči za sprejem osebe na bolnišnični oddelek, ali posreduje osebi napotnico za bolnišnično zdravljenje, ki ji priloži izvide osebnega zdravnika in lastne izvide.
- (2) Specialisti v ambulantni in bolnišnični dejavnosti so dolžni sprejeti zavarovane osebe takoj, če gre za nujne zdravstvene storitve. Za obravnave, ki niso nujne, lahko izvajalci na podlagi dogovora z ZZZ in zavarovalnicami, ki izvajajo obvezno pogodbeno zavarovanje, v primeru, da nimajo zadostnih zmogljivosti, uvedejo čakalne dobe oziroma liste.

125. teza

/uveljavljanje pravic na sekundarni ravni/

- (1) Pravico do ambulantnih storitev na sekundarni oziroma terciarni ravni in storitev bolnišničnega zdravljenja uveljavlja zavarovana oseba praviloma v najbližji ambulanti oziroma bolnišnici, ki je usposobljena za zdravljenje njene bolezni ali poškodbe. Če si izbere ambulanto ali bolnišnico, ki ni najbližja, ji obvezno zdravstveno zavarovanje krije stroške prevozne stroške in stroške prevoza z reševalnim vozilom v višini, kot bi znašali do najbližje ambulante oziroma bolnišnice.
- (2) Pravico do prevoza z reševalnim vozilom ali povračila prevoznih stroškov ima zavarovana oseba v primeru, da uveljavlja zahteve po zdravstvenih storitvah v ambulanti ali bolnišnici, ki ni najbližja, če v ambulanti oziroma bolnišnici, ki ni najbližja, ni čakalne dobe za zdravljenje, ki ga potrebuje ali pa je ta občutno krajša kot v najbližji.
- (3) Podrobnejše postopke uveljavljanja pravic zavarovanih oseb na sekundarni in terciarni ravni uredi ZZZ v svojih aktih, zavarovalnice, ki izvajajo obvezno pogodbeno zavarovanje, pa v svojih zavarovalnih pogojih.

126. teza

/uveljavljanje pravic do ambulantne medicinske rehabilitacije/

Pravice do ambulantne medicinske rehabilitacije uresničujejo zavarovane osebe na podlagi delovnega naloga izbranega zdravnika ali po njem pooblaščenega specialista. Ta z delovnim nalogom predpiše vrsto rehabilitacije in njeno trajanje, ter zavarovani osebi določi izvajalca, ki mora biti po pravilu najbližji izvajalec, ki izvaja na tem območju predpisano rehabilitacijo, oziroma izvajalec, ki je najcenejši in ima z ZZZ ter z zavarovalnicami, ki izvajajo obvezno pogodbeno zavarovanje, sklenjeno pogodbo.

127. teza

/uveljavljanje pravic do stacionarne rehabilitacije/

- (1) V primeru potrebe po stacionarni medicinski rehabilitaciji v naravnem zdravilišču mora osebni zdravnik oziroma po njem pooblaščen zdravnik posredovati predlog za takšno rehabilitacijo in medicinsko dokumentacijo zavarovane osebe zdravniku, izvedencu pri ZZZ oziroma izvedenskem organu obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ta ugotovi, ali gre za stanje, pri katerem je pričakovati trajnejše izboljšanje zdravstvenega stanja zavarovane osebe, in poda mnenje o utemeljenosti predloga za medicinsko rehabilitacijo. Pri tem lahko na podlagi razpoložljive dokumentacije ali osebnega pregleda zavarovane osebe odloči o utemeljenosti do stacionarne rehabilitacije, ali pa predlog zavrne.
- (2) Na podlagi odobritve stacionarne rehabilitacije izda zdravnik izvedenec napotnico in zavarovano osebo napoti v zdravilišče, ki je za predpisano rehabilitacijo usposobljeno in je na področju svoje dejavnosti najcenejše. O tem obvesti osebnega zdravnika zavarovane osebe. Če si zavarovana oseba izbere drugo zdravilišče, si mora sama plačati morebitno razliko v ceni med zdraviliščem, v katero jo je napotil zdravnik izvedenec, in zdraviliščem, ki si ga je izbrala.
- (3) Če se zavarovana oseba ne strinja z mnenjem zdravnika izvedenca, lahko zahteva od ZZZ oziroma zavarovalnice, pri kateri ima sklenjeno obvezno pogodbeno zavarovanje, ponovno presojo predloga za stacionarno rehabilitacijo v zdravilišču po drugem izvedencu in izdajo odločbe.

128. teza

/uveljavljanje pravic do zobno protetičnih nadomestkov/

Pred izdelavo zobno-protetičnih nadomestkov mora izbrani zobozdravnik ali po njem pooblaščen specialist posredovati ZZZ oziroma zavarovalnici, ki izvaja obvezno pogodbeno zavarovanje, v potrditev predlog protetične rehabilitacije, skupaj s predračunom. Predračun mora vključevati znesek, ki ga krije obvezno zdravstveno zavarovanje, in znesek, ki ga mora plačati zavarovana oseba sama. Kopijo predračuna mora zobozdravnik istočasno posredovati tudi zavarovani osebi. ZZZ oziroma zavarovalnica, ki izvaja obvezno pogodbeno zavarovanje, krije stroške zobno-protetičnih nadomestkov, za katere njeni nadzorni zobozdravniki ugotovijo, da so v skladu s pravicami in standardi materialov, ki jih določajo predpisi obveznega zdravstvenega zavarovanja.

129. teza

/predpisovanje zdravil na recepte/

- (1) Pravico do zdravil, predpisanih na recept, lahko uveljavlja zavarovana oseba le, če ji jih predpiše njen izbrani zdravnik, zdravnik, ki ga nadomešča, ali po njiju pooblaščen specialist. Drugi zdravniki ji lahko na račun obveznega socialnega zavarovanja predpisujejo zdravila le v primerih nujne medicinske pomoči.
- (2) Zdravnik je dolžan zavarovani osebi predpisati najmanjšo količino zdravila, potrebno za zdravljenje. Ta najmanjša količina predstavlja:
 - pri infekcijskih boleznih in drugih akutnih bolezenskih stanjih: zdravila za največ 10 dni;
 - ob uvedbi novega zdravila, ki ga zavarovana oseba še ni prejela: eno pakiranje zdravila;
 - pri kroničnih boleznih oziroma stanjih, pri katerih je potrebna dolgotrajna uporaba zdravil: njihova količina za 30 dni oziroma za 3 mesece, če skladno z medicinsko doktrino ni prej potreben ponovni pregled zavarovane osebe pri njenem zdravniku in s tem povezana kontrola posledic uporabe zdravila.

130. teza
/elektronsko predpisovanje zdravil/

- (1) Zdravila na recept se predpisujejo z zapisom osebnega oziroma pooblaščenega zdravnika v okviru informacijskega sistema, ki podpira elektronsko predpisovanje zdravil. Z zapisom se določi vrsto zdravila, njegovo uporabo in obdobje, za katero naj ga zavarovana oseba jemlje. Na podlagi kartice zdravstvenega zavarovanja zavarovana oseba lahko prejme zdravilo v katerikoli lekarni.
- (2) Podrobnejše opredelitve o elektronskem predpisovanju zdravil in možnostih njihovega predpisovanja na receptni obrazec določi ZZZ v svojih aktih. V teh tudi določi, kateri zdravstveni delavci smejo predpisovati zdravila na elektronski način, vpisovati podatke o izdanih zdravilih v lekarni oziroma v javnih zdravstvenih zavodih in pri koncesionarjih ter imeti vpogled v podatke o predpisanih in prejetih zdravilih posamezne zavarovane osebe. Lekarne so dolžna zagotoviti, da podatki o izdanih zdravilih ne bodo dosegljivi nepooblaščenim osebam.
- (3) Enak postopek elektronskega predpisovanja zdravil na recept velja tudi za obvezno pogodbeno zavarovanje.

131. teza
/izdaja zdravil in njihova zamenljivost/

- (1) Zdravnik mora pri predpisovanju zdravil izbrati med enako uspešnimi zdravili oziroma med zdravili z enako učinkovino zdravilo, ki je znotraj liste zamenljivih in primerljivih zdravil najcenejše. Če takšno zdravilo za zavarovano osebo ni primerno zaradi preobčutljivosti, nezdružljivosti z drugimi zdravili ali zaradi drugih strokovnih medicinskih razlogov, lahko predpiše tudi drugo, dražje zdravilo. V tem primeru mora na e-receptu označiti, da lekarna predpisanega zdravila ne sme zamenjati z drugim, cenejšim zdravilom.
- (2) Lekarna oziroma farmacevt je dolžan izdati zavarovani osebi zdravilo iz skupine zamenljivih zdravil, katerega cena ne presega najvišje priznane cene zdravil te skupine, tudi če je zdravnik predpisal drugo zdravilo. Predpisano zdravilo, ki bi presegalo ceno najvišje priznane cene skupine zamenljivih zdravil, sme izdati na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja le, če je zdravnik na receptu posebej označil, da zdravila lekarna ne sme zamenjati.
- (3) Če zavarovana oseba zahteva, da ji lekarna izda predpisano zdravilo, ki na listi zamenljivih zdravil ni najcenejše, je dolžna sama kriti razliko v ceni med predpisanim in izdanim ter najcenejšim zamenljivim zdravilom.

132. teza
/uveljavljanje pravic do medicinskih pripomočkov/

- (1) Pooblastilo za predpisovanje medicinskih tehničnih pripomočkov imajo osebni zdravniki, ko gre za pripomočke, potrebne za zdravljenje in nego na domu, pooblastilo za predpisovanje ostalih pripomočkov pa imajo zdravniki na sekundarni in terciarni ravni.
- (2) Zdravniki na sekundarni in terciarni ravni lahko predpisujejo pripomočke iz svojega delovnega področja na podlagi napotnice izbranega zdravnika. Najzahtevnejše medicinske pripomočke lahko predpišejo le na temelju predhodnega mnenja oziroma potrditve izvedenskih organov ZZZ. Ta lahko zahteva za predpis določenih pripomočkov predhodno potrditev naročilnice in predložitve predračuna s strani dobavitelja. Seznam pripomočkov, pri katerih je potrebna predhodna odobritev oziroma potrditev, določi ZZZ.
- (3) Podrobnejše opredelitve glede predpisovanja medicinskih pripomočkov opredeli ZZZ v svojih aktih.

133. teza
/dolžnosti dobaviteljev pripomočkov/

- (1) Pripomočke lahko zavarovane osebe dobijo pri kateremkoli dobavitelju v Sloveniji, ki ima z ZZZ in zavarovalnicami, ki izvajajo obvezno pogodbeno zavarovanje, sklenjeno pogodbo, razen če jim to pravico zagotavlja ZZZ oziroma zavarovalnica, ki izvaja obvezno pogodbeno zavarovanje, z izposojjo. V slednjem primeru lahko dobijo pripomoček pri pooblaščenem izposojevalcu, ki ima z njimi sklenjeno pogodbo.
- (2) Izjemoma lahko zavarovana oseba dvigne predpisani medicinski pripomoček pri dobavitelju v državah Evropske unije, če ta ustreza standardom kvalitete po predpisih ZZZ. V tem primeru ZZZ oziroma zavarovalnica, ki izvaja obvezno pogodbeno zavarovanje, povrne največ znesek, kot bi ga za standarden pripomoček plačala dobaviteljem v Sloveniji. Če si nabavi zavarovana oseba pripomoček v tujini, mora sama uveljavljati morebitno reklamacijo, zahteve po vzdrževanju ter servisiranju pripomočka ali sama kriti te stroške.

134. teza
/uresničevanje pravic do prevozov z reševalnimi vozili/

- (1) Pravico do prevoza z reševalnim avtomobilom ali drugim vozilom uveljavljajo zavarovane osebe na podlagi potrdila osebnega zdravnika o upravičenosti takšnega prevoza. Izjemoma lahko takšno potrdilo izda v primerih nujne medicinske pomoči in prevoza tudi zdravnik v specialistični ali bolnišnični dejavnosti, ki je zavarovano osebo sprejel na zdravljenje.
- (2) Prevoze, ki jih naročijo zavarovane osebe ali njihovi svojci, si morajo plačati sami. Če nadzorni zdravnik ZZZ naknadno oceni, da je bil tak prevoz v skladu s predpisi obveznega zdravstvenega zavarovanja, ima zavarovana oseba pravico do povračila stroškov prevoza.
- (3) Stroške za nujne prevoze z reševalnimi vozili in prevoze otrok, šolarjev in študentov poravnava ZZZ na podlagi potrdila zdravnika o njegovi upravičenosti neposredno izvajalcu, ki je prevoz opravil.

135. teza
/podrobnejša ureditev postopkov uveljavljanja pravic zavarovanih oseb/

- (1) ZZZ v svojih splošnih aktih podrobneje opredeli:
 1. način in postopke izbire osebnega zdravnika, pediatra, ginekologa in zobozdravnika ter njihove zamenjave;
 2. postopke uresničevanja pravic zavarovanih oseb v ambulantni in stacionarni dejavnosti na sekundarni ravni in način prenosa pooblastil osebnih zdravnikov na zdravnike in izvajalce na sekundarni in terciarni ravni;
 3. pozitivno, vmesno in bolnišnično listo zdravil in liste skupin zamenljivih zdravil;
 4. postopke predpisovanja zdravil, možnosti zamenjave zdravil znotraj iste skupine zamenljivih zdravil, obveznega zajema podatkov v okviru elektronskega predpisovanja zdravil, najvišje možne količine zdravil, predpisanih naenkrat pri akutnih in kroničnih boleznih ter glede izdajanja zdravil v lekarnah;
 5. seznam stanj, pri katerih so zavarovane osebe upravičene do medicinskih pripomočkov, njihov seznam, standarde kakovosti in cen, količino, ki jo je možno predpisati, trajnostne dobe pripomočkov in pogoj predhodnega zavarovanja;
 6. postopke uresničevanja pravic do medicinskih pripomočkov na podlagi izposoje;
 7. postopke uresničevanja pravic do medicinske rehabilitacije in seznam stanj, pri katerih je ta strokovno utemeljena na stacionarni način oziroma v naravnih zdraviliščih;
 8. postopke uresničevanja pravic do individualne rehabilitacije pri funkcionalnih okvarah, povezanih z delom;

9. postopke uresničevanja pravic do zobozdravstvenih storitev, standardne materiale in trajnostne dobe zobozdravstvenih storitev in nadomestkov;
 10. postopke in pogoje uresničevanja pravic do ortodontskega zdravljenja;
 11. postopke in pogoje uresničevanja pravic do prevozov z reševalnimi in drugimi vozili;
 12. listine, potrebne za uresničevanje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja;
 13. druge podrobnosti glede postopkov in pogojev uresničevanja pravic in obveznosti iz obveznega socialnega zavarovanja za primer bolezni, obveznega socialnega zavarovanja za poškodbe na delu in bolezni, povezane z delom, ter obveznega pogodbenega zavarovanja.
- (2) K aktom, ki se nanašajo na področja iz 3., 4., 6. in 8. točke prvega odstavka te teze, mora dati soglasje ministrstvo, pristojno za zdravje.
- (3) Akte, ki se nanašajo na področja iz 2., 3., 4., 5., 6., 7., 9., 11. in 13. točke prvega odstavka te teze, mora ZZZ predhodno uskladiti z zavarovalnicami, ki izvajajo obvezno pogodbeno zavarovanje.
- (4) Postopki, opredeljeni v tezah od . do . teze tega zakona veljajo in se uporabljajo pri uresničevanju pravic iz obveznega socialnega zavarovanja za primer bolezni, obveznega socialnega zavarovanja za poškodbe na delu in bolezni, povezane z delom, in obveznega pogodbenega zavarovanja.

VII.1 Postopki uresničevanja pravic, pri katerih je potrebno izvedensko mnenje

136. teza */izvedenska mnenja/*

- (1) Podlaga za uresničevanje določenih pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja po tem zakonu je izvedensko mnenje zdravnikov izvedencev ZZZ. Takšno mnenje je potrebno glede:
- upravičenosti zadržanosti z dela zaradi bolezni, poškodbe ali drugih razlogov, pri katerih ima zavarovanec pravico do nadomestila plače iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja;
 - ustreznosti ocene osebnega zdravnika glede upravičenosti zadržanosti z dela zavarovanca, kadar se z njo ne strinjata zavarovanec ali njegov delodajalec;
 - strokovne utemeljenosti do stacionarne medicinske rehabilitacije v naravnem zdravilišču zaradi bolezni oziroma poškodbe izven dela;
 - opredelitve vsebine in obsega individualne rehabilitacije zavarovancev s funkcionalnimi okvarami, ki so posledica bolezni, povezanih z delom (. teza zakona);
 - napotitve na zdravljenje v tujino;
 - upravičenosti do zahtevnejših medicinskih pripomočkov;
 - potrditev predloga za zobno-protetično rehabilitacijo;
 - upravičenosti do medicinskih pripomočkov pred iztekom njihove trajnostne dobe;
 - drugih strokovnih vprašanj, povezanih s pravicami zavarovanih oseb iz področja obveznega zdravstvenega zavarovanja.
- (2) Podrobnejše opredelitve zadev, pri katerih je potrebno predhodno izvedensko mnenje zdravnikov v primeru bolezni oziroma poškodbe na delu določi ZZZ v dogovoru z zavarovalnicami, ki izvajajo obvezno pogodbeno zavarovanje.
- (3) Opredelitve iz prvega in drugega odstavka veljajo in se uporabljajo tudi v zavarovanju za poškodbe izven dela.

137. teza
/izvedenci/

- (1) Zdravniki izvedenci delujejo kot posamezniki pri ocenjevanju zadev in predlogov osebnih in drugih zdravnikov, zavarovanih oseb in delodajalcev, opredeljenih v prvem odstavku . teze tega zakona.
- (2) V tričlanskem senatu izvedencev delujejo zdravniki izvedenci, kadar ocenjujejo ustreznost izvedenskih mnenj zdravnikov posameznikov, s katerimi se ne strinjajo zavarovane osebe ali njihovi delodajalci, oziroma zahtevajo izdajo odločbe. V senatu ne more sodelovati izvedenec, ki je podal izvedensko mnenje o isti zadevi že kot posameznik.
- (3) Zdravniki izvedenci morajo imeti najmanj 5 let izkušenj pri samostojnem opravljanju zdravniške oziroma zobozdravniške stroke in po možnosti eno od specializacij. Za opravljanje izvedenskega dela morajo imeti tudi interno licenco. Za določen ali nedoločen čas jih imenuje vodstvo ZZZ, pri čemer so lahko pri njem v rednem delovnem ali pogodbenem razmerju ali pa delujejo v okviru posebnega zavoda za izvedensko medicino na področju socialnih zavarovanj. K imenovanju izvedencev morajo dati soglasje tudi zavarovalnice, ki izvajajo obvezno pogodbeno zavarovanje.
- (4) Licenco iz predhodnega odstavka jim, na podlagi predhodnega usposabljanja in preizkusa znanja, podeli ministrstvo, pristojno za zdravje.
- (4) Varianta: Izvedenska opravila za potrebe obveznega socialnega zavarovanja za primer bolezni, obveznega socialnega zavarovanja za poškodbe na delu in bolezni, povezane z delom, ter obvezno pogodbeno zavarovanje opravlja poseben inštitut za izvedensko medicino na področju socialnih zavarovanj, s katerim ZZZ in izvajalci obveznega pogodbenega zavarovanja sklenejo pogodbo in uredijo medsebojne pravice in obveznosti.

138. teza
/postopki pri izvedenskih organih pri ocenjevanju začasne zadržanosti z dela/

- (1) Kadar osebni zdravnik oceni, da bo zavarovanec zadržan z dela več kot 45 dni, mora vsaj 8 koledarskih dni pred iztekom te dobe posredovati izvedenski službi ZZZ predlog za oceno začasne zadržanosti z dela nad 45 dni in priložiti medicinsko dokumentacijo zavarovanca.
- (2) Zdravnik izvedenec lahko pokliče zavarovano osebo na pregled ali poda oceno utemeljenosti do začasne zadržanosti z dela na podlagi razpoložljive medicinske dokumentacije, ki mu jo je posredoval osebni zdravnik zavarovanca. Svoje mnenje posreduje osebnemu zdravniku, ki na tej podlagi podaljša začasno zadržanost z dela ali pa jo zaključi. Mnenje, ki mora vsebovati tudi morebitno trajanje nadaljnje začasne zadržanosti z dela oziroma datum njene ponovne ocene pri zdravniku izvedencu, posreduje le-ta tudi zavarovančevemu delodajalcu.
- (3) Potrdilo, ki ga na podlagi mnenja izvedenca izda osebni zdravnik, je neposredna podlaga za uveljavitev pravice zavarovanca za začasno zadržanost z dela in do nadomestila plače.

139. teza
/ocena začasne zadržanosti z dela, ko se z oceno izvedenca ne strinjata delodajalec ali zavarovanec/

- (1) Če se zavarovanec ali delodajalec na strinjata z mnenjem zdravnika izvedenca, lahko najpozneje v petih dneh po tistem, ko sta bila o tem obveščena, zahtevata od ZZZ izdajo odločbe na I. stopnji. Ta izda odločbo na podlagi mnenja izvedenca posameznika, v kateri pojasni razloge oziroma utemeljitev glede ocene začasne zadržanosti z dela in s tem povezane pravice do nadomestila plače.

- (2) Zavarovanec oziroma njegov delodajalec, ki se z vsebino odločbe na I. stopnji ne strinja, lahko v roku pet dni po prejemu odločbe na I. stopnji zahteva ponovno oceno začasne zadržanosti z dela po senatu izvedencev. Na podlagi tega mnenja in predpisov obveznih zdravstvenih zavarovanj izda ZZZ odločbo na drugi stopnji. Odločba na II. stopnji je v upravnem postopku dokončna.
- (3) Nestrinjanje z mnenjem zdravnika izvedenca oziroma z odločbo na I. ali na II. stopnji, ne zadrži njihovega uresničevanja in ne omogoča zavarovancu pridobitve pravice do začasne zadržanosti z dela in nadomestila plače.
- (4) Mnenje zdravnika izvedenca, senata izvedencev in odločbe na I. in II. stopnji so zavezujoče tudi za osebne zdravnike zavarovancev, ki ne smejo spreminjati ocen o začasni zadržanosti z dela v nasprotju s temi mnenji in odločbami.
- (5) V postopkih pred izvedenci in pri izdajanju odločb se upoštevajo le dejstva, ki so bila znana do trenutka izdajanja mnenj in odločb in ne tudi tista, ki bi utegnila nastopiti pozneje. V takih slučajih gre za nov primer in stanje, pri katerem je potrebno novo ocenjevanje začasne zadržanosti z dela pri osebnem zdravniku.

140. teza

/izvedenski postopki v primeru potrebne individualne rehabilitacije/

- (1) Če je zavarovanec začasno zadržan z dela zaradi funkcionalnih okvar, za katere presodi osebni zdravnik ali zdravnik izvedenec, da so posledica poškodbe na delu ali bolezni, povezane z delom, in da bo zadržanost trajala več kot 12 tednov, ga mora ZZZ najpozneje po 11 tednih odsotnosti z dela napotiti na posebni pregled k zdravniku izvedencu. Ta ga mora pregledati in, če je to strokovno utemeljeno in smiselno in je pričakovati povrnitev delovnih sposobnosti zavarovanca, predpisati ustrezno, po potrebi tudi individualno rehabilitacijo.
- (2) ZZZ je dolžan zavarovancu organizirati in zavarovancu omogočiti predpisano rehabilitacijo v obsegu in trajanju, ki ga je predlagal zdravnik izvedenec.
- (3) Zavarovanec se je dolžan vključiti v rehabilitacijo, ki jo je predlagal zdravnik izvedenec. Če jo odkloni, izgubi pravico do nadomestila plače, o čemer odloči ZZZ z odločbo, in sicer od dneva, ko bi moral začeti z rehabilitacijo, dalje.

141. teza

/individualna rehabilitacija v primeru poškodbe izven dela/

Na enak način, kot določa predhodna teza glede individualne rehabilitacije, morajo ravnati tudi zavarovalnice, ki izvajajo obvezno pogodbeno zavarovanje, in njihovi zavarovanci, ki so zaradi poškodbe izven dela dalj časa zadržani z dela.

142. teza

/ocena začasne zadržanosti z dela zaradi čakanja na zdravstveno obravnavo/

V primeru, da zdravnik izvedenec oceni, da bo zadržanost z dela trajala več kot 12 tednov, pri čemer je poleg zdravstvenega stanja zavarovanca razlog za zadržanost čakanje na preiskave oziroma zdravljenje pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti, mora o tem obvestiti ustrezno službo ZZZ oziroma zavarovalnico, s katero ima zavarovanec sklenjeno obvezno pogodbeno zavarovanje, ki mu mora zagotoviti sprejem na obravnavo v najkrajšem možnem času, ki pa ne sme biti daljši od 14 dni.

143. teza

/izvedenski postopki v drugih primerih/

- (1) V primerih, ko je potrebno mnenje zdravnika izvedenca v zvezi z zdraviliškim zdravljenjem na stacionarni način, zdravljenjem v tujini, v zvezi z zahtevnejšimi medicinskimi pripomočki ali odobritvijo pravice do novega medicinskega pripomočka pred potekom trajnostne dobe ali v drugih primerih, posreduje izvedenskemu organu obveznega zdravstvenega zavarovanja predlog o tem, z ustrezno utemeljitvijo in strokovno obrazložitvijo, osebni zdravnik ali zdravnik, ki je na sekundarni ravni prevzel zavarovano osebo v zdravljenje. K predlogu mora priložiti tudi ustrezno medicinsko dokumentacijo.
- (2) O predlogu poda strokovno izvedensko mnenje zdravnik izvedenec posameznik in z njim seznanjeni predlagatelj ter zavarovano osebo. V primeru pozitivnega mnenja je njegova ocena neposredna podlaga za uresničevanje pravic zavarovane osebe.
- (3) Če se zavarovana oseba z mnenjem zdravnika izvedenca ne strinja, lahko zahteva izdajo odločbe in ponovno strokovno presojo na senatu izvedencev. V tem primeru se zahteva zavarovane osebe obravnava na način, kot je predviden v . tezi tega zakona.

144. teza

/sestava in organizacija izvedenske službe/

Sestavo izvedenskih organov, njihovo organizacijo in razporeditev izvedencev posameznikov ter senatov določijo ZZZ in zavarovalnice, ki izvajajo obvezno pogodbeno zavarovanje.

VII.2 Odločanje o pravicah in obveznostih v obveznem socialnem zavarovanju v upravnem postopku

145. teza

/postopki pri uresničevanju drugih pravic/

- (1) O pravici do nadomestila plače v breme obveznega socialnega zdravstvenega zavarovanja glede upravičenosti, višine, izračuna oziroma izplačila, prijave v obvezno socialno zavarovanje po uradni dolžnosti, pridobitve, spremembe ali izgube lastnosti zavarovane osebe, pravice do proste izbire zdravnika in njegovo določitev, ter drugih zahtev zavarovanih oseb iz obveznega socialnega zavarovanja odloča:
 - na I. stopnji območna enota ZZZ;
 - na II. stopnji direkcija ZZZ.
- (2) V postopkih iz predhodnega odstavka te teze se uporablja zakon o splošnem upravnem postopku, če ni s tem zakonom določeno drugače.
- (3) Določbe predhodnih odstavkov smiselno veljajo tudi za obvezno pogodbeno zavarovanje.

VIII. VIRI OBVEZNEGA SOCIALNEGA ZAVAROVANJA

146. teza

/plačevanje prispevkov za obvezno socialno zavarovanje/

Za uresničevanje pravic iz obveznega socialnega zavarovanja so dolžni plačevati prispevke od osnov in v višini, ki jih določajo ta in drugi zakoni ter predpisi obveznega zdravstvenega zavarovanja, zavarovanci, delodajalci, Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, Zavod za zaposlovanje, Republika Slovenija, občine, samozaposlene osebe in druge osebe, za katere tako določa ta zakon.

147. teza
/prispevki za posamezne pravice/

- (1) Zavezanci, ki jih določa zakon, plačujejo prispevke za:
 - obvezno socialno zavarovanje za primer bolezni;
 - obvezno socialno zavarovanje za poškodbe na delu in bolezni, povezane z delom.
- (2) Prispevna stopnja za obvezno socialno zavarovanje je za zavezance različna glede na to, ali so zavarovani za:
 1. pravice do zdravstvenih storitev, zdravil in medicinskih pripomočkov, nadomestila plač v času začasne zadržanosti z dela ter povračila potnih stroškov;
 2. pravice do zdravstvenih storitev, zdravil in medicinskih pripomočkov ter povračila potnih stroškov;
 3. pravice do nadomestila plač v času zadržanosti z dela.

148. teza
/zavezanci za plačevanje prispevkov za obvezno socialno zavarovanje za primer bolezni/

Za pravice iz prve točke drugega odstavka . teze so dolžni plačevati prispevke za:

1. pravice iz 1. točke:
 - zavarovanci iz 1. točke . teze tega zakona in njihovi delodajalci, razen zavarovancev iz 4. alineje te točke;
 - Republika Slovenija za zavarovance iz 8. in 13. točke . teze tega zakona in sicer prispevek za delodajalce in zavarovance;
 - zavarovanci iz 2., 4. in 12. točke . teze tega zakona in sicer prispevek, določen za delodajalce in zavarovance;
2. pravice iz 2. točke:
 - zavarovanci iz prve alineje 3. točke . teze tega zakona;
 - Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje za zavarovance iz prve alineje 6. točke . teze tega zakona;
 - Republika Slovenija za zavarovance iz 2. alineje 6. točke, iz 7., 9., 14. in 15. točke . teze tega zakona;
3. pravice iz 3. točke:
 - zavarovanci iz 4. alineje 1. točke . teze tega zakona;
 - zavarovanci iz druge alineje 3. točke . teze tega zakona;
 - Zavod za zaposlovanje za zavarovance iz 5. točke . teze tega zakona;
 - zavarovanci iz 10. in 11. točke . teze tega zakona;
 - izplačevalci prejemkov za zavarovance iz tretje alineje 6. točke . teze tega zakona;
 - občine za zavarovance iz 16. točke . teze tega zakona.

149. teza
/zavezanci za plačevanje prispevkov za obvezno socialno zavarovanje za poškodbe na delu in bolezni, povezane z delom/

Prispevke za obvezno socialno zavarovanje za poškodbe na delu in bolezni, povezane z delom, plačujejo za:

1. pravice iz prve točke drugega odstavka . teze:
 - delodajalci za zavarovance iz 1. in 4. točke . teze tega zakona;
 - zavarovanci iz 2. točke . teze tega zakona;
 - Republika Slovenija za zavarovance iz 8. in 13. točke . teze zakona;
 - zavarovanci iz prve alineje 3. točke . teze tega zakona;
2. pravice iz druge točke drugega odstavka . teze:
 - Republika Slovenija za zavarovance iz 12. in 15. točke . teze tega zakona;

- pravne in fizične osebe za osebe, pri katerih so zavarovane osebe iz 1., 2., 3. in 4. točke . teze tega zakona na usposabljanju oziroma delu;
- pravne in fizične osebe za osebe, ki zanje opravljajo delo na podlagi podjemnih, avtorskih in drugih pogodb po 6. točki . teze tega zakona;
- pooblaščenice organizacije oziroma pravne in fizične osebe, ki organizirajo delo za dijake in študente;
- fizične osebe, ki opravljajo dejavnosti kot postranski poklic;
- organizatorji javnih del in posebnih nalog iz . teze za udeležence teh javnih del in nalog, opredeljenih v . tezi tega zakona.

150. teza

/osnove za izračun prispevkov za zavarovance iz 1. in 8. točke . teze tega zakona/

- (1) Zavarovanci iz 1., 3., 4., 6. in 7. alineje 1. točke in zavarovanci iz 8. točke . teze tega zakona plačujejo prispevke od bruto plač, od podjemnih, avtorskih in drugih pogodb, od sejin in nagrad za delo v upravah in nadzornih svetih, od prejemkov za opravljanje funkcij v organih zakonodajne, izvršilne in sodne oblasti v Republiki Sloveniji in v organih lokalne samouprave, od izplačil za nadurno delo in dežurstva, od odpravnin, razen odpravnin ob upokojitvi, ter od nadomestil za čas odsotnosti z dela, skladno z določili zakona o delovnih razmerjih.
- (2) Zavarovanci iz 2. alineje 1. točke . teze plačujejo prispevke od osnove, od katere se po posebnem zakonu plačuje davek.
- (3) Delodajalci plačujejo prispevke od osnov, določenih v prvem in drugem odstavku te teze.

151. teza

/osnove za izračun prispevkov za zavarovance iz 2. in 4. točke ter prve alineje 3. točke . teze tega zakona/

Zavarovanci iz 2. in 4. točke ter prve alineje 3. točke . teze tega zakona plačujejo prispevke od dohodninske osnove oziroma od bruto osnove za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, ki pa ne more biti nižja od povprečne bruto plače enakih ali primerljivih poklicev v javnem sektorju, oziroma od povprečne plače v Republiki Sloveniji v predhodnem koledarskem letu. Pri tem so dolžni plačati prispevek, določen za delodajalce in zavarovance.

152. teza

/osnove za izračun prispevkov za zavarovance iz druge alineje 3. in 11. točke . teze tega zakona/

- (1) Zavarovanci iz druge alineje 3. točke . teze tega zakona plačujejo prispevek od osnove za odmero dohodnine, ki pa ne more biti nižja od 80 % zneska minimalne plače v Republiki Sloveniji v predhodnem koledarskem letu, plačujejo pa le prispevek, določen za zavarovance.
- (2) Zavarovanci iz 11. točke . teze zakona plačujejo prispevke od dohodninske osnove, ki pa ne more biti nižja od 50 % zneska minimalne plače v Republiki Sloveniji v obdobju januar –oktober predhodnega leta. Plačujejo prispevek, določen za zavarovance.

153. teza

/osnove za izračun prispevkov za prejemnike nadomestil/

- (1) Za zavarovance iz 5. točke . teze je osnova za izračun prispevkov znesek nadomestila.
- (2) Prispevek za zavarovance iz prve in druge alineje 6. točke . teze se plačuje od pokojnin, vključno z invalidnino in varstvenim dodatkom, in preživnin po predpisih o preživninskem varstvu kmetov.

- (3) Prispevek za zavarovance iz tretje alineje 6. točke . teze tega zakona se plačuje od zneska, ki ga ti prejema od tujega nosilca pokojninskega zavarovanja.
- (4) Prispevek za zavarovance iz 7. in 9. točke . teze tega zakona se plačuje od osnove, ki jo predstavljajo izplačani prejemki, vključno z dodatki za postrežbo in nego, ki pa ne more biti nižja od 50 % zneska minimalne plače v Republiki Sloveniji v obdobju januar – oktober predhodnega leta.
- (5) Kot osnova za obračun prispevkov se denarne pomoči iz prvega odstavka ter prejemki iz drugega, tretjega in četrtega odstavka te teze 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.
- (6) Za zavarovance iz predhodnih odstavkov se plačuje le prispevek, določen za zavarovance.

154. teza

/osnove za izračun prispevkov, ki jih plačuje Republika Slovenija/

Za zavarovance iz 12., 14. in 15. točke . teze plačuje prispevke Republika Slovenija od osnove, ki jo predstavlja povprečna bruto plača v Republiki Sloveniji v obdobju januar – oktober v predhodnem koledarskem letu.

155. teza

/osnove za izračun prispevkov, ki jih plačujejo občine/

Za zavarovance iz 16. točke . teze plačuje prispevek občina njihovega bivališča od osnove, ki ga predstavlja povprečna bruto plača v Republiki Sloveniji v predhodnem koledarskem letu. Občina plačuje prispevek zavarovanca.

156. teza

/osnove za izračun prispevkov za zavarovance iz 10. točke . teze tega zakona/

Osnova za določitev prispevkov za zavarovance iz 10. točke . teze je minimalna plača v Republiki Sloveniji v obdobju januar – oktober predhodnega koledarskega leta.

157. teza

/osnove za izračun prispevkov od ostalih prejemkov zavarovancev/

- (1) Ne glede na osnove iz predhodnih tez plačujejo zavarovanci prispevke od prejemkov od podjetnih, avtorskih in drugih pogodb, od sejin in nagrad za delo v nadzornih svetih in upravah gospodarskih družb in zavodov, od izplačil za nadurno delo in dežurstva, od odpravnin, razen odpravnin ob upokojitvi, od jubilejnih nagrad, invalidnin in nadomestil po zakonu o pokojninskem in invalidskem zavarovanju, če ti prejemki niso že vključeni v njihovo dohodninsko osnovo. Pri teh zavezancih se obračunava prispevek zavarovanca.
- (2) Prav tako vsi zavarovanci plačujejo prispevke od dohodkov, ustvarjenih od dejavnosti, ki jih opravljajo kot postranski poklic, ter od dobička ali dohodka, ki ga prejmejo kot lastniki podjetij ali družbeniki, a niso zavarovani po 2. točki . teze tega zakona. Ti zavarovanci plačujejo prispevke delodajalca.

158. teza

/osnove za izračun prispevkov za osebe, zavarovane po . tezi zakona/

Zavarovanci iz . teze tega zakona plačujejo prispevek po stopnji, določeni za zavarovance in po stopnji, določeni za delodajalce, iz naslova sočasne zaposlitve oziroma opravljanja dejavnosti v drugi državi članici Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora oziroma Švicarske federacije.

159. teza

/osnove za izračun prispevkov za obvezno socialno zavarovanje za poškodbe na delu in bolezni, povezane z delom/

- (1) Za pravice iz obveznega socialnega zavarovanja za poškodbe na delu in bolezni, povezane z delom, se za zavarovance iz 1., 2., 3., 4., 8. in 12. točke . teze upoštevajo iste osnove, kot so predvidene za prispevek za obvezno socialno zavarovanje za primer bolezni.
- (2) Za zavarovance iz . in . teze tega zakona se višina prispevka določa od osnove, ki jo predstavlja povprečna bruto plača v Republiki Sloveniji in v odvisnosti od trajanje aktivnosti in opravil, med katerimi so zavarovanci izpostavljeni tveganju poškodbe na delu oziroma bolezni, povezane z delom, in oceno tveganja v dejavnosti, ki jo opravljajo.
- (3) Na podlagi usmeritev iz drugega odstavka te teze se ugotovi prispevna stopnja oziroma znesek prispevkov za kritje pravic iz zavarovanja za poškodbe na delu in bolezni, povezane z delom, na dan, mesec ali leto izpostavljenosti in v odvisnosti od narave del, ki jim je zavarovanec izpostavljen.

160. teza

/določitev prispevnih stopenj/

Povprečne prispevne stopnje za obvezno socialno zavarovanje za primer bolezni in za obvezno socialno zavarovanje za poškodbe na delu in bolezni, povezane z delom, predlaga Skupščina ZZZ, sprejme pa jih Državni zbor Republike Slovenije.

161. teza

/diferencirane prispevne stopnje za poškodbe na delu in bolezni, povezane z delom/

- (1) Prispevne stopnje za obvezno socialno zavarovanje za poškodbe na delu in bolezni, povezane z delom, za pravice iz 1. točke . teze so za posamezne delodajalce različne glede na višino tveganj na tem področju pri posameznem delodajalcu oziroma po dejavnosti. Kot podlaga za ugotavljanje višine tveganja se upoštevajo povprečni stroški na zavarovanca pri posameznem delodajalcu za zdravljenje poškodb na delu, bolezni, povezanih z delom, nadomestila plač v času začasne zadržanosti z dela in druge denarne dajatve na račun zavarovanja, glede na povprečje v Republiki Sloveniji ali glede na povprečje v dejavnosti v Republiki Sloveniji.
- (2) Če izdatki za zdravljenje in rehabilitacijo poškodb na delu in bolezni, povezanih z delom, ter nadomestila plač za čas začasne zadržanosti z dela zaradi bolezni pri posameznem zavezancu v dveh zaporednih koledarskih letih zaostajajo za povprečno višino na zavarovanca v Republiki Sloveniji ali v dejavnosti, mu ZZZ za naslednje leto določi nižjo prispevno stopnjo za obvezno socialno zavarovanje za poškodbe na delu in bolezni, povezane z delom. To znižanje lahko doseže do 10 % povprečne prispevne stopnje. Če izkazuje delodajalec na tem področju nižje stroške tudi po izteku naslednjih dveh let, se mu lahko prispevna stopnja zniža za nadaljnjih 5 %.

- (3) ZZZ lahko tudi določi zavezancem, ki so imeli v minulih dveh letih nadpovprečne izdatke za poškodbe na delu in bolezni, povezane z delom, višjo prispevno stopnjo od povprečne za 10 % oziroma še nadaljnjih 5 %, če izkazuje nadpovprečne stroške tudi po izteku naslednjih dveh let.
- (4) Spremembe prispevkov za delodajalce, skladno z opredelitvami iz drugega in tretjega odstavka te teze opravi ZZZ. Podrobnejši način in merila za določanje diferenciranih prispevnih stopenj za poškodbe na delu in bolezni, povezane z delom, določi ZZZ v svojih aktih, pri čemer lahko določi, da se diferencirane prispevne stopnje lahko ugotavljajo tudi po dejavnostih.
- (5) Konkretno višino prispevkov za posamezne zavezance skladno z določili te teze tega zakona določi za posamezno leto Skupščina ZZZ.

162. teza

/obračunavanje, plačilo, izterjava prispevkov/

Glede obračunavanja prispevkov, rokov za plačilo, izterjave prispevkov, vračila preveč plačanih prispevkov, zamudnih obresti, odpisov zaradi neizterljivosti, poroštev, zastaranja in kaznovanja se smiselno uporabljajo določbe zakona, ki ureja plačevanje prispevkov za socialno varnost.

163. teza

/pristojnosti glede nadzora, obračunavanja in plačevanja prispevkov/

- (1) Nadzor nad obračunavanjem in plačevanjem prispevkov ter izterjave neplačanih ali premalo plačanih prispevkov opravlja služba ZZZ.
- (2) Naloge iz prvega odstavka te teze opravljajo inšpektorji ZZZ, ki imajo pooblastila, kot jih določa ta zakon, zakon, ki ureja inšpekcijski nadzor, ter zakon o davčnem postopku. Zavezanci za plačevanja prispevkov so jim dolžni omogočiti vpogled v dokumentacijo, na kateri temelji obračun in plačilo prispevkov.
- (3) Če ZZZ prenese naloge obračunavanja, nadzora in pobiranja ter izterjave prispevkov na drugo službo, mu je ta dolžna posredovati vse podatke o izpolnjevanju obveznosti plačila prispevkov po zavezancih za posamezna obdobja, o obračunanih obveznostih, vplačanih prispevkih, o terjatvah in razlogih, da ti niso bili pobrani.

164. teza

/odlog, odpis ali zmanjšanje prispevkov/

- (1) ZZZ lahko izjemoma dovoli posameznemu zavezancu za plačevanje prispevkov odložitev plačila na poznejši rok, če je za krajši čas nesolventen in predloži garancijo, da bo svoje obveznosti do obveznega zdravstvenega zavarovanja poravnal v dogovorjenem času, ki pa ne more biti daljši od enega leta.
- (2) Prav tako lahko na zahtevo posameznega zavezanca ZZZ zmanjša ali odloži plačilo prispevka za določeno obdobje, če jih zavezanec ne more poravnati, ker ni ustvaril dohodka ali je imel nepredvidene stroške, zaradi naravnih nesreč, epidemije ali dolgotrajnejše bolezni zavezanca ali njegovih zaposlenih ali iz drugih objektivnih razlogov. ZZZ ne sme zmanjšati ali odpisati prispevkov zavezancem, ki so za škodo, ki naj bi upravičevala njihovo nesposobnost plačevanja prispevkov, že prejeli pomoč od države ali od koga drugega.
- (3) Če se zmanjšajo ali odložijo prispevki zavezancu na podlagi zakona oziroma s sklepom Vlade, je prispevke namesto zavezanca dolžan plačati proračun Republike Slovenije.

- (4) Podrobnejša merila in pogoje, pod katerimi se določenim zavezancem za plačilo prispevka za obvezno socialno zavarovanje prispevek lahko zmanjša ali odloži, določi ZZZ. K aktu, ki določa možnost zmanjšanja ali odpisa prispevka, mora dati soglasje Vlada R Slovenije.

IX. IZRAVNALNA SHEMA OBVEZNEGA POGODBENEGA ZAVAROVANJA

165. teza

/splošne določbe o izravnalni shemi obveznega pogodbenega zavarovanja/

- (1) Zavarovalnice, ki izvajajo obvezno pogodbeno zavarovanje, so vključene v izravnalno shemo obveznega pogodbenega zavarovanja, s katero se med njimi izravnavajo razlike v stroških zdravstvenih storitev, zdravil in medicinskih pripomočkov ter nadomestil (v nadaljevanju: stroški zdravstvenih storitev), ki izhajajo iz različnih struktur zavarovancev posameznih zavarovalnic glede na starost in spol (v nadaljevanju: strukturna izravnava), in razlike v priznanih fiksnih stroških izvajanja obveznega pogodbenega zavarovanja (v nadaljevanju: obratovalna izravnava).
- (2) Stroški zdravstvenih storitev vključujejo zneske obračunanih škod iz naslova kritja obveznega pogodbenega zavarovanja ter zneske cenilnih stroškov.
- (3) Znesek za izravnavo zavarovalnice se izračuna tako, da se znesku za strukturno izravnavo zavarovalnice iz . teze prišteje znesek za obratovalno izravnavo zavarovalnice iz . teze.
- (4) Zavarovalnice, ki izvajajo obvezno pogodbeno 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 obvezno pogodbeno zavarovanje, za dobo prvih dvanajst mesecev poslovanja na področju obveznega pogodbenega zavarovanja.
- (5) Število zavarovancev obveznega pogodbenega 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 obveznega pogodbenega zavarovanja.
- (6) 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 95 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.
- (7) Starost zavarovanca obveznega pogodbenega zavarovanja se šteje kot starost, dosežena v koledarskem letu.
- (8) Obdobje izravnave je obdobje treh zaporednih koledarskih mesecev. Prvo obdobje izravnave v koledarskem letu se začne s prvim dnem koledarskega leta.
- (9) Referenčno obdobje izravnave je zadnje zaključeno obdobje izravnave, za katero zavarovalnica poroča v poročilu o izvajanju obveznega pogodbenega zavarovanja v obdobju izravnave. Predhodno obdobje izravnave je obdobje izravnave, ki se je zaključilo pred referenčnim obdobjem izravnave.

166. teza

/izračun zneskov za obratovalno izravnavo/

- (1) Znesek za obratovalno izravnavo zavarovalnice je enak razliki med zneskom priznanih fiksnih stroškov zavarovalnice in zmnožkom vsote priznanih fiksnih stroškov vseh zavarovalnic ter količnika med številom zavarovancev zavarovalnice in številom vseh zavarovancev obveznega pogodbenega zavarovanja.

- (2) Znesek priznanih fiksnih stroškov zavarovalnice je enak najnižjemu od naslednjih zneskov:
 1. fiksni stroški zavarovalnice, kot jih je zavarovalnica posredovala v poročilu o izvajanju obveznega pogodbenega zavarovanja za obdobje izravnave iz . teze;
 2. najvišji priznani fiksn strošek zavarovalnice za obdobje izravnave iz . teze tega zakona in
 3. vsota razlike med obračunanimi zavarovalnimi premijami zavarovalnice in zneskom obračunanih škod zavarovalnice za obdobje izravnave ter zneska za strukturno izravnavo zavarovalnice za obdobje izravnave.
- (3) Fiksni stroški zavarovalnice so najmanjši potrebni stroški, ki so povezani z delovanjem zavarovalnice v sistemskem okolju obveznega pogodbenega zdravstvenega zavarovanja v Republiki Sloveniji.

167. teza

/izračun zneskov za strukturno izravnavo/

- (1) Izhodiščni znesek za strukturno izravnavo se za zavarovalnico izračuna kot razlika med zneskom stroškov zdravstvenih storitev, zdravil in medicinskih pripomočkov ter nadomestil obveznega pogodbenega zavarovanja te zavarovalnice in standardiziranim zneskom teh stroškov pri zavarovalnici. Če je prvi znesek stroškov manjši od drugega, je zavarovalnica plačnica v strukturni izravnavi, sicer je zavarovalnica prejemnica v strukturni izravnavi.
- (2) Znesek za strukturno izravnavo se za zavarovalnico izračuna tako, da se njen izhodiščni znesek za strukturno izravnavo ohrani oziroma sorazmerno zniža na način, da sta tako vsota zneskov za strukturno izravnavo plačnic kot tudi vsota zneskov za strukturno izravnavo prejemnic enaki manjši od vsote izhodiščnih zneskov za strukturno izravnavo prejemnic in vsote izhodiščnih zneskov za strukturno izravnavo plačnic.
- (3) Znesek stroškov zdravstvenih storitev, zdravil in medicinskih pripomočkov ter nadomestil obveznega pogodbenega zavarovanja zavarovalnice je vsota zneskov teh stroškov iz naslova kritja tega zavarovanja, obračunanih do vključno zadnjega dne meseca po zaključku obdobja izravnave.
- (4) Če je seštevek zneskov za strukturno izravnavo, ki jih morajo plačati zavarovalnice plačnice v strukturni izravnavi, manjši od enega in pol odstotka zneskov kosmatih obračunanih škod, povečanih za zneske cenilnih stroškov, se znesek za strukturno izravnavo zavarovalnice prenese v naslednje obdobje izravnave, za referenčno obdobje izravnave pa je znesek za strukturno izravnavo vsake zavarovalnice enak nič.
- (5) Standardizirani znesek stroškov zdravstvenih storitev obveznega pogodbenega zavarovanja zavarovalnice je vsota standardiziranih zneskov stroškov po starostnih razredih v zavarovalnici. Standardizirani znesek stroškov zdravstvenih storitev obveznega pogodbenega 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 obveznega pogodbenega zavarovanja tega starostnega razreda v vseh zavarovalnicah, ki izvajajo to zavarovanje in so udeležene pri izračunih zneskov za izravnavo, in
 3. količnika števila zavarovancev obveznega pogodbenega zavarovanja v zavarovalnici in števila vseh zavarovancev obveznega pogodbenega zavarovanja v vseh zavarovalnicah, ki izvajajo obvezno pogodbeno zavarovanje in so udeležene pri izračunih zneskov za izravnavo.
- (6) Povprečni znesek stroškov zdravstvenih storitev na zavarovanca pri zavarovalnici v starostnem razredu iz 1. točke predhodnega odstavka se določi tako, da se vsota vseh zneskov stroškov zdravstvenih storitev,

zdravil in medicinskih pripomočkov pri zavarovalnici v starostnem razredu deli s številom zavarovancev pri zavarovalnici v istem starostnem razredu.

*168. teza
/postopek izravnave/*

- (1) O izravnavi odloča ministrstvo, pristojno za zdravje, po postopku, ki ureja splošni upravni postopek, razen, ko je s tem zakonom določeno drugače.
- (2) Izravnave razlik se opravijo za vsako obdobje izravnave. Za izračun izravnave 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 obveznega pogodbenega zavarovanja v preteklem obdobju izravnave.
- (3) Ministrstvo, pristojno za zdravje, mora po prejemu poročil iz predhodnega odstavka v 8 dneh ta poročila dostaviti vsaki zavarovalnici. Posamezna zavarovalnica se lahko v 8 dneh od dneva prejema poročil o teh poročilih pisno izjavi. Če se zavarovalnica pri tem 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.
- (4) Ministrstvo, pristojno za zdravje, o izravnavi odloči brez naroka z odločbo o izravnavi najpozneje v 15 dneh po poteku rokov iz predhodnega 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.
- (5) 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.
- (6) Za čas od poteka obdobja za izravnavo do izdaje odločbe o izravnavi tečejo obresti v višini EURIBOR letne obrestne mere, povečane za 1 odstotno točko. O obveznosti plačila obresti odloči ministrstvo, pristojno za zdravje, z odločbo o izravnavi.
- (7) Ne glede na tretji odstavek te teze 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 pripombe k poročilom tudi ustno na obravnavi.
- (8) Zavarovalnica države članice Evropske unije, ki deluje v okviru Evropske unije in je v skladu z zakonom o zavarovalništvu pooblaščen opravljanje zavarovalne posle na območju Republike Slovenije bodisi preko podružnice ali neposredno, je dolžna za čas opravljanja poslov obveznega pogodbenega 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.
- (9) Podrobnejša navodila o vsebini poročila določi minister, pristojen za zdravje.
- (10) Najvišji priznani fiksni strošek zavarovalnice za obdobje izravnave, ki velja v naslednjem koledarskem letu, do 30. novembra v tekočem koledarskem letu določi minister, pristojen za zdravje, v sodelovanju s Slovenskim zavarovalnim združenjem g.i.z.

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

169. teza

/možnost pritožbe, odprava, sprememba odločbe ministrstva o izravnavi/

- (1) Zoper odločbo ministrstva, pristojnega za zdravje, iz predhodne teze, ni dovoljena pritožba, temveč je dovoljen upravni spor.
- (2) Postopek v upravnem sporu iz predhodnega odstavka je nujen in prednosten.
- (3) 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 predhodnega 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.

170. teza

/sprememba zavarovalnih pogojev, nadzor Agencije za zavarovalni nadzor/

- (1) Spremembe zavarovalnih pogojev za obvezno pogodbeno zavarovanje pri posamezni zavarovalnici so možne le v okviru določil tega zakona. Zavarovalnica, ki izvaja obvezno pogodbeno zavarovanje, mora Agencijo za zavarovalni nadzor seznaniti z novimi ali spremenjenimi zavarovalnimi pogoji tega zavarovanja 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.
- (2) Če Agencija za zavarovalni nadzor ugotovi, da zavarovalni pogoji niso v skladu s tem zakonom, lahko izreče dodatni ukrep v skladu z določbami zakona o zavarovalništvu, pri čemer se lahko prepoved sklepanja novih zavarovalnih pogodb nanaša samo na obvezno pogodbeno zavarovanje.
- (3) 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 obvezno pogodbeno zavarovanje, in so v zvezi s tem zavarovanjem.
- (4) Zavarovalnice, ki izvajajo obvezno pogodbeno zavarovanje, morajo zbirati in hraniti vse podatke o izvajanju obveznega pogodbenega zavarovanja za najmanj deset let. Na zahtevo Agencije za zavarovalni nadzor ji morajo posredovati podatke, ki omogočajo kontrolo posredovanih predpisanih poročil iz . teze tega zakona.
- (5) ZZZ mora na zahtevo Agencije za zavarovalni nadzor omogočiti vpogled v podatke, ki skupaj s podatki iz četrtega odstavka te teze omogočajo kontrolo izračuna zneska za izravnavo.

X. POVRNITEV ŠKODE NOSILCEM OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

171. teza

/pravica ZZZ in zavarovalnic, ki izvajajo obvezno pogodbeno zavarovanje, da zahtevajo povrnitev škode/

- (1) ZZZ ima pravico zahtevati povrnitev povzročene škode od tistega, ki je namenoma ali iz malomarnosti povzročil bolezen, poškodbo ali smrt zavarovane osebe in s tem povezane stroške obveznemu socialnemu zavarovanju za primer bolezni.
- (2) Za škodo, ki jo povzroči delavec v primerih iz predhodnega odstavka te teze na delu ali v zvezi z delom, je odgovoren delodajalec. Povrnitev povzročene škode iz predhodnega odstavka ima ZZZ pravico zahtevati tudi od delavca, če je povzročil bolezen, poškodbo ali smrt zavarovane osebe s kaznivim dejanjem.
- (3) Pravico zahtevati povrnitve škode, kot jo določata prvi in drugi odstavek te teze, imajo tudi zavarovalnice, ki izvajajo obvezno pogodbeno zavarovanje, če je prišlo do škode v okviru pravic, ki jih krije obvezno pogodbeno zavarovanje.

172. teza

/zahteva po povrnitvi škode od delodajalca/

- (1) ZZZ je dolžan zahtevati, da povzročeno škodo povrne delodajalec, če je bolezen, poškodba ali smrt zavarovane osebe posledica tega, ker niso bili izvedeni ustrezni ukrepi s področja varnosti in zdravja pri delu ali drugi ukrepi, predpisani ali odrejeni za varnost ljudi. ZZZ 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.
- (2) ZZZ ima tudi pravico od delodajalca zahtevati, da povrne povzročeno škodo za osebo, s katero ni sklenil pogodbe o zaposlitvi in je ni prijavil v obvezno socialno zavarovanje, pa se je pri njem poškodovala pri opravljanju dela.

173. teza

/povrnitev škode, ker delodajalec oziroma drug zavezanec ni posredoval podatkov o zavarovanju/

- (1) ZZZ ima pravico zahtevati, da mu povzročeno škodo povrne delodajalec, če je škoda nastala zato, ker mu ta ni posredoval podatkov ali mu je posredoval neresnične podatke o dejstvih, od katerih so odvisna upravičenja iz obveznega socialnega zavarovanja.
- (2) ZZZ ima pravico zahtevati, da povzročeno škodo povrne zavarovana oseba, ki je sama dolžna posredovati podatke za obvezno socialno zavarovanje, če je škoda nastala zato, ker zavarovana oseba ni posredovala podatkov, ali je posredovala neresnične.

174. teza

/povrnitev škode od izvajalca zdravstvenih storitev oziroma od delavcev ZZZ/

- (1) ZZZ ima dolžnost zahtevati, da povrne škodo tudi zdravstveni zavod, zdravstveni delavec, koncesionar, lekarna, dobavitelj medicinskih, tehničnih pripomočkov ali drug pogodbeni partner, če je:
 - neupravičeno omogočil zavarovani osebi uveljavljanje pravic iz obveznega socialnega zavarovanja, do katerih ni upravičena;

- z opustitvijo strokovnih, tehničnih, varnostnih in drugih predpisov ter standardov povzročil škodo zavarovani osebi in je zaradi tega prišlo do poslabšanja njenega zdravja, do poškodbe oziroma invalidnosti in povečanja stroškov obveznega socialnega zavarovanja;
 - neupravičeno ZZZ zaračunal storitve, ki niso bile opravljene, so bile napačno obračunane oziroma niso bile ustrezne kvalitete.
- (2) ZZZ ima dolžnost zahtevati povrnitev škode tudi od svojih delavcev, ki bi omogočili posameznemu delodajalcu ali zavarovani osebi uveljavljanje pravic iz obveznega socialnega zavarovanja, do katerih ne bi bila upravičena.

175. teza

/uporaba zakona o obligacijskih razmerjih/

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

176. teza

/kaj se všteva v odškodnino/

Odškodnina, ki jo ima ZZZ pravico zahtevati v primerih iz ., ., . in . teze tega zakona, vsebuje stroške za zdravstvene storitve, zdravila, medicinske pripomočke ter denarne prejeme in povračila potnih stroškov, ki jih na račun obveznega socialnega zavarovanja za primer poškodbe na delu in bolezni, povezane z delom, uveljavil zavarovanec.

177. teza

/zahteva po vrnitvi denarnega zneska, do katerega oseba ni bila upravičena/

Delodajalec oziroma zavarovana oseba, ki ji je bil na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja izplačan denarni znesek, do katerega ni imela pravice, mora vrniti prejeti znesek v skladu z določili zakona o obligacijskih razmerjih. Terjatve iz predhodnega stavka zastarajo v petih letih od izplačila posamičnega zneska.

XI. ZAGOTAVLJANJE PODATKOV ZA IZVAJANJE OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

178. teza

/omogočanje dostopnosti do podatkov/

Upravljavci zbirk osebnih in drugih podatkov, ki razpolagajo s podatki, ki se nanašajo na uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja, so dolžni ZZZ in zavarovalnicam, ki izvajajo obvezno pogodbeno zavarovanje, na njihovo zahtevo brezplačno posredovati zahtevane podatke, potrebne za povrnitev škode in za nadzor nad uresničevanjem pravic in obveznosti iz tega zavarovanja.

179. teza

/brezplačen dostop do podatkov za uresničevanje obveznega zavarovanja/

- (1) Delodajalci, pravne in fizične osebe, zdravstveni in socialno – varstveni zavodi, zavarovalnice ter organizacije in zasebniki, ki opravljajo zdravstveno dejavnost oziroma dejavnost, ki se financira iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, ter državni organi, so dolžni ZZZ in zavarovalnicam, ki izvajajo obvezno pogodbeno zavarovanje, posredovati vse podatke za uresničevanje obveznega zdravstvenega

zavarovanja, za uresničevanje pravic in obveznosti zavarovanih oseb oziroma zavarovancev, ter za postopke za povrnitev škode. Pri tem so jim dolžni te podatke posredovati brezplačno.

- (2) Pravne in fizične osebe iz predhodnega odstavka te teze in iz . teze so dolžne posredovati ZZZ oziroma zavarovalnicam, ki izvajajo obvezno pogodbeno tavarovanje, tudi osebne podatke, če so ti potrebni zaradi zahteve po povrnitvi škode, zaradi suma na neupravičeno uveljavljanje pravic v nasprotju z zakonom.

180. teza

/pravica do pridobitve podatkov iz centralnega registra prebivalstva/

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

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

181. teza

/zbirke podatkov na področju obveznega socialnega zdravstvenega zavarovanja/

- (1) ZZZ vodi zbirke naslednje zbirke podatkov na področju obveznega zdravstvenega zavarovanja:
- evidenca o zavarovanih osebah obveznega zdravstvenega zavarovanja;
 - evidenca o zavezancih za prispevek;
 - evidenca o pogodbenih izvajalcih zdravstvene dejavnosti.
- (2) O zavarovanih osebah se v evidencah vodijo naslednji podatki:
- osebno ime;
 - identifikacijska številka (ZZZS številka);
 - številka kartice zdravstvenega zavarovanja;
 - EMŠO;
 - stalno oziroma začasno prebivališče;
 - dovoljenje za stalno ali začasno prebivanje;
 - datum smrti;
 - državljanstvo;
 - poklic, ki ga opravlja;
 - številka delovnega dovoljenja in datum poteka veljave delovnega dovoljenja;
 - podatki o zavarovanju;
 - 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 obravnavah pred imenovanim zdravnikom ZZZ oziroma zdravstveno komisijo;

- podatki o opravljenih zdravstvenih storitvah;
 - podatki o poškodbah po tretji osebi;
 - podatki o denarnih dajatvah;
 - podatki o predpisanih medicinskih pripomočkih in prejetih medicinskih pripomočkih;
 - podatki o predpisanih zdravilih na recept in izdanih zdravilih na recept;
 - podatki o zdravstvenem stanju, vključno z diagnozo;
 - podatki o začasni zadržanosti od dela.
- (3) O zavezancih za prispevek se v evidencah vodijo naslednji podatki:
- identifikacijska številka (ZZZS številka);
 - davčna številka;
 - registrska številka;
 - 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 boleznih, povezanih z delom.
- (4) O izvajalcih zdravstvene dejavnosti se v evidencah vodijo naslednji podatki:
- identifikacijska številka (ZZZS številka);
 - davčna številka;
 - šifra izvajalca;
 - naziv izvajalca (polni in skrajšani);
 - naslov izvajalca;
 - tip izvajalca;
 - oznaka pravnega statusa (javni, zasebni);
 - šifra in naziv zdravstvene dejavnosti;
 - datum začetka oziroma prenehanja poslovanja;
 - številka poslovnega računa;
 - podatki o pogodbi, sklenjeni z izvajalcem;
 - imetnik profesionalne kartice;
 - seznam zdravnikov pri izvajalcu;
 - za zasebne izvajalce še osebno ime ter EMŠO in podatki o koncesiji;
 - matična številka iz Poslovnega registra Slovenije;
 - poklicna kvalifikacija zdravstvenega delavca pri izvajalcu;
 - elektronska pošta in telefon zdravstvenega delavca pri izvajalcu.
- (5) ZZZ je dolžan na zahtevo občin in drugih zavezancev za prispevek posredovati podatke iz evidence o zavarovanih osebah obveznega zdravstvenega zavarovanja.

XII. UREJANJE ODNOSOV MED NOSILCI OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA IN IZVAJALCI JAVNE ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

182. teza

/način urejanja odnosov med ZZZ, zavarovalnicami in izvajalci zdravstvenih storitev/

- (1) Urejanje odnosov med ZZZ in zavarovalnicami, ki izvajajo obvezno pogodbeno zavarovanje, ter izvajalci javne zdravstvene dejavnosti in drugimi pravnimi in zasebnimi osebami, ki opravljajo dejavnost za potrebe obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju: partnerji), temelji na njihovih medsebojnih pogajanjih in usklajevanjih, ki potekajo v okviru razpoložljivih sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja na način in po postopku, ki ga določa ta zakon.
- (2) V pogajanjih iz prvega odstavka te teze nastopajo:
 - ZZZ in zavarovalnice, ki izvajajo obvezno pogodbeno zavarovanje v vlogi naročnika in plačnika storitev, ki zastopajo interese zavarovanih oseb, zavezancev za plačevanje prispevkov, zavarovalcev in zavarovancev, ter v njihovem imenu in namesto njih poravnajo izvajalcem in drugim partnerjem račune za opravljene storitve iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju: predstavniki plačnikov);
 - predstavniki združenj in organizacij, ki izvajajo zdravstveno dejavnost za obvezno zdravstveno zavarovane osebe, ter dobavitelji zdravil in medicinskih pripomočkov (v nadaljevanju: predstavniki izvajalcev).
- (3) V pogajanjih iz prvega odstavka te teze so predstavniki plačnikov ter predstavniki izvajalcev enakopravni, njihove odločitve pa morajo temeljiti na izhodiščih, ki jih določajo za posamezno obdobje planski dokumenti oziroma Vlada Republike Slovenije.

183. teza

/Akcijski načrt kot podlaga za pogajanja med partnerji/

- (1) Pogajanja iz . teze se začnejo na podlagi Akcijskega načrta za sklepanje dogovorov in pogodb med predstavniki plačnikov in predstavniki izvajalcev (v nadaljevanju: Akcijski načrt), ki temelji na opredelitvah iz Strateškega razvojnega načrta zdravstvenega varstva Republike Slovenije, kratkoročnem izvedbenem načrtu, makroekonomskih izhodiščih za gospodarski in socialni razvoj države ter drugih okvirih za razvoj zdravstvenega sistema.
- (2) Akcijski načrt iz predhodnega odstavka te teze določi ministrstvo, pristojno za zdravje, in sicer najpozneje do konca meseca oktobra pred začetkom leta, ko se začne obdobje, za katerega se bodo partnerji pogajali.
- (3) Akcijski načrt temelji na usmeritvah iz Strateškega razvojnega načrta, njihovi konkretniji opredelitvi za obdobje, za katero se partnerji pogajajo, in na makroekonomskih izhodiščih glede razvoja in financiranja zdravstvenega varstva v tem obdobju. Akcijski načrt podrobno določa:
 - okvirne možnosti in usmeritve glede razpoložljivih finančnih sredstev za financiranje obveznega socialnega zavarovanja in obveznega pogodbenega zavarovanja;
 - okvirnega obsega in vrste storitev po programih ter po ravneh in vrstah zdravstvenih dejavnosti;
 - konkretne cilje in naloge na področju zdravstvenega varstva in zavarovanja, ki jih morajo partnerji doseči v načrtovanem obdobju, in sicer glede doseganja boljšega zdravja, dostopnosti do zdravstvenih storitev, njihove kakovosti ter racionalnosti izvajanja programov zdravstvenega varstva;
 - ukrepe in dinamiko zmanjševanja razlik v dostopnosti do zdravstvenih storitev med območji države;
 - ukrepe postopnega preusmerjanja in razvoja zdravstvenih zmogljivosti, kot jih določa Strateški razvojni načrt zdravstvenega varstva Republike Slovenije, dinamiko njihovega prestrukturiranja in s tem povezane okvire za določanje normativov in standardov;

- makroekonomska izhodišča in predvidevanja države glede financiranja zdravstvenega varstva ter meril za določanje vrednosti programov;
 - podlage oziroma okvire, v katerih lahko partnerji določajo cene zdravstvenih storitev, zdravil in lekarniških storitev ter medicinskih pripomočkov;
 - načela in usmeritve za stimulacijo partnerjev za doseganje čim večje uspešnosti in učinkovitosti pri izvajanju programov zdravstvenih storitev.
- (4) Akcijski načrt določa tudi aktivnosti in roke za sklenitev dogovorov in pogodb med predstavniki plačnikov ter izvajalci javne zdravstvene dejavnosti. Vsebuje tudi ukrepe ministrstva, pristojnega za zdravje, v primeru, da partnerji ne bi ravnali skladno z opredelitvami iz Akcijskega načrta.

184. teza

/vrste dogovorov in njihovi finančni okviri/

- (1) Na podlagi Akcijskega načrta sklenejo predstavniki plačnikov:
1. dogovor o programu zdravstvenih storitev s predstavniki izvajalcev javne zdravstvene dejavnosti na vseh ravneh te dejavnosti;
 2. dogovor o programu oskrbe z zdravili s predstavniki izvajalcev zdravstvenih storitev, lekarnami in proizvajalci oziroma dobavitelji zdravil;
 3. dogovor o programu oskrbe z medicinskimi pripomočki s predstavniki izvajalcev javne zdravstvene dejavnosti in s proizvajalci in dobavitelji medicinskih pripomočkov.
- (2) Pred začetkom pogajanj posredujejo predstavniki plačnikov izvajalcem finančne okvire za izvedbo Akcijskega načrta in za pogajanja po področjih dogovorov iz prvega odstavka te teze oziroma po ožjih področjih in predloge usmeritev ter rešitev, ki vplivajo na medsebojne obveznosti oziroma predstavljajo interes zavarovanih oseb ter delodajalcev.

185. teza

/partnerji po posameznih dogovorih/

- (1) Partnerje iz drugega odstavka . teze zastopajo v pogajanjih njihove pogajalske skupine, ki jih določajo njihovi organi upravljanja. Pogajalske skupine so v odnosu do ostalih partnerjev pri svojih odločitvah avtonomne in enakopravne. Organizacije in skupnosti, ki določajo posamezne pogajalske skupine, imajo pravico in dolžnost skupini dajati usmeritve in mandat za pogajanja, pomagati s podatki in informacijami ter pri iskanju sprejemljivih rešitev. Prav tako si delijo odgovornost za pravočasno in vsebinsko ustrezno sklenitev dogovora in pogodb in za uresničevanje dogovorjenih programov.
- (2) Partnerji oziroma pogajalske skupine za sklenitev:
- dogovora o programu zdravstvenih storitev so predstavniki plačnikov, združenja zdravstvenih zavodov in zbornic s področja zdravstvenih dejavnosti, združenja naravnih zdravilišč ter skupnosti socialnih zavodov;
 - dogovora o programu oskrbe z zdravili so predstavniki plačnikov, predstavniki združenja zdravstvenih zavodov ter lekarn oziroma dobaviteljev zdravil;
 - dogovora o oskrbi z medicinskimi pripomočki so predstavniki plačnikov, predstavniki lekarn ter dobaviteljev oziroma proizvajalcev medicinskih pripomočkov.
- (3) Za sestavo in število predstavnikov izvajalcev v pogajalskih skupinah se dogovorijo njihova združenja oziroma organizacije, ki predstavnike tudi imenujejo.
- (4) Pogajalsko skupino ZZZ določi Skupščina ZZZ. V tej skupini je najmanj po eden član predstavnik zavarovancev in delodajalcev, ki je član Skupščine ZZZ.

- (5) V pogajalski skupini plačnikov je vsaj en predstavnik zavarovalnic, ki izvajajo obvezno pogodbeno zavarovanje.

186. teza

/vsebina dogovora o programu zdravstvenih storitev/

- (1) Na podlagi Akcijskega načrta iz . teze predstavniki plačnikov ter partnerji iz 1. alineje drugega odstavka . teze dogovorijo:
- vsebino in konkreten obseg programov zdravstvenih storitev, njihovo strukturo po preventivnih storitvah, storitvah krepitve zdravja, presejalnih testih, programih zdravljenja in rehabilitacije ter njihovo razporeditev po območjih ZZZ glede na število, strukturo zavarovanih oseb in geografske pogoje posameznih območij;
 - kadrovske in druge zmogljivosti, potrebne za izvajanje programov, za zagotavljanje nujne medicinske pomoči in dežurstva ter merila storilnosti izvajalcev po dejavnostih in možnosti njihovega odstopanja po območjih in posameznih izvajalcih;
 - okvirne vrednosti elementov za vrednotenje programov izvajalcev in določanje cen storitev;
 - finančne vrednosti programov storitev po dejavnostih, za preventivne programe, za programe krepitve zdravja, presejalne teste, zdravljenje in rehabilitacijo in po območnih enotah ZZZ;
 - merila uspešnosti izvajalcev, njihove učinkovitosti pri uresničevanju programov, ki vključujejo tudi porabo zdravil, medicinskih pripomočkov in drugih stroškov ter merila kakovosti;
 - merila za stimuliranje izvajalcev zdravstvenih storitev za doseganje čim boljših rezultatov pri izvajanju programov;
 - roke in način plačevanja programov in storitev;
 - ukrepe v primeru nespoštovanja predpisov oziroma medsebojno dogovorjenih obveznosti in pravic;
 - druge medsebojne pravice in obveznosti pri izvajanju programov.
- (2) Program terciarne zdravstvene dejavnosti, ki ga opredelijo partnerji, mora vsebovati tudi načrt najzahtevnejših zdravstvenih storitev, ki se opravljajo na tej ravni, in ločeno program in obseg dejavnosti v zvezi z nalogami, ki se nanašajo na določanje doktrine in kliničnih smernic, prenašanje novosti na druge izvajalce ter na strokovni nadzor.
- (3) O zadevah iz prvega odstavka te teze sprejmejo partnerji Dogovor o programu zdravstvenih storitev (v nadaljevanju: Dogovor o zdravstvenih storitvah) za določeno obdobje, ki pa ne more biti krajše od dveh let.

187. teza

/vsebina dogovorov o zdravilih in medicinskih pripomočkih/

Partnerji iz 2. in 3. alineje drugega odstavka . teze sklenejo s predstavniki plačnikov Dogovor o oskrbi z zdravili in Dogovor o oskrbi z medicinskimi pripomočki, s katerimi uredijo medsebojne pravice in obveznosti v zvezi s preskrbo z zdravili in medicinskimi pripomočki, ki se predpisujejo na recepte in naročilnice, in tiste, ki se uporabljajo v zdravstvenih zavodih oziroma pri izvajalcih v javni zdravstveni dejavnosti in jih neposredno ali posredno financira ZZZ oziroma zavarovalnice, ki izvajajo obvezno pogodbeno zavarovanje.

188. teza

/merila za vrednotenje programov in določanje cen zdravstvenih storitev/

- (1) Programi zdravstvenih storitev na ravni države in pri posameznem izvajalcu se vrednotijo na podlagi elementov, ki upoštevajo:
- plače in druge prejemke izvajalcev skladno z merili za določitev mreže javne zdravstvene dejavnosti in na tej podlagi potrebnega števila in strukture zaposlenih skladno s kolektivnimi pogodbami in drugimi predpisi;

- materialne stroške, ki jih na enoto storitve ali za program določijo partnerji;
 - minimalno amortizacijo, predpisano z zakonom;
 - druge zakonske obveznosti.
- (2) Višino materialnih stroškov določijo partnerji na podlagi podatkov o povprečnih stroških po posameznih skupinah stroškov v Sloveniji, po dejavnostih na enoto storitve ali obravnave (diagnoze) v preteklem obdobju oziroma na podlagi ocene njihove višine ob upoštevanju načela racionalnosti izvajanja programov zdravstvenih storitev. Pri tem določijo tudi razloge in možnosti odstopanja od povprečnih stroškov pri posameznih izvajalcih.
- (3) Podatke, ki jih morajo partnerjem pri sklepanju Dogovora o zdravstvenih storitvah posredovati izvajalci javne zdravstvene dejavnosti, določijo predstavniki plačnikov v sodelovanju z združenji in organizacijami izvajalcev javne zdravstvene dejavnosti.

189. teza

/določanje cen zdravstvenih storitev/

- (1) Cene zdravstvenih storitev posameznih izvajalcev se izračunajo tako, da se finančni načrt za posamezno dejavnost deli s številom načrtovanih storitev za to dejavnost.
- (2) Pred izračunom cene se letni znesek sredstev, predviden za posamezno dejavnost oziroma program na državni ravni, zmanjša za 5 % odstotkov, od katerih se 2 % sredstev ob koncu leta razdeli izvajalcem, ki izpolnijo načrtovane standarde kakovosti, ostale 3 % pa izvajalcem, ki dosežajo ali presegajo cilje iz Akcijskega načrta ter Dogovora o zdravstvenih storitvah oziroma količinsko presežejo program storitev na prednostnih področjih, za katera tako določa Dogovor o zdravstvenih storitvah.
- (3) Cena, izračunana skladno z določili iz prvega odstavka te teze ter zmanjšana na način iz drugega odstavka, je akontacijska, nakar se po posameznih četrletjih izračuna dejanska cena tako, da se finančna sredstva za isto obdobje delijo s številom opravljenih storitev v tej dejavnosti v enakem obdobju. S tako izračunano ceno obračunajo izvajalci opravljene storitve do nosilcev obveznega zavarovanja za to obdobje za nazaj. Ta cena se nato uporabi kot akontacijska cena za naslednje obračunsko obdobje.
- (4) Izračun cene po drugem in tretjem odstavku opravi na ravni države ZZZ.
- (5) Roke in podrobnejši način določanja obračunskih cen skladno z drugim odstavkom te teze določijo partnerji, ki sklepajo Dogovor o zdravstvenih storitvah.
- (6) Določila te teze se ne uporabljajo za dejavnosti oziroma naloge izvajanja dežurstev in nujne medicinske pomoči in za dodatke na geografsko ogroženih področjih.

190. teza

/cene zdravstvenih storitev v obveznem pogodbenem zavarovanju/

Pri cenah storitev, ki jih krije obvezno pogodbeno zavarovanje, se odbitki iz drugega odstavka . teze ne upoštevajo.

191. teza

/postopek sklenitve dogovorov/

- (1) Pobudo za začetek pogajanj o posameznem dogovoru poda ZZZ skupaj z zavarovalnicami, ki izvajajo obvezno pogodbeno zavarovanje, do konca meseca novembra pred letom začetka leta, ko se začne obdobje, za katerega se bodo partnerji pogajali.

- (2) Predlog za začetek pogajanj mora biti posredovan drugim partnerjem v pisni obliki in mora vsebovati Akcijski načrt, najpomembnejše usmeritve razvoja v naslednjem obdobju, možne rešitve glede oblikovanja programov, potrebnih zmogljivostih, vrednotenja in financiranja programov, oceno potrebnih finančnih sredstev za izvedbo programov, ter druge zadeve, ki jih morajo partnerji urediti s pogajanjem. Predlog mora biti pripravljen tako, da prikaže stališča predlagatelja o vseh vprašanih, ki jih predvideva zakon v . tezi tega zakona. Pogajanj ni mogoče začeti, če v predvidenem roku ni sprejet Akcijski načrt.
- (3) Na predlog za začetek pogajanj morajo drugi partnerji posredovati svoja stališča najpozneje v 15 dneh, nakar začnejo pogajanja o odprtih vprašanih.
- (4) Posamezni dogovor iz drugega odstavka . teze oziroma njegove spremembe in dopolnitve so sprejete, če se z njimi strinjajo predstavniki plačnikov ter predstavniki izvajalcev. Posamezni dogovor je sprejet tudi, če partnerji ne dosežejo soglasja o posameznih vprašanih, o katerih predlagajo arbitražni postopek. V tem primeru veljajo tista določila posameznega dogovora, ki so bila usklajena, ostala določila pa od dneva, ko o njih odloči arbitraž.
- (5) Pogajanja med partnerji morajo biti zaključena najpozneje do 30. decembra tekočega leta pred letom, ko začne obdobje, na katerega se nanaša Dogovor o zdravstvenih storitvah. Če v tem roku dogovor ni sklenjen, mora ZZZ predlagati arbitražo. Glede na javni interes in preprečitev motenj v izvajanju javne zdravstvene dejavnosti lahko zahteva v teh primerih arbitražo tudi minister, pristojen za zdravje.
- (6) Enak postopek, kot ga določajo predhodni odstavki te teze za sprejem dogovorov, velja tudi za njegove spremembe in dopolnitve. Predlog za spremembe in dopolnitve posameznega dogovora lahko predlaga katerikoli od partnerjev, vendar ne prej kot eno leto po njegovem sprejemu.
- (7) Prilagoditve elementov za določanje vrednosti programov in cen zdravstvenih storitev, zdravil in medicinskih pripomočkov, ki so posledica sprememb makroekonomskih izhodišč države, ne štejejo med razloge za spremembe ali dopolnitve dogovorov med partnerji, razen če bi to bilo povezano z občutnejšimi vsebinskimi spremembami programov zdravstvenih storitev.

192. teza

/reševanje sporov med partnerji pred arbitražno komisijo in njena sestava/

- (1) Če med partnerji, ki sprejemajo dogovor, ne pride pri posameznih vprašanih do soglasja, se o teh vprašanih odloči v arbitražnem postopku.
- (2) Arbitražna komisija je stalni organ, ki ga ustanovijo:
 - ZZZ;
 - zavarovalnice, ki izvajajo obvezno pogodbeno zavarovanje;
 - organizacije in združenja izvajalcev zdravstvenih storitev;
 - lekarne in dobavitelji medicinskih pripomočkov;
 - Vlada RS.
- (3) V ta namen vsak od deležnikov iz predhodnega odstavka na listo razsodnikov imenuje po štiri predstavnike. Ti morajo biti poznavalci in izkušeni strokovnjaki s področja zdravstvenega varstva, obveznega socialnega zavarovanja, prava, zdravstvene ekonomike oziroma javnih financ. V vsaki skupini predstavnikov mora biti vsaj en, ki ne izhaja iz zdravstvene dejavnosti oziroma zdravstvenega zavarovanja oziroma ni predstavnik Vlade RS. Razsodniki so imenovani za dobo petih let in se lahko zamenjajo pred iztekom te dobe na lastno željo, zaradi smrti ali odhoda v tujino.
- (4) Delo arbitraže organizira predsednik arbitražne komisije ali njegov namestnik, ki ju za obdobje enega leta izmed sebe soglasno določijo razsodniki. V primeru, da soglasja ni mogoče doseči, ga določi Vlada RS.

(5) Poslovník o delu arbitražne komisije sprejmejo partnerji iz drugega odstavka te teze.

193. teza
/postopek pred arbitražnim senatom/

- (1) Partner, ki se ne strinja s posameznim predlogom v Dogovoru o zdravstvenih storitvah, in o njem ni bilo možno doseči soglasja, predlaga ureditev spornega vprašanja pred arbitražnim senatom. To je dolžan storiti tudi ZZZ ali ministrstvo, pristojno za zdravje, v primerih iz petega odstavka . teze tega zakona.
- (2) V zahtevi po arbitražnem postopku mora predlagatelj v pisni obliki navesti sporno vprašanje, predlog rešitve, usklajenost predloga z Akcijskim načrtom ter druge argumente in o tem obvestiti tudi druge partnerje. Ti morajo pripraviti v roku 15 dni od prejema zahtevka po arbitražnem postopku svoje stališče in ga posredovati arbitražni komisiji in drugim partnerjem.
- (3) V posameznem arbitražnem postopku odloča arbitražni senat, v katerem sodelujejo poleg njegovega predsednika, ki ga imenuje predsednik arbitražne komisije iz četrtega odstavka . teze, po trije predstavniki plačnikov in trije predstavniki izvajalcev.
- (4) Arbitraža odloča z večino članov arbitražnega senata. Odločitev je dokončna in velja vnaprej.
- (5) Stroške arbitražnega postopka krije njegov predlagatelj, ki mora ob zahtevi za arbitražni postopek plačati tudi akontativni znesek predvidenih stroškov postopka, ki je določen v poslovníku za delo arbitražne komisije.
- (6) Posamezna stranka, ki se z odločitvijo arbitražnega senata ne strinja, lahko uveljavlja sodno varstvo.

194. teza
/razpis programov zdravstvenih storitev/

- (1) Na podlagi določil Dogovora o programu zdravstvenih storitev, Dogovora o oskrbi z zdravili in Dogovora o oskrbi z medicinskimi pripomočki in odločitev arbitraže objavijo predstavniki plačnikov skupni razpis programov in storitev za sklepanje pogodb z zdravstvenimi in drugimi zavodi ter drugimi izvajalci javne zdravstvene dejavnosti ter drugimi izvajalci, ki opravljajo zdravstveno dejavnost na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ta razpis mora biti opravljen najpozneje v 15 dneh po sklenitvi dogovorov iz oziroma po odločitvi na arbitraži o spornih vprašanjih.
- (2) Razpis iz predhodnega odstavka mora vsebovati:
 - vsebino in vrsto programov oziroma storitev, ki se razpisujejo, opredeljene po ravneh dejavnosti in po ožjih področjih zdravstvenih dejavnosti, ter okvirna merila za načrtovanje oziroma določanje obsega programov;
 - merila glede kadrovske in drugih zmogljivosti za posamezne dejavnosti in področja ter možna odstopanja;
 - merila za ovrednotenje programov in elemente kalkulacije za vrednotenje programov in določanje cen;
 - zahteve glede doseganja načrtovane kakovosti;
 - cilje, ki naj bi jih dosegli kandidati, ki se bodo prijavi na razpis;
 - elemente finančne stimulacije izvajalcev za doseganje ciljev sistema in za skrajševanje čakalnih dob;
 - potrebno dokumentacijo in obrazce, ki jo morajo predložiti kandidati;
 - roke za prijavo na razpis;
 - merila za izbiro kandidatov oziroma za omogočanje boljših možnosti tistim, ki bodo ponudili boljše pogoje.
- (3) Merila iz druge, tretje, četrte in pete alineje predhodnega odstavka te teze so določena tudi v razponih, pri čemer mora biti navedeno, da bodo pri izbiri imeli prednost kandidati z najugodnejšimi ponudbami.

- (4) Kandidati morajo ob prijavi navesti, za kateri program se potegujejo, v kakšnem obsegu in s kakšnimi zmogljivostmi ter prikazati finančno vrednost programa, izračunanega po določilih iz Dogovora o zdravstvenih storitvah. ZZZ lahko ob razpisu zahteva od kandidatov, da mu ob prijavi predložijo podatke o opravljenem obsegu storitev in poslovanju v preteklem letu, o številu in vrsti dejansko zaposlenih, o odhodkih za plače in prispevke zaposlenih ter za posamezne skupine materialnih stroškov za preteklo in tekoče leto ter predvidevanja za naslednje leto.

195. teza

/izbira kandidatov in sklenitev pogodbe/

- (1) ZZZ oziroma zavarovalnice, ki izvajajo obvezno pogodbeno zavarovanje, opravijo izbiro kandidatov tako, da ocenijo prijave kandidatov in podatke iz četrtega odstavka . teze tega zakona in ugotovijo najbolj sprejemljive pogoje za sklenitev pogodbe oziroma za pogajanja. Pri tem:
- sprejmejo izvajalce javne zdravstvene dejavnosti, ki se prijavijo na razpis in izpolnjujejo vse druge pogoje za sklenitev pogodbe, predlagajo popravke ali dopolnitve njihovih prijav oziroma uskladitev z dogovorom ter pogajanja o odprtih vprašanjih, če je to potrebno;
 - predlagajo sklenitev pogodbe s kandidati, katerih prijava je povsem v skladu z določili dogovora in je ponujen obseg storitev enak ali večji od obsega, ki temelji na povprečnih merilih in povprečni storilnosti iz tretjega odstavka . teze tega zakona, ali ponudijo nižje cene storitev, njihovo večjo dostopnost in krajše čakalne dobe. V tem primeru lahko sklenejo pogodbe za večji obseg programa storitev od tistega, ki bi izhajal iz povprečnih meril za posamezno dejavnost po dogovorih;
 - zavrnejo prijave, ki so nepopolne, v nasprotju z Akcijskim načrtom ali dogovorom, oziroma ne izpolnjujejo pogojev za sklenitev pogodbe.
- (2) Predstavniki plačnikov obvestijo vse prijavljene kandidate o izbiri oziroma o potrebi po pogajanjih s skupnim sklepom, ki ga posredujejo vsem kandidatom.
- (3) S kandidati iz 2. točke prvega odstavka te teze sklenejo ZZZ in zavarovalnice, ki izvajajo obvezno pogodbeno zavarovanje, pogodbe, s kandidati iz prve točke pa nadaljujejo pogajanja. Ta se morajo končati najpozneje do 30. marca v prvem letu obdobja, na katero se nanaša Dogovor o zdravstvenih storitvah. Če v tem roku pogajanja niso končana, oziroma ni doseženo soglasje, odloči o spornih vprašanjih arbitražna iz . teze. Arbitražo praviloma predlaga izvajalec zdravstvene dejavnosti. Če je ta ne predlaga, jo je dolžan predlagati ZZZ. V primeru arbitraže predlaga svoje zastopnike v arbitražnem postopku izvajalec zdravstvene dejavnosti izmed razsodnikov iz liste, ki so jo imenovali predstavniki oziroma organizacije izvajalcev.
- (4) Kandidat, ki na razpisu ni bil izbran, lahko zahteva, da o izbiri odloči arbitražna iz . teze tega zakona. V tem primeru ima pravico predlagati razsodnike izmed razsodnikov, ki jih je imenovalo Združenje izvajalcev javne zdravstvene dejavnosti.
- (5) Glede postopka arbitraže iz tretje in četrtega odstavka te teze veljajo določila tega zakona, ki se nanašajo na reševanje spornih vprašanj o Dogovoru o zdravstvenih storitvah.

196. teza

/sklenitev pogodbe med predstavniki plačnikov in posameznim izvajalcem javne zdravstvene dejavnosti/

- (1) Pogodbe določajo vrste, obseg in kakovost storitev oziroma programov za posameznega izvajalca javne zdravstvene dejavnosti za vse vrste dejavnosti, ki jih opravlja. Pogodbe določajo finančno vrednost celotnega programa oziroma njegovih delov, cene storitev, obvezo poročanja o uresničevanju programa, način obračunavanja ter plačevanja programov in storitev, posledice in ukrepe v primeru nespoštovanja pogodbenih obveznosti kakor tudi druge medsebojne pravice in obveznosti pogodbenih strank. Prav tako določajo kraj izvajanja programov in storitev ter delovni čas, katerega mora izvajalec nameniti izvajanju

programa, dogovorjenega z ZZZ oziroma zavarovalnicami in v katerem ne sme opravljati storitev za samoplačnike ali drugo zasebno zdravstveno dejavnost.

- (2) Pogodbe se sklenejo za nedoločeno dobo ali dobo, ki jo določita obe strani, ki pa ne more biti krajša od enega leta. Veljati začnejo z dnevom veljavnosti dogovora, če so sklenjene najpozneje v treh mesecih po sklenitvi dogovora, v drugih primerih pa od dneva sklenitve pogodbe ali dneva odločitve arbitraže in to vnaprej.

*197. teza
/odpoved pogodbe/*

- (1) ZZZ oziroma zavarovalnice, ki izvajajo obvezno pogodbeno zavarovanje, lahko odpovedo že sklenjeno pogodbo z izvajalcem, za katerega se v nadzoru dvakrat ugotovi, da krši predpise obveznega zdravstvenega zavarovanja ali z goljufijo ali na drug nezakonit način oškoduje plačnike ali zavarovane osebe, ali če ta ne izpolnjuje več pogojev za opravljanje dejavnosti na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja. Iz podobnih razlogov lahko ZZZ oziroma zavarovalnice, ki izvajajo obvezno pogodbeno zavarovanje, odpovedo del pogodbe za tisti del dejavnosti ali za enoto izvajalca, pri kateri nadzor ugotovi kršitve predpisov obveznega zdravstvenega zavarovanja, goljufijo ali oškodovanje.
- (2) Pred odpovedjo ZZZ oziroma zavarovalnice, ki izvajajo obvezno pogodbeno zavarovanje, opozorijo izvajalca na ugotovljene kršitve in zahteva od njega njihovo odpravo. Če jih ta ne odpravi, ZZZ oziroma zavarovalnice, ki izvajajo obvezno pogodbeno zavarovanje, odpovedo pogodbo. Odpovedni rok je tri mesece.

*198. teza
/nadzor nad sprejemanjem Dogovora o zdravstvenih storitvah s strani ministra/*

Ministrstvo, pristojno za zdravje, nadzoruje potek sprejemanja in izvajanja Dogovora o zdravstvenih storitvah in lahko zahteva od partnerjev njegove spremembe ali dopolnitve, če bi ugotovilo, da ta ni v skladu z Akcijskim načrtom in drugimi predpisi. Prav tako lahko partnerje opozarja na spoštovanje teh aktov in rokov tudi med sprejemanjem dogovora in sklepanjem pogodb.

*199. teza
/Dogovor o zdravilih/*

- (1) Skladno z opredelitvami prvega odstavka . teze sklenejo predstavniki plačnikov, proizvajalci in dobavitelji, Združenje izvajalcev zdravstvene dejavnosti dogovor o obvladovanju izdatkov obveznega zdravstvenega zavarovanja za zdravila, predpisana na recepte, in za zdravila, ki se uporabljajo v zdravstveni službi (v nadaljevanju: Dogovor o zdravilih) in s tem povezano ceno in količino zdravil, ki jih krije neposredno ali posredno obvezno socialno zavarovanje.
- (2) Proizvajalci in dobavitelji zdravil oblikujejo skupno pogajalsko skupino, ki predstavlja partnerja za pogajanja z ZZZ in zavarovalnicami, ki izvajajo obvezno pogodbeno zavarovanje, ter s predstavniki izvajalcev javne zdravstvene dejavnosti.
- (3) V Dogovoru o zdravilih določijo partnerji:
 - okvirno letno količino zdravil, po njihovih skupinah, predpisanih na račun obveznega zavarovanja in za uporabo v zdravstveni dejavnosti;
 - potrebnih zmogljivosti za zagotovitev dostopnosti in oskrbe z zdravili;
 - cen zdravil, ki veljajo za nosilce obveznega zavarovanja in izvajalce javne zdravstvene dejavnosti;

- okvire za prilagajanje in določanje njihovih cen v odvisnosti od njihove predpisane količine, ko gre za zdravila, ki se predpisujejo na recepte oziroma za zdravila, porabljena pri zdravstvenih zavodih in koncesionarjih;
 - okvire in merila za prilagajanje cen zdravil v primeru njihove večje ali manjše porabe od načrtovanih;
 - o možnostih, pogojih in dinamiki uvajanja novih zdravil;
 - predloge za spremembe in dopolnitve pravilnikov o določanju cen zdravil in o razvrščanju zdravil na liste;
 - okvire in usmeritve glede razvrščanje zdravil na liste in na liste primerljivih ter zamenljivih zdravil;
 - ukrepe in aktivnosti za racionalno predpisovanje in porabo zdravil ter medsebojne obveznosti pri obvladovanju izdatkov za zdravila v okvirih možnosti obveznega zdravstvenega zavarovanja;
 - druge medsebojne pravice in obveznosti pri oskrbi prebivalstva z zdravili.
- (4) Dogovor iz predhodnega odstavka je sklenjen za nedoločen čas. V okviru njegovih določil sklene posamezni izvajalec lekarniške dejavnosti posebno pogodbo z ZZZ, zavarovalnicami, ki izvajajo obvezno pogodbeno zavarovanje, ali združenjem izvajalcev javne zdravstvene dejavnosti.
- (5) Spremembo Dogovora o zdravilih lahko predlaga vsak od udeležencev, vendar ne pred potekom šest mesecev po sklenitvi.

200. teza

/reševanje spornih vprašanj o dogovoru za zdravila/

- (1) Če med udeleženci iz predhodne teze ne pride do sklenitve dogovora, odloči o spornem vprašanju arbitraža iz . teze tega zakona, v katero namesto predstavnikov izvajalcev imenujejo v arbitražni senat dva predstavnika predstavniki lekarniških organizacij v Sloveniji. Postopek arbitraže je enak, kot ga predvideva ta zakon za reševanje spornih vprašanj o Dogovoru o zdravstvenih storitvah.
- (2) Dogovor o zdravilih velja od dneva njegove sklenitve oziroma odločitve arbitraže.

201. teza

/Dogovor o medicinskih pripomočkih/

- (1) ZZZ ter zavarovalnice, ki izvajajo obvezno pogodbeno zavarovanje, in združenja dobaviteljev medicinskih pripomočkov, ki so pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, uredijo medsebojne pravice pri preskrbi zavarovanih oseb z medicinskimi in tehničnimi pripomočki s sklenitvijo posebnega dogovora (Dogovor o medicinskih pripomočkih). V dogovoru opredelijo:
- podrobnejše pogoje za opravljanje dejavnosti izdaje in izposoje medicinsko tehničnih pripomočkov na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja;
 - način in merila za razvrščanje pripomočkov na seznam pripomočkov, ki se izdajajo na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja;
 - pogoje, pod katerimi lahko posamezni dobavitelji sklepajo pogodbo z nosilci obveznega zdravstvenega zavarovanja;
 - merila in način določanja cen pripomočkov, ki jih krije obvezno zdravstveno zavarovanje, in njihova odvisnost od količine izdanih pripomočkov po njihovih skupinah;
 - izhodišča za cenovne standarde in pogoje za njihovo spreminjanje;
 - pogoje in medsebojne pravice in obveznosti v povezavi z izposojjo pripomočkov;
 - način zagotavljanja krajevne preskrbljenosti prebivalstva s pripomočki;
 - pogoje in način zagotavljanja kvalitete pripomočkov, garancij, njihovega vzdrževanja in popravil;
 - način obračunavanja, plačila, roke in druge parametre, pomembne za določitev medsebojnih pravic in obveznosti;
 - pogoje izdajanja pripomočkov, plačevanja storitev in druge medsebojne odnose.

- (2) Dogovor iz predhodnega odstavka se sklene za obdobje treh let z možnostjo podaljšanja. V času veljavnosti se lahko dogovor na pobudo kateregakoli partnerja spremeni ali dopolni, vendar šele po preteku enega leta od sklenitve dogovora oziroma zadnje spremembe.
- (3) O spornih vprašanjih, glede katerih med nosilci obveznih zavarovanj in združenji dobaviteljev medicinskih pripomočkov ni dosežen sporazum, odloča arbitražna. Zavarovalnice, ki izvajajo obvezno socialno zavarovanje in združenja dobaviteljev medicinskih pripomočkov imenujejo v vsakokratno arbitražo po tri rzsodnike, sedmega rzsodnika imenuje minister, pristojen za zdravje.
- (4) Postopek pred arbitražo je enak, kot je predviden za reševanje spornih vprašanj o Dogovoru o zdravstvenih storitvah.

202. teza

/načela za določanje cen pripomočkov/

Pri določanju cen medicinskih pripomočkov na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja morajo partnerji iz Dogovora o medicinskih pripomočkih upoštevati načelo, da morajo temeljiti na najcenejših, funkcionalno primernih pripomočkih v Republiki Sloveniji oziroma cenah istih pripomočkov in po istih standardih v državah Evropske unije, ki so po svoji gospodarski moči primerljive s Slovenijo.

203. teza

/razpis in sklepanje pogodb z dobavitelji in proizvajalci medicinskih pripomočkov/

- (1) Na podlagi Dogovora o medicinskih pripomočkih opravijo nosilci obveznega zdravstvenega zavarovanja razpis za dobavitelje medicinskih pripomočkov in z njimi sklene pogodbe o dobavi oziroma izposoji pripomočkov. Veljavnost teh pogodb je enaka kot veljavnost Dogovora o medicinskih pripomočkih razen, če se posamezna zavarovalnica in dobavitelj ne dogovorita drugače.
- (2) Na razpis iz predhodnega odstavka se lahko prijavijo domače in tuje pravne osebe, ki se ukvarjajo s proizvodnjo, dobavo oziroma izposajo, če so pripravljeni opravljati dejavnost na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja po določitih Dogovora o medicinskih pripomočkih in če izpolnjujejo zakonske pogoje za opravljanje te dejavnosti.
- (3) Z lekarnami, ki so dobavitelji medicinskih pripomočkov, uredijo predstavniki plačnikov medsebojne obveznosti s pogodbo za opravljanje lekarniške dejavnosti in brez posebnega razpisa.
- (4) ZZZ lahko prekine pogodbo z izvajalcem oziroma dobaviteljem medicinskih pripomočkov, če ta ne spoštuje pogodbenih obveznosti, krši predpise obveznega zdravstvenega zavarovanja, ali pri katerem je ugotovil večje nepravilnosti v obračunavanju opravljenih storitev. Odpovedni rok znaša v teh primerih 3 mesece.

204. člen

/narava razpisov iz 202. in 211. teze tega zakona/

Pri razpisih iz ., . in . teze tega zakona se ne uporabljajo določila zakona, ki ureja javna naročila.

XIII. PREHODNE DOLOČBE

RAZPIS

- (1) Razpis iz . teze tega zakona se nanaša na vse izvajalce javne zdravstvene dejavnosti. Naslednji razpisi bodo veljali le za nove izvajalce javne zdravstvene dejavnosti, pri ostalih se bodo njihove pogodbe

spreminjale in dopolnjevale z dodatki k pogodbam, ki bodo upoštevali spremembe v dogovorih oziroma v makroekonomskih izhodiščih države.

IZRAVNALNA SHEMA

205. teza

/predpisi o stroškovni izravnavi v izravnalni shemi obveznega pogodbenega zavarovanja/

- (1) Minister, pristojen za zdravje, pripravi in določi podrobnejša navodila za poročanje o fiksnih stroških zavarovalnic in jih sprejme ter izda do *** dd.mm.llll ***.
- (2) Minister, pristojen za zdravje, najkasneje do roka iz prvega odstavka te teze izda predpis, s katerim se opredeli metodologija za določanje priznanih fiksnih stroškov zavarovalnice za obdobje izravnave.

206. teza

/določitev najvišjega priznanega stroška zavarovalnice/

Najvišji priznani fiksní strošek zavarovalnice za obdobje izravnave ob uveljavitvi tega zakona znaša 2.500.000,00 EUR.

REGULACIJA OPZZ

207. teza

/pravilnik za OPZZ/

- (1) Agencije za zavarovalni nadzor in ministrstvo, pristojno za zdravje, v roku dveh mesecev po uveljavitvi zakona pripravita podrobnejša navodila za izvajanje obveznega pogodbenega zavarovanja v skladu z določbami tega zakona. Predpis iz tega odstavka začne veljati prvi dan četrtega meseca po uveljavitvi tega zakona.

XIV. ALTERNATIVNI PREDLOGI

208. teza

/skupni izvedenski organi socialnega zavarovanja/

- (1) ZZZ in zavarovalnice, ki izvajajo obvezno pogodbeno zavarovanje, organizirajo skupno izvedensko službo skupaj z Zavodom za pokojninsko in invalidsko zavarovanje oziroma z drugimi nosilci socialnih zavarovanj v Republiki Sloveniji, ki pri ocenjevanju upravičenosti do posameznih pravic zavarovanih oseb prav tako potrebujejo medicinsko izvedensko mnenje. V tem primeru z nosilci teh zavarovanj sklene dogovor, s katerem uredijo organizacijo in sestavo izvedenskih služb, delovanje, razmejitve pristojnosti izvedencev in senatov glede na potrebe posameznega področja socialnega zavarovanja, način financiranja službe in zagotavljanja pogojev za njihovo nemoteno delo in način podeljevanja licenc ter druge medsebojne pravice in obveznosti.
Varianta: V tem primeru. ZZZ, ZPIZ itd) ustanovijo Inštitut/Zavod za izvedensko medicino.
- (2) V primeru ustanovitve skupne izvedenske službe morajo nosilci socialnih zavarovanj zagotoviti da posamezni izvedenci:
 - ne bodo sodelovali pri ocenjevanju zadev v senatih ali v primerih zahtev po ponovni oceni, če so pred tem že dali izvedensko mnenje kot posamezniki;
 - ne bodo podajali izvedenskih mnenj o zahtevah istih zavarovanih oseb, ki uveljavljajo pravice na različnih področjih socialnih zavarovanj.

