**ZAKON O ZDRAVSTVENEM VARSTVU IN**

**ZDRAVSTVENEM ZAVAROVANJU**

**(ZZVZZ-1)**

**Kazalo**

1. **uVOD**

**1. OCENA STANJA IN RAZLOGI ZA SPREJEM PREDLOGA ZAKONA**

1.1. Neustreznost urejanja obsega, vsebine in dostopnosti zdravstvenih pravic

1.1.1. Ustavna neskladnost določanja obsega in vsebine zdravstvenih pravic s podzakonskim aktom

1.1.2. Nepopolna univerzalnost OZZ

1.1.3. Pomanjkljiva zakonska ureditev postopka uveljavljanja pravic

1.2. Pomanjkljiva solidarnost in neenaka dostopnost pri različnih zavarovalnih osnovah

1.2.1. Pomanjkljiva solidarnost in neenaka dostopnost pri družinskih članih

1.2.2. Neenotna opredelitev pravnih razmerij, ki so podlaga za vključitev v več zavarovanj

1.3. Regresivnost financiranja OZZ zaradi doplačil

1.4. Neuravnoteženo financiranje zdravstvenega varstva

1.5. Nedosledna ločenost OZZ za poklicna tveganja od OZZ za splošna tveganja

1.6. Neučinkovito urejanje odnosov med plačnikom in izvajalci

1.7. Pomanjkljiva vloga Zavoda kot aktivnega kupca

1.8. Problematika dolgotrajnih boleznin

**2. CILJI ZAKONA**

2.1. Cilji zdravstvene politike v Evropski uniji

2.2. Cilji zdravstvene politike v Republiki Sloveniji

**3. POGLAVITNE REŠITVE ZAKONA**

3.1. Obseg, vsebina in dostopnost zdravstvenih pravic

3.1.1. Zakonska določitev obsega in vsebine zdravstvenih pravic

3.1.2. Zagotavljanje univerzalnosti zdravstvenega zavarovanja

3.1.3. Določitev postopkov za uveljavljanje pravic

3.2. Doslednejša izpeljava načel OZZ

3.2.1. Doslednejša izpeljava solidarnosti in dostopnosti pri družinskih članih

3.2.2. Poenotenje pravnih razmerij, ki so podlaga za vključitev v več zavarovanj

3.3. Odprava regresivnosti financiranja OZZ zaradi doplačil

3.4. Uravnoteženje financiranja zdravstvenega varstva

3.5. Ločitev OZZ za poklicna tveganja od OZZ za splošna tveganja

3.6. Ureditev odnosov med plačnikom in izvajalci

3.7. Okrepljena vloga Zavoda kot aktivnega kupca

3.8. Ukrepi za omejevanje dolgotrajnih boleznin

**4. OCENA FINANČNIH POSLEDIC ZAKONA ZA DRŽAVNI PRORAČUN IN DRUGA JAVNA FINANČNA SREDSTVA**

**5. NAVEDBA, DA SO SREDSTVA ZA IZVAJANJE ZAKONA V DRŽAVNEM PRORAČUNU ZAGOTOVLJENA, ČE PREDLOG ZAKONA PREDVIDEVA PORABO PRORAČUNSKIH SREDSTEV V OBDOBJU, ZA KATERO JE BIL DRŽAVNI PRORAČUN ŽE SPREJET**

**6. PRIKAZ UREDITVE V DRUGIH PRAVNIH SISTEMIH IN PRILAGOJENOSTI PREDLAGANE UREDITVE PRAVU EVROPSKE UNIJE**

6.1. Mednarodne primerjave

**7. PRESOJA POSLEDIC, KI JIH BO IMEL SPREJEM ZAKONA**

7.1. Presoja administrativnih posledic

7.2. Presoja posledic za okolje, vključno s prostorskimi in varstvenimi vidiki

7.3. Presoja posledic za gospodarstvo

7.4. Presoja posledic za socialno področje

7.5. Presoja posledic za dokumente razvojnega načrtovanja

7.6. Presoja posledic za druga področja

7.7. Izvajanje sprejetega predpisa

7.8. Druge pomembne okoliščine v zvezi z vprašanji, ki jih ureja predlog zakona

# 8. PRIKAZ SODELOVANJA JAVNOSTI PRI PRIPRAVI PREDLOGA ZAKONA

# 9. NAVEDBA, KATERI PREDSTAVNIKI PREDLAGATELJA BODO SODELOVALI PRI DELU DRŽAVNEGA ZBORA IN DELOVNIH TELES

**ii. bESEDILO ČLENOV**

**I. PRVI DEL: NAČELA IN CILJ ZDRAVSTVENEGA VARSTVA, NALOGE DRUŽBENE SKUPNOSTI, NACIONALNI PLAN**

1. **poglavje: UVODNE DOLOČBE IN DEFINICIJE**

**II. poglavje: TEMELJNA NAČELA IN CILJ ZDRAVSTVENEGA VARSTVA**

**III. poglavje: NALOGE DRUŽBENE SKUPNOSTI V SISTEMU ZDRAVSTVENEGA VARSTVA**

**IV. poglavje: NACIONALNI PROGRAM IN AKCIJSKI NAČRT ZDRAVSTVENEGA VARSTVA**

**DRUGI DEL: OBSEG IN NAČELA OZZ, ZAVAROVANE OSEBE**

1. **poglavje: OBSEG OZZ**
2. **poglavje: TEMELJNA NAČELA OZZ**
3. **poglavje: OBVEZNO ZAVAROVANE OSEBE IN PRIJAVA V OZZ**

*1. oddelek: Obvezno zavarovane osebe*

*2. oddelek: Prijava v OZZ*

*3. oddelek: Lastnost zavarovane osebe*

*4. oddelek: Pravilnost, popolnost in ažurnost podatkov v zbirki podatkov zavarovanih oseb*

**TRETJI DEL: PRAVICE IZ OZZ ZA SPLOŠNA TVEGANJA**

**I. poglavje: SPLOŠNE DOLOČBE O PRAVICAH IZ OZZ ZA SPLOŠNA TVEGANJA**

**II. poglavje: PRAVICE DO ZDRAVSTVENIH STORITEV**

*1. oddelek: SPLOŠNE DOLOČBE O PRAVICAH DO ZDRAVSTVENIH STORITEV*

*2. oddelek: PRAVICA DO PREVENTIVNIH ZDRAVSTVENIH STORITEV*

*3. oddelek: PRAVICA DO STORITEV ZDRAVLJENJA*

1. pododdelek: STORITVE ZDRAVLJENJA S PODROČJA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

2. pododdelek: STORITVE ZDRAVLJENJA S PODROČJA ZOBOZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

3. pododdelek: NUJNE ZDRAVSTVENE STORITVE

*4. oddelek: PRAVICA DO REHABILITACIJSKIH STORITEV*

*5. oddelek: PRAVICA DO STORITEV ZDRAVSTVENE NEGE*

*6. oddelek: PRAVICA DO STORITEV PALIATIVNE OSKRBE*

*7. oddelek: PRAVICA DO REŠEVALNIH PREVOZOV*

*8. oddelek: PRAVICA DO ZDRAVIL IN ŽIVIL*

*9. oddelek: PRAVICA DO MEDICINSKIH IN DRUGIH PRIPOMOČKOV*

*10. oddelek: ZDRAVSTVENE STORITVE, KI NISO PRAVICA IZ OZZ*

*11. oddelek: UVELJAVLJANJE ZDRAVSTVENIH STORITEV*

* 1. pododdelek: RAVEN IN LOKACIJA UVELJAVLJANJA ZDRAVSTVENIH STORITEV
  2. pododdelek: PRAVICA DO PROSTE IZBIRE
  3. pododdelek: PRAVICA DO IZBIRE OSEBNEGA ZDRAVNIKA
  4. pododdelek: NAPOTITEV
  5. pododdelek: IZJEMNA ODOBRITEV ZDRAVSTVENE STORITVE, ZDRAVILA, ŽIVILA, MEDICINSKEGA IN DRUGEGA PRIPOMOČKA

**III. poglavje: PRAVICA DO SPREMSTVA**

**IV. poglavje: PRAVICA DO SOBIVANJA**

**V. poglavje: PRAVICA DO DENARNEGA NADOMESTILA**

*1. oddelek: ZAVAROVANCI, RAZLOGI IN ZAČETEK PRAVICE DO DENARNEGA NADOMESTILA*

*2. oddelek: ODLOČANJE O ZAČASNI ZADRŽANOSTI OD DELA*

*3. oddelek: VIŠINA DENARNEGA NADOMESTILA*

*4. oddelek: OMEJITEV PRAVICE DO DENARNEGA NADOMESTILA*

*5. oddelek: IZPLAČILO DENARNEGA NADOMESTILA*

**VI. poglavje: PRAVICA DO POVRAČILA PREVOZNIH STROŠKOV**

**VII. poglavje: PRAVICA DO POVRAČILA STROŠKOV NASTANITVE**

**VIII. poglavje: PRAVICA DO ZDRAVSTVENIH STORITEV V TUJINI**

*1. oddelek: PRAVICA DO ZDRAVSTVENIH STORITEV V TUJINI*

*2. oddelek: PRAVICA DO ZDRAVSTVENIH STORITEV V ČASU ZAČASNEGA IN STALNEGA PREBIVANJA V TUJINI*

*3. oddelek: PRAVICA DO NAČRTOVANE ZDRAVSTVENE STORITVE V TUJINI*

1. pododdelek: PRAVICA DO ZDRAVSTVENE STORITVE V TUJINI ZARADI IZČRPANE MOŽNOSTI V REPUBLIKI SLOVENIJI

2. pododdelek: PRAVICA DO ZDRAVSTVENE STORITVE V DRUGI DRŽAVI, V KATERI VELJA PRAVNI RED EU, ZARADI PRESEGANJA NAJDALJŠE DOPUSTNE ČAKALNE DOBE ALI RAZUMNEGA ČASA

3. pododdelek: PRAVICA DO ČEZMEJNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

4. pododdelek: PRAVICA DO NAKUPA ZDRAVILA IN ŽIVILA V TUJINI ZARADI MOTNJE V PRESKRBI

5. pododdelek: DRUGE PRAVICE PRI NAČRTOVANI ZDRAVSTVENI STORITVI V TUJINI

6. pododdelek: ODLOČANJE O NAČRTOVANI ZDRAVSTVENI STORITVI V TUJINI

**IX. poglavje: POSEBNE PRAVICE DO ZDRAVSTVENEGA VARSTVA**

**X. poglavje: POSTOPEK UVELJAVLJANJA PRAVIC**

*1. oddelek: PRISTOJNI ORGANI ZAVODA ZA ODLOČANJE*

*2. oddelek: ROK ZA UVELJAVLJANJE DENARNIH DAJATEV TER UPRAVIČENE OSEBE*

*3. oddelek: POSEBNOSTI POSTOPKA UVELJAVLJANJA PRAVIC*

*4. oddelek: LISTINE ZAVODA ZA UVELJAVLJANJE PRAVIC*

*5. oddelek: KARTICA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA*

*6. oddelek: NATANČNEJŠI POSTOPEK UVELJAVLJANJA PRAVIC*

**XI. poglavje:ZAGOTAVLJANJE PRAVIC DO ZDRAVSTVENIH STORITEV V OKVIRU NJIHOVE VREDNOSTI**

*1. oddelek: ZAGOTAVLJANJE PRAVIC DO ZDRAVSTVENIH STORITEV*

*2. oddelek: VREDNOST ZDRAVSTVENE STORITVE*

*3. oddelek: VREDNOST ZDRAVILA IN ŽIVILA*

*4. oddelek: VREDNOST PRIPOMOČKA*

*5. oddelek: POVRAČILO STROŠKOV IZ OZZ*

**ČETRTI DEL: OZZ ZA POKLICNA TVEGANJA**

**I. poglavje: OPREDELITEV POKLICNIH TVEGANJ IN OBVEZNO ZAVAROVANE OSEBE ZA POKLICNA TVEGANJA**

**II. poglavje: PRAVICE IZ OZZ ZA POKLICNA TVEGANJA**

**III. poglavje: POSTOPEK UVELJAVLJANJA PRAVIC IZ OZZ ZA POKLICNA TVEGANJA**

**PETI DEL: VKLJUČITEV ZDRAVSTVENIH STORITEV, ZDRAVIL, ŽIVIL IN PRIPOMOČKOV V SISTEM OZZ**

**I. poglavje: VKLJUČITEV ZDRAVSTVENIH STORITEV V SISTEM OZZ**

*1. oddelek: SEZNAM ZDRAVSTVENIH STORITEV*

*2. oddelek: INŠTITUT ZA VREDNOTENJE ZDRAVSTVENIH TEHNOLOGIJ*

**II. poglavje: VKLJUČITEV ZDRAVIL V SISTEM OZZ**

**III. poglavje: VKLJUČITEV ŽIVIL V SISTEM OZZ**

**IV. poglavje: VKLJUČITEV PRIPOMOČKOV V SISTEM OZZ**

**V. poglavje: UREJANJE ODNOSOV MED PLAČNIKOM IN IZVAJALCI**

*1. oddelek:* ***ZAGOTAVLJANJE ZDRAVSTVENIH STORITEV***

*2. oddelek: ZAGOTAVLJANJE PRIPOMOČKOV*

**ŠESTI DEL: ZAGOTAVLJANJE SREDSTEV OZZ**

**I. poglavje: TEKOČE FINANCIRANJE**

**II. poglavje: PRISPEVKI**

*1. oddelek: UVODNA DOLOČBA*

*2. oddelek: OSNOVE IN STOPNJE ZA PLAČILO PRISPEVKOV ZA ZAVAROVANJE ZA SPLOŠNA TVEGANJA*

*3. oddelek: OSNOVE IN STOPNJE ZA PLAČILO PRISPEVKOV ZA ZAVAROVANJE ZA POKLICNA TVEGANJA*

**III. poglavje: ZDRAVSTVENO DOPLAČILO**

**IV. poglavje: PLAČEVANJE IN POBIRANJE PRISPEVKOV IN ZDRAVSTVENEGA DOPLAČILA**

**V. poglavje: PRIHODKI IZ DRŽAVNEGA PRORAČUNA**

**VI. poglavje: FINANČNO POSLOVANJE ZAVODA**

**SEDMI DEL: ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE SLOVENIJE**

**I. poglavje: STATUS ZAVODA**

**II. poglavje: ORGANA ZAVODA**

*1. oddelek: ORGANA ZAVODA*

1. pododdelek: SVET ZAVODA

2. pododdelek: GENERALNI DIREKTOR ZAVODA

**III. poglavje: NADZOR**

*1. oddelek: NADZOR NAD ZAVODOM*

*2. oddelek: NADZOR ZAVODA*

**IV. poglavje: NACIONALNA KONTAKTNA TOČKA ZA ČEZMEJNO ZDRAVSTVENO VARSTVO**

**OSMI DEL: ZBIRKE PODATKOV OZZ**

**I. poglavje: UVODNE DOLOČBE**

**II. poglavje: OBDELAVA PODATKOV**

**III. poglavje: VRSTE ZBIRK PODATKOV OZZ**

*1. oddelek: VRSTE ZBIRK PODATKOV OZZ*

*2. oddelek: ZBIRKE PODATKOV O UREJANJU OZZ*

*3. oddelek: ZBIRKA PODATKOV O PRAVICAH OZZ*

*4. oddelek: ZBIRKE PODATKOV O IZVAJANJU OZZ*

**IV. poglavje: HRAMBA IN ARHIVIRANJE PODATKOV**

**DEVETI DEL: POVRNITEV POVZROČENE ŠKODE IN NEUPRAVIČENO PRIDOBLJENIH SREDSTEV**

**DESETI DEL: KAZENSKE DOLOČBE**

**ENAJSTI DEL: PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE**

**I. poglavje: PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE O OBVEZNO ZAVAROVANIH OSEBAH**

**II. poglavje: PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE O PRAVICAH**

**III. poglavje: PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE O VKLJUČITVI ZDRAVSTVENIH STORITEV, ZDRAVIL IN ŽIVIL V SISTEM OZZ**

**IV. poglavje: PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE O UREJANJU ODNOSOV MED ZAVODOM TER IZVAJALCI, DOBAVITELJI IN PROIZVAJALCI PRIPOMOČKA**

**V. poglavje: PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE O ZAGOTAVLJANJU SREDSTEV OZZ**

**VI. poglavje: PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE O ZAVODU**

**VII. poglavje: PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE O ZBIRKAH PODATKOV OZZ**

**VIII. poglavje: POSTOPKI, ZAČETI PRED UVELJAVITVIJO TEGA ZAKONA**

**VIII. poglavje: USKLADITEV DRUGIH ZAKONOV**

**IX. poglavje: USKLADITEV DRUGIH ZAKONOV**

**X. poglavje: KONČNE DOLOČBE**

**ZAKON O ZDRAVSTVENEM VARSTVU IN ZDRAVSTVENEM ZAVAROVANJU**

**(ZZVZZ-1)**

**I. UVOD**

**1. OCENA STANJA IN RAZLOGI ZA SPREJEM PREDLOGA ZAKONA**

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (v nadaljnjem besedilu: ZZVZZ) je bil sprejet v začetku devetdesetih let prejšnjega stoletja. Po četrt stoletja so razlogi za sprejem novega zakona predvsem vsebinske narave, saj se mora zakonodaja prilagajati spremenjenim družbenim razmerjem, kot to v skladu z načelom pravne države ugotavlja tudi Ustavno sodišče v večjem številu odločb[[1]](#footnote-1). Zaveza po usklajenosti zakonodajalčeve normativne dejavnosti in sprememb v družbenih razmerjih izhaja tudi iz načela socialne države, ki terja od zakonodajalca, da upošteva ekonomsko-socialni položaj vseh skupin prebivalstva, pri čemer ni dovolj upoštevanje formalne enakosti, temveč predvsem materialne (dejanske, vsebinske) enakosti oziroma možnosti učinkovitega uresničevanja vseh pravic, ki jih ima posameznik[[2]](#footnote-2).

V času od sprejema ZZVZZ so se razmerja v družbi znatno spremenila. Pri tem kaže izpostaviti spreminjajoče se demografske dejavnike, kot sta na primer staranje prebivalstva in relativno nizka stopnja rodnosti[[3]](#footnote-3). Pričakovana življenjska doba ob rojstvu se v razvitih državah (kamor se uvršča tudi Slovenija) zvišuje[[4]](#footnote-4), odraz tega pa je povečevanje deleža starejših oseb. Daljša se tudi pričakovana življenjska doba oseb, starejših od 65 let[[5]](#footnote-5). Oboje je moč razumeti kot uspeh medicinskega in tehničnega napredka, višje izobrazbe ljudi (in s tem povezanega višjega življenjskega standarda) in bolj zdravega načina življenja ter splošnega socialno-ekonomskega izboljšanja v zadnjih desetletjih. Daljša življenjska doba gre na račun daljšega življenja brez bolezni pa tudi daljšega preživetja s kroničnimi boleznimi, kar povečujeta izdatke, ki jih je treba upoštevati pri oblikovanju obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu: OZZ); tudi v povezavi z zavarovanjem za dolgotrajno oskrbo. K temu je treba dodati, da so se oblike skupnega življenja v tem času spremenile. Večgeneracijska gospodinjstva, ki bi lahko sama poskrbela za bolne družinske člane, postajajo redkost. Povečuje se število enoosebnih gospodinjstev in manjših (nuklearnih in enostarševskih) družin, pari ali (zunaj)zakonske skupnosti brez otrok ter istospolna partnerstva pa niso več posebnost[[6]](#footnote-6). Poleg tega se spodbuja mobilnost ne le znotraj države, temveč tudi znotraj Evropske unije (EU), kar vpliv na možnosti čezmejnega zdravljenja. Vse te povečane potrebe je potrebno soočiti z ekonomsko krizo v zadnjem desetletju in le počasnim okrevanjem po večletnem upadanju gospodarske aktivnosti.

Argument v prid sprejemu novega zakona (in ne zgolj spremembam obstoječega zakona) je tudi potreba po pregledni zakonski ureditvi, ki jo narekujejo nekateri notranji in zunanji dejavniki. Notranje dejavnike predstavljajo pomanjkljivosti oziroma neskladja znotraj sistema OZZ. Zunanje dejavnike predstavljajo odločitve Ustavnega sodišča in vpliv prava EU, v okviru katerega Listina temeljnih pravic EU spodbuja države članice k spreminjanju sistemov socialne varnosti, s čemer naj bi dosegle enako in pravično dostopnost do kakovostnih zdravstvenih storitev v finančno vzdržljivem sistemu. Doseganje višje ravni sistema socialne varnosti izhaja tudi iz 12. člena Evropske socialne listine Sveta Evrope, Republiko Slovenijo pa zavezujejo tudi norme Mednarodne organizacije dela (v nadaljnjem besedilu: MOD).

Področje zdravstvenega varstva je trenutno urejeno v več zakonih (posebni zakoni urejajo zdravstveno dejavnost, zdravniško službo, prispevke za socialno varnost, pacientove pravice, evidence na področju zdravstva) in obsežnih podzakonskih aktih, kar ureditev dela netransparentno. S tem je pod vprašaj postavljeno jedrno ustavno načelo pravne varnosti, v skladu s katerim morajo določbe predpisov biti jasne, iz njih pa mora izhajati predvidljiva pravna posledica.

V nadaljevanju so prikazana poglavitna področja, ki zahtevajo spremembe veljavnega ZZVZZ.

**1.1. Neustreznost urejanja obsega, vsebine in dostopnosti zdravstvenih pravic**

**1.1.1. Ustavna neskladnost določanja obsega in vsebine zdravstvenih pravic s podzakonskim aktom**

Eden od ključnih argumentov za sprejem novega zakona je neprimernost urejanja pravic iz OZZ v Pravilih OZZ (v nadaljnjem besedilu: Pravila). Podzakonsko urejanje pravic in obveznosti, ki pravice določa in omejuje (ter presega goli način izvrševanja pravic), pomeni odmik od določbe 87. člena Ustave Republike Slovenije, ki določa, da se pravice in obveznosti lahko določijo le z zakonom kot najvišjim splošnim in abstraktnim pravnim aktom za ustavo[[7]](#footnote-7). Ustavno sodišče je že ugotovilo, da sme podzakonski akt zakonsko normo razčleniti le do te mere, da sam ne opredeljuje pravic ali obveznosti in da zakonsko urejenih pravic ali obveznosti ne zožuje[[8]](#footnote-8). Pravila lahko (in naj) vsebujejo zgolj določbe o strokovnih, medicinskih in tehničnih vprašanjih, ki (tudi zaradi hitrega napredka medicinske znanosti) niso primerna za zakonsko urejanje. Ustavno sodišče je zelo jasno odločilo, da sta določitev pogojev uveljavljanja pravice do zdravstvenega varstva in način izvrševanja pravice v povezavi s pravico do socialne varnosti izrecno pridržana zakonu[[9]](#footnote-9).

Ob tem pa je utemeljen pomislek, da bi bil zgolj neposredni prenos določil iz Pravil v zdaj veljavno besedilo ZZVZZ nomotehnično in sistematično neustrezen in bi kršil že omenjeno načelo pravne varnosti, po katerem morajo biti pravila vedenja in ravnanja naslovnikov pravnih norm ter njihove posledice predvidljive in zanesljive.

Sedanji ZZVZZ zdravstvenih pravic pravno sistematično ne ureja, temveč jih posredno navaja le v zvezi z njihovim financiranjem. Pri tem zavarovana oseba iz zakonskih določil oziroma zaradi odsotnosti teh ne more ugotoviti, katere zdravstvene pravice ima. Ob odsotnosti jasne navedbe pravic in ob določeni razdrobljenosti postopkovnih pravil se zavarovana oseba nahaja v pravno nejasnem in nepredvidljivem položaju.

Zato mora zakonodajalec sprejeti novo besedilo zakona, ki sistemsko skladno in nomotehnično jasno predpisuje vrste in obseg pravic, ki jih zavarovana oseba ima, tako da zavarovana oseba ve, katere pravice lahko pričakuje. Določiti mora tudi način njihovega uveljavljanja. Vse pravice iz OZZ morajo biti brez izjem določene v enem zakonu[[10]](#footnote-10), vendar dovolj abstraktno, da so omogočene spremembe oziroma napredek na področju teh pravic. Abstraktno opredeljena pravica lahko ostane dlje časa nespremenjena, pri čemer se v podzakonskih normah (strokovnem seznamu ali nomenklaturi kot jo poznajo v nekaterih državah, npr. v Belgiji) v skladu z napredkom v stroki spreminja način njenega izvrševanja. Glede na zakonsko ureditev pravic bodo podzakonski akti razčlenili zakonsko normo le do te mere, da s tem sami ne bodo opredelili izvirno pravic in obveznosti in da zlasti z zakonom urejenih pravic in obveznosti ne bodo zožili. Predmet urejanja podzakonskih aktov bo le natančnejša opredelitev pravic, izvirno določenih že v zakonu, natančnejši postopek in način njihovega izvrševanja ter strokovne opredelitve, ki pomenijo medicinska, tehnična in druga strokovna vprašanja, ki niso primerna za zakonsko urejanje.

**1.1.2. Nepopolna univerzalnost OZZ**

Ureditev OZZ temelji na načelu obveznosti in univerzalnosti. Obvezno zavarovani so državljani RS in tujci pod pogoji, ki jih določa ta zakon. Zakon določa, da so vse osebe vključene v zdravstveno zavarovanje, kar pomeni, da imajo nenehno dostop do zdravstvenih pravic, ki jih zagotavlja zdravstveno zavarovanje. S tem se zagotavlja izvajanje načela univerzalnosti in dostopnosti. Za razliko od nacionalnih zdravstvenih služb, kjer osebi s stalnim bivališčem ni potrebno storiti ničesar, da bi prišla do pravic, ki jih zagotavlja javni zdravstveni sistem, je pri slovenskem sistemu, ki temelji na zdravstvenem zavarovanju, pogoj za pridobitev pravic prijava v zavarovanje, s čimer oseba pridobi status zavarovane osebe po eni od zavarovalnih podlag. Kljub temu, da je zavarovanje obvezno in je njegov namen, da imajo vse osebe, ki so ekonomsko aktivne (z izjemami, npr. napotenih) ali imajo stalno prebivališče v Republiki Sloveniji dostop do vseh pravic, ki jih zagotavlja zdravstveno zavarovanje, pa v praksi prihaja do dveh okoliščin, zaradi katerih oseba nima dostopa do zdravstvenih pravic iz OZZ (z izjemo storitev nujne medicinske pomoči).

Prva okoliščina nastane, če oseba sploh ni zavarovana[[11]](#footnote-11). Najpogostejši razlog je prenehanje zavarovanja po eni od zavarovalnih podlag (na primer ob izgubi zaposlitve), če se taka oseba pravočasno na zavaruje po drugi zavarovalni podlagi.

Druga okoliščina nastopi, če samozaposlena zavarovana oseba neredno plačuje zdravstveni prispevek. ZZVZZ določa, da se določenim kategorijam zavarovanih oseb v času, ko nimajo poravnanih obveznosti plačevanja prispevkov, zadržijo njihove pravice do zdravstvenih storitev in denarnih dajatev iz naslova OZZ razen nujnega zdravljenja. Tako stanje zakon imenuje zadržanje pravic. Število takih oseb se dnevno spreminja, tako je imelo na primer na dan 31. decembra 2016 zadržane pravice 20.196 zavarovancev in njihovih družinskih članov.

Nedostopnost do pravic osebi, ki ni zavarovana, čeprav bi morala biti, ali zato, ker ni poravnala svoje finančne obveznosti (lahko samo enega mesečnega zdravstvenega prispevka), lahko smatramo za kazen, ki ni sorazmerna storjenemu dejanju.

**1.1.3. Pomanjkljiva zakonska ureditev postopka uveljavljanja pravic**

Pomanjkljivost veljavne ureditve, ki jo lahko transparentno odpravi le nov zakon, predstavlja tudi pomanjkljiva zakonska ureditev postopka uveljavljanja pravic iz OZZ. Novi zakon mora zato pravno določneje urediti tudi postopke uveljavljanja pravic iz OZZ. Tudi procesne pravice in obveznosti so pravice in obveznosti, ki jih je treba zaradi procesne (kot dela pravne) varnosti urediti v zakonu. Zakon mora določiti postopkovni dostop do pravic in predvsem predvidljivost ravnanja zavarovanih oseb, izvajalcev zdravstvene dejavnosti in Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: Zavod). Zavod bo določil le natančnejši postopek in način uveljavljanja pravic iz OZZ, ki ni primeren za zakonsko urejanje.

**1.2. Pomanjkljiva solidarnost in neenaka dostopnost pri različnih zavarovalnih osnovah**

**1.2.1. Pomanjkljiva solidarnost in neenaka dostopnost pri družinskih članih**

Zavarovanje družinskega člana je izvedeno, subsidiarno zavarovanje po nosilcu zavarovanja in zanj se ne plačuje (posebnih ali povečanih) prispevkov. Po sedanjem zakonu se na ta način zavarujejo predvsem otroci zavarovane osebe, zakonec in starši.

Slabost veljavne ureditve zavarovanja otroka kot družinskega člana je, da določa različne pogoje za zavarovanje glede na to ali je otrok zakonski, nezakonski, posvojen, pastorek, brez staršev, s čimer otroka postavlja v neenak položaj glede dostopa do OZZ in obsega pravic iz OZZ.

Za zavarovanje partnerja kot družinskega člana so predpisani le splošni pogoji, in sicer, da ni sam zavarovanec in da ima stalno bivališče v Republiki Sloveniji. Ta rešitev izvira iz časov pred več kot pol stoletja, ko veliko število zakonskih partnerjev, praviloma žensk, ni bilo zaposlenih. Danes je možnost partnerja, da se kljub temu, da je sposoben za delo, odpove pridobitni dejavnosti, na podlagi katere bi solidarno z drugimi plačeval prispevek za OZZ, in se namesto tega zavaruje kot družinski član, sprejemljiva le pogojno.

Starši zavarovanca so obvezno zavarovani kot družinski člani, če z njim živijo v skupnem gospodinjstvu, jih zavarovanec preživlja in za preživljanje nimajo dovolj lastnih sredstev. Po podatkih Zavoda je na ta način zavarovano približno 50 oseb. Tudi to zavarovanje z vidika načela solidarnosti ni več ustrezna oblika zavarovanja, saj obstaja možnost uveljavitve trajne denarne socialne pomoči ali pravice do plačila prispevka za OZZ, kar oboje predstavlja podlago za samostojno zavarovanje.

**1.2.2. Neenotna opredelitev pravnih razmerij, ki so podlaga za vključitev v več zavarovanj**

Pravice in obveznosti osebe v socialnem zavarovanju izhajajo iz pravnega razmerja, ki je podlaga za vključitev v socialno zavarovanje. Glede na namen socialne varnosti so nekatera pravna razmerja podlaga za vključitev v vsa socialna zavarovanja (na primer delovno razmerje, samozaposlitev), nekatera pa so določena za posamezno socialno zavarovanje (na primer prejemniki invalidskih nadomestil in trajne denarne socialne pomoči so zavarovanci le v sistemu OZZ, upravičenci do starševskega dodatka so zavarovanci le v pokojninskem in invalidskem zavarovanju). V Republiki Sloveniji je vzpostavljen enoten sistem urejanja socialnega zavarovanja, ki se izvaja preko prijavno-odjavne službe Zavoda.

Ker pravna razmerja v ZZVZZ niso jasno in natančno opredeljena, prihaja do težav pri urejanju zavarovanja, posledično pa pri uveljavljanju pravic in plačevanju prispevkov. V praksi največ težav povzroča različna opredelitev enakih dejanskih stanj v posameznih področnih zakonih, za katero ni utemeljenega razloga, in različno opredeljen postopek ugotavljanja lastnosti zavarovane osebe. Različni opredelitvi pravnih razmerij v nekaterih primerih sledi tudi različna opredelitev osnov za plačilo prispevkov. S tem se posledično otežuje delo Finančni upravi Republike Slovenije (v nadaljnjem besedilu: FURS), ki s težavo obvladuje pravilnost obračuna in plačila prispevkov za tako razvejano število zavarovancev. Težave imajo tudi zavezanci za prijavo, saj pravna ravnanja na podlagi zakona niso vnaprej predvidljiva, zato ne zagotavljajo pravne varnosti.

**1.3. Regresivnost financiranja OZZ zaradi doplačil**

Drug pomemben razlog za sprejem zakona so obstoječa doplačila za storitve, zdravila, živila za posebne zdravstvene namene (v nadaljnjem besedilu: živila) in medicinske pripomočke in posledično dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ki so v sistem financiranja zdravstvenega zavarovanja vnesli visoko stopnjo regresivnosti.

Doplačila so bila uvedena leta 1992 in so bila tedaj zaradi razkoraka med znižanim BDP (ob osamosvojitvi) in zdravstvenimi pričakovanji državljanov potreben ukrep, vendar so se v naslednjih letih celo povečevala in dosegla od 0 do 90 % cene posameznih storitev. Poleg tega je njihova neizogibna lastnost, da obremenjujejo samo paciente, tako da je bila uvedba prostovoljnega dopolnilnega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu: dopolnilno zavarovanje) za ta doplačila nujen spremljajoč ukrep. To zavarovanje je vzpostavilo vzajemnost med bolnimi in zdravimi. Kako nujno je bilo, dokazuje podatek, da se je v zelo kratkem obdobju dopolnilno zavarovalo kar 95 % vseh državljanov, vendar prav visoki odstotek dokazuje, da je dopolnilno zavarovanje neprostovoljno: visoka doplačila so prisilila državljane v to zavarovanje, ki je de facto postalo obvezno. Brez tega zavarovanja je osebam z nižjimi prihodki omejen ali celo onemogočen dostop do velike večine pravic iz OZZ, saj je pri večini potrebno doplačilo.

Dopolnilno zavarovanje nikakor ne dosega solidarnosti, ki je značilno za pravo OZZ, kjer so prispevki linearno odvisni od dohodkov, premije dopolnilnega zavarovanja pa so enotne za vse državljane. Seštevek obeh zavarovanj pokaže, da je bruto dohodek osebe z minimalno plačo obremenjen s približno 10 % »dajatev« za zdravstveno varstvo, medtem ko je ta skupna obremenitev pri osebah s trikratnim povprečnim dohodkom manjša kot 7 %.

Neenaka obravnava zaradi neupoštevanja gmotnega stanja je lahko v nasprotju z ustavnimi načeli socialne države, socialne varnosti, enakosti (pri čemer je izrecno prepovedano razlikovanje na podlagi gmotnega stanja) in v nasprotju z načelom enake dostopnosti do zdravstvenega varstva. Oviedska konvencija izrecno poudarja pravičen dostop (ang. *equitable access*) do zdravstvenih storitev[[12]](#footnote-12). Leta 2000 je Svetovno poročilo o zdravju (World Health Report) na podlagi več desetin kazalcev uvrstilo Slovenijo med 170 državami na skupno 38. mesto, vendar na zelo slabo 82. mesto po kazalcu »pravičnosti razporejanja finančnega bremena med prebivalstvom«[[13]](#footnote-13).

Regresivnost zbiranja sredstev za zdravstveno varstvo je mogoče ublažiti oziroma odpraviti z ukinitvijo doplačil, ki so podlaga za dopolnilno zavarovanje. Ukinitev doplačil je pravno dopustno, s to zakonsko spremembo pa odpade pravna podlaga (kavza) pogodb o dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju. Če zakonodajalec lahko doplačila uvede, jih lahko tudi ukine. Doplačila so ukinile tudi nekatere druge države, na primer Nemčija pri zdravstvenih storitvah (tako imenovani *Praxisgebühr*) leta 2013. Njihova odprava je bila pri nas prvič predlagana leta 2003 in nato leta 2011[[14]](#footnote-14).

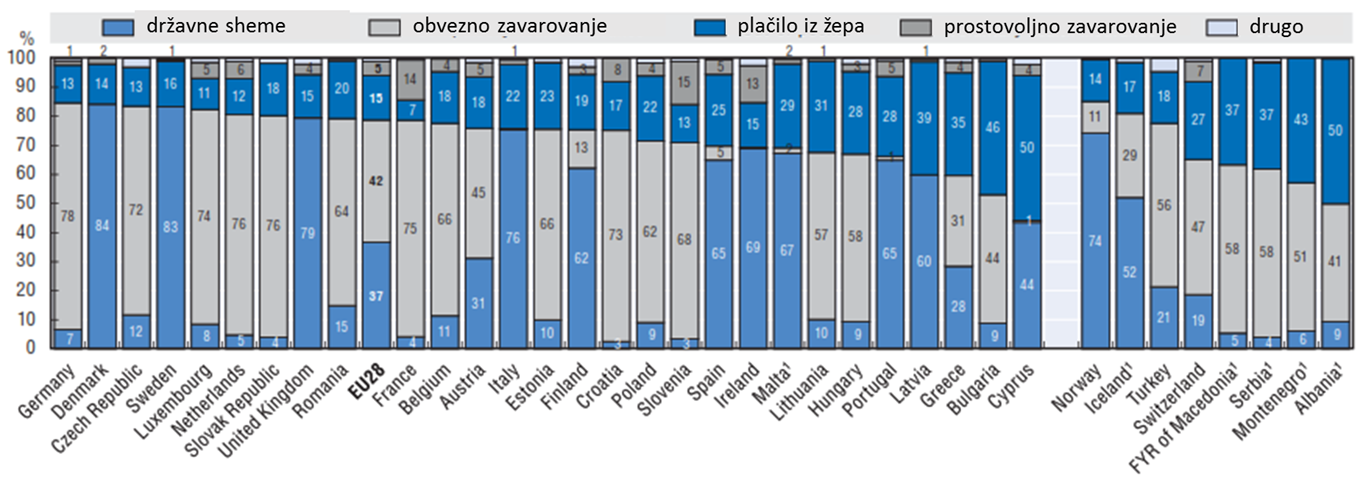
**1.4. Neuravnoteženo financiranje zdravstvenega varstva**

Pri zagotavljanju sredstev za zdravstveno varstvo obstaja v Republiki Sloveniji velika odvisnost od prispevkov na izplačane plače. Glede na spremembe na trgu dela, premik prebivalstva v kategorije nižjih prispevkov za zdravstveno zavarovanje in spremembe v dohodkovni sposobnosti prebivalstva takšna odvisnost ne zagotavlja dolgoročne finančne vzdržnosti. Tako zbrana javna sredstva skupaj z zasebnimi ne zadoščajo za pokrivanje tekočih obveznosti na področju zdravstvenega varstva. Zaradi razkoraka med prihodki in odhodki OZZ so bili zlasti v obdobju gospodarske krize in upada prihodkov iz zdravstvenih prispevkov zaposlenih uvedeni številni ukrepi za zmanjšanje odhodkov, kot je npr. zniževanje cen zdravstvenih storitev, povečevanje deleža doplačil dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja in ukrepi za večjo racionalizacijo dela izvajalcev. S spremembo zakona so bile uvedene nekatere spremembe prispevnih stopenj in uvedene nove prispevne osnove za določene zavezance in za določene vrste dohodkov, ki pa so le kratkoročno ublažile razkorak med potrebami in razpoložljivimi finančnimi sredstvi za zdravstvo[[15]](#footnote-15). V prihodnjem obdobju je spričo naraščajočih zdravstvenih potreb in demografskih gibanj mogoče pričakovati še večji razkorak med finančnimi viri in zdravstvenimi izdatki.

Struktura obstoječih finančnih virov izkazuje, da namenjamo za zdravstvo 71 % javnih virov (od tega 68 % iz OZZ), 15 % iz dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja oz. doplačil ter 13 % iz neposrednih plačil prebivalstva (plačila iz žepa). Iz proračunskih virov (davkov) namenjamo za zdravstvo le 3 % sredstev, kar je najnižji delež v primerjavah z drugimi članicami OECD (slika 1).

*Slika 1:Primerjava strukture izdatkov za zdravstvo med članicami OECD*

*(2015 ali najbližje leto)*

****

1vključno z investicijami

Vir: OECD Health Statistics 2016; Eurostat data Base; WHO, Global Health Expenditure Database.

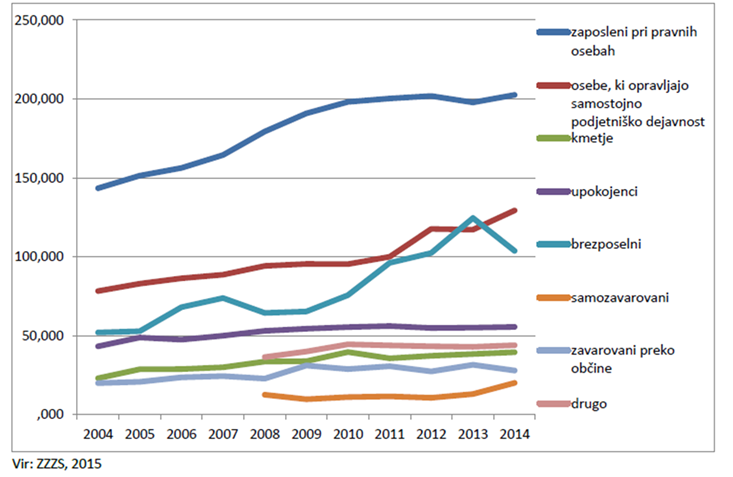
Ureditev javnega financiranja zdravstvenih pravic na način, da je pretežni del le-teh krit iz OZZ, iz več razlogov terja spremembe. Visoka odvisnost od prispevkov na izplačane plače in nizki prihodki iz splošnih davkov v sistemu financiranja zdravstva ogrožajo stabilnost financiranja na dolgi rok, saj tak sistem financiranja nima vgrajenega proticikličnega mehanizma, ki bi blažil učinke spremenjenih gospodarskih gibanj in posledičnih nihanj na strani prihodkov zdravstvenega zavarovanja.

V nekaterih sistemih socialnega zdravstvenega zavarovanja v Evropi spreminjajo financiranje na način, da ne zagotavljajo virov v celoti iz namenskih prispevkov od izplačanih plač, ampak deloma in v vse večji meri tudi iz davkov. Tovrstni pristop je prisoten v Franciji, Nemčiji in Litvi[[16]](#footnote-16).

Slabost obstoječe strukture financiranja zdravstvenega varstva je tudi neenakomerna obremenitev različnih kategorij zavezancev pri plačevanju prispevkov za zdravstveno varstvo (slika 2).

*Slika 2. Neenakomerna obremenjenost pri plačevanju zdravstvenih prispevkov*

*(Povprečni mesečni prispevki OZZ na osebo (v EUR), 2004–2014)*

****

Zaposleni in delodajalci skupaj plačujejo veliko višje prispevne stopnje kot katera koli druga kategorija zavezancev. Primerjava povprečnih mesečnih zneskov prispevkov za zdravstveno zavarovanje na zavezanca pokaže, da znaša le-ta pri zaposlenih pri pravnih osebah 208 EUR, pri samostojnih podjetnikih 140 EUR, pri kmetih 44 EUR, pri upojencih 57 EUR, pri določenih kategorijah zavezancev, kjer je plačnik prispevka proračun RS ali občin, pa le 22 oziroma 34 EUR na mesec.

Obstoječi sistem prispevnih osnov in stopenj je relativno zapleten in nepregleden. V zdravstvenem zavarovanju imamo določenih 11 prispevnih stopenj, neenotno so določene tudi prispevne osnove. Zato je potrebno sistem poenostaviti in v čim večji meri privzeti osnove za prispevke na področju socialne varnosti.

**1.5. Nedosledna ločenost OZZ za poklicna tveganja od OZZ za splošna tveganja**

Z novim zakonom se jasneje ločuje OZZ za poklicna tveganja, to je za poškodbe pri delu in poklicne bolezni, ki izhajajo iz opravljanja dela, ob katerem so delavci izpostavljeni različnim dejavnikov tveganja za zdravje (ki v mednarodnem pravu in pravu EU predstavljata samostojno socialno tveganje), od OZZ za splošna tveganja, to je za bolezni in poškodbe izven dela.

Ločitev obeh vrst obveznih zavarovanj je določena že v veljavnem ZZVZZ. Za obe zavarovanji se tudi ločeno plačujejo prispevki. Krog oseb, ki so zavarovane za poklicna tveganja, je bil do sedaj zamejen s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ta v 5. členu namreč določajo pogoj, da so za poklicna tveganja zavarovane le osebe, ki so sočasno zavarovane za splošna tveganja, za kar pa ni razbrati utemeljenega razloga. Veljavna ureditev se do sedaj ni dosledno izvajala, saj izvajalci zdravstvenih storitev niso dosledno beležili razloga obravnave po teh dveh rizikih. Zato ZZZS tudi ne razpolaga s popolnimi in pravilnimi podatki, koliko odhodkov ZZZS iz zbranega ločenega prispevka (0,53 %), ki ga plačujejo delodajalci in drugi zavezanci, se porabi za kritje pravic zaradi poškodb pri delu in poklicnih bolezni. Na nepravilnost podatkov vpliva tudi dejstvo, da ni urejeno področje prijavljanja, ugotavljanja in potrjevanja poklicnih bolezni.

Z novim zakonom se tako ti dve vrsti zavarovanja le dosledno urejata. Gre namreč za dve ločeni solidarnosti. Zavarovanje za splošna tveganja je solidarnost med zavarovanimi osebami – posamezniki. Zavarovanje za poklicna tveganja je solidarnost med delodajalci in drugimi zavezanci, saj riziko izvira iz delovnega okolja (tveganja za zdravje na delovnem mestu), oziroma druge aktivnosti zavezanca, ki je predmet zavarovanja za poklicna tveganja. Osnova tega zavarovanja je področje, ki ga ureja ZVZD-1.

**1.6. Neučinkovito urejanje odnosov med plačnikom in izvajalci**

Obstoječi sistem partnerskega dogovarjanja in urejanja pogodbenega odnosa med plačnikom, torej Zavodom, in izvajalci zdravstvenih storitev, se je oblikoval v smeri, ki je proces naredila povsem neučinkovit. Čeprav se uprablja termin »dogovarjanje«, se partnerji v procesu praviloma dogovorijo s konsenzom le glede majhnega števila predlogov, podanih s strani vseh partnerjev, vse pomembne odločitve pa se - včasih tudi načrtno - prepustijo Vladi RS. Proces dogovarjanja traja nesorazmerno dolgo glede na roke za pripravo finančnih načrtov izvajalcev in povzroča negotovost glede poslovnih pogojev izvajanja zdravstvenih programov v tekočem letu.

Glavni, če ne izključni razlog za neučinkovitost dosedanjega urejanja pogodbenih odnosov je enostopenjsko dogovarjanje o dolgoročnem programu zdravstvenega varstva na ravni države, določanju razvoja in obsega dela posameznih ravni zdravstvene dejavnosti in strok, o obsegu programa posameznih izvajalcev in o cenah zdravstvenih storitev. Edini dokument, ki bi ga lahko šteli kot predstopnjo takega dogovarjanja »vseh o vsem«, je bil »Nacionalni program zdravstvenega varstva Republike Slovenije - zdravje za vse do leta 2004«[[17]](#footnote-17), ki je že več kot deset let neaktualen. Tak način enostopenjskega razpravljanja je v ospredje postavil konflikt interesov med plačnikom in izvajalci ter konflikt med samimi izvajalci.

Zato je nujno proces spremeniti na način, ki bo bolj fleksibilen, hitrejši, bo izhajal iz vnaprej sprejetih sistemskih usmeritev in odločitev ter bo že v izhodišču upošteval trenutne potrebe uporabnikov zdravstvenega sistema, ki jih bodo odražali ustrezni kazalniki. Potrebno je tudi spremeniti vlogo »partnerjev« v procesu urejanja odnosov med plačnikov in izvajalci na način, da njihova vloga odraža pristojnosti in odgovornosti v sistemu zdravstvenega varstva. To zlasti velja za bolj jasno določene naloge Ministrstva za zdravje (v nadaljnjem besedilu: ministrstvo), Zavoda in izvajalcev.

**1.7. Pomanjkljiva vloga Zavoda kot aktivnega kupca**

Nakupovanje v javnem zdravstvenem sistemu pomeni alokacijo zbranih sredstev izvajalcem, ki s temi izvajajo zdravstvene storitve za zavarovance v pogodbeno zagotovljenem obsegu.

Aktivno (strateško) kupovanje pomeni aktivno in na dokazih temelječe prizadevanje za takšno vsebino in obseg košarice zdravstvenih storitev, da je z njo mogoče izpolniti in maksimirati družbene cilje zdravstvenega varstva, pri čemer morajo biti storitve kakovostne in po sprejemljivi ceni. Zgolj učinkovito zbiranje denarja ne zadošča, potrebna je tudi njegova učinkovita uporaba.

Za strateško kupovanje potrebuje kupec (Zavod) številne informacije: epidemiološke in demografske podatke, ki omogočajo oceno o bremenu posameznih bolezni, vrste in obseg potrebnih storitev, njihove izvedbene protokole, podatke o vhodnih in izhodnih stroških, standarde kakovosti in oceno o razmerju med kakovostjo in ceno, razvojne usmeritve, prednostna področja ter potrebne in razpoložljive človeške in materialne vire.

Ključni elementi strateškega kupovanja z ozirom na izvajalce so:

* izbor izvajalcev glede na vrsto, obseg in kakovost storitev, ki jih izvajajo;
* sklepanje pogodb;
* priprava seznama zdravstvenih storitev, list zdravil in Seznama magistralnih zdravil, določitev vrst medicinskih in drugih pripomočkov ter priprava nacionalnih smernic zdravstvenih obravnav;
* priprava, uvedba in stalno prilagajanje metod plačevanja izvajalcev, ki vzpodbujajo kakovost in stroškovno učinkovitost;
* določitev cen storitev;
* zagotavljanje informacij o zagotovljenih storitvah;
* nadzor nad izvajalci in ukrepanje ob slabem izvajanju;
* zaščita pred prevarami in korupcijo;
* zagotavljanje rednega plačevanja;
* pravično geografsko razporejanje virov;
* vzpostavitev in uporaba informacijskega sistema.

Ključni elementi strateškega kupovanja z ozirom na zavarovance so:

* ocena potreb zavarovancev ob upoštevanju njihovih pričakovanj in vrednot;
* seznanjanje zavarovancev z njihovimi pravicami in obveznostmi;
* zagotavljanje dostopnosti do zagotovljenih pravic,
* zagotovitev učinkovitih mehanizmov za sprejemanje in obravnavo pritožb ter drugih pobud zavarovancev;
* javni prikaz porabe sredstev, zdravstvenih izidov in kazalcev uspešnosti.

Ključne aktivnosti države za vzpodbujanje strateškega kupovanja:

* vzpostavitev zakonodajnega okvira za kupce in ponudnike;
* vzpostavitev in zapolnitev vrzeli v mreži izvajalcev;
* zagotovitev zadostnih sredstev za zagotavljanje pravic zavarovancev;
* zagotovitev odgovornosti kupca (Zavoda).

V sedanjem sistemu Zavod nima celovite vloge aktivnega kupca zdravstvenih storitev, čeprav nastavki za to vlogo obstajajo tako v zakonskih kot podzakonskih določilih in se tudi izvajajo v obliki zgoraj naštetih aktivnosti, vendar v nekaterih primerih nepopolno. Obstajajo na primer epidemiološki in demografski podatki, ki bi omogočili določitev bremena posameznih bolezni, vendar so te ocene izvedene sporadično in nepopolno, predvsem pa ne za pripravo in osveževanje nacionalnega programa zdravstvenega varstva, ki je bil zadnjič pripravljen leta 2004 in ne omogoča realne ocene potreb in prioritet. Ne obstajajo na zakonski ravni določena košarica zdravstvenih pravic, seznam zdravstvenih storitev in seznam pripomočkov, prav tako obstajajo le posamezni protokoli teh storitev. V državi nimamo vzpostavljenega sistema za ocenjevanje zdravstvenih tehnologij, ki je nujno potreben za analizo razmerja med kakovostjo in ceno posameznih storitev. Pomembno izjemo predstavlja le politika na področju zdravil in živil, kjer obstajajo tako različne liste kot sistem ocenjevanja njihove dodane vrednosti glede na ceno. Zavod uporablja nekatere sodobne metode plačevanja izvajalcev (glavarina, skupine primerljivih primerov), vendar jih ne posodablja v zadostni meri, kar iz leta v leto poglablja krivičnost cen posameznih storitev in omogoča nekaterim izvajalcem izbiranje preplačanih storitev in izogibanje podplačanim storitvam (pobiranje smetane). Take cene tudi ne morejo vzpodbujati k stroškovni učinkovitosti. Zavod uporablja nekatere kazalce kakovosti, ki bi lahko vplivali na cene, vendar jih ne uporablja sistematično. Zavod razpolaga z vhodnimi stroški izvajalcev, ne pa tudi s stroški za izhodne produkte (storitve), kar ne omogoča primerjave med izvajalci in določanja cen na podlagi stroškov tistih izvajalcev, ki so stroškovno najbolj učinkoviti.

Ni tudi mogoče prezreti dejstva, da v sedanjem sistemu Zavod še nima vloge aktivnega kupca zdravstvenih storitev in s tem izbor izvajalcev glede na vrsto, obseg in kakovost storitev, ki jih izvajajo, ker z ozirom na obstoječi zakonodajni okvir ustanovitelj/i določajo mrežo izvajalcev zdravstvenih storitev, ustanavljajo JZZ-e, so lastniki premoženja in odgovorni za njihovo poslovanje. Glede na tako določene pristojnosti in odgovornosti Zavod lahko le v omejenem obsegu izbira izvajalce, saj ni vzpostavljena konkurenca med izvajalci na strani ponudbe (oz. je minimalna). Postavlja pa se tudi vprašanje posledic neizbire izvajalca, ki ga je država ustanovila za pokrivanje zdravstvenih potreb na določenem območju.

Iz teh razlogov Zavod še vedno ni pravi aktivni kupec, temveč predvsem razdeljevalec obstoječih sredstev med izvajalce, pa še tu je njegova vloga omejena na določila, ki izhajajo iz Splošnega dogovora, kjer ključne odločitve sprejema Vlada RS.

**1.8. Problematika dolgotrajnih boleznin**

Pravica do denarnega nadomestila v času bolniškega staleža je praviloma kratkotrajne narave. V številnih državah EU je omejena na obdobje enega leta. Praktično brez omejitve obstaja le v Sloveniji in Bolgariji.

Število zavarovancev v bolniškem staležu se v zadnjih letih povečuje. Po podatkih NIJZ je med letoma 2014 in 2016 število zavarovancev v bolniškem staležu, daljšem od treh mesecev, poraslo od 21.079 na 24.1943 (za 14,8%). 31.5. 2017 je bilo dlje kot eno leto v staležu približno 6535 oseb, 899 več kot tri leta in 115 celo več kot pet let. Tabela 1 prikazuje najpogostejše razloge za bolniški stalež.

*Tabela 1: Bolniški stalež, daljši od treh mesecev, po skupinah bolezni, 2014-2016* (Vir: NIJZ)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **SKUPINA BOLEZNI PO MKB** | **2014** | **2015** | **2016** | **2016/2014** |
| 1 | Poškodbe na delu in izven dela | 5713 | 6176 | 6436 | +12,7% |
| 2 | Kostno-mišične bolezni | 4519 | 5269 | 5669 | +25,5% |
| 3 | Nosečnost | 2503 | 2605 | 2707 | +8,2% |
| 4 | Duševne in vedenjske motnje | 1901 | 1970 | 2059 | +8,3% |
| 5 | Neoplazme | 1356 | 1298 | 1379 | +1,7% |
| 6 | Bolezni srca in žilja | 1047 | 1100 | 1141 | +9,0% |

Tudi višina denarnega nadomestila v času staleža hitro narašča: v letu 2016 je znašala 60 mio evrov, trendi v letu 2017 pa kažejo na njegov porast za 13%. Večina porasta gre za staleže, ki so daljši od enega leta.

Povečan obseg dolgotrajnih bolniških staležev je težko pripisati spremenjeni epidemiološki sliki, bolj verjetni so družbeni, socialni in ekonomski razlogi. Pomembno je na povečan obseg bolniških staležev vplivalo podaljšanje upokojitvene starosti in pokojninske dobe. Ena izmed ključnih posledic podaljševanja delovne dobe je bilo namreč povečanje aktivne populacije v starostni skupini nad 55 let. Podatki SURS-a kažejo, da je bilo leta 2008 med delovno aktivnim prebivalstvom 10,8 % oseb, starih 55 let in več, leta 2015 pa že 13,5 %. Delovna doba se je podaljševala ob odsotnosti ustreznih strukturnih ukrepov za prilagoditev delovnih mest starajoči se populaciji in individualni medicinski rehabilitaciji delavcev. Glede na starostno strukturo zavarovancev je največji porast izgubljenih delovnih dni v breme ZZZS zabeležen pri zavarovancih, starih nad 50 let (62 % vsega porasta izgubljenih delovnih dni v breme ZZZS), sledijo zavarovanci v starosti od 35 – 39 let (15 % delež porasta izgubljenih delovnih dni v breme ZZZS).

Povečanje števila nosečnic na dolgotrajnem staležu nekateri pripisujejo strahu pred izgubo delovnega mesta in skrivanje nosečnosti pred delodajalcem, ki bi moral v primeru nekaterih oblik rizične nosečnosti poskrbeti za drugačno delovno mesto ali pa plačevati boleznino. Namesto tega se nosečnice zatekajo v »nenosečniško« bolniško odsotnost. Izrazit porast kostno-mišičnih bolezni kot vzrok za bolniško odsotnost (v dveh letih za 26%) je vsaj deloma odraz zlorabe instituta bolniškega staleža, saj je prav pri tej skupini bolezni strokovno najteže dokazati objektivnost bolnikovih težav. Pri teh boleznih se tudi v največji meri kaže pasivnost zdravstvene dejavnosti, ki ne išče bolnikove preostale delazmožnosti, da bi mu tako lahko omogočila delo s skrajšanim delovnim časom ali drugo delovno mesto.

**2. CILJI ZAKONA**

**2.1. Cilji zdravstvene politike v Evropski uniji**

Evropska unija nima pristojnosti pri določanju in spreminjanju sistemov socialne varnosti držav članic EU, kar velja tudi za področje zdravstvenega varstva. V praksi s je razvila t. i. *odprta metoda koordinacije* na podlagi prvega odstavka 153. člena Pogodbe o delovanju Evropske unije. Gre za pravno nezavezujoč postopek, ki ga je mogoče opisati kot upravljanje prek ciljev. Cilje na določenem področju za celotno Evropsko unijo predlaga Evropska Komisija. Odprta metoda koordinacije usmerja države članice k določenim splošnim in abstraktnim ciljem, izbira poti za dosego teh ciljev pa je prepuščena izključni pristojnosti držav članic.

Na področju zdravstvenega varstva so bili določeni naslednji dolgoročni cilji:

* omogočiti dostop vsem do ustreznega zdravstvenega varstva in zagotoviti, da potreba po zdravstvenem varstvu ne vodi v revščino ali finančno odvisnost, pri čemer je potrebno odpraviti nepravičnosti pri dostopu do zdravstvenega varstva in posledice za zdravje;
* pospeševati kakovost zdravstvenega varstva ter prilagoditi zdravstveno varstvo spreminjajočim se potrebam posameznikov in družbe predvsem z vzpostavitvijo kakovostnih standardov na podlagi najboljše mednarodne prakse in s krepitvijo odgovornosti zdravstvenih delavcev in bolnikov;
* zagotoviti, da ustrezno in visoko kakovostno zdravstveno varstvo ostane dostopno in vzdržno s pospeševanjem zdravega in aktivnega življenjskega sloga, zagotavljanjem kakovostnih človeških virov in racionalno uporabo vseh virov, predvsem z ustreznimi spodbudami za uporabnike in izvajalce, dobrim upravljanjem ter usklajevanjem med sistemi in institucijami zdravstvenega varstva.[[18]](#footnote-18)

**2.2. Cilji zdravstvene politike v Republiki Sloveniji**

Vlada RS se je v Koalicijskem sporazumu o sodelovanju v Vladi Republike Slovenije za mandatno obdobje 2014–2018 (v nadaljnjem besedilu: Koalicijski sporazum) zavezala, da bo v okviru zdravstvene reforme pripravila nov Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (v nadaljnjem besedilu: ZZVZZ-1).

Ministrstvo je v sprejeti Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016-2026: "Skupaj za družbo zdravja" (v nadaljnjem besedilu: Resolucija) določilo usmeritve za pripravo novega ZZVZZ-1, posamezna področja zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja pa so bila obravnavana v Analizi zdravstvenega sistema v RS (v nadaljnjem besedilu: Analiza). MZ je navedeno področje vključilo tudi v Nacionalni reformni program 2016-2017 (v nadaljnjem besedilu: NRP) kot pomembnejšo prioriteto Vlade RS.

Navedeni dokumenti poudarjajo potrebo po večjih spremembah s ciljem doseganja univerzalnosti zdravstvenega zavarovanja, večje solidarnosti pri financiranju zdravstvenega varstva, boljše dostopnosti ter večje kakovosti in učinkovitosti ob hkratni dolgoročni vsebinski in finančni vzdržnosti. Poudarki v teh dokumentih omogočajo opredelitev naslednjih ciljev ZZVZZ-1:

* doseči univerzalnost zdravstvenega zavarovanja;
* ohraniti potrebni obseg pravic iz OZZ in jih ustrezno urediti na zakonski ravni;
* povečati javno finančne vire sistema zdravstvenega varstva (smernice Svetovne zdravstvene organizacije);
* odpraviti neupravičene razlike v obveznostih zavarovancev in zavezancev za plačevanje prispevkov.
* razširiti prispevne osnove posameznega zavezanca za plačevanje prispevkov;
* odpraviti doplačila in posredno s tem dopolnilno zdravstveno zavarovanje;
* ohraniti izvajanja dejavnosti OZZ z enim nosilcem zavarovanja;
* oblikovati čim bolj enostaven sistem financiranja OZZ;
* vzpostaviti sistem, ki se bo sposoben odzivati in prilagajati vsakokratnim ekonomskim, zdravstvenim in družbenim spremembam;
* vzpostaviti sistem ugotavljanja in verificiranja poklicnih bolezni ter uveljavljanja pravic iz OZZ za poklicna tveganja vključno s preventivnimi zdravstvenimi programi;
* povečati vlogo Zavoda kot aktivnega kupca zdravstvenih storitev.

Finančno vzdržnost in stabilnost sistema je potrebno zagotoviti:

* s povečanjem sredstev za nemoteno delovanje zdravstvenega sistema (s širitvijo prispevnih osnov, z bolj enakomerno obremenjenostjo zavezancev za plačilo prispevkov za zdravstveno zavarovanje, s prenosom nezdravstvenih storitev na proračun),
* z racionalno izbiro storitev, ki jih krije zdravstveno zavarovanje, s pomočjo vrednotenja zdravstvenih tehnologij;
* z ukrepi za krepitev zdravja in zgodnje odkrivanje bolezni;
* z vpeljavo ukrepov za obvladovanje stroškov bolniškega staleža;
* s prenovo modelov plačevanja zdravstvenih storitev (skupine primerljivih primerov (SPP), glavarina);
* z redno primerjalno analizo stroškov storitev pri izvajalcih;
* z razvojem in uveljavljanjem upravljanja kakovosti, varnosti in odgovornosti za spremljanje kakovosti v zdravstvenih ustanovah;
* z jasnejšo opredelitvijo vlog in odgovornosti ministrstva in Zavoda pri postavitvi javne mreže izvajalcev.

V nadaljnjem besedilu so prikazane poglavitne spremembe na glavnih področjih zakona: zagotavljanju univerzalnosti OZZ, pravicah iz OZZ, zagotavljanju sredstev za OZZ ter upravljanju Zavoda in njegovim odnosom z izvajalci in drugimi partnerji.

**3. POGLAVITNE REŠITVE ZAKONA**

**3.1. Obseg, vsebina in dostopnost zdravstvenih pravic**

**3.1.1. Zakonska določitev obsega in vsebine zdravstvenih pravic**

Eden od ključnih argumentov za sprejem novega zakona je neprimernost urejanja pravic iz OZZ v Pravilih. Podzakonsko urejanje pravic in obveznosti, ki pravice določa in omejuje (ter presega goli način izvrševanja pravic), pomeni odmik od določbe 87. člena Ustave Republike Slovenije, ki določa, da se pravice in obveznosti lahko določijo le z zakonom kot najvišjim splošnim in abstraktnim pravnim aktom za ustavo[[19]](#footnote-19).

ZZVZZ-1 določa vse vrste pravic, ki se krijejo iz sredstev OZZ. Izhodišča za predlagane rešitve so usmeritve naslednjih dveh dokumentov: Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja« (Uradni list RS, št. [25/16](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2016-01-0999)) in Analiza zdravstvenega sistema v Sloveniji, Povzetek in ključne ugotovitve (januar 2016). Osnovna usmeritev je ohranitev široke košarice pravic iz OZZ, ki je očiščena zgolj tistih vsebin, ki ne predstavljajo zdravstvenih pravic. S predlaganimi zakonskimi rešitvami so pravice iz OZZ urejene na zakonski ravni skladno z Ustavo. Zakon določa vrste pravic, njihove pogoje oziroma omejitve in osnove postopka njihovega uveljavljanja. V ta namen so posamezna področja veljavne podzakonske ureditve pravic ustrezno prenesena na zakonsko raven.

Zakon ne našteva vseh možnih pravic v obliki posameznih zdravstvenih storitev, saj gre za več deset tisoč storitev, ki bi že kot seznam naredile zakon izjemno obsežen, obenem pa bi tako podrobno navajanje močno oviralo strokovni napredek in spremembe na področju pravic. Zato so pravice, ki so dostopne zavarovani osebi, v ZZVZZ-1 opredeljene abstraktno kot pravice, ki so določene v Seznamu zdravstvenih storitev ali jih določi Zavod v skladu s tem zakonom..

Potrebno je poudariti, da s to opredelitvijo ZZVZZ-1 ne obljublja vseh možnih zdravstvenih storitev, temveč tiste, ki so dokazano koristne. ZZVZZ-1 določa Seznam zdravstvenih storitev, ki jih krije OZZ, kot storitve, ki so s strani pooblaščenega organa (Inštitut za vrednotenje zdravstvenih tehnologij, v nadaljnjem besedilu: IVZT) dobile oceno o svoji terapevtski koristi, dodani vrednosti in razmerju med stroški in koristjo. Na seznamu ni storitev, ki niso pravica iz OZZ.

Novi organ, ki ga uvaja ZZVZZ-1, IVZT, je pristojni organ na področju vrednotenja zdravstvenih tehnologij, zagotavljanja njihove kakovosti in varnosti. Njegova ključna naloga je, da spremlja razvoj in presoja nove zdravstvene tehnologije s stališča zdravstvene koristi in stroškovne učinkovitosti, pri čemer se povezuje s sorodnimi tujimi sorodnimi institucijami in smiselno uporablja že obstoječe ocene. Na tej podlagi pripravi, dopolnjuje in revidira Seznam standardnih zdravstvenih storitev, ki jih plačuje Zavod.

Z IVZT dobivamo organ, ki ga poznajo v večini držav EU in drugod. Njegovo vlogo je doslej opravljal Zdravstveni svet, ki pa zaradi svoje nepoklicne narave kljub visoki strokovnosti te naloge ni mogel opravljati celovito in sistematično. IVZT bo vzpostavljal in vzdrževal mednarodno povezovanje in organizacijsko ter strokovno tehnično podporo pri pripravi nacionalnih smernic, strokovna vsebina pa bo še naprej temeljila tudi na delu razširjenih strokovnih kolegijev, klinik, kliničnih inštitutov in strokovnih združenj.

S sprejemom Seznama zdravstvenih storitev bo odpravljena pomanjkljivost, ugotovljena v Analizi zdravstvenega sistema, da v Sloveniji ni seznama storitev, ki se plačuje iz OZZ (razen za nekaj področij, kot so zdravila in živila), kar pomeni, da lahko izvajalci "široko" odločajo o tem, kaj zaračunavajo. S predlagano rešitvijo vzpostavitve Seznama zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo kot pravica iz OZZ, bo odpravljena tudi pomanjkljivost, ugotovljena isti analizi, da se učinkovitost in/ali stroškovna učinkovitost različnih storitev ne upošteva pri določanju obsega košarice pravic, saj bo določen jasen mehanizem z natančno opredeljenimi vlogami in odgovornostmi za odločanje, katere zdravstvene storitve (vključno s tehnologijami - metodami) se zagotavljajo v RS in katere od teh bo krilo OZZ, določena pa bo tudi metodologija njihovega vrednotenja.

Seznam zdravstvenih storitev ne bo vključeval le tistih zdravstvenih storitev, ki jih v skladu z ZZVZZ-1 določa Zavod. Gre za zdravstvene storitve, ki jih že v veljavnem sistemu OZZ natančneje opredeljuje Zavod (zdravila in živila z receptne liste, zdravila z ambulantne liste zdravil, z bolnišnične liste zdravil in s Seznama magistralnih zdravil ter vrste medicinskih in drugih pripomočkov, vključno s Seznamom pripomočkov).

**3.1.2. Zagotavljanje univerzalnosti zdravstvenega zavarovanja**

Zakon določa vključitev v zdravstveno zavarovanje vseh oseb s prijavljenim prebivališčem, kar pomeni, da ima vsaka oseba s stalnim prebivališčem in tujci pod pogoji, ki jih določa ZZVZZ-1, dostop do zdravstvenih pravic, ki jih zagotavlja zdravstveno zavarovanje. Pogoj za pridobitev pravic je, da je oseba prijavljena v zavarovanje, s čimer pridobi status zavarovane osebe po eni od zavarovanih podlag. Ker je zavarovanje obvezno, se oseba s stalnim prebivališčem in tujci pod pogoji, ki jih določa ta zakon, tudi ne more izogniti obveznemu zavarovanju.

Čeprav tudi dosedanje zakonske rešitve omogočajo, da je vsak državljan RS in vsak tujec pod pogoji, ki jih določa zakon, neprekinjeno zdravstveno zavarovan in deležen vseh pravic, pa univerzalno dostopnost do zdravstvenih pravic omejujeta dve okoliščini: da posameznik iz različnih razlogov sploh ni zavarovan ali pa da je zavarovan, vendar ni plačal zdravstvenega prispevka, kar mu po sedanjem zakonu prav tako preprečuje dostop do zdravstvenih pravic.

Večina primerov, da posameznik ni zdravstveno zavarovan, nastane v času med prenehanjem ene zavarovalne podlage in ureditvijo zavarovanja po drugi zavarovalni podlagi. Do tega pride zaradi odlašanja posameznika, da si uredi zavarovanje, vendar je takih primerov razmeroma malo, saj je Zavod že dosedaj to osebo pisno opozoril, da si mora urediti zavarovanje. Večina primerov nastane zaradi malomarnosti ali interesov delodajalca, ki delavca, ki mu je prenehalo delovno razmerje, ne obvesti o odjavi zavarovanja ali ga odjavi za nazaj, ali ga novi delodajalec ne prijavi v zavarovanje. Za tak primer vzpostavlja ZZVZZ-1 varovalko, ki preprečujejo negativne posledice za delojemalca: po zakonu je delodajalec v prekršku, če zamudi rok za prijavo v zavarovanje oziroma odjavo iz zavarovanja, ZZVZZ-1 za tovrstne prekrške določa tudi ustrezno globo. Hkrati ZZVZZ-1 nalaga Zavodu obveznost, da obvesti delavca o odjavi iz zavarovanja, če je delodajalec zamudil rok za odjavo iz zavarovanja, delavec pa na dan vložene odjave iz zavarovanja nima urejenega OZZ po drugi zavarovalni podlagi. Z obvestilom o odjavi iz zavarovanja je delavec tudi sočasno pozvan k ureditvi zavarovanja.

ZZVZZ-1 tudi odpravlja zadržanje pravic v primeru, da samozaposlena ali z njo izenačena zavarovana oseba nima poravnanih vseh finančnih obveznosti do Zavoda. Zato je potrebna doslednejša ureditev dostopnosti do zdravstvenih pravic z določitvijo pogojev in upoštevanjem možnosti poravnave finančnih obveznosti. To je zelo pomembna sprememba pri zagotavljanju univerzalnosti zavarovanja in dostopnosti do pravic, saj je v vsakem trenutku neplačnikov približno dvajset tisoč.

**3.1.3. Določitev postopkov za uveljavljanje pravic**

Zakon pravno določneje ureja tudi postopke uveljavljanja pravic iz OZZ. Tudi procesne pravice in obveznosti so pravice in obveznosti, ki jih je treba zaradi procesne kot dela pravne varnosti urediti v zakonu. ZZVZZ-1 določa postopkovni dostop do pravic in predvsem predvidljivost ravnanja zavarovanih oseb, izvajalcev zdravstvene dejavnosti in Zavoda. Zavod bo določil le natančnejši postopek in način uveljavljanja pravic iz OZZ, ki ni primeren za zakonsko urejanje.

**3.2. Doslednejša izpeljava načel OZZ**

**3.2.1. Doslednejša izpeljava solidarnosti in dostopnosti pri družinskih članih**

Med naloge države spada ustrezna zakonodaja in ukrepi, ki v največji možni meri zagotavljajo zaščito, varnost in pravice otrok in s tem najboljše možne pogoje za razvoj njihovih potencialov. ZZVZZ-1 ukinja zavarovanje otroka kot družinskega člana in namesto tega določa samostojno podlago za zavarovanje otrok. Po tej podlagi je otrok obvezno zavarovan do 18. leta starosti brez pogoja šolanja, po 18. letu pa, če se šola, do zaključka programa druge bolonjske stopnje ali programa enovitega bolonjskega študija, vendar največ do konca študijskega leta, v katerem dopolni 26. leto starosti. Namen te ureditve je, da se vsem otrokom zagotovi enak dostop do OZZ in enak obseg pravic ne glede na pravni položaj njihovih staršev. OZZ otroka bo poslej neodvisno in nanj sprememba položaja starša v OZZ ne bo vplivala, prav tako pa nanj ne bo vplival njegov položaj zakonskega, nezakonskega ali posvojenega otroka, pastorka ali otroka brez staršev. S tem je bilo upoštevano temeljno ustavno načelo in pravilo enakosti pred zakonom in temeljno načelo socialne pravičnosti.

ZZVZZ-1 ohranja zavarovanje kot družinski član le za partnerja zavarovanca, ne pa tudi za otroka zavarovanca in njegove starše. Zavarovanje zakonca ostaja subsidiarno, po nosilcu zavarovanja, za katerega se ne plačuje prispevkov, zaostrujejo pa se pogoji za to zavarovanje. Možnost partnerja, da se kljub temu, da je sposoben za delo, odpove pridobitni dejavnosti, na podlagi katere bi solidarno z drugimi plačeval prispevek za OZZ, in se namesto tega zavaruje kot družinski član, sprejemljiva le v omejenem številu primerov.

ZZVZZ-1 izključuje zavarovanje kot družinski član za partnerja, ki ne dela, čeprav je sposoben za delo in bi lahko na tej podlagi solidarno plačeval prispevke za OZZ. Lahko pa se kot družinski član zavaruje partner, ki aktivno išče zaposlitev in je vpisan v evidenco brezposelnih oseb, partner, ki vzgaja otroke do vstopa v prvi razred osnove šole in partner, ki je nezmožen za delo. Šteje se, da je oseba nezmožna za delo, če je starejša od 65 let, ali če je pri njej ugotovljena popolna nezmožnost za delo po predpisih o pokojninskem in invalidskem zavarovanju ali nezaposljivost po predpisih o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov.

ZZVZZ-1 ureja ohranitev statusa družinskega člana tistim staršem, ki bodo na dan uveljavitve tega zakona vključeni v zavarovanje kot družinski član. Pridobljeni status družinskega člana bodo ohranili do izteka pogojev za zavarovanje.

**3.2.2. Poenotenje pravnih razmerij, ki so podlaga za vključitev v več zavarovanj**

Z namenom, da bi ohranili enoten sistem urejanja socialnega zavarovanja, so s predpisi o pokojninskem in invalidskem zavarovanju poenotena enaka pravna razmerja, ki so podlaga za vključitev v več zavarovanj. Tako je v OZZ na primer enako kot v pokojninskem zavarovanju opredeljeno samostojno opravljanje dejavnosti (pridobitna, poklicna in kmetijska dejavnost). Enotni sistema urejanja socialnega zavarovanja bo omogočil bolj učinkovito delo prijavno odjavne službe Zavoda, finančne uprave in zavezancev za prijavo, predvsem pa bo okrepil pravni položaj zavarovanih oseb, ki so jim namenjena socialna zavarovanja.

ZZVZZ-1 tudi dopolnjuje postopek ugotavljanja lastnosti zavarovanca z vidika zbliževanja pogojev za vodenje postopkov ugotavljanja lastnosti zavarovanca po uradni dolžnosti ali na zahtevo stranke s pravili v pokojninskem in invalidskem zavarovanju. Po vzoru pokojninskega in invalidskega zavarovanja je tudi določen prednostni vrstni red zavarovanja v primeru obstoja več pravnih razmerij, ki so podlaga za zavarovanje, s čimer odpravlja možnost dvojnih zavarovanj.

Z namenom zagotavljanja ažurnih, popolnih in točnih podatkov v zbirki podatkov zavarovanih oseb, ki so podlaga za uveljavljanje pravic v OZZ, je v zakonu dan poudarek na razširitvi pooblastil Zavodu, da po uradni dolžnosti popravi podatke oziroma uredi zavarovanja, s čimer se posledično razbremenjuje zavezanca za prijavo.

**3.3. Odprava regresivnosti financiranja OZZ zaradi doplačil**

Drug pomemben razlog za sprejem novega zakona so obstoječa doplačila za storitve, zdravila, živila in medicinske pripomočke in posledično dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ki so v sistem financiranja zdravstvenega zavarovanja vnesli visoko stopnjo regresivnosti.

ZZVZZ-1 ukinja vsa doplačila za zdravstvene storitve in uvaja solidarno zdravstveno doplačilo (v nadaljnjem besedilu: ZD), ki nadomešča izpad prilivov iz naslova premij dopolnilnega zavarovanja za doplačila. Ob upoštevanju sprejemljivosti predlogov preoblikovanja DZZ je v zakonu predvidena uvedba ZD kot obveznega prispevka zavezancev iz neto dohodkov.

Zdravstveno doplačilo je predvideno v pavšalnih zneskih, ki so določeni po kategorijah zavarovancev in z upoštevanjem gradacije v okviru kategorije zaposlenih in upokojencev glede na dohodke. Osnovne kategorije so osebe v delovnem razmerju, upokojenci, zavezanci v statusu brezposelnih oseb, osebe na poklicni rehabilitaciji, osebe, ki po predpisih s področja starševskega varstva prejemajo določene dohodke, osebe, ki si same plačujejo prispevke za zdravstveno zavarovanje (Tabela 2).

Za osebe v delovnem razmerju in upokojence so zneski ZD predlagani v višini mesečnih zneskov od 20 eur do 35 eur upoštevaje višino dohodka. Zavezanci, ki prejemajo dohodek nižji od minimalne plače bodo po tem predlogu plačevali pomembno nižji znesek v primerjavi s sedanjo višino premije DZZ (30 eur/mes). Tudi za zavezance v kategoriji zaposlenih in upokojencev, ki prejemajo dohodek nad minimalno plačo in do višine povprečne plače je predvideno ZD v višini 25 eur/mes., kar je nižji znesek v primerjavi s sedanjo višino premije DZZ. Za preostale zavezanci v kategoriji zaposlenih in upokojencev, katerih dohodek je višji od povprečne plače, je določeno ZD v višini 35 eur/mes.

Za brezposelne osebe, osebe na poklicni rehabilizaciji, za prejemnike po predpisih, ki urejajo starševsko varstvo ter tiste, ki si same plačujejo zdravstvene prispevke, je ZD določeno v višini 20 eur/mes.

Za vse ostale zavezance, kot so vojaki, rejniki, tujci, ki se izobražujejo v RS, upravičenci do plačila prispevka OZZ, kjer je plačnik ZD RS ali zavarovanec sam, pa je predvideno ZD v višini 30 eur/mes.

S predlaganimi zneski ZD se vzpostavlja večja stopnja solidarnosti tudi v delu obveznega prispevka za zdravstvo v primerjavi s sedanjo ureditvijo določitve enotne premije DZZ.

Osnova za določitev ZD je višina dohodka zavarovancev za osebe v delovnem razmerju (bruto plača) in za upokojence (obrutena pokojnina). Za zavarovance v preostalih kategorijah se ZD določi na podlagi predizpolnjenega obračuna FURS ali z odločbo FURS.

Odmera in pobiranje ZD zasleduje enostavnost in je zato administrativno in stroškovno manj zahtevno glede na različne druge možnosti uvedbe ZD. Obračun in pobiranje ZD je tekoče ob izplačilu dohodka; pri določenih kategorijaz zavezancev pa bo FURS mesečno izdajal plačilne naloge. Tako določeno ZD zagotavlja večjo preglednost in enostavnost pobiranja, kot tudi boljšo finančno vzdržnost sistema zaradi pričakovane višje stopnje izpolnjevanja obveznosti na strani zavezancev.

Tabela 2: Pregled zneskov ZD po kategorijah zavarovancev

|  |  |
| --- | --- |
| **Kategorija zavarovancev** | **Mesečni znesek zavarovanca v EUR** |
| **Osebe v delovnem razmerju in upokojenci, ki imajo dohodek nižji od minimalne plače** | 20 |
| **Osebe v delovnem razmerju in upokojenci, ki imajo dohodek nad minimalno plačo in do povprečne plače** | 25 |
| **Osebe v delovnem razmerju in upokojenci z dohodkom nad povprečno plačo** | 35 |
| **Brezposelni, poklicna rehabilitacija in prejemniki, po predpisih, ki urejajo starš. varstvo in osebe, ki si same plačujejo OZZ** | 20 |
| **Vsi ostali: vojaki, rejniki, tujci, ki se pri nas izobražujejo, upravičenci do plačila prispevka OZZ** | 30 |
|  |  |

**3.4. Uravnoteženje financiranja zdravstvenega varstva**

Cilji, ki jih zasleduje zakon s predlaganimi spremembami na področju financiranja, so:

* stabilnejši sistem financiranja, ki bo zagotavljal zadostne in stabilne vire prihodkov za kakovostno oskrbo državljanom in dostop do potrebnih zdravstvenih storitev;
* povečanje solidarnosti pri zbiranju sredstev z upoštevanjem zmožnosti prebivalcev glede na prihodke;
* zagotovitev diverzifikacije javnih prihodkov za zdravstvo z razširitvijo osnov, spremembami prispevnih stopenj in novimi viri.

Izhodišča za zakonske spremembe so:

* na zakonski ravni določena obseg in vsebina zdravstvenih pravic se ne spreminjata bistveno in bosta v celoti pokrita iz javnih virov;
* pri višini potrebnih sredstev se izhaja iz finančnih projekcij Zavoda 2017-2022 in načrtuje povečane odhodke ob upoštevanju ocene najnujnejših obveznosti za pokrivanje zdravstvenih potreb in boljše dostopnosti (skrajševanje čakalnih dob s povečevanjem obsega obstoječih storitev in programov, do 3 % letno povečanje odhodkov zaradi uvajanja novih storitev in programov, ustanovitev in delovanje inštituta za vrednotenje zdravstvenih tehnologij) in omejitev na prihodkovni strani;
* razširjajo se prispevne osnove na dohodke iz kapitala in oddajanja premoženja v najem (dividende, dobiček iz kapitala, najemnine, obresti); uvaja se prispevek 6,36 % na te dohodke, pri čemer se pri obrestih upošteva zneske nad 1.000 EUR na leto (predvideno je povečanje prihodkov za 43 milijonov EUR, od tega se 19 milijonov EUR nanaša na dividende, 13 milijonov EUR na najemnine, 8 milijonov EUR na obresti in 5 milijonov EUR na dobiček iz kapitala);
* uvaja se enotna prispevna stopnja za vse zavarovance tako, da se namesto dosedanjih več različnih prispevnih stopenj določa enoten prispevek zavarovanca po stopnji 6.36 % in prispevek delodajalca po stopnji 6,56 % za zavarovanje za splošna tveganja (izjema upokojenci, pri katerih se določi le prispevna stopnja delodajalca, povečana od sedanje 5,96 % na 6,56 %) in ena prispevna stopnja 0,53 % za zavarovanje za poklicna tveganja. Finančni učinki uvedbe enotne prispevne stopnje znašajo 73 milijonov EUR letno, pri čemer je glavnina dodatne obremenitve na strani Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: ZPIZ) in občin oziroma državnega proračuna (tabela 5);
* postopno se prenese financiranje obveznosti za programe, ki ne predstavljajo zakonsko opredeljenih zdravstvenih pravic in niso predmet zdravstvenega zavarovanja, na državni proračun (razvojni in raziskovalni del terciarne dejavnosti) in refundacija oproščenih prispevkov za invalidska podjetja s strani proračuna, oziroma delodajalcev v višini 24,4 milijonov EUR;
* ukine se doplačila za zdravstvene storitve in posledično dopolnilno zdravstveno zavarovanje (v letu 2020) ter nadomesti izpad sredstev z uvedbo obveznega ZD;
* zoži se možnost zavarovanja kot družinski član, zaradi česar določeni sedanji družinski člani ne bodo več izpolnjevali pogojev za to zavarovanje. Iz tega naslova so ocenjeni dodatni prihodki v višini 7,9 mio EUR na leto.

Na odhodkovni strani je v finančni projekciji Zavoda 2018-2024 upoštevano zmanjšanje odhodkov zaradi omejitve višine pravice do nadomestila plače zaradi bolezne in znižanje odstotka nadomestila nad 1 letom. Upoštevano je tudi zmanjšanje odhodkov ob uvajanju ukrepov racionalizacije v zdravstvenem sistemu.

Projekcija Zavoda 2017-2024 ob upoštevanju predlaganih zakonskih in drugih ukrepov na prihodkovni in odhodkovni strani zdravstvenega zavarovanja in financiranja omogoča izravnano poslovanje (tabela 4), pri čemer se v okviru pričakovane zmožnosti povečanja sredstev upošteva tudi dodatna sredstva za nove zdravstvene potrebe prebivalstva.

**3.5. Ločitev OZZ za poklicna tveganja od OZZ za splošna tveganja**

OZZ za poklicna tveganja ureja novi zakon v obliki sklenjene celote, to je posebnega dela z ustrezno jasnim in preglednim navezovanjem na zavarovane osebe, pravice in način njihovega financiranja. Nov zakon opredeljuje poklicna tveganja, določa krog zavarovanih oseb, pravice iz OZZ za poklicna tveganja in postopek njihovega ugotavljanja ter način financiranja, ki je prav tako jasno in namensko urejen.

**3.6. Ureditev odnosov med plačnikom in izvajalci**

Dosedanji enostopenjski način partnerskega dogovarjanja med MZ, Zavodom in izvajalci zdravstvene dejavnosti deli ZZVZZ-1 na več stopenj:

* priprava nacionalnega programa zdravstvenega varstva za pet oziroma deset let;
* priprava akcijskega plana za obdobje dveh let;
* priprava plana zdravstvenih storitev;
* sklepanje pogodb s posameznimi izvajalci.

Vzporedno, vendar neodvisno od teh dokumentov, poteka tudi priprava cenika zdravstvenih storitev.

Vsebina dokumenta na višji stopnji določa in omejuje vsebino pogajanj na nižji stopnji.

Najvišji dokument, nacionalni plan zdravstvenega varstva, začrta na podlagi analize zdravstvenega stanja prebivalstva, potreb prebivalstva po zdravstvenem varstvu in zmogljivosti sistema zdravstvenega varstva strategijo razvoja zdravstvenega varstva, njegov temeljne usmeritve in cilje, iz njih izhajajoče ukrepe in aktivnosti ter razvojne usmeritve na posamezni ravni in po posamezni vrsti zdravstvene dejavnosti. Predlog nacionalnega programa pripravi MZ do 30. aprila v letu, v katerem se izteče prejšnji petletni program.

Akcijski načrt mora na izhodiščih ekonomske, zdravstvene in socialne politike ter makroekonomskih izhodiščih Vlade Republike Slovenije začrtati na ravni države potrebne aktivnosti in ukrepe za uresničevanje nacionalnega programa ter krovne usmeritve glede vsebine, količine in vrste storitev ali programov iz OZZ po ravneh in vrstah zdravstvene dejavnosti. Predlog Akcijskega načrta pripravi MZ v sodelovanju z Zavodom, NIJZ, Zdravstvenim svetom in IVZT ter na podlagi predlogov in mnenj združenj izvajalcev in združenj uporabnikov.

Cenik zdravstvenih storitev je na eni strani omejen z razpoložljivimi sredstvi, na drugi strani pa je vsak predlog po spremembi cene potrebno utemeljiti z aktualnimi vhodnimi in izhodnimi stroški in protokoli (smernicami) izvedbe določene storitve. Metodologijo za analizo stroškov in oblikovanje cen sprejme Zavod v sodelovanju z izvajalci oz. njihovimi združenji.

Pri pripravi plana zdravstvenih storitev, ki določa obseg dela in prihodkov izvajalcev, imajo torej pogajalci na mizi naslednje dokumente: akcijski načrt zdravstvenega varstva, plan zdravstvenih storitev preteklega leta, finančni načrt Zavoda, cenik zdravstvenih storitev in seznam izvajalcev v javni mreži skupaj s podatki o njihovi opremi in kadrovski zmogljivosti. Na podlagi teh dokumentov sprejme Zavod plan zdravstvenih storitev za naslednji dve leti..

Zadnja stopnja je sklepanje pogodb s posameznimi izvajalci, ki jih pripravi Zavod na podlagi Plana zdravstvenih storitev.

*Tabela 3. Povprečni mesečni zneski plačanih prispevkov za OZZ na zavarovanca po osnovnih kategorijah zavarovancev v letu 2016*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **2016** | | | | | **Enotna prispevna stopnja** | | |
| Kategorija zavarovanca | Število zava-rovancev | Prispevna stopnja | Mesečni prispevki na zava-rovanca v € | Letni pri-spevki na zavarovan-ca v € | Plačani prispevki v tisoč € | Mesečni prispevki na zava-rovanca v € | Prihodki v tisoč € | Povečanje prihodkov v tisoč € |
| **Aktivni \*** | **755,047** | **13.45%** | **207** | **2,481** | **1,873,334** | **207** | **1,877,994** | **4,660** |
| od tega delodajalci nesreče | 755,047 | 0.53% | 8 | 94 | 71,336 | 8 | 71,336 |  |
| od tega delodajalci | 755,047 | 6.56% | 100 | 1,198 | 904,325 | 100 | 908,725 | 4,400 |
| od tega delojemalci | 755,047 | 6.36% | 99 | 1,189 | 897,673 | 99 | 897,933 | 260 |
| **Samostojni podjetniki** | **73,022** | **13.45%** | **137** | **1,649** | **120,397** | **137** | **120,397** | **0** |
| od tega delodajalci nesreče | 73,022 | 0.53% | 5 | 65 | 4,745 | 5 | 4,745 | 0 |
| od tega delodajalci | 73,022 | 6.56% | 69 | 829 | 60,570 | 69 | 60,570 | 0 |
| od tega delojemalci | 73,022 | 6.36% | 63 | 754 | 55,082 | 63 | 55,082 | 0 |
| **Kmetje** | **12,153** | **18,78% ali 6,36%** | **44** | **533** | **6,482** | **95** | **13,831** | **7,349** |
| od tega delodajalci nesreče | 11,062 | 0.53% | 4 | 45 | 494 | 4 | 494 | 0 |
| od tega delodajalci | 11,062 | 0.00% | 0 |  | 0 | 46 | 6,114 | 6,114 |
| od tega delojemalci širši obseg | 10,915 | 6.36% | 44 | 531 | 5,799 | 45 | 5,900 | 101 |
| od tega delojemalci ožji obseg | 147 | 5.21% | 36 | 435 | 64 | 46 | 82 | 18 |
| od tega od katastra | 1,091 | 18.78% | 2 | 19 | 21 | 95 | 1,241 | 1,220 |
| **ZPIZ za upokojence** | **546,216** | **5.96%** | **57** | **684** | **373,643** | **63** | **411,243** | **37,600** |
| **Brezposelni \*\*** | **19,019** | **11.92%** | **90** | **1,080** | **20,533** | **98** | **22,255** | **1,722** |
| od tega delodajalci | 19,019 | 5.96% | 45 | 541 | 10,287 | 50 | 11,322 | 1,035 |
| od tega delojemalci | 19,019 | 5.96% | 45 | 539 | 10,246 | 48 | 10,933 | 687 |
| **Zavarovanci po 20. točki** | **56,662** | **5.96%** | **22** | **270** | **15,273** | **25** | **16,973** | **1,700** |
| **Zavarovanci po 21. točki** | **50,683** | **2.00%** | **34** | **412** | **20,881** | **63** | **38,481** | **17,600** |
| **Zaporniki** | **1,258** | **12.92%** | **217** | **2,604** | **3,276** | **131** | **1,976** | **-1,300** |
| **Prejemniki invalidskih nadomestil** | **17,278** | **5.96%** | **43** | **510** | **8,813** | **47** | **9,703** | **890** |
| **Ostalo \*\*\*** | **28,643** | **različno** | **10** | **119** | **3,415** | **18** | **6,344** | **2,929** |
| **Študenti** |  |  |  |  | **16,626** |  | **16,626** |  |
| od tega delojemalci (plača delodajalec) |  | 6.36% |  |  | 15,346 |  | 15,346 |  |
| od tega delodajalci nesreče |  | 0.53% |  |  | 1,280 |  | 1,280 |  |
| **Drugo pravno razmerje** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| od tega delojemalci |  | 6.36% |  |  | **375** |  | **375** |  |
| od tega delodajalci nesreče |  | 0.53% |  |  | **5,057** |  | **5,057** |  |
| **Skupaj** | **1,559,981** |  | **132** |  | **2,468,105** | **136** | **2,541,255** | **73,150** |

\* podatek vključuje tudi prihodke od nadomestil zaradi bolezenske odsotnosti in od nadomestil za starševski dopust, od drugega pravnega razmerja

\*\* podatek se nanaša le na tiste brezposelne osebe, ki jih je Zavod RS za zaposlovanje prijavil v zavarovanje kot prejemnike denarnih nadomestil iz naslova zavarovanja za primer brezposelnosti

\*\*\* vključeni so prispevki zamudne obresti, prispevki, ki jih plačuje RS, ter nerazporejeni prispevki

*Tabela 4. Projekcija Zavoda 2018 - 2024 v mio EUR ob zdravstveni reformi*

*(ob upoštevanju predlaganih zakonskih in drugih ukrepov)*



*Vir: MZ*

**3.7. Okrepljena vloga Zavoda kot aktivnega kupca**

Zavod v ZZVZZ-1 ohranja status javnega zavoda ter ostaja edini nosilec in izvajalec OZZ. Zakon mu podeljuje avtonomen status, saj imajo v organih upravljanja predstavniki plačnikov (zavarovanci, delodajalci) večino. Soglasja (MZ, Vlade RS ali Državnega zbora RS) so določena le za dokumente, ki so neposredno povezani s politiko in strateškimi usmeritvami države. Zavod sodeluje pri pripravi vseh strateških dokumentov, ki se tičejo zdravstva, kot npr. pri Nacionalnem programu zdravstvenega varstva, akcijskih načrtih in postavljanju mreže zdravstvenih izvajalcev.

Zakon določa naloge in aktivnosti, ki omogočajo, da Zavod postane aktivni (strateški) kupec in s tem izpolnjuje svoje poslanstvo, da z zbranimi sredstvi omogoča zavarovancem enak dostop do kakovostnih in stroškovno učinkovitih zdravstvenih storitev in drugih pravic iz OZZ. Zakon tudi krepi vlogo Zavoda kot nadzornika v zdravstvenem sistemu.

Zakon med drugim narekuje in omogoča naslednje aktivnosti, potrebne za proces strateškega nakupa:

* pripravo Nacionalnega programa zdravstvenega varstva (za 5 in 10 let), ki vključuje oceno o zdravstvenem stanju prebivalstva in bremenu posameznih bolezni, razvojne usmeritve, prednostna področja ter potrebne in razpoložljive človeške in materialne vire;
* pripravo akcijskih planov zdravstvenega varstva (za 1 in 2 leti);
* vzpostavitev Inštituta za ocenjevanje zdravstvenih tehnologij;
* pripravo in obnavljanje Seznama zdravstvenih storitev, določitev vrst medicinskih in drugih pripomočkov, vključno s Seznamom pripomočkov, list zdravil in Seznam magistralnih zdravil;
* pripravo strokovnih standardov zdravstvenih storitev, ki temeljijo na nacionalnih zdravstvenih smernicah;
* redno analizo vhodnih in izhodnih stroškov zdravstvenih izvajalcev;
* sklepanje pogodb;
* priprava, uvedba in stalno prilagajanje metod plačevanja izvajalcev, ki vzpodbujajo kakovost in stroškovno učinkovitost;
* določanje in periodično posodabljanje cen storitev;
* zagotavljanje informacij o zagotovljenih storitvah;
* nadzor izvajalcev in ukrepanje ob slabem izvajanju.

**3.8. Ukrepi za omejevanje dolgotrajnih boleznin**

ZZVZZ-1 vzpostavlja aktivno spremljanje dolgotrajnih bolniških staležev in v zvezi s tem daje naloge zdravstvenim delavcem, ki obravnavajo obolelega zavarovanca, ter njegovemu delodajalcu, hkrati pa zmanjšuje možnost zlorab dolgotrajnega staleža s strani zavarovanca.

Najpomembnejši ukrep je določilo, da mora osebni zdravnik zavarovanca, ki je v bolniškem staležu zaradi bolezni ali poškodbe dlje kot tri koledarske mesece in pri katerem domneva, da bi se namesto staleža lahko začasno zaposlil na drugem delovnem mestu ali bi lahko delal s skrajšanim delovnim časom, poslati na pregled zaradi ugotavljanja delazmožnosti k specialistu mediicne dela, prometa in športa (v nadaljnjem besedilu: MDPŠ), pooblaščenemu za zavarovančevo delovno organizacijo. Specialist MDPŠ bo preveril, ali je delavec zares nezmožen za svoje delo, ali je zmožen v času bolniškega staleža za drugo delo znotraj svoje delovne organizacije oziroma ali je zmožen za skrajšani delovni čas za svoje ali drugod delo. Ocenil bo tudi, ali delavec potrebuje prilagoditev delovnega mesta. Če delodajalec delavcu ne bo zagotovil dela v skladu z ugotovitvijo specialista MDPŠ, bo moral prevzeti plačevanje denarnega nadomestila v polovičnem ali celem znesku v odvisnosti od ugotovljene delazmožnosti.

Zakon tudi zmanjšuje nadomestilo zavarovanca, ki je v bolniškem staležu zaradi bolezni ali poškodbe, po dvanajstem mesecu bolniškega staleža na 60 % osnove. Pogoj 12 mesecev velja za neprekinjen stalež pa tudi za stalež s prekinitvami, ki skupaj trajajo več kot 12 mesecev v zadnjih dveh letih.

# 4. OCENA FINANČNIH POSLEDIC ZAKONA ZA DRŽAVNI PRORAČUN IN DRUGA JAVNA FINANČNA SREDSTVA

Pri oceni finančnih posledic zakona za državni proračun in druga javna finančna sredstva smo upoštevali:

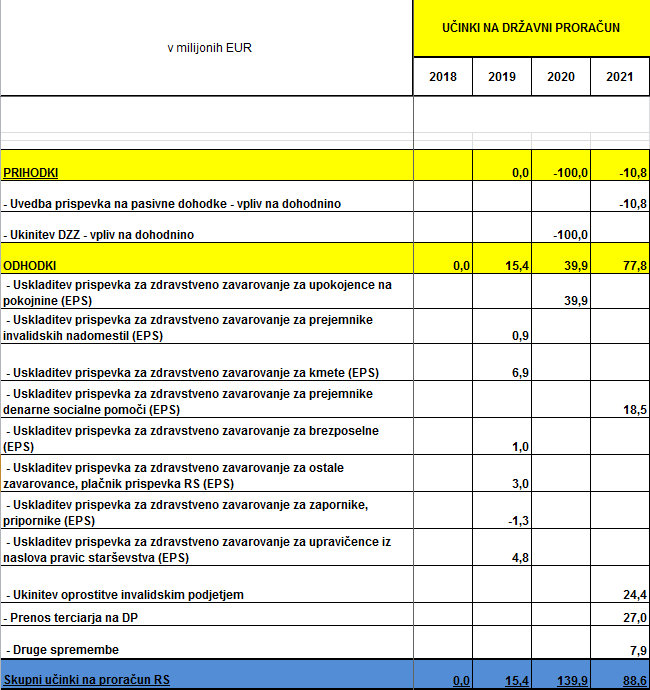
1. da se prenos terciarja I na proračun RS prične v letu 2021 v višini 27 mio EUR. Vsako leto proračun zagotovi dodatnih 27 mio EUR;
2. da se prispevna stopnja na dohodke iz kapitala in iz oddajanja premoženja v najem uveljavi leta 2021 (upoštevani prihodki 43 mio EUR);
3. da se ukinitev oprostitev invalidskim podjetjem uveljavi leta 2021 (upoštevani prihodki 24,4 mio EUR);
4. da se nameni vzpostavitvi in izvajanju organizirane, strokovne podpore delodajalcem za zmanjševanju stroškov bolniškega staleža in krepitvi zdravja na delovnem mestu (preventivnemu zdravstvenemu programu na delovnem mestu) iz proračuna v letu 2018 1,1 mio EUR, od leta 2019 dalje pa 3 mio EUR na letni ravni;
5. da se s ciljem zmanjševanja neenakosti v zdravju v proračunu zagotovi 3 mio EUR v 2019, 5 mio EUR v 2020 in naprej na letni ravni za vzpostavitev in delovanje sistema medkulturnih mediatorjev in tolmačev pri zdravstveni oskrbi ranljivih oseb;
6. da se dopolnilno zavarovanje ukine s 1. 1. 2020 (upoštevani prihodki v višini 472 mio EUR na letni ravni), pri čemer je upoštevano, da posamezniki zdravstveno doplačilo krijejo sami in da ga krije država le za pripornike in obsojence ter za upravičence do plačila prispevka OZZ (skupaj v višini 12,34 mio EUR oziroma približno toliko, kolikor danes za te osebe plačuje državni proračun razliko do polne vrednosti storitev);
7. da se zmanjšuje nadomestilo zavarovanca, ki je v bolniškem staležu zaradi bolezni ali poškodbe, po 12. mesecu staleža na 60 % osnove. Pogoj 12 mesecev velja za neprekinjen stalež, pa tudi za stalež s prekinitvami, ki skupaj trajajo več kot 12 mesecev v zadnjih dveh letih. Omejitev trajanja in višine pravice do nadomestila plače uveljavi leta 2019 (upoštevano zmanjšanje odhodkov Zavoda v višini 18 mio EUR).

Finančne posledice ZZVZZ-1 za državni proračun in druga javnofinančna sredstva prikazuje Tabela 5, 6 in 7.

Tabela 5: Ocene končnih javnofinančnih učinkov predlaganih sprememb na področju zdravstvenega zavarovanja v milijonih EUR

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **I. UČINKI NA ZZZS** | | | **II. UČINKI NA DRŽAVNI PRORAČUN\*\*\*** | | | **III. UČINKI NA ZPIZ** | | | **V. UČINKI NA PRORAČUNE OBČIN** | | | **VI. UČINKI NA KONSOLIDIRANE BILANCE JF** | | |
| **Prihodki** | **Odhodki** | **Presežek** | **Prihodki** | **Odhodki** | **Primanjkljaj** | **Prihodki** | **Odhodki** | **Primanj- kljaj** | **Prihodki** | **Odhodki** | **Primanj- kljaj** | **Prihodki** | **Odhodki** | **JF presežek** |
| **UKINITEV DOPOLNILNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA IN UVEDBA OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA NADOMESTILA** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **- Uskladitev prispevne stopnje delojemalca za zdravstveno zavarovanje, kjer je plačnik sam zavarovanec in sprememba kategorije družinskih članov;** | 7,8 |  | **7,8** |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **7,8** | **0,0** | **7,8** |
| **- Uskladitev prispevka za zdravstveno zavarovanje za upokojence na pokojnine (EPS)** | 37,6 |  | **37,6** |  | 37,6 | **-37,6** | 37,6 | 37,6 | **0,0** |  |  |  | **75,2** | **75,2** | **0,0** |
| **- Uskladitev prispevka za zdravstveno zavarovanje za prejemnike invalidskih nadomestil (EPS)** | 0,9 |  | **0,9** |  | 0,9 | **-0,9** | 0,9 | 0,9 | **0,0** |  |  |  | **1,8** | **1,8** | **0,0** |
| **- Uskladitev prispevka za zdravstveno zavarovanje za kmete (EPS)\*** | 7,4 |  | **7,4** |  | 6,7 | **-6,7** |  |  |  |  |  |  | **7,4** | **6,7** | **0,7** |
| **- Uskladitev prispevka za zdravstveno zavarovanje za prejemnike denarne socialne pomoči (EPS)** | 17,6 |  | **17,6** |  | 17,6 | **-17,6** |  |  |  | 17,6 | 17,6 | **0,0** | **35,1** | **35,1** | **0,0** |
| **- Uskladitev prispevka za zdravstveno zavarovanje za brezposelne (EPS)** | 1,7 |  | **1,7** |  | 1,0 | **-1,0** |  |  |  |  |  |  | **1,7** | **1,0** | **0,7** |
| **- Uskladitev prispevka za zdravstveno zavarovanje za ostale zavarovance, plačnik prispevka RS (EPS)** | 2,9 |  | **2,9** |  | 2,9 | **-2,9** |  |  |  |  |  |  | **2,9** | **2,9** | **0,0** |
| **- Uskladitev prispevka za zdravstveno zavarovanje za zapornike, pripornike (EPS)** | -1,3 |  | **-1,3** |  | -1,3 | **1,3** |  |  |  |  |  |  | **-1,3** | **-1,3** | **0,0** |
| **- Uskladitev prispevka za zdravstveno zavarovanje za upravičence iz naslova pravic starševstva (EPS)** | 4,7 |  | **4,7** |  | 4,7 | **-4,7** |  |  |  |  |  |  | **4,7** | **4,7** | **0,0** |
| **- Ukinitev oprostitve invalidskim podjetjem\*** | 23,0 |  | **23,0** |  | 23,0 | **-23,0** |  |  |  |  |  |  | **23,0** | **23,0** | **0,0** |
| **- Prenos terciarja na DP** | 27,0 |  | **27,0** |  | 27,0 | **-27,0** |  |  |  |  |  |  | **27,0** | **27,0** | **0,0** |
| **- Uvedba prispevka na pasivne dohodke** | 43,0 |  | **43,0** | -10,8 |  | **-10,8** |  |  |  |  |  |  | **32,3** | **0,0** | **32,3** |
| **- Omejitev višine pravice do nadomestila plače in znižanje odstotka nad 1 leto** |  | -18,0 | **18,0** |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **0,0** | **-18,0** | **18,0** |
| **- Druge spremembe na področju pravic** |  | -7,3 | **7,3** |  | 7,6 | **-7,6** |  |  |  |  |  |  | **0,0** | **0,2** | **-0,2** |
| **- Ukinitev DZZ** | 472,0 | 421,0 | **51,0** | -100,0 |  | **-100,0** |  |  |  |  |  |  | **372,0** | **421,0** | **-49,0** |
| **Skupni učinki** | **644,1** | **395,7** | **248,5** | **-110,8** | **127,6** | **-238,4** | **38,5** | **38,5** | **0,0** | **17,6** | **17,6** | **0,0** | **589,5** | **579,4** | **10,1** |
| \* predpostavka, da bo breme delodajalca za kmete in refundacijo oproščenih prispevkov plačeval državni proračun - enako kot velja za prispevke PIZ | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Tabela 6: O*cena učinkov predlaganih sprememb na področju zdravstvenega zavarovanja na proračun RS v obdobju 2017 – 2022



*Tabela 7. Ocene končnih javnofinančnih učinkov predlaganih sprememb na področju zdravstvenega zavarovanja med leti 2017 in 2020*









# 5. NAVEDBA, DA SO SREDSTVA ZA IZVAJANJE ZAKONA V DRŽAVNEM PRORAČUNU ZAGOTOVLJENA, ČE PREDLOG ZAKONA PREDVIDEVA PORABO PRORAČUNSKIH SREDSTEV V OBDOBJU, ZA KATERO JE BIL DRŽAVNI PRORAČUN ŽE SPREJET (Napisati besedilo)

# 6. PRIKAZ UREDITVE V DRUGIH PRAVNIH SISTEMIH IN PRILAGOJENOSTI PREDLAGANE UREDITVE PRAVU EVROPSKE UNIJE[[20]](#footnote-20)

S predlaganim zakonom se v slovenski pravni red implementira Direktiva Sveta z dne 21. decembra 1988 v zvezi s preglednostjo ukrepov, ki urejajo določanje cen zdravil za človeško uporabo in njihovo vključitev v področje nacionalnih sistemov zdravstvenega zavarovanja (UL L št. 40 z dne 11. 2. 1989, str. 8) v delu, ki se nanaša na vključevanje zdravil v sistem OZZ;

Direktiva 79/7/EGS Sveta z dne 19. decembra 1978 o postopnem izvrševanju načela enakega obravnavanja moških in žensk v zadevah socialne varnosti,Direktiva 2010/41/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 7. julija 2010 o uporabi načela enakega obravnavanja moških in žensk, ki opravljajo samostojno dejavnost, in o razveljavitvi Direktive Sveta 86/613/EGS;

Direktiva 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu (UL L št. 88 z dne 4. 4. 2011, str. 45, v nadaljnjem besedilu: Direktiva 2011/24/EU);

Izvedbena direktiva Komisije 2012/52/EU z dne 20. decembra 2012 o določitvi ukrepov za olajšanje priznavanja zdravniških receptov, predpisanih v drugi državi članici (UL L št. 356 z dne 22.12. 2012, str. 68; v nadaljnjem besedilu: Direktiva 2012/52/EU).

Podrobneje se ureja izvajanje naslednjih uredb EU:

1. Uredba (ES) št. 883/2004 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 29. aprila 2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti (UL L št. 166 z dne 30. 4. 2004, str. 1), zadnjič spremenjene z Uredbo Sveta (EU) št. 517/2013 z dne 13. maja 2013 o prilagoditvi nekaterih uredb ter odločb in sklepov na področjih prostega pretoka blaga, prostega gibanja oseb, prava družb, politike konkurence, kmetijstva, varnosti hrane, veterinarske in fitosanitarne politike, prometne politike, energetike, obdavčitve, statistike, vseevropskih omrežij, pravosodja in temeljnih pravic, pravice, svobode in varnosti, okolja, carinske unije, zunanjih odnosov, zunanje, varnostne in obrambne politike ter institucij zaradi pristopa Republike Hrvaške (UL L št. 158 z dne 10. 6. 2013, str. 1, v nadaljnjem besedilu: Uredba 883/2004/ES);
2. Uredba (ES) št. 987/2009 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 16. septembra 2009 o določitvi podrobnih pravil za izvajanje Uredbe (ES) št. 883/2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti (UL L št. 284 z dne 30. 10. 2009, str. 1), zadnjič spremenjene z Uredbo Komisije (EU) št. 1224/2012 z dne 18. decembra 2012 o spremembi Uredbe (ES) št. 883/2004 Evropskega parlamenta in Sveta o koordinaciji sistemov socialne varnosti in Uredbe (ES) št. 987/2009 Evropskega parlamenta in Sveta o določitvi podrobnih pravil za izvajanje Uredbe (ES) št. 883/2004 (UL L št. 349 z dne 19. 12. 2012, str. 45, v nadaljnjem besedilu: Uredba 987/2009/ES).

**6.1. Mednarodne primerjave**

**Financiranje zdravstvenega varstva**

Zdravstveni izdatki se med državami EU, n.pr. Romunijo in Luksemburgom, razlikujejo več kot šestkrat (slika 5) in pretežno odražajo razlike v BDP teh držav. Slovenija je po tem podatku v EU28 na petnajstem mestu. Razlika pa ni zgolj posledica BDP, saj se države EU razlikujejo tudi po deležu BDP, ki ga namenjajo zdravstvu: od 5,0 % (Romunija) do 11,0 % (Nemčija in Švedska). Slovenija namenja zdravstvu 8,4 % BDP (slika 6). Obe sliki prikazujeta tudi delež javnih in zasebnih izdatkov. V povprečju znašajo javni izdatki tri četrtine vseh izdatkov, le redke države odstopajo izrazito navzdol: Ciper celo pod 50 %, blizu so tudi Grčija, Latvija in Bolgarija. Med razvitejšimi državami EU ima najnižji odstotek javnega financiranja Irska s 66 %, sledita pa že Španija in Slovenija z 71 in 72 %. Na drugem koncu lestvice trošijo za javno zdravstvo Nemčija, Švedska, Luksemburg in Danska približno 85 %. Povprečje EU znaša 76 %.Največji skok navzgor v zadnjih 15 letih se je odigral na Nizozemskem (od 63 na 87 %), navzdol pa v Bolgariji (od 72 na 55 %).

Tudi če prikažemo javne izdatke za zdravstvo kot delež vseh javnih izdatkov, najdemo med državami velike razlike: medtem ko v Nemčiji in na Nizozemskem namenjajo zdravstvu vsak peti evro in je povprečje EU 16 %, je ta odstotek v Latviji in na Cipru pod 10. Tudi Slovenija je z 12 % na lestvici zelo nizko (slika 7).

V državah EU obstajata dva glavna modela financiranja zdravstvenega sistema oz. zbiranja sredstev za zdravstveno varstvo: Beveridgeov in Bismarckov model. Vse države uporabljajo oba načina, vendar v različni meri (slika 1). Značilnost prvega je, da država financira zdravstvo pretežno iz proračunskih sredstev z zbiranjem davkov. S tem denarjem nato upravljajo nacionalne zdravstvene službe, ki pripadajo vladnim resorjem. Take države so Velika Britanija, Irska, Španija, Portugalska, Italija, Latvija, Danska in Švedska. Slovenija spada med države, ki uporabljajo Bismarckov model; to so Nemčija, Nizozemska, Slovaška, Francija, Luksemburg, Madžarska, Češka, Slovaška in Hrvaška. Po tem modelu se zdravstvo financira pretežno na podlagi socialnega zdravstvenega zavarovanja. Izvajalci podpisujejo pogodbe s skladi (zavodi za zdravstveno zavarovanje). Poleg teh dveh obstaja še tretja skupina držav, ki financirajo zdravstveni sistem po obeh modelih v različnih deležih, pri čemer znaša manjši (največkrat davki) 10 ali več odstotkov: Avstrija, Finska, Češka, Romunija, Grčija, Estonija in Litva. Številni strokovnjaki priporočajo mešanico obeh modelov kot najboljšega, ker zaradi dveh virov, ki med seboj nista v tesni odvisnosti, omogočata proticikličnost.

Največkrat navajana prednost zdravstvenega zavarovanja je, da je bolj transparentno in daje ljudem status potrošnika oziroma kupca. Zdravstvene pravice so opredeljene bolj natančno kot pri financiranju na podlagi davkov. Na drugi strani pa financiranje preko davkov omogoča popolno univerzalnost in dostopnost vseh državljanov do zdravstvenega varstva. Slovenija je proračunsko financiranje ukinila leta 1991 in vpeljala zdravstveno zavarovanje.

Razliko med javnimi sredstvi in vsemi sredstvi predstavljajo zasebna sredstva, med katerimi v večji meri prevladujejo neposredna plačila iz žepa: to so plačila za storitve, ki jih ne krije zavarovanje (n.pr. zobozdravstvene storitve, nekateri medicinski pripomočki, doplačila za zdravila in živila). Le v manjši meri gredo zasebna sredstva na račun zasebnega zavarovanja: slednje v EU 28 znaša ta odstotek 5 % vseh sredstev za zdravstveno varstvo. Najvišji je v Sloveniji (15 %) in Franciji (14 %) na račun dopolnilnega zavarovanja (slika 1). Doplačila k storitvam pozna večina držav, vendar so v nekaterih državah omejena na letni ravni in imajo socialno kapico, ponekod so subvencionirana. Večinoma predstavljajo majhen del vseh sredstev za zdravstveno varstvo.

Tabela 8 prikazuje financiranje zdravstvenega sistema v 10 evropskih državah.

**Vsebina in obseg pravic (»košarica pravic«), vrednotenje zdravstvenih tehnologij**

Sistemi javnega zdravstvenega varstva v državah članicah EU ne poznajo natančnih seznamov zdravstvenih storitev, ki naj bi jih zagotavljalo javno financiranje. Storitve so zagotovljene preko sklicevanja na pravico, da je vsakemu prebivalcu (oziroma državljanu) zagotovljena storitev, ki jo potrebuje pri obravnavi svojega zdravstvenega stanja. Nenadzorovana širitev pravic se omejuje z vsakokratno strokovno in na dokazih temelječo presojo, ali določena nova storitev v resnici prinaša dodano vrednost k dosedanjim načinom zdravljenja, in s tehtanjem dodane koristi v razmerju s stroški. To nalogo opravljajo strokovno neodvisni pooblaščeni organi za vrednotenje zdravstvenih tehnologij. Pravice, ki so s tako opredeljenega širokega seznama pravic izločene, so bodisi posledica odločitve države, da določenega segmenta zdravstvenega varstva ne bo vključile med zagotovljene pravice (to velja na primer za znaten del storitev na področju zobozdravstva) ali pa za storitve, ki niso namenjene obravnavi zdravstvenega stanja (n.pr. storitve lepotne kirurgije).

**Modeli financiranja izvajalcev**

Prevladujoči model financiranja izvajalcev v večini evropskih držav je glavarina v primarnem zdravstvenem varstvu in ena od različic financiranja po skupinah primerljivih primerov (SPP, angl. Diagnosis Related Groups:DRG) v bolnišničnem zdravstvenem varstvu. Razvoju in posodabljanju teh modelov se posveča velika pozornost. V ospredju so vzpodbude za kakovost. Pri nekaterih kroničnih bolnikih je vse bolj prisoten letni budžet na ravni posameznega bolnika, s čemer se vzpodbuja tesnejša povezava med primarnim in sekundarnim varstvom tako pri zagotavljanju kakovosti kot pri obvladovanju stroškov. Plačevanje po izidih zdravljenja ali po zadovoljstvu uporabnikov je še v povojih. Plačevanje po storitvah je v javnem sistemu prisotno le izjemoma, umika se celo v zasebnem zdravstvu, kar je posledica velikih težav pri obvladovanju stroškov, ki jih prinaša ta model.

**Primeri posameznih držav**

Poleg podrobnejšega prikaza petih držav EU so v tabeli 8 prikazani nekateri izbrani sistemski in izvedbeni zdravstveni indikatorji ter indikatorji kakovosti v 13 evropskih državah.

**Velika Britanija**

V Angliji je zagotavljanje zdravstvenih storitev organizirano kot centralizirana nacionalna zdravstvena služba. Upravlja ga ministrstvo za zdravje, v okviru katerega deluje oddelek nacionalne zdravstvene službe (NHS). NHS opravlja dve, sicer ločeni nalogi, hkrati: organizira sistem in zagotavlja zdravstvene storitve. Deluje na podlagi posebne strukture, tj. strateških zdravstvenih oblasti (*strategic health authorities*), ki so odgovorne za vse zdravstvene storitve na svojem območju, vključno z oceno lokalnih zdravstvenih potreb in sprejemanjem lokalnih zdravstvenih strategij. NHS je največji ponudnik zdravstvenih storitev in večina bolnišnic spada pod njeno okrilje.

Sistem je financiran s pomočjo davkov in zagotavlja brezplačen dostop do zdravstvenih storitev v naravi vsem osebam, ki prebivajo na določenem območju. Tudi tujci s kartico evropskega zdravstvenega zavarovanja imajo brezplačno zdravstveno varstvo. Košarica pravic ni natančno določena, temelji na nalogi ministrstva za zdravje, da zagotavlja in širi vrsto in obseg pravic za vse ljudi, ki jih potrebujejo. Prebivalci imajo pravico do preventivnih storitev, cepljenja, primarnega, bolnišničnega in ambulantnega specialističnega zdravljenja in storitev, storitev na področju duševnega zdravja, blažilne oskrbe, dolgotrajne nege, načrtovanja družine, rehabilitacije in fizioterapije ter zdravljenja in nege na domu. Doplačila obstajajo v omejenem obsegu. Plačilo zobozdravstvenih storitev je v celoti krito za nosečnice, matere, ki so rodile v zadnjih 12 mesecih, osebe mlajše od 18 let in mlajše od 19 let, ki se izobražujejo, ter osebe, ki so prejemniki dajatev, za katere se zahteva premoženjski cenzus. Za preostale prebivalce so določene tri stopnje doplačil v višini 25 EUR, 70 EUR in 301 EUR, odvisno od potrebnega zobozdravstvenega zdravljenja. Prebivalci imajo pravico do zdravil, katerih vrednost je v celoti krita za osebe, mlajše od 16 let, za osebe od 16 do18 let, ki se izobražujejo, za osebe, starejše od 60 let, nosečnice, matere, ki so rodile v preteklih 12 mesecih, vojne veterane in osebe z nizkimi dohodki. Za preostale prebivalce je predvideno doplačilo 11 EUR za predpisano zdravilo, pri čemer lahko osebe, ki večkrat potrebujejo zdravila, kupijo predplačniški certifikat za zdravila za tri mesece (39 EUR) ali celo leto (141 EUR), ki krije znesek doplačil in omogoča prihranek. Na ta način je 90 % predpisanih zdravil brezplačnih. Prebivalci imajo ob doplačilih tudi pravico do protez, očal in slušnih pripomočkov. V nekaterih primerih je prevoz v bolnišnico brezplačen. Plačila iz žepa predstavljajo 9 % skupnih stroškov za zdravstvo (2012).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Slika 5. Zdravstveni izdatki na primerljivo kupno moč na prebivalca, 2015 (ali najbližje leto)* |  | 1: vključno z investicijami; 2: ocena OECD  Vir: OECD Health Statistics 2016; Eurostat data Base; WHO, Global Health Expenditure Database. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Slika 6. Zdravstveni izdatki kot delež BDP, 2015 (ali najbližje leto)* |  | 1: vključno z investicijami; 2: ocena OECD  Vir: OECD Health Statistics 2016; Eurostat data Base; WHO, Global Health Expenditure Database. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Slika 7. Delež javnih izdatkov za zdravstvo v vseh javnih izdatkih* |  | 1: vključno z investicijami  Vir: OECD Health Statistics 2016; Eurostat data Base; WHO, Global Health Expenditure Database. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Tabela 8. Financiranje zdravstvenega sistema v 10 evropskih državah*  *(v letu 2012 ali najbližjem letu)* |  | Podatki privzeti (razen Slovenije) po: Elias Mossialos et al. (eds), International Pofiles of Health Care Systems 2014, The Commonwealth Fund 2015. |

Za zagotavljanje zdravstvenih storitev, sklepanje pogodb z izvajalci in plačevanje storitev na primarni ravni so odgovorne organizacije primarnega zdravstvenega varstva (*primary care organisation*). Prebivalci imajo pravico do proste izbire zdravnika, ki mora praviloma prebivati znotraj določenih geografskih mej. Ta mora posameznika potrditi oziroma sprejeti in uvrstiti na seznam pacientov NIH. Če posameznik ne more najti zdravnika, ki bi ga sprejel in vpisal, to lahko stori organizacija primarnega zdravstvenega varstva proti volji zdravnika. Zdravniki na primarni ravni so v 66 % zasebniki, ki imajo pogodbo z NHS in so plačani po storitvah, po glavarinskem modelu in po kakovosti. Zasebnikov brez pogodbe, ki postavljajo lastne cene storitev, je manj kot 3 %. Zdravniki posamezniki se tudi v osnovnem zdravstvu umikajo multidisciplinarnim skupinskim praksam.

Javne bolnišnice večinoma upravlja NHS. Večina financiranja javnih bolnišnic je zagotovljena s strani lokalnih zdravstvenih organov (*primary care trusts*), ki jim potrebna sredstva zagotavlja vlada. Specialisti na sekundarni ravni so večinoma uslužbenci NHS na plačah. 55 % teh zdravnikov v omejenem obsegu opravlja nekaj privatnega dela, vendar se njihovo število zmanjšuje, ker se razkorak med plačilom v javnem in zasebnem sistemu zmanjšuje. Bolnišnice so plačane po enotnih nacionalnih tarifah, od tega gre glavnina (60 %) na račun SP. Prihodki bolnišnic niso vnaprej omejeni. Privatne bolnišnice niso povezane z javnim sistemom in le občasno opravljajo zanj nekatere deficitarne storitve; NHS za ta namen porabi manj kot 4 % vseh sredstev za bolnišnice.

Varnost dohodka v primeru nastopa bolezni ali poškodbe je za zaposlene predvidena z denarnim nadomestilom, za preostale osebe, ki so nezmožne za delo zaradi bolezni ali invalidnosti, pa je predvidena druga denarna dajatev. Obe dajatvi sta prispevno financirani, pri čemer so od obveznosti plačila izvzete osebe, ki ne zaslužijo več kot 152 EUR na teden. Nezmožnost za delo praviloma ugotovi splošni zdravnik. Denarno nadomestilo za zaposlene znaša 120 EUR na teden in traja najdlje 28 tednov (delodajalec plača nadomestilo, če bolezen traja najmanj 4 zaporedne dni). Druga denarna dajatev se izplačuje šele po sedmih dneh.

Leta 2012 je Združeno kraljestvo porabilo 9,3 % BDP za zdravstveno varstvo, od tega je bilo 84 % sredstev javnih. Večina javnih sredstev prihaja iz splošnih davkov, manjši del pa tudi iz nacionalnega zavarovanja v obliki prispevka od plače. Privatno dodatno zavarovanje, večinoma za načrtovane storitve v zasebnih bolnišnicah, v pretežni meri obvladujejo štiri velike zavarovalnice; vanj je vključeno približno 11 % prebivalcev (2012).

Glavno odgovornost za upravljanje celotnega zdravstvenega sistema ima ministrstvo za zdravstvo. NHS ima pomembno odgovornost kot nadzornik porabe sredstev in kot določevalec cen SPP. Pri ocenjevanju zdravstvenih tehnologij je centralna ustanova NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence), ki določa smernice za klinično učinkovito zdravljenje in ocenjuje nove zdravstvene tehnologije s stališča razmerja med dodano vrednostjo in stroški.

**Francija**

V francoskem sistemu zdravstvenega zavarovanja prevladuje javno. OZZ pokriva 77 % vseh zdravstvenih stroškov (2012), od tega 64 % prinese davek na plače delojemalcev in delodajalcev, 16 % nacionalni namenski davek na vse dohodke, ki od leta 1998 postopoma nadomešča davek na plače in zajema obdavčitev zaslužka (stopnja: 7,5 %), kapitala (stopnja: 8,2 %), dobitkov pri igrah na srečo (stopnja: do 12 %), pokojnin (stopnja: 6,6 %) in nadomestil (stopnja: 6,2 %), davka na tobak, alkohol in z obdavčitvijo farmacevtske industrije (1,6 % na promet) ter ponudnikov prostovoljnih zasebnih zavarovanj (12 %) ter državnimi subvencijami in transferji z drugih vej socialnih zavarovanj (2 % in 6 %). Te zavarovalnice med seboj ne tekmujejo in smejo ponujati zgolj zavarovanje za doplačila. Prostovoljno zavarovanje je pretežno dopolnilno in neprofitno ter pokriva 13 % vseh stroškov. Večinoma ga plačujejo delodajalci, 44 % populacije z nižjimi dohodki pa prejema subvencije v obliki vavčerjev. Za razliko od Slovenije, kjer je premija dopolnilnega zavarovanja zasebni strošek, je torej v Franciji tudi pri tem prostovoljnem zavarovanju prisotna precejšnja stopnja solidarnosti. Privatne zavarovalnice nudijo poleg dopolnilnega tudi dodatno zavarovanje, vendar le za omejeno število storitev.

Vključitev v OZZ je univerzalna (pokriva 99,9), izključitev iz zavarovanja pa je dovoljena le izjemoma, na primer v primeru delavcev, ki delajo za tuja podjetja. Država plačuje za tiste, ki niso nikoli delali ali so brezposelni več kot dve leti. Osebam, ki niso vključene v katero izmed shem OZZ, je na voljo vključitev v univerzalno zdravstveno varstvo[[21]](#footnote-21), ki je brezplačno za posameznike, katerih dohodki gospodinjstva ne presegajo 9534 evrov (leto 2013-2014). Država financira 4,9 % celotnih izdatkov za zdravstvo, a pri tem gre le v majhnem delu za osebno porabo zdravstvenih storitev; v večji meri je udeležena pri financiranju preventive (28 %), raziskovanja (30 %), usposabljanja zdravstvenih delavcev (15 %) in financiranju administrativnih stroškov sistema (7 %).

OZZ krije storitve bolnišničnega zdravljenja, medicinske rehabilitacije in fizioterapije, ambulantnega zdravljenja splošnih zdravnikov, specialistov in zobozdravnikov, diagnostične storitve, zdravila in medicinske pripomočke ali povračilo stroškov odobrene proteze, prevozne stroške in oskrbo na domu.[[22]](#footnote-22) Do neke mere krije tudi dolgotrajno blažilno oskrbo in storitve na področju duševnega zdravja. Le minimalno krije ambulantno očesno zdravljenje in zobozdravstvene storitve. Omejeno je tudi kritje preventive, a je le-to v celoti povrnjeno v nekaterih primerih organiziranih programov (cepljenje, odkrivanje raka). OZZ se dopolnjuje z neposrednimi plačili v obliki sozavarovanja, doplačili ter t.i. izravnavami (za »nadstandardne« storitve). Doplačila storitev z sočasnim zavarovanjem se razlikujejo glede na naravo storitve in znašajo od 20 % do 30 % vrednosti, pri zdravilih pa od 40 % do 100 % vrednosti. V letu 2013 so neposredna plačila, brez dopolnilnega zavarovanja, predstavljala 8,8 % izdatkov za zdravstvo.

Pozitivna lista zdravil se določa na ravni države. Nova zdravila in pripomočke dodaja na sezname ministrstvo za zdravje, nove storitve pa dodajajo na sezname državne zavarovalnice na priporočilo nacionalnega organa za zdravstvo in temeljijo na rezultatu ocene organa, ki se ukvarja z ocenjevanjem zdravstvenih tehnologij. Ministrstvo za zdravje, odbor za cene in zavarovalnice so glavni akterji pri določanju vrste in obsega pravic ter njihove cene.

Razmerje med zdravstvenimi delavci in OZZ je na državni ravni urejeno v t.i. konvencijah, ki jih podpiše Nacionalno združenje zdravstvenih skladov in predstavniki poklicev. Posebni dogovori obstajajo za zdravnike, vodje laboratorijev, medicinske sestre itd.[[23]](#footnote-23) Dogovori urejajo razmerja med zdravstvenimi delavci in osebami, zavarovanimi v OZZ, in so veljavni štiri ali pet let ter se redno amandmirajo. Sistem »vratarja« je prostovoljen, vendar je stimuliran in 85 % prebivalstva se registrira na tak način. Plačilo bolnišnic (ki morajo biti akreditirane vsaka štiri leta), je v pristojnosti ministrstva za zdravje, plačilo pa se razlikuje od vrste bolnišnice (javne, zasebne neprofitne ali zasebne profitne ustanove). Dejavnost javnih bolnišnic, ki predstavljajo 2/3 zdravstvenih kapacitet (65 % vseh bolnišničnih in 42 % ambulantnih obravnav), se v pretežni meri financira iz OZZ (80 %). Javne in zasebne neprofitne bolnišnice so prav tako upravičene do posebnih plačil za raziskave in izobraževanje, ki razpoložljiva sredstva povečajo do 13 %. Dodatna sredstva se ustanovi namenijo za opravljanje storitev urgentnega zdravljenja in programe presaditve organov (10-11 %). Z istih virov, a v drugačnih deležih, so financirane tudi zasebne profitne bolnišnice. Plačilo bolnišnic temelji na sistemu SPP (skupine podobnih primerov, DRG), ki ga določi ministrstvo, in ki krije tudi plače zdravnikov[[24]](#footnote-24). Plačila v skladu s tem sistemom so večja v primeru javnih in zasebnih neprofitnih bolnišnic, ker zasebniki poleg SPP plačila zaračunajo storitve še dodatno. Dobra polovica zdravnikov v primarnem varstvu je samozaposlenih in so plačani po storitvah, katerih cene so regulirane, za kronične bolnike pa so plačani po glavarinskem modelu. Bolnišnični zdravniki prejemajo plače, vendar lahko zdravijo tudi privatne bolnike; takih zdravnikov je 10 %.O tem dvojnem načinu pridobivanja dohodkov narašča javno nezadovoljstvo.

Država ima pri regulaciji zdravstvenega sistema vedno večjo vlogo, s čemer poskuša omejiti naraščajoče stroške. Planiranje in regulacija vključuje pogajanja med državo, izvajalci in zavarovalnicami. Pri pripravi zakonodaje sodeluje ministrstvo, zavarovalnice in izvajalci. Poleg strategije je centralna vlada odgovorna za razporejanje sredstev med različne sektorje (bolnišnice, ambulantno zdravstveno varstvo, varstvo duševnega zdravja itd.) in pri bolnišnicah za delitev med regijami.

Ministrstvo za zdravje ima glavno vlogo pri pripravi in izvajanju vladne politike na področju javnega zdravja ter pri organiziranju in financiranju zdravstvenega sistema. V znatni meri regulira stroške zdravstva v okviru, ki ga določi parlament. Z zavarovalnicami si deli odgovornost za določanje vsebine košarice pravic ter cen storitev ter tarif izvajalcev vključno s cenami SPP (DRG).

Ministrstvo za zdravje in zveza zavarovalnic določijo upravljanje in delovanje organa na področju ocenjevanja zdravstvenih tehnologij, to je Nacionalnega urada za zdravje. Urad deluje z lastnimi strokovnjaki in številnimi zunanjimi povezavami (univerzitetne ustanove, akademska združenja). Ocenjuje zdravila, pripomočke in objavlja strokovne smernice, akreditira zdravstvene ustanove in obnavlja zdravniške licence.

**Nemčija**

Zdravstveno varstvo se zavarovanim osebam zagotavlja v javno financiranem OZZ in nadomestnem (substitutivnem) zasebnem zdravstvenem zavarovanju. Leta 2015 je v državi bilo 124 neprofitnih, od države neodvisnih in med seboj konkurenčnih zdravstvenih blagajn (nem. *Krankenkassen*), ki tvorijo sistem OZZ. Po zadnjih podatkih je v Nemčiji trenutno 118 zdravstvenih blagajn (leta 1993 kar 1.221). Sistem zdravstvenega varstva temelji na sodelovanju med državo, zveznimi državami in zdravstvenimi blagajnami ter izvajalci.

Zavarovanje se v pretežnem delu financira s prispevki, odmerjenimi od navzgor omejene bruto plače, ki se pobirajo enotno v zavarovalni skupnosti posamezne blagajne in se nato centralno razporejajo med posamezne blagajne. V letu 2016 enotna prispevna stopnja znaša 14,6 %, k temu pa je potrebno prišteti od višine plače odvisni prispevek, ki se pri vsaki zdravstveni blagajni razlikuje, in znaša med 0,9 in 1,3 %). Pred uvedbo tega prispevka so posamezne blagajne lahko zavarovani osebi naložile plačilo nominalne premije, ki je segala od 8 od 15 evrov na mesec. Leta 2014 je prispevek delavca ali upokojenca znašal 8,2 % bruto plače, delodajalec ali pokojninski zavod pa sta plačevala 7,3 %. Osnovo za plačilo prispevkov predstavlja izključno dohodek iz aktivne zaposlitve, pokojnina ali nadomestilo za brezposelnost, ne pa tudi prihranki, dohodki iz kapitala oziroma drugi dohodki. Prispevki se odmerjajo v odstotku od bruto plač do »kapice« pri 4,050 evrih mesečnega dohodka (v letu 2014).

Vsi zaposleni (in druge zavarovane osebe, na primer upokojenci), ki zaslužijo manj kot 56,250 evrov letno (podatek veljaven za leto 2016), in od njih odvisne osebe, so obvezno vključeni v javno zdravstveno zavarovanje. Posamezniki, ki mejo OZZ presežejo, se lahko zavarujejo v zasebnem zdravstvenem zavarovanju. Posebna pravila veljajo za nekatere kategorije oseb, kot so na primer javni uslužbenci, sodniki, vojaki in policisti. Kljub možnosti, da se tudi javni uslužbenci in samozaposleni lahko odločajo med obveznim in zasebnim zdravstvenim zavarovanjem, jih 75 % ostane v OZZ. Nemška ureditev pozna izključitev neznatno zaposlene osebe (dohodek do 450 evrov mesečno, podatek za 2016) iz OZZ.

OZZ pokriva preventivne programe, storitve osebnega zdravnika, storitve na področju duševnega zdravja, zobozdravstvo, stacionarno in ambulantno zdravljenje v bolnišnici, medicinsko rehabilitacijo, fizioterapijo, medicinske pripomočke, zdravila (v celoti so krita vsa zdravila, razen, če je kritje izrecno izvzeto z zakonom), blažilno oskrbo in nadomestilo za čas zadržanosti od dela. Domača oskrba je vključena v zavarovanje za dolgotrajno oskrbo, ki predstavlja posebno zavarovanje znotraj posamezne zdravstvene blagajne v OZZ. Košarica dobrin je opredeljena na zakonski ravni. Doplačila in neposredna plačila (ang. *out-of-pocket spending*) – to so predvsem plačila domov za ostarele, farmacevtskih proizvodov in medicinskih pripomočkov – so v letu 2013 predstavljala 13,6 % celotne porabe za zdravstvo. Doplačila se za določene storitve (bolnišnično bivanje in bivanje za potrebe rehabilitacije) ali zdravila (pri čemer je več kot 5000 zdravil na voljo brezplačno) gibljejo med 5 in 10 evri. Od doplačil so izvzeti otroci do 18 leta, za odrasle osebe pa je vzpostavljen letni cenzus doplačil v višini 2 % dohodkov gospodinjstva.

Leta 2012 je bilo zdravstveno varstvo v Nemčiji financirano (skupni izdatki za zdravstvo) na sledeč način: javna sredstva v celoti: 74,6 %; od tega davki 4,8 %; OZZ 57,4 %; obvezno pokojninsko zavarovanje 1,4 %; obvezno nezgodno zavarovanje 1,6 %; OZZ za dolgotrajno oskrbo 7,7 %; zasebni viri 27,1 %, od tega neposredna plačila: 13,5 %; zasebno zdravstveno zavarovanje: 9,3 % ; sredstva delodajalcev: 4,3 %.

Nemška ureditev OZZ temelji na ločenosti sistemov glede na poklicne položaje in glede na vzrok nastanka bolezni, kjer poklicna tveganja ureja posebna veja socialnih zavarovanj, to je obvezno nezgodno zavarovanje za poškodbe pri delu in poklicne bolezni, ki je organizirano pri zavarovalnih združenjih delodajalcev in znotraj posebnega zavarovanja za javni sektor. Zavarovani so delavci, določene samozaposlene osebe, dijaki in študentje, otroci v dnevnem varstvu, osebe, ki skrbijo za gospodinjstvo, določeni prostovoljci, osebe na rehabilitaciji in drugi. Značilnost nemške ureditve je tudi ta, da sta javno in zasebno zavarovanje na ravni uporabnikov povsem ločeni, medtem ko izvajalci lahko obravnavajo zavarovance obeh vrst zavarovanj, kar Nemčijo razlikuje od mnogih drugih držav.

Splošni zdravniki in specialisti v ambulantni oskrbi so obvezno vključeni v regionalne organizacije, ki se preko voljenih predstavnikov pogajajo za pogodbe z zdravstvenimi blagajnami, s katerimi pogodbe sklepajo tudi bolnišnice (teh je okoli 2000; med njimi prevladujejo državne, 33 % pa je zasebnih neprofitnih), ki jih zastopajo zasebne organizacije. Najpomembnejšo takšno organizacijo predstavlja Združenje nemških bolnišnic. Ambulantni zdravniki po navadi delajo v zasebnih ordinacijah, pri čemer za zavarovane osebe registracija pri osebnem zdravniku ni obvezna, le-ti pa ne opravljajo funkcije »vratarja«, vendar pa zdravstvene blagajne svojim zavarovanim osebam nudijo (in spodbujajo) možnost vključitve v sistem družinske oskrbe, ki pogosto sovpada z vratarsko funkcijo. Ambulantnim zdravnikom so stroški povrnjeni glede na enotno storitveno tarifo in s številom pacientov, omejenim navzgor. V primeru zasebnega zavarovanja pacient storitev plača vnaprej in povračilo terja od zavarovalnice. Plačilo po uspešnosti leta 2015 še ni bilo uvedeno, vendar pa zdravniki prejmejo dodatek za zdravljenje pacientov, vključenih v posebne zdravstvene programe. Velika večina bolnišničnih zdravnikov prejema plače, le vodstveni zdravniki lahko v skladu z navedeno tarifo zdravijo tudi zasebno zavarovane paciente. Bolnišnični zdravniki ne smejo zdraviti bolnikov izven bolnišnice razen izjemoma, ko število ambulantnih zdravnikov ne zadošča.

V močno reguliranem zasebnem zdravstvenem zavarovanju je leta 2015 zdravstveno varstvo uživalo približno 11 % prebivalcev, ki so bili zavarovani pri 42 ponudnikih, od katerih jih je 24 delovalo profitno. Zasebno zavarovanje zajema javne uslužbence, samozaposlene in posameznike nad dohodkovnim pragom, ki se želijo izključiti iz OZZ. Zavarovanci plačajo premijo zase in za od njih odvisne osebe. Zasebno zavarovanje ima naravo nadomestnega, v manjši meri pa tudi dopolnilnega zavarovanja, saj krije nekatera doplačila (na primer doplačila na področju zobozdravstva).

Ključno regulatorno vlogo pri odločitvah o vsebini in obsegu pravic, ki jih zagotavlja OZZ, ter o standardih kakovosti izvajalcev ima Zvezni skupni odbor, ki se v največji možni meri opira na instituciji, ki se ukvarjata z ocenjevanjem in primerjanjem zdravstvenih tehnologij (Inštitut za kakovost in učinkovitost, Inštitut za izboljšanje kakovosti in raziskave v zdravstvenem varstvu). Odbor ima 13 glasujočih članov: pet iz združenja javnih zavarovalnic (bolniških blagajn), po enega iz zveznega združenja zdravnikov in zobozdravnikov, enega iz združenja bolnišnic in tri nepovezane člane. V odboru je tudi pet predstavnikov pacientov, ki imajo svetovalno vlogo, ne morejo pa glasovati.

**Nizozemska**

Z reformo leta 2006 upravljajo na Nizozemskem OZZ zasebne zavarovalnice, ki so dobile nalogo, naj s skrbnim kupovanjem zdravstvenih storitev v imenu svojih zavarovancev povečajo učinkovitost zdravstvenega sistema.

Vsi rezidenti (in tudi nerezidenti, ki plačujejo dohodnino) se morajo obvezno zavarovati pri eni od zasebnih zavarovalnic. Zavarovalnice morajo sprejeti vsakogar, zavarovanec pa lahko zamenja zavarovalnico enkrat na leto. Leta 2013 je bilo nezavarovanih manj kot 0,2 % prebivalcev. Okrog 2 % jih ne plačuje redno premij, vendar zadržijo pravice iz OZZ, premije pa se s pribitkom 30 % odtegnejo od njihovih dohodkov. Poleg OZZ ima 85 % prebivalcev tudi mešanico dopolnilnega in dodatnega zavarovanja.

OZZ se financira na podlagi zdravstvenega prispevka 7,75 % na ves letni obdavčljivi dohodek do višine 51.000 EUR, ki ga delodajalci zaposlenim vrnejo, le-ti pa so za to vračilo obdavčeni. Prispevek se zbira centralno in razdeli med zavarovalnice po izravnalni shemi, ki upošteva različno tveganje zavarovancev. Poleg tega vsak zavarovanec plačuje premijo, ki je pri isti zavarovalnici enaka za vse zavarovance in je leta 2014 v povprečju znašala 1.100 EUR. Zavarovanje obvladujejo 4 velike zavarovalnice, od katerih je ena profitna. Leta 2011 so vsi stroški za zdravstvo znašali 12,1 % BDP.

Standardna košarica pravic zagotavlja zdravstveno varstvo, ki ga nudijo splošni zdravniki, bolnišnice, specialisti itd., zobozdravstveno varstvo do 18 leta, medicinske pripomočke, zdravila na recept, varstvo matere in otroka ter v omejenem obsegu stroške prevoza, fizioterapijo, rehabilitacijo in varstvo duševnega zdravja. Kronična bolezenska stanja spadajo pod stroške za dolgotrajno nego in so ločeni od zdravstvenega zavarovanja. Nekatere elektivne storitve so izključene (estetska kirurgija brez medicinske indikacije, optometrija, zobozdravstvene storitve nad 18 leti starosti, bergle in nekateri drugi enostavni pripomočki, nekatera zdravila itd. Plačani so samo trije postopki in vitro fertilizacije. V omejenem obsegu so plačani tudi preventivni programi in programi promocije zdravja.

Vsak zavarovanec, starejši od 18 let, mora plačati letni odbitek v višini 360 EUR (2014) za zdravstvene stroške za bolnišnico in zdravila. Poleg tega morajo doplačevati nekatere druge storitve, kot so prevozi. Doplačujejo zdravila, ki presegajo ceno najcenejšega zdravila v določeni skupini zdravil. Izvajalci ne smejo zahtevati plačila za razliko v ceni, ki je višja od določene tarife, razen če je bolnik zavarovan pri zavarovalnici, s katero nimajo pogodbe. Plačila iz žepa predstavljajo 11,9 % vseh stroškov za zdravstvo (2011).

Privatno zavarovanje je mešanica dopolnilnega in dodatnega (zobozdravstvo, alternativna medicina, fizioterapija, očala in leče, kontraceptivi, doplačila za zdravila). Premije niso regulirane in zavarovalnice jih določajo po tveganju zavarovanca. Privatni zavarovanci nimajo hitrejšega dostopa do nobene zdravstvene storitve in tudi ne večje izbire zdravnikov ali bolnišnice. Leta 2010 je privatno zavarovanje predstavljalo 7,8 % vseh zdravstvenih stroškov. Približno 5 milijonov ljudi dobiva podporo za zavarovalniške premije.

Splošni zdravnik je vratar sistema; samo 4 % obiskov pri njem ima za posledico napotitev na sekundarno raven. Zdravnik ima v povprečju 1.900 pacientov, ki ga obiščejo 5-krat letno. 75 % splošnih zdravnikov dela v skupinskih praksah. Večina je samozaposlenih, 11 % pa je zaposlenih pri drugem zdravniku. Plačani so v obliki glavarine in plačil za storitve, obstajajo poskusi plačila po rezultatih.

Skoraj vsi specialisti delajo v bolnišnicah in so plačani po storitvah ali prejemajo plačo (večinoma v univerzitetnih bolnišnicah). Število zdravnikov na plačah narašča. Le majhno število zdravnikov dela tudi izven bolnišnic v ambulantah. Skoraj vse bolnišnice so zasebne in neprofitne. 70 % cen v bolnišnicah je določeno med pogajanji med izvajalci in zavarovalnicami, 30 % pa je določenih na nacionalni ravni.

Reforma leta 2006 je ministrstvo za zdravje spremenila iz neposrednega nadzornika v oddaljenega čuvarja sistema. Danes ima vlogo pri omogočanju pogojev za dostop, kakovost in obvladovanje stroškov zdravstvenega sistema, določa prioritete in po potrebi spreminja zakonodajo. Uradi v njegovi sestavi je odgovornih za postavljanje operativnih prioritet. Zdravstveni svet ima svetovalno vlogo, pri čemer se opira na z dokazi odprto medicino, Nacionalni inštitut za zdravstveno varstvo svetuje vladi glede vsebine košarice pravic, zagotavljanja kakovosti in zavarovalniškega sistema. Obe inštituciji ocenjujeta zdravstvene tehnologije, vendar minister pri končni odločitvi o vsebini košarice ni zavezan njunim nasvetom.

**Švedska**

Na ravni države je za zdravstveni sistem in zdravstveno politiko odgovorno Ministrstvo za zdravje in socialno politiko, ki dela v koordinaciji s sedmimi regionalnimi zdravstvenimi agencijami, organizacija in izvajanje zdravstvenega varstva pa je v rokah 21 okrajev. 290 občin je odgovornih za urejanje zadev v neposrednem okolju, kar vključuje skrb za stare in invalide.

Zavarovanje je univerzalno in pokriva vse prebivalce. Približno 5 % prebivalcev ima še privatno dodatno zavarovanje, ki ga večinoma plačujejo delodajalci in je vezano na poklicno zdravstveno varstvo.

Košarica storitev ni opredeljena. Javno financirani zdravstveni sistem zagotavlja javno zdravstvo in preventivo, primarno in sekundarno zdravstveno varstvo, urgentno medicino, zdravila na recept, varstvo duševnega zdravja, rehabilitacijo, varstvo invalidov, prevoze, nego na domu in dolgotrajno oskrbo vključno z oskrbo v domovih za starejše, zobozdravstvo in optometrijo za otroke in mlade in v omejenem obsegu zobozdravstveno varstvo za odrasle. Zasebni izdatki so leta 2012 znašali 19 % vseh stroškov za zdravstvo, od tega je bilo 88 % plačil iz žepa in to predvsem za zdravila. Obstajajo tudi doplačila za obiske pri splošnem zdravniku (12 do 30 EUR), specialistu (20 do 35 EUR) in za dneve ležanja v bolnišnici (8 EUR). Letna omejitev doplačil za obiske je 110 EUR. Obstajajo tudi doplačila za zdravila z letnim limitom pri 220 EUR in nekatera druga doplačila. Letne omejitve niso prilagojene dohodkom.

Zdravstveni stroški so leta 2012 znašali 9,9 % BDP, 81 % je bilo javnega financiranja s proporcionalnim davkom na dohodek in indirektnimi davki. Večina davkov zberejo okraji (councils).19 % stroškov je bilo privatnih, večino od tega na račun direktnih plačil iz žepa. Glavi razlog za privatno zavarovanje je skrajšanje čakanja na pregled pri specialistu in na planirane posege. Ima ga 12 % vseh zaposlenih. Privatne zavarovalnice so profitne.

Zdravstveni sistem je zelo integriran. Pomembna sprememba po letu 1990 je bila prenos od bolnišničnih stacionarnih obravnav k ambulantnim obravnavam in obravnavi v lastnem okolju. Druga sprememba je bila koncentracija visoko specializiranih storitev na univerzitetne bolnišnice in specializirane centre.

Za Švedsko je značilen majhen obseg primarnega zdravstvenega varstva (16 % vseh zdravnikov, 20 % sredstev). Zdravniki nimajo vloge vratarja. Običajno gre za skupinske prakse, v katerih sodelujejo v povprečju štirje zdravniki. Približno 40 % zdravnikov dela privatno. Javni in zasebni zdravniki so plačani enako: glavarina 80 %, plačilo za storitve 17-18 %, 2-3 % za doseganje rezultatov.

Specialistične ambulante delujejo v bolnišnicah pa tudi v ozko specializiranih privatnih (poli)klinikah. Plačila so prospektivna, fiksna in temeljijo na plačilu po primeru (SPP). Zdravniki, ki imajo pogodbo z javnim plačnikom, ne morejo zaračunavati mimo določenih tarif. Nobena zakonodaja ne prepoveduje zdravnikom, da bi izven bolnišnice ali javne ambulante obravnavali tudi zasebne bolnike, lahko pa taka pravila vzpostavijo delodajalci.

Večina bolnišnic je javnih, vendar javni plačnik lahko sklepa pogodbe tudi z zasebnimi bolnišnicami. Sredstva bolnišnic temeljijo na historičnem globalnem proračunu (2/3), SPP in spodbudah za rezultate dela (manj kot 5 %). Zaposleni prejemajo plače.

Glavna odgovornost za vzdrževanja kakovostnega zdravstvenega varstva je v rokah okrajev in občin. Dajejo dovoljenja za delovanje izvajalcev in določajo cene za paciente in plačila za izvajalce. Ministrstvo za zdravje in socialno politiko določa skupno zdravstveno politiko. Poleg njega obstaja sedem vladnih agencij, ki se ukvarjajo z različnimi vidiki zdravstvenega varstva in javnega zdravja. Nacionalni svet za zdravstveno varstvo razvija medicinske normative in standarde ter nadzira njihovo upoštevanje. Podeljuje tudi licence zdravstvenemu osebju. Dve telesi delata na področju ocenjevanja zdravstvenih tehnologij. Svet za ocenjevanje zdravstvenih tehnologij ima mandat, da ocenjuje zdravstvene tehnologije s strokovnega, ekonomskega, etičnega in socialnega vidika, in promovira uporabo stroškovno učinkovitih tehnologij. Podobno telo ocenjuje stroškovno učinkovitost zdravil.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Tabela 9. Izbrani sistemski in izvedbeni zdravstveni indikatorji ter indikatorji kakovosti v 13 evropskih državah*  *(za leto 2015 ali najbližje leto)* |  | Podatki privzeti iz: 1. European Health for All databases (HFA-DB) (data.euro.who.int/hfadb/)  2. OECD Health Statistics 2016 (http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm) |

|  |
| --- |
| 7. PRESOJA POSLEDIC, KI JIH BO IMEL SPREJEM ZAKONA |
| 7.1. Presoja administrativnih posledica) v postopkih oziroma poslovanju javne uprave ali pravosodnih organov: |
| * *razlogi za uvedbo novega postopka ali administrativnih bremen in javni interes, ki naj bi se s tem dosegel,* * *ukinitev postopka ali odprava administrativnih bremen,* * *spoštovanje načela »vse na enem mestu« ter organ in kraj opravljanja dejavnosti oziroma izpolnjevanja obveznosti,* * *podatki oziroma dokumenti, ki so potrebni za izvedbo postopka in jih bo organ pridobil po uradni dolžnosti, ter način njihovega pridobivanja,* * *ustanovitev novih organov, reorganizacija ali ukinitev obstoječih organov,* * *ali bodo zaradi izvajanja postopkov in dejavnosti potrebne nove zaposlitve, ali so izvajalci primerno usposobljeni, ali bodo potrebna dodatno usposabljanje ter finančna in materialna sredstva,* * *ali se bodo zaradi ukinitve postopkov in dejavnosti zmanjšala število zaposlenih ter finančna in materialna sredstva;*  b) pri obveznostih strank do javne uprave ali pravosodnih organov:  * *dokumentacija, ki jo mora stranka predložiti, povečanje ali zmanjšanje obsega dokumentacije z navedbo razlogov,* * *stroški, ki jih bo imela stranka, ali razbremenitev stranke,* * *čas, v katerem bo stranka lahko uredila zadevo.* |
| 7.2. Presoja posledic za okolje, vključno s prostorskimi in varstvenimi vidiki, in sicer za: |
| Nima posledic za okolje. |
| 7.3. Presoja posledic za gospodarstvo, in sicer za: |
| * *poslovne stroške in poslovanje,* * *premoženjske pravice,* * *inovacije in raziskave,* * *potrošnike in gospodinjstva,* * *določene regije in sektorje,* * *druge države in mednarodne odnose,* * *makroekonomsko okolje,* * **mala in srednja podjetja:** * *število podjetij in njihova velikost,* * *število podjetij in delovnih mest, na katera se nanaša predlagani predpis,* * *pomen različnih kategorij malih in srednjih podjetij v panogah,* * *povezanost z drugimi panogami in mogoči vplivi na podizvajalce,* * **konkurenčnost podjetij:** * *omejevanje dostopa na trg dobaviteljem,* * *omejevanje konkurenčnosti dobaviteljev,* * *zmanjševanje spodbud dobaviteljem za učinkovito konkurenčnost.* |
| 7.4. Presoja posledic za socialno področje, in sicer za: |
| * *zaposlenost in trg dela,* * *standarde in pravice v zvezi s kakovostjo dela,* * *socialno vključenost in zaščito določenih skupin,* * *pravice iz starševskega varstva in družinskih prejemkov ter družinska razmerja,* * *enakost spolov,* * *enako obravnavo družbenih skupin glede na različne osebne okoliščine (nediskriminacija),* * *sodno varstvo in učinkovito sodno varstvo človekovih pravic in temeljnih svoboščin,* * *upravljanje, udeležbo, dobro asimilacijo, dostop do sodišč, medije in etiko,* * *javno zdravje,* * *zdravstveno varstvo.* |
| 7.5. Presoja posledic za dokumente razvojnega načrtovanja, in sicer za:Nima posledic. |
| 7.6. Presoja posledic za druga področja |
| 7.7. Izvajanje sprejetega predpisa: |
| 1. **Predstavitev sprejetega zakona:**  * *ciljnim skupinam (seminarji, delavnice),* * *širši javnosti (mediji, javne predstavitve, spletne predstavitve).*  1. **Spremljanje izvajanja sprejetega predpisa:**  * *zagotovitev spremljanja izvajanja predpisa,* * *organi, civilna družba,* * *metode za spremljanje doseganja ciljev,* * *merila za ugotavljanje doseganja ciljev,* * *časovni okvir spremljanja za pripravo poročil,* * *roki za pripravo poročil o izvajanju zakona, doseženih ciljih in nadaljnjih ukrepih.* |
| 7.8. Druge pomembne okoliščine v zvezi z vprašanji, ki jih ureja predlog zakona:  * *osebno ime zunanjega strokovnjaka ali firma in naslov pravne osebe, ki je sodelovala pri pripravi zakona.*  8. PRIKAZ SODELOVANJA JAVNOSTI PRI PRIPRAVI PREDLOGA ZAKONA  * *spletni naslov, na katerem je bil predpis objavljen,* * *čas trajanja javne predstavitve, v katerem je bilo mogoče sporočiti mnenja, predloge in pripombe,* * *datum in kraj morebitne javne obravnave ali druge oblike sodelovanja,* * *seznam subjektov, ki so sodelovali (imen in priimkov fizičnih oseb, ki niso poslovni subjekti, ne navajajte),* * *bistvena mnenja, predloge in pripombe javnosti,* * *bistvena mnenja, predloge in pripombe javnosti, ki niso bili upoštevani, in razlogi za neupoštevanje.*  9. NAVEDBA, KATERI PREDSTAVNIKI PREDLAGATELJA BODO SODELOVALI PRI DELU DRŽAVNEGA ZBORA IN DELOVNIH TELES  * Milojka Kolar Celarc, ministrica, * Dr. Ana Medved, državna sekretarka, * Jožica Maučec Zakotnik, državna sekretarka*.* |

1. **BESEDILO ČLENOV**

**PRVI DEL**

**NAČELA IN TEMELJNI CILJ ZDRAVSTVENEGA VARSTVA, NALOGE DRUŽBENE SKUPNOSTI, NACIONALNI PLAN**

1. **poglavje**

**UVODNE DOLOČBE IN DEFINICIJE**

1. **člen**

**(vsebina zakona)**

1. Ta zakon ureja sistem javnega zdravstvenega varstva (v nadaljnjem besedilu: zdravstveno varstvo) in kot njegov del sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu: OZZ) v Republiki Sloveniji.
2. Ta zakon določa:
3. načela in temeljni cilj zdravstvenega varstva, naloge družbene skupnosti in nacionalni plan;
4. obseg in načela OZZ in zavarovane osebe;
5. pravice iz OZZ za splošna tveganja;
6. OZZ za poklicna tveganja;
7. vključitev zdravstvenih storitev, zdravil, živil in pripomočkov v sistem OZZ;
8. zagotavljanje sredstev OZZ;
9. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (Zavod);
10. zbirke podatkov OZZ;
11. povrnitev povzročene škode in neupravičeno pridobljenih sredstev;
12. kazenske določbe;
13. prehodne in končne določbe.
14. **člen**

**(direktive in uredbi Evropske unije)**

1. S tem zakonom se v slovenski pravni red prenašajo naslednje direktive:
2. Direktiva Sveta z dne 21. decembra 1988 v zvezi s preglednostjo ukrepov, ki urejajo določanje cen zdravil za človeško uporabo in njihovo vključitev v področje nacionalnih sistemov zdravstvenega zavarovanja (UL L št. 40 z dne 11. 2. 1989, str. 8) v delu, ki se nanaša na vključevanje zdravil v sistem OZZ;
3. Direktiva 79/7/EGS Sveta z dne 19. decembra 1978 o postopnem izvrševanju načela enakega obravnavanja moških in žensk v zadevah socialne varnosti,Direktiva 2010/41/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 7. julija 2010 o uporabi načela enakega obravnavanja moških in žensk, ki opravljajo samostojno dejavnost, in o razveljavitvi Direktive Sveta 86/613/EGS;
4. Direktiva 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu (UL L št. 88 z dne 4. 4. 2011, str. 45, v nadaljnjem besedilu: Direktiva 2011/24/EU);
5. Izvedbena direktiva Komisije 2012/52/EU z dne 20. decembra 2012 o določitvi ukrepov za olajšanje priznavanja zdravniških receptov, predpisanih v drugi državi članici (UL L št. 356 z dne 22.12. 2012, str. 68; v nadaljnjem besedilu: Direktiva 2012/52/EU).
6. S tem zakonom se podrobneje ureja izvajanje naslednjih uredb EU:
7. Uredba (ES) št. 883/2004 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 29. aprila 2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti (UL L št. 166 z dne 30. 4. 2004, str. 1), zadnjič spremenjene z Uredbo Sveta (EU) št. 517/2013 z dne 13. maja 2013 o prilagoditvi nekaterih uredb ter odločb in sklepov na področjih prostega pretoka blaga, prostega gibanja oseb, prava družb, politike konkurence, kmetijstva, varnosti hrane, veterinarske in fitosanitarne politike, prometne politike, energetike, obdavčitve, statistike, vseevropskih omrežij, pravosodja in temeljnih pravic, pravice, svobode in varnosti, okolja, carinske unije, zunanjih odnosov, zunanje, varnostne in obrambne politike ter institucij zaradi pristopa Republike Hrvaške (UL L št. 158 z dne 10. 6. 2013, str. 1, v nadaljnjem besedilu: Uredba 883/2004/ES);
8. Uredba (ES) št. 987/2009 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 16. septembra 2009 o določitvi podrobnih pravil za izvajanje Uredbe (ES) št. 883/2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti (UL L št. 284 z dne 30. 10. 2009, str. 1), zadnjič spremenjene z Uredbo Komisije (EU) št. 1224/2012 z dne 18. decembra 2012 o spremembi Uredbe (ES) št. 883/2004 Evropskega parlamenta in Sveta o koordinaciji sistemov socialne varnosti in Uredbe (ES) št. 987/2009 Evropskega parlamenta in Sveta o določitvi podrobnih pravil za izvajanje Uredbe (ES) št. 883/2004 (UL L št. 349 z dne 19. 12. 2012, str. 45, v nadaljnjem besedilu: Uredba 987/2009/ES).
9. **člen**

**(pomen izrazov)**

1. Izrazi, uporabljeni v tem zakonu, imajo naslednji pomen:
2. **Ambulantna lista zdravil** je lista zdravil, na katero se razvrsti ambulantno zdravilo, in sicer ampulirano in drugo zdravilo, ki ga zavarovani osebi lahko aplicira le pristojni zdravnik ali pristojni zdravstveni delavec kot sestavni del zdravstvene storitve, ki se opravi pri ambulantni obravnavi.
3. **Artikel** je serijsko izdelan pripomoček.
4. **Bolnišnična lista zdravil** je lista zdravil, na katero se razvrsti bolnišnično zdravilo, ki ga zavarovani osebi lahko aplicira le pristojni zdravnik ali pristojni zdravstveni delavec kot sestavni del zdravstvene storitve, ki se opravi pri bolnišnični ali ambulantni obravnavi.
5. **Cena zdravila** je skupni izraz za veljavno ceno zdravila, kot je opredeljena v zakonu, ki ureja zdravila, dogovorjeno ceno galenskega zdravila in določeno ceno na listo zdravil razvrščenega magistralnega zdravila in je podlaga za obračun zdravila iz OZZ.
6. **Denarna dajatev** je skupni izraz za denarno nadomestilo, povračilo stroškov zdravstvene storitve, prevoznih stroškov, stroškov nastanitve in stroškov prehrane, ki so pravica iz OZZ.
7. **Determinante zdravja** so posamezni dejavniki ali kombinacija le-teh, ki pozitivno ali negativno vplivajo na zdravje.
8. **Direkcija Zavoda** je organizacijska enota Zavoda.
9. **Dobavitelj** je lekarna ali specializirana prodajalna za izvajanje prometa na drobno s pripomočki, ki ima z Zavodom sklenjeno pogodbo o zagotavljanju pripomočkov.
10. **Dodana** **vrednost zdravila** je pozitivna vrednost v terapevtskem ali ekonomskem smislu glede na primerjalna zdravila z list zdravil ali glede na standardno zdravstveno obravnavo, ki se oceni na podlagi meril za razvrstitev zdravila, ki jih določa ta zakon.
11. **Dodana vrednost živila** je pozitivna vrednost v terapevtskem ali ekonomskem smislu glede na primerjalna živila z receptne liste, ali glede na standardno zdravstveno obravnavo, ki se oceni na podlagi meril za razvrstitev živila, ki jih določa ta zakon.
12. **Dogovorjena cena galenskega zdravila** je cena, ki jo Zavod dogovori za galensko zdravilo na podlagi tega zakona in splošnih aktov Zavoda.
13. **Dogovorjena cena zdravila** je veljavna cena zdravila, kot je opredeljena v zakonu, ki ureja zdravila, ki jo Zavod dogovori za industrijsko proizvedeno zdravilo.
14. **Dogovorjena cena živila** je cena, ki jo Zavod dogovori za živilo na podlagi tega zakona in splošnih aktov Zavoda, in je podlaga za obračun živila iz OZZ.
15. **Določena cena magistralnega zdravila** je cena na listo zdravil razvrščenega magistralnega zdravila, ki jo Zavod določi na podlagi tega zakona in splošnih aktov Zavoda.
16. **Drug pripomoček** je pripomoček, ki je povezan z določenim zdravstvenim stanjem ali je njegova uporaba povezana z medicinskim pripomočkom, vendar ni medicinski pripomoček, kot ga opredeljuje zakon, ki ureja medicinske pripomočke, in se izda na naročilnico ali ga zagotovi izvajalec sam.
17. **Družinski član** je partner zavarovanca. Za namen izvajanja pravnega reda EU in mednarodnih sporazumov se za družinskega člana štejejo tudi mladoletni otroci in vzdrževani polnoletni otroci, ki izpolnjujejo pogoje iz 31. člena tega zakona.
18. **Država, v kateri velja pravni red EU**, je država članica EU, Evropskega gospodarskega prostora in Švicarska konfederacija.
19. **Enako zdravilo** je skupni izraz za zdravilo, ki ima enako splošno ime in terapevtsko indikacijo kot zdravilo s katerekoli liste zdravil, in sicer za zdravilo z enako ali primerljivo obliko, zdravilo z enako, primerljivo ali različno jakostjo in zdravilo z enakim ali različnim pakiranjem.
20. **Enoizvorno zdravilo** je zdravilo, ki ga z danimi farmacevtskimi lastnostmi na trg v Republiki Sloveniji daje izključno en poslovni subjekt.
21. **Fizioterapija** je veda in zdravstvena dejavnost, ki s pomočjo vzgojnih in fizioterapevtskih metod vzpostavlja, vzdržuje ali izboljšuje psihofizične sposobnosti in zmogljivosti zdravih, motenih v razvoju, bolnih in poškodovanih oseb.
22. **Imenovani zdravnik** je organ Zavoda.
23. **Imetnik dovoljenja za promet z zdravilom** je imetnik dovoljenja za promet z industrijsko proizvedenim zdravilom.
24. **Industrijsko proizvedeno zdravilo** je skupni izraz za:

* industrijsko proizvedeno zdravilo z dovoljenjem za promet v Republiki Sloveniji,
* industrijsko proizvedeno zdravilo z dovoljenjem za promet s paralelno uvoženim zdravilom ali s potrdilom o priglasitvi paralelne distribucije,
* industrijsko proizvedeno zdravilo, ki je dovoljenje za promet pridobilo po centraliziranem postopku, če je JAZMP zanj določil nacionalni identifikator zdravil, in
* industrijsko proizvedeno zdravilo z začasnim dovoljenim za promet v Republiki Sloveniji, ki je uvrščeno v seznam esencialnih zdravil ali nujno potrebnih zdravil, in v promet ni bilo dano enako zdravilo z dovoljenjem za promet ali zdravilo ni na trgu v Republiki Sloveniji v skladu z zakonom, ki ureja zdravila.

1. **Izdelovalec galenskega zdravila** je izvajalec lekarniške dejavnosti, ki za izdelavo galenskega zdravila izpolnjuje pogoje v skladu z zakonom, ki ureja zdravila, in zakonom, ki ureja lekarniško dejavnost.
2. **Izvajalec** je izvajalec v mreži javne zdravstvene službe v Republiki Sloveniji na podlagi zakona, ki ureja zdravstveno dejavnost, ki ima z Zavodom sklenjeno pogodbo za opravljanje določenih zdravstvenih storitev, in izvajalec zdravstvene dejavnosti, ki opravlja zasebno zdravstveno dejavnost, v skladu s tem zakonom, ki ima z Zavodom sklenjeno pogodbo za opravljanje določenih zdravstvenih storitev.
3. **Javno zdravje** je dejavnost na področju varovanja in krepitve zdravja prebivalstva s pomočjo organiziranih aktivnosti in programov za krepitev zdravja ter preprečevanja in zgodnjega odkrivanja dejavnikov tveganja za nastanek bolezni in poškodb.
4. **JAZMP** je Javna agencija Republike Slovenije za zdravila in medicinske pripomočke.
5. **Klinična pot** je pacientov osebni zdravstveni dokument, ki prikazuje zdravstveno obravnavo določene bolezni oziroma zdravstvenega stanja v obliki zaporedja vseh storitev od začetka do konca obravnave in omogoča normativno oceno stroškov.
6. **Lista zdravil** je skupni izraz za receptno listo, ambulantno listo zdravil in bolnišnično listo zdravil.
7. **Listina** je listina, potrebna za uresničevanje OZZ, izstavljena v papirni ali elektronski obliki.
8. **Magistralno zdravilo** je zdravilo, ki se izdela v lekarni za zavarovano osebo ali skupino zavarovanih oseb, če za doseganje terapevtskega učinka na trgu v Republiki Sloveniji ni industrijsko proizvedenega ali galenskega zdravila z list zdravil z enako ali primerljivo sestavo učinkovin in v enaki ali primerljivi jakosti ali farmacevtski obliki, in se ga izda neposredno po izdelavi.
9. **Medkulturno mediatorstvo** je koncept in praksa, ki se uporablja za zmanjšanje neenakosti in zagotavljanje kakovostne obravnave v zdravstvenih ustanovah. Namenjeno je premoščanju nesporazumov, ki vznikajo v jezikovnih, kulturnih, socialnih in drugih razlikah med zdravstvenimi delavci in uporabniki.
10. **Mednarodni sporazum** je sporazum o socialnem zavarovanju, ki ga je Republika Slovenija sklenila z eno ali več drugimi državami.
11. **Motnja v preskrbi z živilom** ima smiselno enak pomen kot motnja v preskrbi z zdravilom v zakonu, ki ureja zdravila.
12. **Najvišja priznana vrednost** je vrednost, do katere se krije zdravilo ali živilo iz OZZ, in jo določi Zavod na podlagi tega zakona in splošnega akta Zavoda.
13. **Napotni zdravnik** je pristojni zdravnik, pri katerem zavarovana oseba uveljavi zdravstveno storitev na podlagi napotnice in ki opravlja zdravstveno dejavnost na isti ali višji ravni kot pristojni zdravnik ali pristojni zdravstveni delavec, ki je izstavil napotnico. Napotni zdravnik je tudi pristojni zdravnik, pri katerem zavarovana oseba uveljavi zdravstveno storitev, za katero v skladu s tem zakonom ni potrebna napotnica.
14. **Napotni zdravstveni delavec** je pristojni zdravstveni delavec, pri katerem zavarovana oseba uveljavi zdravstveno storitev na podlagi napotnice in opravlja zdravstveno dejavnost na isti ali višji ravni kot pristojni zdravnik ali pristojni zdravstveni delavec, ki je izstavil napotnico.
15. **Napotnica** je listina Zavoda, s katero se prenese pooblastilo za izvedbo zdravstvene storitve na napotnega zdravnika ali napotnega zdravstvenega delavca na isti ali višji ravni zdravstvene dejavnosti.
16. **Naročilnica** je listina Zavoda, s katero se predpiše določeno vrsto pripomočka za uporabo na domu.
17. **Neenakosti v zdravju** so razlike v zdravju oziroma zdravstvenih izidih med družbenimi skupinami z različnim socialno-ekonomskim statusom, ki jih lahko preprečimo in so zato nepravične.
18. **Nemedikamentozna obravnava** vključuje sklop storitev individualnega in skupinskega svetovanja za zdravje, zdravstvene vzgoje in strukturiranih obravnav za podporo spremembam na področju življenjskega sloga, tveganih vedenj in krepitve duševnega zdravja.
19. **Nestandardna storitev** je storitev, ki ne dosega pomembnejše dodane vrednosti v primerjavi s standardno storitvijo z isto namembnostjo ali ima v primerjavi z njo neugodnejše razmerje med ceno in koristjo.
20. **NIJZ** je Nacionalni inštitut za javno zdravje.
21. **Nova zdravstvena storitev** je zdravstvena storitev, ki ni razvrščena na Seznam zdravstvenih storitev.
22. **Novo zdravilo** je skupni izraz za zdravilo, ki glede na splošno ime še ni razvrščeno na nobeno listo zdravil, in zdravilo s katerekoli liste zdravil s terapevtsko indikacijo, ki še ni razvrščena na nobeno listo zdravil.
23. **Novo živilo** je skupni izraz za živilo, ki glede na sestavo še ni razvrščeno na receptno listo, in živilo z receptne liste z zdravstvenim namenom uporabe, ki še ni razvrščen na receptno listo.
24. **Nujna zdravstvena storitev** je skupni izraz za nujno medicinsko pomoč, nujno zdravljenje in neodložljivo zdravljenje.
25. **Območna enota Zavoda** je organizacijska enota Zavoda.
26. **Osebni zdravnik** je skupni izraz za osebnega splošnega zdravnika, osebnega otroškega zdravnika, osebnega zobozdravnika, osebnega otroškega zobozdravnika in osebnega ginekologa, ki ga zavarovana oseba izbere pri izvajalcu v mreži javne zdravstvene službe v Republiki Sloveniji na podlagi zakona, ki ureja zdravstveno dejavnost, ki ima z Zavodom sklenjeno pogodbo za opravljanje določenih zdravstvenih storitev, in sicer v osnovni zdravstveni dejavnosti v skladu s tem zakonom in splošnimi akti Zavoda.
27. **Otrok** je oseba, kot je opredeljena v družinskem zakoniku, razen ko se izraz uporablja za namen opredelitve obvezno zavarovanih oseb iz 31. člena tega zakona, ko se za otroka šteje tudi:

* oseba, ki pridobi polno poslovno sposobnost pred 18. letom starosti;
* polnoletna oseba, ki se šola, pod pogoji, ki jih določa ta zakon;
* oseba, ki postane trajno nezmožna za delo pod pogojem iz drugega odstavka 31. člena tega zakona.

1. **Paliativna oskrba** je oblika zdravstvne oskrbe pacienta s kronično napredovalo neozdravljivo bolezijo, ki se osredotoča na obvladovanje bolečine in drugih z neozdravljivo boleznijo povezanih simptomov, s ciljem ohranjanja kakovosti življenja, dostojanstva, podpore pacientu in njegovim bližnjim in jo izvajajo zdravstveni delavci, ki so pridobili dodatna znanja s področja paliativne oskrbe.
2. **Partner** je zakonec, zunajzakonski partner, partner iz partnerske zveze ali partner iz nesklenjene partnerske zveze. in razvezani zakonec pod pogoji, ki jih določa ta zakon.
3. **Patronažna dejavnost** je niz zdravstvenih storitev, za obravnavo posameznika ali družine, v različnih obdobjih življenja, ki se izvaja na domu, tako v času zdravja in bolezni, če to zahteva stanje posameznika.
4. **Podobno živilo** je skupni izraz za živilo, ki je glede na sestavo in zdravstveni namen uporabe primerljivo živilu z receptne liste, in sicer za živilo z enako ali primerljivo obliko, živilo z enako, primerljivo ali različno energijsko vrednost, živilo z enakim ali različnim okusom in živilo z enakim ali različnim pakiranjem.
5. **Podzakonski akt** je na podlagi tega zakona izdan predpis in splošni akt Zavoda.
6. **Poklicna pokojnina** je prejemek iz poklicnega zavarovanja, ki se izplačuje v skladu z zakonom, ki ureja pokojninsko in invalidsko zavarovanje.
7. **Posebna pravica do zdravstvenega varstva** je pravica, ki jo ta ali drug zakon določa v sistemu zdravstvenega varstva, vendar ni pravica iz OZZ.
8. **Poškodba pri delu in poklicna bolezen** imata isti pomen kot v zakonu, ki ureja pokojninsko in invalidsko zavarovanje, če ni v drugem zakonu drugače določeno.
9. **Pravno razmerje** je osebni pravni položaj, ki osebi omogoča in jo zavezuje, da je vključena v zavarovalno razmerje. Vsak državljan Republike Slovenije s stalnim prebivališčem v Sloveniji je vselej v pravnem položaju, da lahko vzpostavi zavarovalno razmerje po eni od zavarovalnih podlag.
10. **Pravila koordinacije sistemov socialne varnosti v EU** so določila Uredbe 883/2004/ES in Uredbe 987/2009/ES.
11. **Pravni red EU** so pravni predpisi EU na področju koordinacije sistemov socialne varnosti, ki se v Republiki Sloveniji neposredno uporabljajo.
12. **Preventivni zdravstveni pregled** je sklop preventivnih storitev, na podlagi katerega se spremlja zdravstveno stanje posameznika, odkriva dejavnike tveganja za zdravje ali bolezni in zagotavlja pravočasno in ustrezno nemedikamentozno in medikamentozno obravnavo.
13. **Preventivni zdravstveni program** je celovit sklop preventivnih zdravstvenih storitev, ki je ciljano usmerjen na izbrane dejavnike tveganja, posamezne bolezni, spol ali starostno skupino z namenom krepitve zdravja, zgodnjega odkrivanja dejavnikov tveganja in bolezni ter zmanjševanja neenakosti v zdravju. Vključuje tako izvajanje kot spremljanje programa. Izvaja se na območju vse države ali na območju posamezne lokalne skupnosti.
14. **Prijavljeno prebivališče** je stalno ali začasno prebivališče v Republiki Sloveniji v skladu s predpisi, ki urejajo prijavo prebivališča.
15. **Prilagoditev** je poseg v pripomoček, ki ga predvidi proizvajalec pripomočka, ali poseg v stomato-protetični pripomoček, ki ga predvidi izvajalec zobozdravstvenih storitev, s katerim dobi ustrezne lastnosti za zavarovano osebo glede na njeno zdravstveno stanje.
16. **Primerjalna terapevtska vrednost zdravila** je razlika med učinkovitostjo dveh ali več zdravil ali razlika med učinkovitostjo zdravila in standardno zdravstveno obravnavo, ki ne vključuje tega zdravila, in ki predstavlja primerljivo alternativo za doseganje želenega izida zdravstvene obravnave v klinični praksi.
17. **Primerjalna terapevtska vrednost živila** je razlika med stopnjo doseganja namena uporabe dveh ali več živil ali razlika med stopnjo doseganja namena uporabe živila in standardno zdravstveno obravnavo, ki ne vključuje tega živila, in ki predstavlja primerljivo alternativo za doseganje želenega izida zdravstvene obravnave v klinični praksi.
18. **Primerjalno zdravilo** je zdravilo, ki je osnova za primerjavo zdravila pri ocenjevanju primerjalne terapevtske vrednosti zdravila in z njo povezane obravnave farmakoekonomskih podatkov.
19. **Primerjalno živilo** je živilo, ki je osnova za primerjavo živila pri ocenjevanju primerjalne terapevtske vrednosti živila, prilagojenosti sestave hranil v živilu, specifične za zdravstveno stanje, in z njo povezane obravnave farmakoekonomskih podatkov.
20. **Primerljiva farmacevtska oblika zdravila** je različna farmacevtska oblika zdravila s primerljivim sproščanjem in enakim načinom uporabe.
21. **Primerljivi odmerek zdravila** je odmerek zdravila, ki glede na podatke iz povzetka glavnih značilnosti zdravila in strokovne literature daje primerljiv klinični učinek glede na primerjalno zdravilo.
22. **Pripomoček** je skupni izraz za medicinski in drug pripomoček, ki se izda na naročilnico.
23. **Pristojni zdravnik** je osebni zdravnik, napotni zdravnik ali drug zdravnik pri izvajalcu, ki je na podlagi tega zakona ali splošnega akta Zavoda pristojen izvesti določeno zdravstveno storitev ali drugo storitev iz OZZ.
24. **Pristojni zdravstveni delavec** je zdravstveni delavec pri izvajalcu, ki ni zdravnik, je pa na podlagi tega zakona ali splošnega akta Zavoda pristojen izvesti določeno zdravstveno storitev ali drugo storitev iz OZZ.
25. **Prispevek** je je denarni znesek za OZZ, ki ga mora zavezanec plačati za uresničevanje pravic.
26. **Proizvajalec pripomočka** je skupni izraz za proizvajalca medicinskega pripomočka in njegovega pooblaščenega predstavnika ter proizvajalca drugega pripomočka in njegovega zastopnika, ki ima z Zavodom sklenjeno pogodbo o zagotavljanju pripomočkov.
27. **Proizvajalec živila** je skupni izraz za proizvajalca živila in njegovega zastopnika.
28. **Promocija zdravja** so sistematične ciljane aktivnosti in ukrepi, ki se izvajajo zaradi ohranjanja in krepitve telesnega in duševnega zdravja.
29. **Recept** je listina Zavoda, s katero pristojni zdravnik predpiše zdravilo in živilo z receptne liste.
30. **Receptna lista** je lista zdravil, na katero se razvrsti zdravila in živila, ki se predpisujejo na recept.
31. **Rehabilitacija** je [postopek](https://sl.wikipedia.org/wiki/Proces) bio-psihosocialne priprave telesno ali duševno prizadete osebe z namenom razvoja preostalega potenciala organizma do stopnje, ki omogoča čim bolj optimalno vključitev poškodovanega ali bolnega v delovno okolje in življenje v skupnosti.
32. **Samoplačniški izvajalec** je izvajalec zdravstvene dejavnosti, ki opravlja zdravstveno dejavnost v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnost, in nima z Zavodom sklenjene pogodbe za opravljanje zdravstvenih storitev.
33. **Seznam magistralnih zdravil** je seznam, na katerega se razvrsti magistralna zdravila, ki jih zaradi individualno prilagojenih receptur ni mogoče razvrstiti na liste zdravil.
34. **Seznam zdravstvenih storitev** je seznam standardnih zdravstvenih storitev, ki so pravica iz OZZ, in seznam nestandardnih storitev, ki niso pravica. Seznam zdravstvenih storitev ne vključuje reševalnih prevozov in zdravstvenih storitev, katerih natančnejši način izvrševanja v skladu s tem zakonom določa Zavod.
35. **Skrbnik** je oseba, kot je opredeljena v družinskem zakoniku, če je pod skrbništvo postavljen otrok ali odrasla oseba.
36. **Skupnostni pristop** za krepitev zdravja in zmanjševanje neenakosti v zdravjuje način izvajanja ukrepov javnega zdravja in preventivnih aktivnosti v lokalni skupnosti ob partnerskem sodelovanju s pristojnimi inštitucijami in nevladnimi organizacijami v lokalni skupnosti.
37. **Splošni akt Zavoda** je splošni akt Zavoda za izvajanje OZZ.
38. **Standardna storitev** je storitev, ki je zaradi ugodnega razmerja med ceno in koristjo v primerjavi z drugimi istonamenskimi storitvami po zakonsko predvidenem postopku uvrščena v Seznam zdravstvenih storitev in jo krije OZZ.
39. **Starši** so skupni izraz za starše in osebo, ki ji je podeljena starševska skrb za otroka na podlagi družinskega zakonika.
40. **Stomato-protetični pripomoček** je sestavni del zobozdravstvene storitve in ne šteje za pripomoček v smislu tega zakona.
41. **Terapevtska indikacija zdravila** je zdravstveno stanje, pri katerem lahko zdravilo učinkuje v smislu ozdravitve ali izboljšanja, ki je navedeno v povzetku glavnih značilnosti zdravila ali terapevtski smernici ali priporočilu ali ima podlago v klinični raziskavi.
42. **Terapevtska skupina zdravil,** ki jo določi Zavod, je skupina industrijsko proizvedenih zdravil z receptne liste z enako terapevtsko indikacijo, ki lahko vključuje posamezna zdravila, kombinirana zdravila in različne farmacevtske oblike zdravila.
43. **Tujec** je oseba, kot je opredeljena v zakonu, ki ureja tujce.
44. **Tuj izvajalec** je izvajalec zdravstvene dejavnosti, ki opravlja zdravstveno dejavnost izven Republike Slovenije.
45. **Začasna nezmožnost za delo** je začasna zadržanost od dela zaradi razlogov iz 1. do 4. točke prvega odstavka 147. člena tega zakona ter zaradi poškodbe pri delu in poklicne bolezni.
46. **Začasna zadržanost od dela** je začasna zadržanost od dela zaradi razlogov iz prvega odstavka 147. člena tega zakona ter zaradi poškodbe pri delu in poklicne bolezni.
47. **Zastopnik proizvajalca** je poslovni subjekt, ki ima s proizvajalcem pripomočka sklenjeno pogodbo o zastopanju in izpolnjuje pogoje za opravljanje prometa na debelo s pripomočki.
48. **Zavarovalna podlaga** je pravno razmerje, ki je podlaga za nastanek zavarovalnega razmerja.
49. **Zavarovalni čas** je zavarovalni čas, kot je opredeljen v zakonu, ki ureja pokojninsko in invalidsko zavarovanje.
50. **Zavarovalno razmerje** je razmerje med Zavodom in zavarovano osebo, ki nastopi s pridobitvijo lastnosti zavarovane osebe in preneha z izgubo lastnosti zavarovane osebe.
51. **Zdravilo** je skupni izraz za industrijsko proizvedeno, galensko in magistralno zdravilo.
52. **Zdravje** je stanje popolnega telesnega, duševnega in socialnega blagostanja.
53. **Zdravstvena komisija** je organ Zavoda.
54. **Zdravstvena nega** je niz zdravstvenih storitev, ki se izvaja na primarnem, sekundarnem in terciarnem ravni zdravstvene dejavnosti, s ciljem promocije zdravja, preventive bolezni ter ohranjanje in izboljšanje zdravstvenega stanja v vseh življenjskih obdobjih posameznika ali družine.
55. **Zdravstvena obravnava** je skupni izraz za posamezno ali skupek zdravstvenih storitev za preprečevanje in zgodnje odkrivanje bolezni, zdravljenje, medicinsko rehabilitacijo, zdravstveno nego in paliativno oskrbo bolnih in poškodovanih.
56. **Zdravstvene storitve** so storitve, ki jih v okviru zdravstvene dejavnosti za paciente opravljajo zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci. Kompleksnejša zdravstvena storitev je lahko sestavljena iz več storitev. Posamezno storitev je mogoče opraviti po eni ali več metodah (postopkih).
57. **Zdravstvena storitev na domu** je zdravstvena storitev, ki se opravi na naslovu prijavljenega prebivališča zavarovane osebe, če vključuje 24-urno bivanje zavarovane osebe na tem naslovu.
58. **Zdravstvena tehnologija** je sistematizirano znanje in veščine na področju zdravstvenih storitev, pripomočkov, zdravil, živil, postopkov (metod) in sistemov za preprečevanje, zdravljenje, medicinsko rehabilitacijo, zdravstveno nego in paliativno oskrbo zbolelih in poškodovanih.
59. **Zdravstveni delavec** je skupni izraz za zdravstvenega delavca in zdravstvenega sodelavca.
60. **Zdravstveno doplačilo** je obvezno doplačilo zavarovane osebe za OZZ, ki ima značaj javnofinančnih sredstev.
61. **Združenje izvajalcev** je združenje, v katerega je vključenih najmanj 51% zdravstvenih izvajalcev ali njihov delež celotnih prihodkov predstavlja najmanj 51% odhodkov ZZZS za zdravstvene storitve.
62. **Živilo** je živilo za posebne zdravstvene namene.
63. V zakonu uporabljeni izrazi, zapisani v slovnični obliki moškega spola, so uporabljeni kot nevtralni in veljajo enakovredno za oba spola.
64. **poglavje**

**TEMELJNA NAČELA IN CILJ ZDRAVSTVENEGA VARSTVA**

1. **člen**

**(opredelitev zdravstvenega varstva)**

Zdravstveno varstvo obsega aktivnosti države, lokalnih skupnosti, izvajalcev zdravstvene dejavnosti, Zavoda, delodajalcev ter drugih pravnih in fizičnih oseb za krepitev zdravja, preprečevanje, odkrivanje in zdravljenje bolezni ter zdravstveno nego, medicinsko rehabilitacijo in paliativno oskrbo.

1. **člen**

**(temeljna načela sistema zdravstvenega varstva)**

1. Zdravstveno varstvo temelji na načelih univerzalnosti, solidarnosti, enakosti, dostopnosti, kakovosti in na posameznika osredotočene zdravstvene obravnave.
2. Načelo univerzalnosti pomeni, da je vsakemu državljanu Republike Slovenije in pod pogoji tega zakona tudi drugim osebam zagotovljen dostop do OZZ in s tem do vseh potrebnih zdravstvenih pravic, ki jih zagotavlja zdravstveno varstvo.
3. Načelo solidarnosti pomeni, da vsaka zavarovana oseba prispeva za zdravstveno zavarovanje v skladu s svojimi ekonomskimi zmožnostmi.
4. Načelo enakosti pomeni enako dostopnost, uporabo in kakovost razpoložljivih zdravstvenih storitev za enake zdravstvene potrebe ne glede na spol, starost, raso, vero, etnično pripadnost, gmotno stanje, družbeni položaj, sposobnosti plačila ali drugo osebno okoliščino. Pri neenakih potrebah odloča o prednosti pri dostopu samo nujnost zdravstvenega stanja.
5. Načelo dostopnosti pomeni, da je zdravstvena dejavnost geografsko in časovno dostopna, finančno posameznika ne obremenjuje prekomerno, ima vnaprej določene postopke ravnanja ter pregledne vsebinske in postopkovne pravice. Primerna geografska dostopnost je lahko na ravni lokalne skupnosti (primarno zdravstveno varstvo) ali na ravni države (bolnišnično zdravstveno varstvo).
6. Načelo kakovosti zdravstvene obravnave pomeni obravnavo, ki je v skladu z obstoječim znanjem in je varna, učinkovita, gospodarna, osredotočena na pacienta, pravočasna in enaka za enake potrebe, upošteva značilnosti in potrebe posameznika in se mu prilagaja pri sporazumevanju. Kakovostna zdravstvena obravnava sledi individualnemu načrtu zdravljenja in povečuje verjetnost želenih rezultatov zdravljenja.
7. Načelo na posameznika osredotočene zdravstvene obravnave pomeni zagotavljanje visoko kakovostne zdravstvene oskrbe, ki upošteva raznolike značilnosti in potrebe posameznika pri ukrepih za izboljšanje njegovega zdravja in počutja.
8. **člen**

**(temeljni cilj sistema zdravstvenega varstva)**

Temeljni cilj sistema zdravstvenega varstva je ob upoštevanju njegove finančne zmogljivosti omogočiti in zagotoviti najvišje dosegljivo zdravje prebivalstva na podlagi naslednjih ukrepov:

1. zaščita pred finančnim tveganjem zaradi bolezni in poškodb z vključitvijo vseh prebivalcev in aktivnih oseb na območju Republike Slovenije v sistem OZZ;
2. krepitev zdravja s poudarkom na promociji zdravja in preventivnih zdravstvenih programih;
3. zagotavljanje vseh potrebnih in kakovostnih zdravstvenih storitev, zdravil in pripomočkov;
4. razvoj in krepitev zdravstvenega sistema v skladu z realnimi zdravstvenimi potrebami prebivalstva;
5. načrtovanje, upravljanje, nadzorovanje ter zagotavljanje kakovosti, varnosti in učinkovitosti zdravstvene dejavnosti ter finančne vzdržljivosti zdravstvenega sistema.
6. **poglavje**

**NALOGE DRUŽBENE SKUPNOSTI V SISTEMU ZDRAVSTVENEGA VARSTVA**

1. **člen**

**(naloge Republike Slovenije v sistemu zdravstvenega varstva)**

1. Republika Slovenija uresničuje svoje naloge v sistemu zdravstvenega varstva s tem, da:
2. načrtuje, usklajuje, zagotavlja izvajanje, spremlja in vrednoti sistem zdravstvenega varstva;
3. sprejema predpise in nadzoruje njihovo izvajanje;
4. z usklajenimi ukrepi politik vseh resorjev vpliva na determinante zdravja in tako zagotavlja pogoje za zdrav način življenja ter zmanjševanje neenakosti v zdravju;
5. spremlja dostopnost prebivalcev do zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja in oblikuje učinkovite ukrepe za vključevanje nezavarovanih oseb in zmanjševanje razlik v dostopnosti vključno z zagotavljanjem dodatnih sredstev za izvajanje primarnega zdravstvenega varstva na demografsko ogroženih območjih;
6. ureja sistem OZZ, njegovo financiranje in nadzor nad njegovim delovanjem;
7. ureja sistem prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj (nadaljnjem besedilu: prostovoljno zavarovanje);
8. določa usmeritve in obveznosti lokalnih skupnosti in delodajalcev pri ohranjanju in krepitvi zdravja;
9. zagotavlja podporo izvajanju skupnostnega pristopa na področju preventive, krepitve in varovanja zdravja ter zmanjševanja neenakosti v zdravju v lokalni skupnosti;
10. načrtuje in zagotavlja razvoj ter kontinuirano usposabljanje zdravstvenih delavcev vseh profilov in na vseh ravneh zdravstvenega varstva z namenom razvijanja na posameznika osredotočene zdravstvene oskrbe;
11. zagotavlja finančna sredstva za naloge iz svoje pristojnosti, določene s predpisi.
12. Republika Slovenija zagotavlja iz proračuna sredstva za izvajanje naslednjih nalog v sistemu zdravstvenega varstva:
13. izvajane dejavnosti javnega zdravja, kot jo opredeljuje zakon, ki ureja zdravstveno dejavnost;
14. načrtovanje, izvajanje, spremljanje in vrednotenje zdravstvenih ukrepov ob naravnih nesrečah in grožnjah zdravju, ki so v interesu varovanja javnega zdravja (biološki, kemični, radiološki in drugi vplivi, ki ogrožajo javno zdravje), ter drugih izrednih razmerah;
15. načrtovanje, zagotavljanje, spremljanje in vrednotenje javne zdravstvene službe;
16. ustanavljanje javnih zdravstvenih zavodov na sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti, njihove investicije in druge obveznosti, določene s predpisi;
17. upravljanje, spremljanje, načrtovanje razvoja in vrednotenje zdravstvenega informacijskega sistema;
18. sofinanciranje nevladnih in neprofitnih organizacij, ki prispevajo k uresničevanju strateških ciljev, opredeljenih v dokumentih in predpisih na področju zdravja;
19. financiranje aktivnosti in ukrepov za uresničevanje strateških ciljev, opredeljenih v dokumentih in predpisih na področju zdravja;
20. vzpostavitev in delovanje mreže tolmačev in medkulturnih mediatorjev za komunikacijo med izvajalci in uporabniki v zdravstvu;
21. sofinanciranje znanstveno raziskovalnih projektov na področju zdravstvenega varstva;
22. naloge javnih pooblastil, ki jih imajo pristojne zbornice;
23. ustanovitev, delovanje, spremljanje in vrednotenje pooblaščenega neodvisnega organa za ocenjevanje zdravstvenih tehnologij;
24. izobraževalno in raziskovalno dejavnost izvajalcev zdravstvene dejavnosti na terciarni ravni zdravstvene dejavnosti, ki ni financirana iz drugih virov, neposredno ali preko državnih agencij ali drugih oblik;
25. plače in druge prejemke iz delovnega razmerja pripravnikov in specializantov v mreži javne zdravstvene službe;
26. delovanje organov, ki izvajajo naloge zunanjega varovanja pacientovih pravic, v skladu z zakonom, ki ureja pacientove pravice;
27. sofinanciranje delovanja javne zdravstvene dejavnosti na primarni ravni na demografsko ogroženih območjih;
28. sofinanciranje mednarodnega sodelovanja na področju zdravstvenega varstva;
29. financiranje preventivnega zdravstvenega programa na delovnem mestu, ki ni financiran iz OZZ;
30. načrtovanje, izvajanje, spremljanje in vrednotenje dejavnosti pridobivanja in presaditve ter zagotavljanja kakovosti in varnosti človeških organov, tkiv in celic, namenjenih zdravljenju;
31. načrtovanje, izvajanje, spremljanje in vrednotenje dejavnosti preskrbe s krvjo;
32. nujna medicinska pomoč in nujno zdravljenje oseb, ki niso vključene v OZZ;
33. plačilo stroškov nujnega prevoza z zdravstvenim spremstvom iz tujine v Republiko Slovenijo za zavarovanca ali slovenskega državljana, katerega narava bolezni ne omogoča nadaljnjega uspešnega bolnišničnega zdravljenja v tujini;
34. preventivne zdravstvene preglede vojakov na prostovoljnem služenju ter oseb, ki pogodbeno opravljajo vojaško službo v rezervni sestavi Slovenske vojske;
35. pravice do zdravstvenega varstva v skladu s predpisi, ki urejajo pravice vojnih invalidov, vojnih veteranov in žrtev vojnega nasilja;
36. pravico do zdravstvenih pregledov invalidov, ki smejo voziti izključno svojim zmožnostim prilagojeno motorno vozilo, v skladu z zakonom o voznikih;
37. druge naloge v skladu s tem zakonom in z drugimi predpisi.
38. **člen**

**(naloge lokalnih skupnosti v sistemu zdravstvenega varstva)**

1. Lokalna skupnost uresničuje naloge v sistemu zdravstvenega varstva, s tem da:
2. načrtuje ukrepe za ohranjanje zdravja in zmanjševanje neenakosti v zdravju ob upoštevanju kazalnikov zdravja v občinah;
3. zagotavlja izvajanje skupnostnega pristopa na področju krepitve zdravja in zmanjševanja neenakosti v zdravju v sodelovanju s pristojnimi inštitucijami in nevladnimi organizacijami;
4. spremlja dostopnost prebivalcev lokalne skupnosti do primarnega zdravstvenega varstva in sprejema ukrepe s svojega področja za njeno izboljšanje;
5. sofinancira nevladne in neprofitne organizacije ki prispevajo k uresničevanju strateških ciljev, opredeljenih v dokumentih na področju zdravja;
6. zagotavlja zdravstveno varstvo pripadnikov Civilne zaščite ter gasilskih in drugih splošnih reševalnih služb med usposabljanjem in opravljanjem nalog zaščite, reševanja in pomoči v enotah, službah ter drugih operativnih sestavah, ki jih organizirajo občine, če tega nimajo urejenega na drugi podlagi;
7. ustanavlja javne zdravstvene zavode na primarni ravni.
8. Lokalna skupnost zagotavlja iz proračuna sredstva za:
9. naloge iz prejšnjega odstavka;
10. plačilo prispevkov za določene skupine zavarovancev, določene s tem zakonom;
11. javne zdravstvene zavode, ki jih je ustanovila, za investicije in druge obveznosti, določene z zakonom. Če je ustanovitelj javnega zdravstvenega zavoda več lokalnih skupnosti, se kritje razdeli na ustanoviteljice glede na število prebivalcev.
12. **člen**

**(Svet za zdravje)**

1. Za medresorsko koordiniranje in usklajevanje na področju zdravstvenega varstva se pri Vladi Republike Slovenije ustanovi Svet za zdravje, ki ima naslednje naloge:

* spremlja in vrednoti vplive resornih politik, zakonskih osnutkov, razvojnih načrtov in ukrepov na zdravje prebivalstva ali skupin ljudi s posebnim poudarkom na zagotavljanje enakosti v zdravju, ter predlaga ustrezne sektorske in medsektorske ukrepe;
* predlaga ukrepe na področju skrbi za zdravje, ki zadevajo več vladnih resorjev;
* predlaga republiškim upravnim organom uskladitev vprašanj, pomembnih za zdravje ljudi;
* predlaga ukrepe, ki zadevajo več resorjev, za spodbujanje proizvodnje in uporabe zdrave hrane in za uvedbo zdravju manj škodljivih tehnoloških postopkov in izdelkov;
* predlaga ukrepe za zmanjšanje zdravju škodljivih razvad, ki zadevajo več resorjev;
* obravnava druga vprašanja s področja zdravstvenega varstva, ki zahtevajo medresorsko reševanje.

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

**IV. poglavje**

**NACIONALNI PROGRAM IN AKCIJSKI NAČRT**

**ZDRAVSTVENEGA VARSTVA**

1. **člen**

**(nacionalni program)**

1. Za uresničevanje nalog Republike Slovenije v sistemu zdravstvenega varstva sprejme Državni zbor Nacionalni program zdravstvenega varstva (v nadaljnjem besedilu: nacionalni program).
2. Z nacionalnim programom se na podlagi analize zdravstvenega stanja prebivalstva, potreb prebivalstva po zdravstvenem varstvu in zmogljivosti sistema zdravstvenega varstva, ki jih pripravi NIJZ, določi politiko sistema zdravstvenega varstva in načrtuje razvojne potrebe.
3. Nacionalni program vsebuje dolgoročno (desetletno) in srednjeročno (petletno) opredelitev naslednjih elementov sistema zdravstvenega varstva:
4. oceno o zdravstvenem stanju prebivalstva in bremenu posameznih bolezni,
5. strategijo razvoja;
6. temeljne usmeritve in cilje;
7. ukrepe in aktivnosti;
8. razvojne usmeritve na posamezni ravni in po posamezni vrsti zdravstvene dejavnosti;
9. prednostna razvojna področja;
10. posebne potrebe in možnosti posameznih območij;
11. razvoj izobraževanja in usposabljanja kadrov;
12. nosilce ukrepov in aktivnosti ter okvirne roke za njihovo izvedbo;
13. način uresničevanja, spremljanja in poročanja o izvajanju Nacionalnega programa vključno z merljivimi kazalniki izvedenih ukrepov in aktivnosti ter načrtovanih usmeritev in ciljev;
14. okvirni obseg kadrovskih in materialnih virov, ki so potrebni za izvedbo ukrepov in aktivnosti;
15. okvirni obseg finančnih sredstev za izvedbo predvidenih ukrepov in aktivnosti ter način njihovega zagotavljanja s posebnim prikazom deleža sredstev OZZ.
16. Predlog nacionalnega programa pripravi ministrstvo, pristojno za zdravje (v nadaljnjem besedilu: ministrstvo) do 30. aprila v letu, v katerem se izteče prejšnji petletni program.
17. **člen**

**(akcijski načrt zdravstvenega varstva)**

1. Za uresničevanje nacionalnega programa se do 30. aprila tekočega leta za naslednji koledarski leti sprejme Akcijski načrt zdravstvenega varstva, ki temelji na nacionalnem programu ter izhodiščih ekonomske, zdravstvene in socialne politike ter makroekonomskih izhodiščih Vlade Republike Slovenije (v nadaljnjem besedilu: Vlada) za načrtovanje javnih financ (v nadaljnjem besedilu: Akcijski načrt).
2. Akcijski načrt vsebuje:
3. krovne usmeritve glede vsebine, količine in vrste storitev ali programov iz OZZ po ravneh in vrstah zdravstvene dejavnosti;
4. aktivnosti in ukrepe;
5. nosilce aktivnosti in ukrepov;
6. roke za izvedbo aktivnosti in ukrepov;
7. merljive kazalnike za doseganje aktivnosti in ukrepov;
8. roke poročanja;
9. oceno potrebnih kadrovskih virov;
10. oceno finančnih posledic;
11. rok in mesto javne objave poročil.
12. Predlog Akcijskega načrta pripravi ministrstvo v sodelovanju z Zavodom, NIJZ, Zdravstvenim svetom in Inštitutom za vrednotenje zdravstvenih tehnologij (v nadaljnjem besedilu: IVZT) ter na podlagi predlogov in mnenj združenj izvajalcev ter združenj uporabnikov.
13. Akcijski načrt sprejme minister po predhodnem finančnem ovrednotenju Zavoda.

**DRUGI DEL**

**OBSEG IN NAČELA** **OZZ, ZAVAROVANE OSEBE**

1. **POGLAVJE**

**OBSEG OZZ**

1. **člen**

**(OZZ)**

1. OZZ je socialno zavarovanje oseb pod pogoji, ki jih določa ta zakon, za finančna tveganja zaradi bolezni in poškodb ter za preventivne storitve in programe na področju varovanja zdravja in preprečevanja bolezni in poškodb.
2. OZZ se izvaja kot javna služba.
3. **člen**

**(obseg OZZ)**

1. OZZ obsega:
2. zavarovanje za splošna tveganja in
3. zavarovanje za poklicna tveganja.
4. OZZ za splošna tveganja je:
5. zavarovanje za primer bolezni in poškodb izven dela in
6. zavarovanje za preventivne zdravstvene programe.
7. OZZ za poklicna tveganja je
   * + 1. zavarovanje za primer poškodb pri delu in poklicnih bolezni in
       2. zavarovanje za preventivni zdravstveni program na delovnem mestu
8. OZZ za splošna tveganja krije:
9. stroške zdravstvene obravnave in z njo povezanih storitev,
10. stroške preventivnih zdravstvenih programov in
11. izplačilo denarnih dajatev.
12. OZZ za poklicna tveganja krije:

stroške zdravstvene obravnave in z njo povezanih storitev za primer poškodb pri delu in poklicnih bolezni

stroške preventivnega zdravstvenega programa na delovnem mestu in

izplačilo denarnih dajatev.

1. Stroški postopkov ugotavljanja poklicnih bolezni, ki se vodijo v skladu s tem zakonom, se krijejo iz sredstev OZZ za primer poškodb pri delu in poklicnih bolezni ter sredstev obveznega pokojninskega in invalidskega zavarovanja, vsakega do ene polovice.
2. Obseg OZZ za splošna tveganja in obseg OZZ za poklicna tveganja določa ta zakon.
3. **POGLAVJE**

**TEMELJNA NAČELA OZZ**

1. **člen**

**(temeljna načela OZZ)**

Temeljna načela OZZ so načelo obveznosti, solidarnosti, nepridobitnosti, javnosti, zaščite pravic in zaščite javnega interesa, stalnega napredka kakovosti ter gospodarnosti in učinkovitosti.

1. **člen**

**(načelo obveznosti)**

1. Načelo obveznosti se uresničuje z OZZ, s katerim zavarovanci zase in za svoje družinske člane z izjemo otrok zagotavljajo zdravstvene pravice v skladu s tem zakonom in podzakonskimi akti.
2. Načelo obveznosti pomeni dolžnost plačila prispevkov in zdravstvenega doplačila zaposlenih, delodajalcev in drugih zavezancev za plačilo prispevkov in zdravstvenega doplačila v skladu s tem zakonom.
3. Načelo obveznosti uresničuje cilj, da je javno zdravstveno varstvo preko vključitve v OZZ zagotovljeno vsem državljanom Republike Slovenije s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji in pod pogoji, ki so predpisani s tem zakonom, tudi drugim osebam. Vključitev ni obvezna le v primeru, če je s tem zakonom, mednarodnim sporazumom ali s pravnim redom EU drugače določeno.
4. **člen**

**(načelo solidarnosti)**

1. Načelo solidarnosti pomeni, da dajatve OZZ plačujejo zavarovanci in drugi zavezanci sorazmerno s svojimi materialnimi možnostmi in uveljavljajo zdravstvene pravice glede na potrebe svojega zdravstvenega stanja.
2. Načelo solidarnosti se uresničuje z vzpostavitvijo solidarnosti med zavarovanci in drugimi osebami z različnim gmotnim stanjem in zajema vse generacije, oba spola ter bolne in zdrave ne glede na raso, vero, etnično pripadnost, družbeni položaj, sposobnosti plačila ali druge osebne okoliščine.
3. **člen**

**(načelo nepridobitnosti)**

Načelo nepridobitnosti pomeni izvajanje zdravstvenega zavarovanja in javne zdravstvene službe na način, da cilj opravljanja zdravstvene dejavnosti ni ustvarjanje dobička. Presežek prihodkov nad odhodki se uporablja za uresničevanje poslanstva in ciljev OZZ.

1. **člen**

**(načelo zaščite pravic in zaščite javnega interesa)**

1. Načelo zaščite pravic zavarovanih oseb in zaščite javnega interesa se uresničuje z ukrepi, ki omogočajo, da interes zavarovanih oseb, utemeljen na pravični dostopnosti, predstavlja temelj sistema OZZ, kot tudi, da zavarovana oseba uveljavlja pravice na način, ki ni v škodo pravic in pravnega interesa drugih zavarovanih oseb ali drugega javnega interesa.
2. Načelo zaščite pravic zavarovanih oseb in zaščite javnega interesa se uresničuje tudi z obveznostjo Zavoda, da zavarovane osebe obvesti o pravicah in obveznostih iz OZZ ter možnostjo njihovega uveljavljanja.
3. **člen**

**(načelo stalnega napredka kakovosti)**

Načelo stalnega napredka kakovosti OZZ se uresničuje s spremljanjem sodobnih dosežkov s področja OZZ in z ukrepi, s katerimi se skladno z razvojem sistema OZZ povečujejo možnosti učinkovitega uveljavljanja pravic za vsako zavarovano osebo.

1. **člen**

**(načelo učinkovitosti in gospodarnosti)**

1. Načelo učinkovitosti OZZ se uresničuje s ponudbo kakovostnih zdravstvenih storitev, zdravil, živil in pripomočkov, ki jih zavarovanci potrebujejo ter doseganjem najboljših možnih rezultatov ob najnižjem možnem vložku finančnih in drugih virov.
2. Načelo gospodarnosti OZZ se uresničuje s stalnim prizadevanjem Zavoda in izvajalcev, da se storitve, ki jih nudi OZZ, izvajajo z gospodarno uporabo finančnih in drugih sredstev in da se jih nudi po načelu, da se z racionalnim izborom potrebnih storitev, zdravil in pripomočkov pri posameznem zavarovancu doseže optimalen rezultat zdravstvene obravnave.
3. Zavod ni dolžan plačati nepotrebnih in negospodarnih storitev.
4. **člen**

**(razmerje med obveznim in prostovoljnim zavarovanjem)**

1. Prostovoljno zavarovanje je zavarovanje, v katerega se posameznik vključi prostovoljno in se izvaja v skladu s predpisi, ki urejajo zavarovalništvo.
2. Oseba ne more terjati povračila stroškov iz obveznega zavarovana za storitve, ki so sicer pravica iz OZZ, vendar jih je uveljavila v okviru prostovoljnega zavarovanja.
3. Zaradi prostovoljnega zavarovanja oseba ni izločena iz OZZ.
4. **poglavje**

**OBVEZNO ZAVAROVANE OSEBE IN PRIJAVA V OZZ**

**1. oddelek**

**OBVEZNO ZAVAROVANE OSEBE**

1. **člen**

**(zavarovane osebe)**

1. Obvezno zavarovane osebe po tem zakonu so zavarovanci in po njih zavarovani družinski člani.
2. Obvezno so zavarovane tudi osebe, za katere se v skladu s pravnim redom EU uporablja zakonodaja Republike Slovenije.
3. **člen**

**(osebe v delovnem razmerju)**

1. Obvezno se zavarujejo osebe, ki so v delovnem razmerju na območju Republike Slovenije.
2. Obvezno se zavarujejo izvoljeni in imenovani nosilci javne ali druge funkcije v organih zakonodajne, izvršilne ali sodne oblasti ali v organih lokalne skupnosti v Republiki Sloveniji, če prejemajo za to funkcijo plačo.
3. Obvezno se zavarujejo osebe, ki so v delovnem razmerju pri delodajalcu s sedežem v Republiki Sloveniji, ki so poslani na delo v tujino, če ni s pravnim redom EU ali z mednarodnim sporazumom drugače določeno.
4. Obvezno se zavarujejo osebe, ki so na območju Republike Slovenije v delovnem razmerju pri mednarodnih organizacijah in ustanovah, tujih diplomatskih in konzularnih predstavništvih, če ni z drugim predpisom ali mednarodnim sporazumom drugače določeno.
5. Obvezno se zavarujejo osebe s prijavljenim prebivališčem, zaposlene pri tujem delodajalcu, ki niso zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja.
6. **člen**

**(samozaposlene osebe)**

Obvezno se zavarujejo osebe, ki v Republiki Sloveniji samostojno opravljajo pridobitno ali drugo dovoljeno dejavnost.

1. **člen**

**(družbeniki in ustanovitelji, ki so poslovodne osebe)**

Obvezno se zavarujejo osebe, ki so družbeniki osebnih družb, družbeniki družb z omejeno odgovornostjo in ustanovitelji zavodov v Republiki Sloveniji, in so hkrati poslovodne osebe.

1. **člen**

**(osebe, ki opravljajo kmetijsko dejavnost)**

Obvezno se zavarujejo osebe, ki so v skladu s predpisi, ki urejajo pokojninsko in invalidsko zavarovanje, zavarovane iz naslova opravljanja kmetijske dejavnosti.

1. **člen**

**(osebe, ki opravljajo rejniško ali versko dejavnost)**

1. Obvezno se zavarujejo osebe, ki v Republiki Sloveniji izvajajo rejniško dejavnost kot poklic v skladu s predpisi, ki urejajo izvajanje rejniške dejavnosti.
2. Obvezno se zavarujejo osebe, ki v Republiki Sloveniji opravljajo versko dejavnost v skladu s predpisi, ki urejajo versko svobodo.
3. **člen**

**(vojaki)**

Obvezno se zavarujejo vojaki na prostovoljnem služenju vojaškega roka.

1. **člen**

**(uživalci pravic)**

1. Obvezno se zavarujejo osebe, ki so upravičene do denarnega nadomestila po prenehanju OZZ iz drugega odstavka 250. člena tega zakona.
2. Obvezno se zavarujejo osebe, ki so v skladu s predpisi, ki urejajo trg dela, upravičene do denarnega nadomestila za primer brezposelnosti.
3. Obvezno se zavarujejo osebe, ki so v skladu s predpisi, ki urejajo starševsko varstvo, upravičene do:
4. starševskega nadomestila, če niso upravičene do starševskega dopusta;
5. starševskega nadomestila po prenehanju delovnega razmerja;
6. plačila sorazmernega dela prispevkov in dela s krajšim delovnim časom zaradi varstva in nege otroka za razliko do polnega delovnega časa;
7. delnega plačila za izgubljeni dohodek;
8. plačila prispevkov za socialno varnost v primeru štirih ali več otrok.
9. Obvezno se zavarujejo družinski pomočniki, ki so v skladu s predpisi, ki urejajo socialno varstvo, upravičeni do delnega plačila za izgubljeni dohodek.
10. Obvezno se zavarujejo osebe s prijavljenim prebivališčem, ki so v skladu s predpisi, ki urejajo pokojninsko in invalidsko zavarovanje, upravičene do nadomestila za čas poklicne rehabilitacije.
11. Obvezno se zavarujejo osebe s prijavljenim prebivališčem, ki prejemajo pokojnino v skladu s predpisi, ki urejajo pokojninsko in invalidsko zavarovanje, ali preživnino v skladu s predpisi, ki urejajo preživninsko varstvo kmetov. Za pokojnino šteje pokojnina iz obveznega pokojninskega in invalidskega zavarovanja ter poklicna pokojnina.
12. Obvezno se zavarujejo osebe s prijavljenim prebivališčem, ki prejemajo pokojnino od tujega nosilca pokojninskega zavarovanja, če ni s pravnim redom EU ali z mednarodnim sporazumom drugače določeno.
13. Obvezno se zavarujejo osebe s prijavljenim prebivališčem, ki so v skladu s predpisi, ki urejajo pokojninsko in invalidsko zavarovanje, upravičene do nadomestila iz invalidskega zavarovanja.
14. Obvezno se zavarujejo osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki so upravičene do invalidnine v skladu s predpisi, ki urejajo pravice vojnih invalidov, pravic po predpisih o varstvu vojnih veteranov in žrtev vojnega nasilja ter republiške priznavalnine.
15. Obvezno se zavarujejo osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki so v skladu s predpisi, ki urejajo varstvo udeležencev vojne, upravičene do priznavalnine.
16. Obvezno se zavarujejo osebe, ki so v skladu s predpisi, ki urejajo družbeno varstvo duševno in telesno prizadetih oseb, upravičene do nadomestila za invalidnost.
17. Obvezno se zavarujejo osebe, ki so v skladu s predpisi, ki urejajo socialno varstvene prejemke, upravičene do trajne denarne socialne pomoči.
18. **člen**

**(begunci in osebe s subsidiarno zaščito)**

Obvezno se zavarujejo osebe, ki so v skladu s predpisi, ki urejajo mednarodno zaščito, pridobile status begunca ali uživajo subsidiarno zaščito.

1. **člen**

**(tujci, ki se izobražujejo)**

Obvezno se zavarujejo tujci, ki se izobražujejo ali izpopolnjujejo v Republiki Sloveniji.

1. **člen**

**(otroci)**

1. Obvezno se zavaruje otrok s prijavljenim prebivališčem do dopolnjenega 18. leta starosti, po tej starosti pa, če se šola, a najdlje do zaključka programa druge bolonjske stopnje ali programa enovitega bolonjskega študija, vendar največ do konca študijskega leta, v katerem dopolni 26. leto starosti.
2. Otrok iz prejšnjega odstavka, ki postane popolno nezmožen za delo, je obvezno zavarovan kot otrok, dokler traja ta nezmožnost.
3. OZZ kot otrok preneha:

* če otrok sklene zakonsko ali partnersko zvezo;
* če se otrok skladno s 16. točko 3. člena tega zakona šteje za družinskega člana in se zanj uporablja zakonodaja države, v kateri velja pravni red EU, ali države, s katero je sklenjen mednarodni sporazum.

1. **člen**

**(upravičenci do plačila prispevka za OZZ)**

Obvezno se zavarujejo osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki so v skladu s predpisi, ki urejajo uveljavljanje pravic iz javnih sredstev, upravičene do plačila prispevka za OZZ.

1. **člen**

**(osebe s prebivališčem v Republiki Sloveniji)**

1. Obvezno se zavarujejo osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji.
2. Obvezno se zavarujejo osebe, ki imajo prijavljeno prebivališče zaradi združitve z družino.
3. Obvezno se zavarujejo osebe, ki imajo prijavljeno prebivališče, in so vpisane v evidenco brezposelnih oseb.
4. **člen**

**(priporniki in obsojenci)**

1. Obvezno se zavarujejo priporniki, ki niso obvezno zavarovani po drugi zavarovalni podlagi.
2. Obvezno se zavarujejo obsojenci na prestajanju kazni zapora, mladoletniškega zapora, mladoletniki na prestajanju vzgojnega ukrepa oddaje v prevzgojni dom, osebe, ki jim je izrečen varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu ali ukrep obveznega zdravljenja odvisnosti od alkohola in drog.
3. Ne glede na prejšnji odstavek ostanejo obsojenci, ki prestajajo kazen zapora ob koncu tedna ali na domu, v skladu s predpisi, ki urejajo izvrševanje kazenskih sankcij, obvezno zavarovani po zavarovalni podlagi, po kateri so bili zavarovani pred nastopom prestajanja te kazni.
4. **člen**

**(prednostni red OZZ)**

1. Če oseba hkrati izpolnjuje pogoje za vključitev v OZZ po več zavarovalnih podlagah iz 23. do 34. člena tega zakona, se obvezno prednostno zavaruje po tisti zavarovalni podlagi, ki je navedena pred drugimi.
2. Če je zavarovana oseba po prednostni zavarovalni podlagi obvezno zavarovana za manj kot polni delovni ali zavarovalni čas in izpolnjuje pogoje za zavarovanje po drugi zavarovalni podlagi, se do polnega delovnega ali zavarovalnega časa zavaruje po naslednji prednostni zavarovalni podlagi iz 23. do 30. člena tega zakona. Za polni delovni čas šteje polni delovni čas v skladu s predpisi o delovnih razmerjih, polni zavarovalni čas pa znaša 40 ur na teden.
3. Ne glede na prejšnji odstavek se zavarovana oseba iz 23. člena tega zakona, ki je hkrati samozaposlena oseba ali družbenik ali ustanovitelj, in je poslovodna oseba, ter zavarovana oseba iz 23. člena tega zakona, ki je hkrati družbenik ali ustanovitelj, in je poslovodna oseba, in je pridobila pravico do dela s krajšim delovnim časom v skladu s predpisi, ki urejajo starševsko varstvo, za razliko do polnega delovnega časa zavaruje po 3. točke tretjega odstavka 29. člena tega zakona.
4. Ne glede na prvi, drugi in tretji odstavek tega člena se zavarovanci iz 23. do 34. člena tega zakona in družinski člani iz 37. člena tega zakona prednostno zavarujejo po drugem odstavku 35. člena tega zakona z dnem nastanka pravnega razmerja, ki je podlaga za OZZ.
5. **člen**

**(partner kot družinski član)**

1. Kot družinski član zavarovanca je lahko obvezno zavarovan njegov partner, če ni sam zavarovanec, razen po 34. členu tega zakona, ima prijavljeno prebivališče in izpolnjuje enega od naslednjih pogojev:
2. varuje in vzgaja otroka do končanega prvega razreda osnovne šole;
3. varuje in vzgaja otroka iz drugega odstavka 32. člena tega zakona;
4. je vpisan v evidenco brezposelnih oseb, če je izbrisan, pa še največ 30 dni od dneva izbrisa;
5. je nezmožen za delo.
6. Šteje se, da je partner nezmožen za delo:
7. če je starejši od 65 let;
8. če je pri njem ugotovljena popolna nezmožnost za delo po predpisih o pokojninskem in invalidskem zavarovanju;
9. če je pri njem ugotovljena nezaposljivost po predpisih o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov.
10. Zunajzakonski partner in partner iz nesklenjene partnerske zveze je obvezno zavarovan kot družinski član, če pred vložitvijo prijave v OZZ (v nadaljnjem besedilu: prijava v zavarovanje) z zavarovancem že vsaj dve leti živita v življenjski skupnosti, ki je v skladu s predpisi, ki urejajo zakonsko zvezo in družinska razmerja, v pravnih posledicah izenačena z zakonsko zvezo oziroma v skladu s predpisi, ki urejajo partnersko zvezo, v pravnih posledicah izenačena s partnersko zvezo. Domneva se, da med dvema osebama obstaja življenjska skupnost ne glede na njen čas trajanja, če imata skupnega otroka in ni razlogov, zaradi katerih bi bila življenjska skupnost neveljavna.
11. Partner je obvezno zavarovan kot družinski član tudi po razvezi zakonske ali partnerske zveze oziroma po prenehanju zunajzakonske skupnosti ali nesklenjene partnerske zveze, če mu je s sodno odločbo prisojena preživnina ali je preživnina sporazumno določena in izpolnjuje pogoje iz prvega odstavka tega člena.
12. **člen**

**(trajanje OZZ)**

1. OZZ po posamezni zavarovalni podlagi iz 23. do 35. člena ter 37. člena tega zakona traja od začetka pravnega razmerja, ki je podlaga za OZZ, do prenehanja takšnega razmerja, če zakon ne določa drugače.
2. Zavarovancem iz 24., 25., 26. in 27. člena tega zakona preneha OZZ z dnem, ko postane odločba o ugotovljeni I. kategoriji invalidnosti ali o pridobitvi pravice do invalidske pokojnine pravnomočna.
3. **člen**

**(prekinitev OZZ)**

1. Prekinitev OZZ nastopi:
2. za zavarovane osebe iz 23. člena tega zakona z dnem, ko nastopi suspenz pogodbe o zaposlitvi po predpisih, ki urejajo delovna razmerja;
3. za zavarovane osebe iz 24. do 34. člena ter 37. člena tega zakona z dnem poteka šestih mesecev od uvedbe pripora.
4. Zavarovanec iz 34. člena tega zakona lahko prekine OZZ, če predloži dokazilo o vključitvi v OZZ v tretji državi ali če je prijavil začasni odhod z območja Republike Slovenije v skladu s predpisi, ki urejajo prijavo prebivališča, in ni s pravnim redom EU drugače določeno.

**2. oddelek**

**PRIJAVA V OZZ**

1. **člen**

**(zavezanec za prijavo v OZZ)**

1. Zavezanec za vlaganje prijav je pravna ali fizična oseba, ki v skladu s tem zakonom vlaga prijave v zavarovanje, odjave iz zavarovanja in spremembe med zavarovanjem (v nadaljnjem besedilu: zavezanec za prijavo).
2. Zavezanci za prijavo so:
3. delodajalec za osebe iz prvega, drugega, tretjega in četrtega odstavka 23. člena tega zakona;
4. Zavod za osebe iz prvega odstavka 29. člena, 32. in 33. člena tega zakona;
5. Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje (v nadaljnjem besedilu: ZRSZ) za osebe iz drugega odstavka 29. člena tega zakona;
6. Center za socialno delo za osebe iz prvega odstavka 27. člena, tretjega, četrtega, enajstega in dvanajstega odstavka 29. člena tega zakona;
7. Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: ZPIZ) za osebe iz petega odstavka 29. člena, šestega odstavka 29. člena, razen za prejemnike poklicne pokojnine, in za osebe iz osmega odstavka 29. člena tega zakona;
8. ministrstvo, pristojno za obrambo, za osebe iz 28. člena tega zakona;
9. upravna enota za osebe iz devetega in desetega odstavka 29. člena tega zakona;
10. ministrstvo, pristojno za notranje zadeve, za osebe iz 30. člena tega zakona;
11. Urad za oskrbo migrantov in integracijo oziroma zdravstveni zavod za osebe iz 35. člena tega zakona;
12. osebe iz petega odstavka 23. člena, 24. člena, 25. člena, drugega odstavka 27. člena, osebe, ki so prejemniki poklicne pokojnine iz šestega odstavka, in osebe iz sedmega odstavka 29. člena, 31. in 34. člena tega zakona;
13. zavezanec za plačilo prispevka za osebe iz 26. člena tega zakona;
14. zavarovanec iz prvega odstavka 22. člena tega zakona za osebe iz 37. člena tega zakona.
15. Ne glede na 1. točko prejšnjega odstavka je zavezanec za prijavo oseba sama, če je zaposlena v državah, v katerih velja pravni red EU, in se zanjo v skladu s pravnim redom EU uporablja zakonodaja Republike Slovenije.
16. **člen**

**(način posredovanja podatkov)**

1. Zavezanci za prijavo prijavljajo in odjavljajo osebe iz OZZ ter sporočajo spremembe podatkov iz prijave v zavarovanje na obrazcih, ki so določeni s predpisom, ki ureja obrazce za prijavo podatkov v OZZ.
2. Zavezanci za prijavo, ki so kot poslovni subjekti vpisani v Poslovni register Slovenije, vlagajo prijave, odjave in spremembe podatkov iz prijave v zavarovanje v elektronski obliki.
3. **člen**

**(prijava v zavarovanje)**

1. Prijava v zavarovanje se vloži v osmih dneh po nastanku pravnega razmerja, ki je podlaga za OZZ.
2. Ne glede na prejšnji odstavek se vloži prijavo v zavarovanje:

1. za osebo iz 23. člena tega zakona z dnem nastopa dela, ki je določen v pogodbi o zaposlitvi;

2. za osebo iz 34. člena tega zakona v 60 dneh po prenehanju OZZ oziroma po nastanku z zakonom predpisanih pogojev za vključitev v OZZ. Če je oseba odjavljena iz OZZ po izteku roka iz 44. člena tega zakona, prične teči 60-dnevni rok s prvim naslednjim dnem, ko je zavezanec za prijavo vložil odjavo iz zavarovanja, če oseba to zahteva.

1. **člen**

**(prijava sprememb podatkov iz prijave v zavarovanje)**

Zavezanec za prijavo sporoči spremembo podatkov iz prijave v zavarovanje v osmih dneh od dneva nastanka spremembe podatkov.

1. **člen**

**(odjava iz zavarovanja)**

1. Zavezanec za prijavo zavarovano osebo odjavi iz zavarovanja v osmih dneh po prenehanju pravnega razmerja, ki je podlaga za OZZ.
2. Če zavezanec za prijavo iz 1. točke drugega odstavka 40. člena tega zakona vloži odjavo iz zavarovanja po izteku roka iz prejšnjega odstavka in oseba na dan vložene odjave iz zavarovanja nima urejenega OZZ po drugi zavarovalni podlagi, Zavod o vloženi odjavi iz zavarovanja obvesti zavarovano osebo.
3. Če zavarovanec iz 34. člena tega zakona prekine OZZ po drugem odstavku 39. člena tega zakona, se zavarovanje prekine z dnem vložene odjave iz OZZ in traja do prenehanja razlogov za prekinitev.
4. **oddelek**

**LASTNOST ZAVAROVANE OSEBE**

1. **člen**

**(lastnost zavarovane osebe)**

1. Lastnost zavarovane osebe po tem zakonu ima vsaka oseba, ki izpolnjuje pogoje za vključitev v OZZ, in je prijavljena v OZZ.
2. Oseba pridobi lastnost zavarovane osebe z dnem vzpostavitve pravnega razmerja iz 23. do 35. člena ter 37. člena tega zakona.
3. Oseba pridobi lastnost zavarovane osebe z dnem, ki je določen v prejšnjem odstavku tudi v primeru, če zavezanec vloži prijavo v zavarovanje po izteku roka iz 42. člena tega zakona, razen osebe iz 34. člena tega zakona, ki pridobijo lastnost zavarovane osebe z dnem vložitve prijave v zavarovanje.
4. Osebi preneha lastnost zavarovane osebe z dnem prenehanja pravnega razmerja iz 23. do 35. člena ter 37. člena tega zakona, če zakon ne določa drugače.
5. Osebi preneha lastnost zavarovane osebe z dnem, ki je določen v prejšnjem odstavku tudi v primeru, če zavezanec vloži odjavo iz zavarovanja po izteku roka iz 44. člena tega zakona.
6. **člen**

**(sprememba zavarovalne podlage)**

1. Če je zavarovanec prijavljen v OZZ v nasprotju s 36. členom tega zakona ali bi kot družinski član moral biti zavarovan kot zavarovanec, oseba pridobi lastnost zavarovane osebe po prednostni zavarovalni podlagi z dnem nastanka pravnega razmerja, ki je podlaga za OZZ, vendar največ od 1. januarja preteklega leta pred koledarskim letom, v katerem se sporoča sprememba zavarovalne podlage.
2. Ne glede na prejšnji odstavek zavarovana oseba iz 25., 26. in 27. člena tega zakona, ki izpolnjuje pogoje za OZZ po prednostni zavarovalni podlagi iz 24. ali 25. člena tega zakona, pridobi lastnost zavarovane osebe po prednostni zavarovalni podlagi z dnem vložitve prijave v zavarovanje.
3. **člen**

**(ugotavljanje lastnosti zavarovane osebe)**

Obstoj lastnosti zavarovane osebe se ugotavlja:

1. ko zavezanec za prijavo vloži prijavo v zavarovanje in odjavo iz zavarovanja;
2. če Zavod zavrne prijavo v zavarovanje ali odjavo iz zavarovanja;
3. če ni vložena prijava v zavarovanje, oseba pa po zakonu izpolnjuje pogoje za OZZ;
4. če ni vložena odjava iz zavarovanja, oseba pa po zakonu ne izpolnjuje več pogojev za OZZ;
5. če je zavarovanec prijavljen v OZZ v nasprotju s 36. členom tega zakona ali bi kot družinski član moral biti zavarovan kot zavarovanec;
6. če se zavarovana oseba ali zavezanec za prijavo ne strinja s prijavo v zavarovanje ali z odjavo iz zavarovanja, ki jo je vložil Zavod po uradni dolžnosti na podlagi 52. člena tega zakona.
7. **člen**

**(postopek ugotavljanja lastnosti zavarovane osebe)**

1. Postopek ugotavljanja lastnosti zavarovane osebe v primerih iz 2. točke prejšnjega člena se uvede na zahtevo osebe ali zavezanca za prijavo.
2. Postopek za ugotavljanje lastnosti zavarovane osebe iz 3., 4., 5. in 6. točke prejšnjega člena se uvede na zahtevo osebe, na zahtevo zavezanca za prijavo ali po uradni dolžnosti.
3. Zavod odloči o lastnosti zavarovane osebe z odločbo.
4. Če je postopek uveden na podlagi 3. točke prejšnjega člena, oseba pridobi lastnost zavarovane osebe z dnem nastanka pravnega razmerja, ki je podlaga za OZZ.
5. Ne glede na prejšnji odstavek oseba pridobi lastnost zavarovane osebe po 34. členu tega zakona z dnem dokončnosti odločbe, če je postopek uveden po uradni dolžnosti.
6. Postopek ugotavljanja lastnosti zavarovane osebe po uradni dolžnosti se ne uvede po 3. točki prejšnjega člena, če pravno razmerje, ki je podlaga za OZZ, ne obstaja več.
7. Če je postopek uveden na podlagi 4. točke prejšnjega člena, osebi preneha lastnost zavarovane osebe z dnem prenehanja pravnega razmerja, ki je podlaga za zavarovanje.
8. Če je postopek uveden na podlagi 5. točke prejšnjega člena, oseba pridobi lastnost zavarovane osebe po prednostni zavarovalni podlagi z dnem nastanka pravnega razmerja, ki je podlaga za OZZ, vendar največ od 1. januarja preteklega leta pred koledarskim letom izdaje odločbe.
9. Ne glede na prejšnji odstavek zavarovana oseba iz 25., 26. in 27. člena tega zakona, ki izpolnjuje pogoje za OZZ po prednostni podlagi iz 24. ali 25. člena tega zakona, pridobi lastnost zavarovane osebe po prednostni podlagi zavarovanja z dnem izdaje odločbe.
10. Zavezanec za prijavo vloži prijavo v zavarovanje in odjavo iz zavarovanja v osmih dneh po dokončnosti odločbe.
11. **člen**

**(vložitev prijave in odjave iz zavarovanja po uradni dolžnosti)**

Zavod po uradni dolžnosti vloži prijavo v zavarovanje in odjavo iz zavarovanja:

1. če je bila pridobitev ali prenehanje lastnosti zavarovane osebe ugotovljena z dokončno odločbo, pa zavezanec za prijavo ni vložil prijave v zavarovanje in odjave iz zavarovanja v roku iz desetega odstavka prejšnjega člena;
2. če zavezanec za prijavo ne obstaja več;
3. v primerih iz 52. in 53. člena tega zakona.
4. **člen**

**(uporaba določb o postopku)**

Za odločanje v postopku ugotavljanja lastnosti zavarovane osebe se uporabljajo določbe zakona, ki ureja splošni upravni postopek, če ni s tem zakonom drugače določeno.

1. **oddelek**

**PRAVILNOST, POPOLNOST IN AŽURNOST PODATKOV**

**V ZBIRKI PODATKOV ZAVAROVANIH OSEB**

1. **člen**

**(preverjanje pravilnosti podatkov pred vnosom v zbirko podatkov zavarovanih oseb)**

1. Zavod lahko preveri pravilnost podatka, ki ga zavezanec za prijavo sporoča na predpisanih obrazcih, pred vnosom v zbirko podatkov o zavarovanih osebah.
2. Zavezanci za prijavo Zavodu predložijo listine, ki so potrebne za preverjanje pravilnosti sporočenega podatka.
3. Zavod pridobiva podatke o dejstvih potrebnih za prijavo, odjavo in spremembe podatkov med OZZ iz zbirk podatkov, ki jih vodijo državni organi, lokalne skupnosti in drugi nosilci javnih pooblastil.
4. **člen**

**(nadzor nad pravilnostjo, popolnostjo in ažurnostjo podatkov**

**v zbirki podatkov zavarovanih osebah)**

1. Zavod po uradni dolžnosti preverja pravilnost, popolnost in ažurnost podatkov v zbirki podatkov zavarovanih osebah.
2. Zavod po uradni dolžnosti popravi podatke, vpisane v zbirko podatkov zavarovanih oseb, ki se spremenijo zaradi spremembe metodologije vodenja zbirke podatkov zavarovanih oseb (obeležja, definicije, klasifikacije in šifranti), če popravek podatkov ne vpliva na obstoj ali potek OZZ.
3. Zavod po uradni dolžnosti uredi spremembo podatka o zavarovalnem času za zavarovane osebe iz 24., 25., 26. in 27. člena tega zakona, če na podlagi zbirk podatkov po tem zakonu ugotovi, da je sprememba podatka nastala, zavezanec za prijavo pa v roku iz 43. člena tega zakona spremembe podatka ni sporočil.
4. Zavod po uradni dolžnosti vloži odjavo iz zavarovanja z dnem smrti zavarovane osebe, če je zavarovana oseba zavezanec za prijavo.
5. Zavod po uradni dolžnosti vloži prijavo v zavarovanje in odjavo iz zavarovanja, če na podlagi podatkov iz zbirk podatkov po tem zakonu in zbirk podatkov drugih upravljavcev ugotovi izpolnjevanje ali prenehanje pogojev za OZZ, zavezanec za prijavo pa v roku iz 42. člena tega zakona ne vloži prijave v zavarovanje ali v roku iz 44. člena tega zakona odjave iz zavarovanja.
6. Prejšnji odstavek ne velja za osebe iz 34. člena tega zakona v delu, ki se nanaša na pridobitev lastnosti zavarovane osebe.
7. Zavod o vloženi prijavi v zavarovanje in odjavi iz zavarovanja iz tretjega in petega odstavka tega člena obvesti zavezanca za prijavo in zavarovano osebo. Obvestilo se vroči z navadno vročitvijo, vročitev pa se šteje za opravljeno osmi dan od dneva odpreme. Zavezanec za prijavo in zavarovana oseba lahko v 15 dneh od vročitve obvestila zahtevata izdajo odločbe.
8. **člen**

**(odprava prekrivanja zaključenih obdobij OZZ)**

1. V primeru prekrivanja zaključenih obdobij OZZ Zavod po uradni dolžnosti določi razmejitev med temi obdobji v skladu s 36. členom tega zakona, vendar največ od dneva uveljavitve tega zakona.
2. Zavod o spremembi obdobja OZZ obvesti zavezanca za prijavo in zavarovano osebo. Obvestilo se vroči z navadno vročitvijo, vročitev pa se šteje za opravljeno 8. dan od dneva odpreme.

**TRETJI DEL**

# PRAVICE IZ OZZ ZA SPLOŠNA TVEGANJA

## poglavje

### SPLOŠNE DOLOČBE O PRAVICAH IZ OZZ ZA SPLOŠNA TVEGANJA

1. **člen**

##### (pravice iz OZZ za splošna tveganja)

Z OZZ za splošna tveganja je zavarovani osebi v skladu s tem zakonom zagotovljeno plačilo naslednjih pravic:

1. pravic do zdravstvenih storitev;
2. pravice do spremstva;
3. pravice do sobivanja;
4. pravice do denarnega nadomestila med začasno zadržanostjo od dela (v nadaljnjem besedilu: denarno nadomestilo);
5. pravice do povračila prevoznih stroškov;
6. pravice do povračila stroškov nastanitve;
7. pravice do zdravstvenih storitev v tujini v primerih, ki jih določa ta zakon, in druge pravice v primeru uveljavljanja pravice do zdravstvenih storitev v tujini (v nadaljnjem besedilu: pravica do zdravstvenih storitev v tujini).
8. **člen**

##### (narava pravic)

Pravice so neodtujljive osebne pravice zavarovane osebe, ki jih ni mogoče prenesti na drugega in ne podedovati, razen dospelih neizplačanih denarnih dajatev.

1. **člen**

##### (presoja upravičenosti do zdravstvenih storitev in drugih pravic)

Zavarovana oseba ima pravice do zdravstvenih storitev in druge pravice na podlagi presoje pristojnega zdravnika ali pristojnega zdravstvenega delavca oziroma na podlagi odločitve pooblaščene osebe Zavoda ali pristojnega organa Zavoda, če so utemeljene v skladu s tem zakonom in podzakonskimi akti.

1. **člen**

##### (zavarovanje kot pogoj za uveljavljanje pravic)

1. Oseba lahko uveljavi pravico, razen denarnih dajatev, če ima lastnost zavarovane osebe na dan pridobitve in na dan uveljavitve pravice in če ima poravnane vse pretekle in zapadle finančne obveznosti, ki izhajajo iz OZZ. Šteje se, da zavarovana oseba uveljavi pravico do pripomočka, ki se ga zanjo izdela, na dan, ko predloži naročilnico dobavitelju ali proizvajalcu pripomočka.
2. Oseba lahko uveljavi denarno dajatev, če ima lastnost zavarovane osebe v obdobju, za katerega uveljavlja denarno dajatev, in če ima poravnane vse pretekle in zapadle finančne obveznosti, ki izhajajo iz OZZ.
3. Oseba, ki na dan uveljavljanja pravice, ki izhaja iz OZZ, nima poravnanih vseh preteklih in zapadlih finančnih obveznosti, ki izhajajo iz OZZ, je upravičena do nujnih zdravstvenih storitev v skladu z 81. členom tega zakona.
4. Ne glede na drugi in tretji odstavek tega člena ima otrok pravico do zdravstvenih storitev po enem od staršev ali drugi zavarovani osebi, ki zanj skrbi, najdlje 30 dni od rojstva, če prej ne pridobi lastnosti zavarovane osebe.
5. **člen**

##### (uveljavljanje pravic pri izvajalcu, dobavitelju, proizvajalcu pripomočka ali Zavodu)

1. Zavarovana oseba lahko uveljavi pravico do zdravstvenih storitev in drugih pravic, če ima osebnega zdravnika, ki si ga izbere pri izvajalcu v mreži javne zdravstvene službe v Republiki Sloveniji na podlagi zakona, ki ureja zdravstveno dejavnost, ki ima z Zavodom sklenjeno pogodbo za opravljanje določenih zdravstvenih storitev.
2. Zavarovana oseba uveljavi pravico pri izvajalcu, dobavitelju, proizvajalcu pripomočka ali Zavodu v skladu s tem zakonom in podzakonskimi akti.
3. Zavarovana oseba uveljavi pri izvajalcu zdravstveno storitev, ki je po vrsti in obsegu predmet pogodbe med Zavodom in izvajalcem. Zavarovana oseba uveljavi pravico pri pristojnem zdravniku in pristojnem zdravstvenem delavcu.
4. Zavarovana oseba uveljavi pri dobavitelju in proizvajalcu pripomočka pripomoček, ki je po vrsti predmet pogodbe med Zavodom in dobaviteljem oziroma med Zavodom in proizvajalcem pripomočka.
5. Ne glede na tretji odstavek tega člena lahko zavarovana oseba izjemoma uveljavi nujne zdravstvene storitve pri samoplačniškem izvajalcu, če teh zdravstvenih storitev ne more uveljaviti pri izvajalcu.
6. **člen**

##### (pravice pripornika in obsojenca)

1. Zavarovana oseba iz prvega in drugega odstavka 35. člena tega zakona nima pravice do:
2. zdraviliške rehabilitacije, ki se izvaja na stacionarni način;
3. spremstva;
4. sobivanja, razen matere, ki lahko kot upravičenka sobiva ob otroku v skladu s predpisi, ki urejajo izvrševanje kazenskih sankcij, če ji izvajalec lahko zagotovi nastanitev;
5. denarnega nadomestila;
6. povračila prevoznih stroškov, če prevoz organizira zavod za prestajanje kazni zapora ali prevzgojni dom;
7. povračila stroškov nastanitve;
8. zdravstvenih storitev v tujini.
9. Zavarovana oseba iz tretjega odstavka 35. člena tega zakona nima pravice do:
10. zdraviliške rehabilitacije, ki se izvaja na stacionarni način;
11. spremstva, ko je na prestajanju kazni zapora;
12. sobivanja, ko je na prestajanju kazni zapora, razen matere, ki lahko kot upravičenka sobiva ob otroku, ki ostane pri materi v skladu s predpisi, ki urejajo izvrševanje zakonskih sankcij, če ji izvajalec lahko zagotovi nastanitev;
13. bolnišnične obravnave v tujini, ki vključuje prenočitev zavarovane osebe, ko je na prestajanju kazni zapora.
14. Če je spremljevalec zavarovane osebe v primeru organiziranega prevoza iz 5. točke prvega odstavka tega člena delavec zavoda za prestajanje kazni zapora ali prevzgojnega doma, velja za povračilo prevoznih in drugih stroškov zaradi spremstva ureditev teh pravic pri tem zavodu ali prevzgojnem domu in njihovo plačilo zagotovi ta zavod oziroma prevzgojni dom.

## poglavje

### PRAVICE DO ZDRAVSTVENIH STORITEV

## oddelek

### SPLOŠNE DOLOČBE O PRAVICAH DO ZDRAVSTVENIH STORITEV

1. **člen**

##### (pravice do zdravstvenih storitev)

1. Zavarovana oseba ima pravico do zdravstvenih storitev, ki so razvrščene v naslednje skupine storitev:
2. preventivne zdravstvene storitve;
3. storitve zdravljenja;
4. rehabilitacijske storitve;
5. storitve zdravstvene nege;
6. storitve paliativne oskrbe;
7. zdravila in živila;
8. medicinski in drugi pripomočki;
9. reševalni prevozi;
10. Pravice do zdravstvenih storitev, razen reševalnih prevozov, vključujejo zdravstvene storitve v lekarniški dejavnosti.
11. Pravice do zdravstvenih storitev iz 1. do 3. točke prvega odstavka tega člena zajemajo tudi zobozdravstvene storitve.
12. **člen**

##### (posamične zdravstvene storitve, ki so pravica iz OZZ)

Posamične zdravstvene storitve iz 1. do 7. točke prvega odstavka prejšnjega člena in njihov obseg so določene v Seznamu zdravstvenih storitev, ki so pravica iz OZZ, in jih določi Zavod v skladu s tem zakonom.

## oddelek

### PRAVICA DO PREVENTIVNIH ZDRAVSTVENIH STORITEV

1. **člen**

##### (preventivne zdravstvene storitve)

1. Zavarovana oseba ima pravico do:
2. preventivnih zdravstvenih storitev na področju varstva pred nalezljivimi boleznimi;
3. preventivnih zdravstvenih storitev na področju spolnega in reproduktivnega zdravja;
4. preventivnih zdravstvenih storitev za otroke, osnovnošolce, dijake in študente;
5. preventivnih zdravstvenih storitev za odrasle;
6. preventivnih zdravstvenih storitev na področju zobozdravstva;
7. organiziranega presejanja in zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb in raka;
8. Preventivne zdravstvene storitve se izvajajo v okviru zdravstvenih programov, ki poleg izvajanja izbranega sklopa preventivnih storitev obsegajo še načrtovanje, obveščanje, zajemanje ciljnih skupin, koordiniranje ter spremljanje in analiziranje izvajanja.
9. Cilje, ciljne skupine, vsebino in način izvajanja ter spremljanje izvajanja in kakovosti preventivnih zdravstvenih programov določi minister.
10. **člen**

##### (preventivni zdravstveni programi na področju varstva pred nalezljivimi boleznimi)

Zavarovana oseba ima pravico do preventivnih zdravstvenih storitev in programov za preprečevanje nalezljivih bolezni v skladu s predpisi s področja nalezljivih bolezni.

1. **člen**

**(preventivni zdravstveni programi na področju spolnega in reproduktivnega zdravja)**

Zavarovane osebe imajo pravico do preventivnih zdravstvenih programov na področju spolnega in reproduktivnega zdravja, ki obsegajo:

1. zdravstveno svetovanje in zdravstvene storitve v zvezi z načrtovanjem družine in preprečevanjem neplodnosti;
2. preventivno zdravstveno obravnavo v času nosečnosti, poroda in po porodu.
3. **člen**

**(preventivni zdravstveni programi za otroke, osnovnošolce, dijake in študente)**

Zavarovane osebe iz 32. člena tega zakona imajo pravico do:

1. preventivnih pregledov z izbranimi dodatnimi storitvami za otroke, ki so kategorizirani športniki v skladu z zakonom, ki ureja šport;
2. zdravstvene vzgoje, individualnega in skupinskega svetovanja;
3. patronažnih obiskov oseb, ki se ne odzivajo na vabila v preventivne programe in programe cepljenja;
4. preventivne nemedikamentozne obravnave oseb, pri katerih obstaja veliko tveganje za kronične bolezni ali so že prisotne kronične bolezni, v programih, ki nudijo podporo spremembi vedenjskega sloga, opuščanje tveganih vedenj in duševnemu zdravju, v centrih za krepitev zdravja;
5. zdravstvenega letovanja in drugih preventivnih programov za krepitev zdravja otrok, ki so pogosto bolni in izpostavljeni nezdravemu in tveganemu načinu življenja in kroničnim boleznim, z namenom, da bi okrepili njihovo zdravje.
6. **člen**

**(preventivni zdravstveni programi za odrasle)**

Odrasla zavarovana oseba ima pravico do preventivnih zdravstvenih storitev, ki obsegajo:

1. preventivni pregled za zgodnje odkrivanje dejavnikov tveganja, ogroženosti in zgodnjih oblik kroničnih bolezni;
2. zdravstveno vzgojo, individualno in skupinsko svetovanje, preventivne preglede in preventivno zdravstveno obravnavo kroničnih bolnikov glede urejenosti kroničnih bolezni;
3. preventivno nemedikamentozno obravnavo oseb, ki imajo veliko tveganje za kronične bolezni ali že prisotne kronične bolezni, v programih, ki nudijo podporo spremembi vedenjskega sloga, opuščanju tveganih vedenj in duševnemu zdravju, v centrih za krepitev zdravja;
4. patronažne obiske oseb, ki se ne odzivajo na vabila v presejalne in preventivne programe.
5. **člen**

**(preventivni zobozdravstveni programi)**

1. Zavarovane osebe do 18. leta imajo pravico do preventivnih zobozdravstvenih programov na področju ustnega zdravja, ki obsegajo:
2. preventivne zobozdravstvene preglede z namenom spremljanja in obravnave ustnega zdravja;
3. zdravstveno vzgojo, individualno in skupinsko svetovanje;
4. higiensko obravnavo.
5. Zavarovane osebe od 18. leta dalje imajo pravico do preventivnih zobozdravstvenih pregledov z namenom spremljanja in obravnave ustnega zdravja ter higienske obravnave.
6. **člen**

**(preventivni zdravstveni programi za presejanje in zgodnje odkrivanje predrakavih sprememb in raka)**

Zavarovane osebe imajo pravico do preventivnih zdravstvenih storitev v okviru organiziranih populacijskih programov za presejanje in zgodnje odkrivanje predrakavih sprememb in raka.

## oddelek

### PRAVICA DO STORITEV ZDRAVLJENJA

* + - 1. **pododdelek**

**STORITVE ZDRAVLJENJA S PODROČJA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI**

1. **člen**

##### (vrste storitev zdravljenja s področja zdravstvene dejavnosti)

Zavarovana oseba ima pravico do storitev zdravljenja, ki obsega:

1. diagnostične zdravstvene storitve;
2. terapevtske zdravstvene storitve;
3. zdravstvene storitve s področja reprodukcije.
4. **člen**

##### (diagnostične storitve)

Zavarovana oseba ima pravico do diagnostičnih zdravstvenih storitev, ki obsegajo:

1. preiskave telesnih tekočin;
2. mikrobiološke in alergološke preiskave;
3. rentgenska, ultrazvočna, scintigrafska, tomografska in magnetnorezonančna slikanja;
4. endoskopije;
5. meritve telesnih funkcij;
6. biopsije;
7. genetsko testiranje.
8. **člen**

##### (terapevtske zdravstvene storitve)

Zavarovana oseba ima pravico do terapevtskih zdravstvenih storitev, ki obsegajo:

1. neoperativno zdravljenje bolezni in poškodb;
2. operativno zdravljenje bolezni in poškodb;
3. **člen**

##### (zdravstvene storitve s področja reprodukcije)

1. Zavarovana oseba ima pravico do zdravstvenih storitev s področja reprodukcije, ki obsegajo:
2. storitve v zvezi s porodom:

* pregledi med nosečnostjo in po porodu;
* ultrazvočne preiskave;
* odkrivanje nosilk antigenov;
* patronažni obiski pri nosečnici in otročnici;
* desenzibilizacija žensk;
* testi na prisotnost antiteles;
* odvzem in preiskave vzorca plodovnice;
* horionska biopsija;

1. zdravljenje neplodnosti pri moškem ali ženski.
2. storitve preprečevanje zanositve.
3. umetno prekinitev nosečnosti.
4. Pri uveljavljanju storitev iz 3. in 4. točke prejšnjega odstavka se upoštevajo določbe zakona, ki ureja zdravstvene ukrepe pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok.
5. Pravica do zdravljenja neplodnosti z biomedicinsko pomočjo ženske je omejena po starosti in številu postopkov zunaj in znotraj telesne oploditve za prvi porod živorojenega otroka in za vsakega nadaljnjega otroka.

## 2. pododdelek

### STORITVE ZDRAVLJENJA S PODROČJA ZOBOZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

1. **člen**

##### (zobozdravstvene storitve)

Zavarovana oseba ima pravico do storitev zdravljenja s področja zobozdravstvene dejavnosti, ki obsega:

1. diagnostične zobozdravstvene storitve;
2. terapevtske zobozdravstvene storitve.
3. **člen**

##### (kriteriji za določanje vrste in obsega zobozdravstvenih storitev, ki so pravica)

S Seznamom zdravstvenih storitev iz 61. člena tega zakona se določi natančnejši način izvrševanja pravice do zobozdravstvenih storitev in natančnejšo opredelitev standardnih zdravstvenih storitev, s katerimi se uresničuje pravica do zobozdravstvenih storitev, v okviru česar se določi:

1. zdravstvena stanja, ki so indikacija, in zdravstvena stanja in druge primere, ki so kontraindikacija za zobozdravstvene storitve;
2. vrsto stomato-protetičnih pripomočkov in število zobnih vsadkov pri stomato-protetičnem zdravljenju s pomočjo zobnih vsadkov;
3. starost zavarovanih oseb, ki so upravičene do zobozdravstvene storitve;
4. material za zobozdravstvene storitve, stomato-protetične pripomočke in ortodontske aparate;
5. pogoje za prilagoditve in popravila stomato-protetičnega pripomočka;
6. življenjsko dobo zobozdravstvenih storitev in stomato-protetičnih pripomočkov, po izteku katere lahko zavarovana oseba ponovno uveljavi zobozdravstveno storitev ali prejme nov stomato-protetični pripomoček;
7. garancijski rok zobozdravstvenih storitev in stomato-protetičnih pripomočkov, med katerim izvajalec plača stroške zobozdravstvene storitve in prilagoditve, popravila ali izdelavo novega stomato-protetičnega pripomočka;
8. druge strokovne opredelitve, ki vplivajo na upravičenost do zobozdravstvenih storitev.
9. **člen**

##### (diagnostične zobozdravstvene storitve)

Zavarovana oseba ima pravico do diagnostičnih zobozdravstvenih storitev, ki obsega:

1. slikovno diagnostiko;
2. mikrobiološke in alergološke preiskave;
3. genetske preiskave;
4. biopsije.
5. **člen**

##### (terapevtske zobozdravstvene storitve)

Zavarovana oseba ima pravico do terapevtskih zobozdravstvenih storitev, ki obsega:

1. zdravljenje obzobnih tkiv;
2. zdravljenje ustnih bolezni in poškodb;
3. zdravljenje zob;
4. zdravljenje prirojenih nepravilnosti;
5. stomato-protetično zdravljenje;
6. ortodontsko zdravljenje.
7. **člen**

##### (stomato-protetično zdravljenje)

1. Zavarovana oseba ima pravico do stomato-protetičnega zdravljenja v primeru določenih zdravstvenih stanj, če se s tem zagotovi popolna stomato-protetično zdravljenje v obeh čeljustih v okviru pravic.
2. Pravica do stomato-protetičnega zdravljenja obsega naslednje stomato-protetične storitve in stomato-protetične pripomočke:
3. prevleke, koreninske zatičke z nazidki in indirektne zalivke;
4. mostičke;
5. delne in totalne proteze;
6. obturator;
7. opornice.
8. Zobni vsadek s protetičnim opornikom, ki ni pravica iz 78. člena tega zakona, se pri uveljavljanju pravice do stomato-protetičnega zdravljenja po tem členu šteje kot lastni zob.
9. **člen**

##### (stomato-protetično zdravljenje s pomočjo zobnih vsadkov)

1. Zavarovana oseba ima pravico do stomato-protetičnega zdravljenja s pomočjo zobnih vsadkov, če ji zaradi razvojnih ali prirojenih motenj, bolezni ali poškodbe manjkajo zobje ali znatna količina kosti stomatogenega sistema, in so pri njej prisotna določena zdravstvena stanja, zaradi katerih ji brez zobnih vsadkov ni mogoče zagotoviti funkcionalno ustreznega zdravljenja.
2. Ne glede na prejšnji odstavek ima zavarovana oseba pravico do stomato-protetičnega zdravljenja s pomočjo zobnih vsadkov, če pri njej obstaja zelo zahtevno zdravstveno stanje, zaradi katerega ji po mnenju pristojnega konzilija izvajalca na terciarni ravni brez zobnih vsadkov ni mogoče zagotoviti funkcionalno ustreznega zdravljenja.
3. Zavarovana oseba z oligondotijo in razvojno anomalijo – shizo ima pravico do stomato-protetičnega zdravljenja s pomočjo zobnih vsadkov, če se ta začne do 24. leta starosti, pri čemer se kot začetek šteje izdelava načrta stomato-protetičnega zdravljenja.
4. Stomato-protetično zdravljenje s pomočjo zobnih vsadkov je pri nespremenjenem zdravstvenem stanju enkratna pravica zavarovane osebe.
5. **člen**

##### (ortodontsko zdravljenje)

1. Zavarovana oseba ima pravico do ortodontskega zdravljenja do 18. leta starosti, če ima po strokovnih smernicah ortodontske stroke srednjo, težjo ali zelo težko obliko nepravilnosti zob in čeljusti.
2. Zavarovana oseba ima pravico do ortodontskega zdravljenja z ortodontskim aparatom po 18. letu starosti, če je bila potreba po tem zdravljenju ugotovljena do 16. leta starosti. Potreba po zdravljenju je ugotovljena, ko ortodont z meritvami ugotovi srednjo, težjo ali zelo težko obliko nepravilnosti zob in čeljusti.
3. Zavarovana oseba ima v okviru pravice do ortodontskega zdravljenja z ortodontskim aparatom pravico do zdravljenja:
4. s snemnim ortodontskim aparatom;
5. z nesnemnim ortodontskim aparatom, če s snemnim ortodontskim aparatom iz prejšnje točke ni mogoče doseči ustreznih popravkov nepravilnosti zob in čeljusti.
6. Ne glede na prvi in drugi odstavek tega člena ima zavarovana oseba pravico do ortodontskega zdravljenja kot priprave na ortognatski poseg, če ima težko nepravilnost obraznega skeleta.
7. Ortodont začne zdravljenje, če zavarovana oseba pisno soglaša z načinom zdravljenja, ki ga določi ortodont.
8. Če se zavarovana oseba med zdravljenjem ne ravna po navodilih ortodonta iz prejšnjega odstavka, lahko ortodont zdravljenje prekine. V vsakem primeru pa prekine zdravljenje, če zavarovana oseba:
9. več kot šest mesecev brez utemeljenega razloga ne pride na kontrolni pregled, na katerega je bila naročena;
10. kljub opozorilu ortodonta ne nosi ortodontskega aparata po ortodontovih navodilih;
11. ne vzdržuje ustrezne ustne higiene.
12. O prekinitvi zdravljenja iz prejšnjega odstavka obvesti ortodont osebnega zobozdravnika, ki zavarovani osebi ne sme izstaviti nove napotnice za zdravljenje pri drugem ortodontu.
13. **člen**

##### (postopek odobritve stomato-protetičnega zdravljenja)

1. Osebni zobozdravnik in napotni zobozdravnik pred začetkom izdelave stomato-protetičnih pripomočkov predloži Zavodu v potrditev predlog stomato-protetičnega zdravljenja na listini Zavoda.
2. Predlog stomato-protetičnega zdravljenja ni potreben pri:
3. prilagoditvah in popravilih stomato-protetičnih pripomočkov;
4. izdelavi največ treh posamičnih prevlek v obdobju enega leta;
5. stomato-protetičnem zdravljenju s pomočjo zobnih vsadkov.

## 3. pododdelek

**NUJNE ZDRAVSTVENE STORITVE**

1. **člen**

##### (vrste nujnih zdravstvenih storitev)

Zavarovana oseba ima pravico do nujnih zdravstvenih storitev, ki obsega:

1. storitve nujne medicinske pomoči;
2. storitve nujnega zdravljenja;
3. storitve neodložljivega zdravljenja.
4. **člen**

##### (storitve nujne medicinske pomoči)

1. Zavarovana oseba ima pravico do storitev nujne medicinske pomoči, ki obsega:
2. storitve oživljanja;
3. storitve za ohranjanje življenja ali preprečitev hudega poslabšanja zdravstvenega stanja.
4. Zavarovana oseba ima pravico do nujne medicinske pomoči, če je neposredno življenjsko ogrožena ali če bi pri njej glede na zdravstveno stanje v kratkem času lahko prišlo do takšne ogroženosti.
5. Nujna medicinska pomoč se zagotavlja do stabilizacije življenjskih funkcij ali do začetka zdravljenja na ustreznem mestu.
6. **člen**

##### (storitve nujnega zdravljenja)

1. Zavarovana oseba ima pravico do storitev nujnega zdravljenja, ki obsega:
2. nadaljevanje zdravljenja neposredno po nudenju nujne medicinske pomoči;
3. začetno oskrbo ran, zvinov in zlomov do 24 ur po poškodbi;
4. zdravljenje bolezni, poškodb, okužb, zastrupitev ali drugih stanj, ki:

* zahtevajo bolnišnično obravnavo zaradi nujne diagnostike ali terapije v 24 urah po začetni obravnavi;
* lahko v kratkem vodijo v septično ali šokovno stanje ali
* bi lahko povzročili trajne okvare organa ali njegove funkcije;

1. zdravljenje zapletov ob porodu.
2. Nujno zdravljenje se mora začeti najkasneje v šestih urah od stika zavarovane osebe s pristojnim zdravnikom ali pristojnim zdravstvenim delavcem.
3. **člen**

##### (storitve neodložljivega zdravljenja)

1. Zavarovana oseba ima pravico do storitev neodložljivega zdravljenja, ki obsega:
2. zdravljenje pri nadomestnem zdravniku ali v dežurni službi:

* v primerih lažjih poškodb, akutnih obolenj ali nenadnih poslabšanj kroničnih obolenj, ki potrebujejo čim prejšnjo zdravniško obravnavo, če ne gre za storitve nujne medicinske pomoči ali nujnega zdravljenja,
* če je od nastanka akutne zdravstvene težave do začetka ordinacijskega časa osebnega zdravnika več kot 24 ur ali če nadomestni zdravnik ugotovi, da gre za neodložljivo zdravljenje;

1. neodložljiv hišni obisk iz 120. člena tega zakona;
2. nujno zobozdravstveno pomoč zaradi poškodb, močnejših krvavitev, infekcij in hudih stalnih bolečin v področju ustne votline in zob, ki je potrebna za preprečitev nepopravljivega in hudega poslabšanja zdravstvenega stanja;
3. zdravljenje bolezni, za katere je z zakonom predpisano obvezno zdravljenje, ali storitve, ki so z zakonom opredeljene kot obvezne in za katere ni plačnik država, delodajalec ali zavarovana oseba sama;
4. Neodložljivo zdravljenje se mora začeti v 12 urah od stika zavarovane osebe s pristojnim zdravnikom ali pristojnim zdravstvenim delavcem.
5. **oddelek**

**PRAVICA DO REHABILITACIJSKIH STORITEV**

**85. člen**

**(rehabilitacijska obravnava)**

1. Zavarovana oseba ima pravico do rehabilitacijske obravnave, ki poteka multi-profesionalno in interdisciplinarno v obsegu, kot jo zahteva njeno klinično in funkcijsko stanje ne glede na diagnozo.
2. Rehabilitacijska obravnava je za isto zdravstveno stanje enkratna pravica in se začne takoj ob nastanku poškodbe, bolezni ali okvar ter brez prekinitve traja do obnovitve najboljšega možnega funkcioniranja in vključitve v družbo (vključno z vrnitvijo v šolo ali na delo).
3. Ne glede na prejšnji odstavek je storitve rehabilitacije mogoče ponavljati (ponovna rehabilitacija), če se glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe pričakuje, da bo s ponovno rehabilitacijo prišlo do izboljšanja funkcijskega stanja ali preprečitve ali upočasnitve njegovega poslabšanja.
4. **člen**

**(vrste rehabilitacijskih storitev)**

1. Zavarovana oseba ima pravico do rehabilitacijskih storitev, ki obsegajo:
2. storitve rehabilitacijske medicine vključno s celostno oceno potreb po rehabilitaciji;
3. storitve fizikalne medicine in fizikalne terapije vključno s souporabo naravnih zdravilnih sredstev;
4. storitve delovne terapije;
5. storitve logopedije, surdopedagogike in tiflopedagogike;
6. storitve klinične psihologije;
7. storitve rehabilitacijske zdravstvene nege;
8. oskrbo z ustreznimi pripomočki;
9. prilagoditve domačega in delovnega okolja;
10. storitve zgodnje poklicne rehabilitacije v sklopu interdisciplinarne rehabilitacijske obravnave.
11. Seznam zdravstvenih storitev iz 61. člena tega zakona določi posamezne rehabilitacijske storitve, njihovo vsebino, indikacije ter zdravstvene in starostne omejitve.
12. Odvisno od zdravstvenega ali funkcijskega stanja zavarovane osebe se izvajajo storitve rehabilitacije na stacionarni ali ambulantni način.
13. V primeru, da zavarovani osebi zaradi zdravstvenega ali funkcijskega stanja ni dostopna ambulantna rehabilitacija, ima pravico do storitev fizikalne ali delovne terapije na domu z največ desetimi obiski.
14. **člen**

##### (pravica do rehabilitacije v zdravilišču)

1. Zavarovana oseba ima pravico do rehabilitacije v zdravilišču, ki obsega storitve fizikalne medicine in fizikalne terapije s souporabo naravnih zdravilnih sredstev v naravnih zdraviliščih pri zdravstvenih stanjih, pri katerih se od te vrste rehabilitacije pričakuje povrnitev funkcionalnih sposobnosti.
2. Seznam zdravstvenih storitev iz 61. člena tega zakona določi posamezne storitve rehabilitacije v zdravilišču, njihovo vsebino, indikacije ter zdravstvene in starostne omejitve.
3. **člen**

##### (način izvedbe rehabilitacije v zdravilišču)

1. Rehabilitacija v zdravilišču se izvaja:
2. na stacionarni način, ki vključuje prehrano in nastanitev med bivanjem v zdravilišču, če mora zavarovana oseba glede na zdravstveno stanje bivati v zdravilišču;
3. na ambulantni način, če lahko zavarovana oseba glede na zdravstveno stanje prihaja v zdravilišče od doma.
4. Standard prehrane in nastanitve med stacionarno rehabilitacijo v zdravilišču določi Zavod.
5. **člen**

##### (predlog za rehabilitacijo v zdravilišču)

1. Predlog za rehabilitacijo v zdravilišču vloži pristojni zdravnik.
2. Pristojni zdravnik določi način rehabilitacije v zdravilišču glede na pacientovo bolezen oziroma poškodbo in ob tem predlaga tudi zdravilišče, ki je usmerjeno v obravnavo takih primerov.
3. Predlog za rehabilitacijo v zdravilišču se vloži imenovanemu zdravniku Zavoda najkasneje v enem tednu po končanem zdravljenju oziroma po prenehanju razlogov, zaradi katerih je zdraviliško rehabilitacijo potrebno odložiti.
4. V odločbi o odobritvi rehabilitacije v zdravilišču se lahko določi drugo vrsto rehabilitacije ali zdravilišče, kot ju je predlagal pristojni zdravnik.
5. **člen**

##### (trajanje in omejitve rehabilitacije v zdravilišču)

1. Pravica do stacionarne rehabilitacije v zdravilišču je omejena na 14 dni in jo je v primeru, če v tem času ni zaključena, mogoče nadaljevati na ambulantni način v zdravilišču ali drugi zdravstveni ustanovi.
2. Stacionarna rehabilitacija v zdravilišču se lahko podaljša na skupno najdlje 21 dni pri zdravstvenih stanjih, pri katerih ni možno takojšnje nadaljevanje ambulantne rehabilitacije. Predlog za podaljšanje poda zdravilišče najpozneje pet dni pred končanjem stacionarne rehabilitacije.
3. Rehabilitacija v zdravilišču se opravi v odobrenem trajanju brez prekinitev.
4. Če zavarovana oseba zaradi razlogov na strani izvajalca ali Zavoda ali opravičljivih osebnih razlogov ne more začeti stacionarne rehabilitacije v zdravilišču v roku, ki je določen z odločbo o njeni odobritvi, se začetek rehabilitacije lahko odloži na čas, ko prenehajo razlogi za odlog. Predlog za odlog začetka stacionarne rehabilitacije poda zavarovana oseba, pristojni zdravnik ali zdravilišče.
5. Če zavarovana oseba stacionarne rehabilitacije iz opravičljivih razlogov ne more dokončati, se rehabilitacija prekine in se lahko nadaljuje pozneje. Predlog za nadaljevanje prekinjene stacionarne rehabilitacije poda zavarovana oseba ali osebni zdravnik.

## 5. oddelek

### PRAVICA DO STORITEV ZDRAVSTVENE NEGE

1. **člen**

##### (pravica do zdravstvene nege)

1. Zavarovana oseba ima pravico do storitev zdravstvene nege, ki obsega:
2. zdravstveno nego kot sestavni del ambulantne in stacionarne zdravstvene obravnave;
3. preventivno in kurativno obravnavo v okviru patronažnega varstva;
4. babiško nego;
5. nego na domu.
6. Seznam zdravstvenih storitev iz 61. člena tega zakona določi seznam storitev zdravstvene nege in njihovo vsebino.
7. Zdravstvena nega na domu se v primeru izvajanja medicinsko tehničnih posegov in zdravljenja izvaja po odločitvi osebnega zdravnika:
8. če se s tem lahko enakovredno in bolj gospodarno nadomesti nega v zdravstvenem zavodu;
9. če zavarovana oseba zaradi zdravstvenega stanja ali drugih objektivnih razlogov ne more priti v ambulanto.
10. Pravica do zdravstvene nege na sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti je sestavni del zdravljenja.

## 6. oddelek

### PRAVICA DO STORITEV PALIATIVNE OSKRBE

1. **člen**

##### (storitve paliativne oskrbe)

1. Zavarovana oseba ima pravico do paliativne oskrbe z interdisciplinarnim pristopom na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti: na primarni ravni zdravstvene dejavnosti v okviru ambulantne obravnave in zdravstvene obravnave na domu ter na sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti v okviru bolnišnične obravnave.
2. Zavarovana oseba ima pravico do osnovne paliativne oskrbe, ki obsega zdravstvene storitve za obvladovanje simptomov neozdravljive napredovale bolezni v vseh fazah ter za izboljšanje kakovosti življenja.
3. Zavarovana oseba ima pravico do specializirane paliativne oskrbe kot koordiniranega vodenja obravnave, ki vključuje mobilno paliativno enoto, kadar obvladovanje simptomov napredovale neozdravljive bolezen presega osnovno oskrbo.
4. Seznam zdravstvenih storitev iz 61. člena tega zakona določi seznam storitev paliativne oskrbe in njihovo vsebino.
5. Zavarovana oseba ima pravico do obveščenosti o razpoložljivih možnostih paliativne oskrbe in soodločanja o tej obravnavi v skladu s cilji, željami in prepričanji ter zagotovljeno kakovostjo življenja.

## 7. oddelek

### PRAVICA DO REŠEVALNIH PREVOZOV

1. **člen**

##### (vrsta reševalnega prevoza)

Zavarovana oseba ima zaradi zdravstvenega stanja pravico do nujnega ali nenujnega reševalnega prevoza.

1. **člen**

##### (nujni reševalni prevoz)

1. Zavarovana oseba ima v primeru nujne medicinske pomoči in nujnega zdravljenja pravico do nujnega reševalnega prevoza do najbližjega izvajalca oziroma izvajalca, h kateremu usmeri dispečerska služba zdravstva.
2. Če zaradi težko dostopnega terena, prometnih ovir ali drugih razlogov ni možen nujni reševalni prevoz z reševalnim vozilom, se lahko opravi helikopterski prevoz ali prevoz z drugim prevoznim sredstvom v skladu s predpisi, ki urejajo prevoze pacientov, službo nujne medicinske pomoči, dispečersko službo zdravstva in pogoje izvajanja helikopterske nujne medicinske pomoči.
3. **člen**

##### (nenujni reševalni prevoz)

Zavarovana oseba ima pravico do nenujnega reševalnega prevoza od prijavljenega prebivališča do najbližjega izvajalca in nazaj:

1. zaradi prevoza na dializo;
2. če je nepokretna;
3. če zaradi zdravstvenega stanja med prevozom potrebuje zdravstveno storitev pristojnega zdravstvenega delavca;
4. če med prevozom ne potrebuje spremstva iz prejšnje točke, prevoz z javnim prevoznim sredstvom ali osebnim vozilom pa bi lahko bil za njeno zdravje škodljiv.
5. **člen**

##### (postopek uveljavljanja pravice do reševalnega prevoza)

1. Potrebo po reševalnem prevozu zavarovane osebe ugotovi pristojni zdravnik z izstavitvijo listine Zavoda zavarovani osebi ali dispečerski službi zdravstva.
2. Pristojni zdravnik oziroma dispečerska služba zdravstva praviloma vnaprej določi vrsto reševalnega prevoza v skladu z 94. in 95. členom tega zakona in s predpisi, ki urejajo prevoze pacientov, službo nujne medicinske pomoči, dispečersko službo zdravstva in pogoje izvajanja helikopterske nujne medicinske pomoči.

## 8. oddelek

### PRAVICA DO ZDRAVIL IN ŽIVIL

1. **člen**

##### (pravica do zdravil in živil)

Zavarovana oseba ima pravico do zdravil in živil, ki jih kot sestavni del zdravstvene storitve zavarovani osebi predpiše na recept pristojni zdravnik (v nadaljnjem besedilu: zdravilo na recept in živilo na recept) ali zagotovi izvajalec sam.

1. **člen**

##### (predpis zdravila na recept)

1. Zdravilo na recept se zavarovani osebi predpiše pri ambulantni obravnavi ali ob odpustu iz bolnišnice v skladu s tem zakonom in podzakonskimi akti.
2. Na recept se predpiše zdravilo z receptne liste in s Seznama magistralnih zdravil.
3. Ne glede na prejšnji odstavek se zdravila ne predpiše na recept, če gre za:
4. nadomestno zdravilo zaradi izgubljenega ali pozabljenega zdravila ali uničenja stične ali zunanje ovojnine;
5. zdravilo za potovanje, ki ni del stalne terapije;
6. zdravilo v primerih, ki jih določi Zavod;
7. zdravilo v primerih, ki jih določajo predpisi, ki urejajo predpisovanje in izdajanje zdravil za uporabo v humani medicini.
8. Zdravilo se predpiše na recept največ v količini in najdlje za obdobje, ki ju določi Zavod.
9. Zdravilo na recept predpiše pristojni zdravnik.
10. Pristojni zdravnik v izvidu predlaga predpisovanje zdravila na recept in predpiše zdravilo na recept:
11. v skladu s tem zakonom, splošnimi akti Zavoda in predpisi, ki urejajo predpisovanje in izdajanje zdravil za uporabo v humani medicini;
12. ob upoštevanju povzetka glavnih značilnosti zdravila, strokovnih smernic in vseh okoliščin, ki lahko vplivajo na potek zdravstvene obravnave in ob upoštevanju uspešnosti predhodne zdravstvene obravnave;
13. v smiselnih kombinacijah, najprimernejših odmerkih in primernem obdobju, in
14. ob upoštevanju stroškovnega vidika predpisa zdravila.
15. Zdravilo na recept z omejitvijo predpisovanja, ki jo določi Zavod, lahko pristojni zdravnik v izvidu predlaga za predpisovanje na recept ali ga predpiše na recept izven okvira določene omejitve predpisovanja le, če iz zdravstvenih razlogov enakovredna zdravstvena obravnava ni mogoča z drugim zdravilom.
16. **člen**

##### (način predpisovanja zdravil na recept)

1. Industrijsko proizvedeno zdravilo se ob uvedbi zdravljenja predpiše na recept s splošnim imenom, pri čemer uvedba zdravljenja pomeni, da v zadnjih dvanajstih mesecih zavarovani osebi ni bilo izdano zdravilo s tem splošnim imenom. Zdravnik na receptu označi "uvedba zdravljenja".
2. Pri nadaljnjem zdravljenju lahko zdravnik na recept predpisuje zdravilo z imenom.
3. Ne glede na prvi odstavek tega člena se industrijsko proizvedeno zdravilo predpiše na recept z imenom, če je zdravilo predpisano, ker iz zdravstvenih razlogov enakovredna zdravstvena obravnava ni mogoča z drugim zdravilom, pri čemer se za zdravstveni razlog šteje kontraindikacija za zdravilo, alergija na zdravilo ali drug neželeni učinek zdravila, ki poslabšuje zdravje zavarovane osebe. V tem primeru pristojni zdravnik ob predpisu zdravila na receptu označi "ne zamenjuj!".
4. Galensko zdravilo se predpiše z imenom, ki ga določi izdelovalec galenskih zdravil.
5. Magistralno zdravilo z receptne liste se predpiše na recept z nazivom, s katerim je razvrščeno na receptno listo.
6. Magistralno zdravilo s Seznama magistralnih zdravil se predpiše na recept v skladu s tem seznamom in predpisi, ki urejajo predpisovanje in izdajanje zdravil za uporabo v humani medicini.
7. **člen**

##### (rok za predložitev recepta)

1. Zavarovana oseba zdravilo na neobnovljivi recept in prvo izdajo zdravila na obnovljivi recept prevzame v lekarni (v nadaljnjem besedilu: rok za predložitev recepta):
2. v 24 urah od predpisa recepta, če je zdravilo predpisano kot sestavni del nujnega zdravljenja ali neodložljivega zdravljenja;
3. v treh dneh od predpisa recepta za protimikrobno zdravilo za akutno bolezen;
4. v roku, ki ga za določeno zdravilo določa predpis, ki ureja predpisovanje in izdajanje zdravil za uporabo v humani medicini;
5. v roku, ki ga za določeno zdravilo določi Zavod;
6. v 30 dneh od predpisa recepta, če ne gre za zdravilo iz 1. do 4. točke tega odstavka.
7. Zavarovana oseba izdaje istega zdravila na neobnovljivi recept ne more uveljaviti pred iztekom obdobja, za katerega ji je bilo isto zdravilo predpisano na predhodni recept, če Zavod ne določi drugače.
8. Zavarovana oseba ponovno izdajo zdravila na obnovljivi recept uveljavi na predviden datum naslednje izdaje, če Zavod ne določi drugače.
9. **člen**

##### (izdaja zdravila na recept)

1. Zdravilo na recept se izda v skladu s tem zakonom, splošnimi akti Zavoda in predpisi, ki urejajo predpisovanje in izdajanje zdravil za uporabo v humani medicini.
2. Zdravilo na recept z omejitvijo izdajanja, ki jo določi Zavod, se lahko izda le v okviru določene omejitve.
3. Če je predpisano zdravilo s Seznama medsebojno zamenljivih zdravil, se izda najcenejše zdravilo znotraj posamezne skupine medsebojno zamenljivih zdravil, prisotno na trgu, tudi če nima določene najvišje priznane vrednosti.
4. Ob uvedbi zdravljenja z industrijsko proizvedenim zdravilom, predpisanim na recept s splošnim imenom, se izda najcenejše zdravilo glede na splošno ime, jakost, primerljivo farmacevtsko obliko in primerljivo pakiranje, prisotno na trgu.
5. Zdravilo na recept se ne sme izdati:
6. če recept ni predpisan v skladu s tem zakonom;
7. po roku za predložitev recepta;
8. pred predvidenim datumom naslednje izdaje iz drugega in tretjega odstavka prejšnjega člena;
9. če je recept vsebinsko podvojen in predpisane količine zdravila niso v skladu s splošnimi akti Zavoda.
10. **člen**

##### (predpisovanje in izdajanje živila na recept)

1. Živilo se predpiše na recept z lastniškim imenom.
2. Za predpisovanje in izdajanje živila na recept se smiselno uporabljajo določbe tega zakona, ki urejajo predpisovanje in izdajanje zdravila na recept, če ni s tem zakonom ali splošnimi akti Zavoda drugače določeno.
3. **člen**

##### (zdravila in živila, ki jih zagotovi izvajalec)

1. Izvajalec sam zagotovi zavarovani osebi:
2. ambulantno zdravilo z ambulantne liste zdravil;
3. bolnišnično zdravilo z bolnišnične liste zdravil;
4. zdravilo in živilo, ki ga izvajalec potrebuje za opravljanje zdravstvene storitve;
5. zdravilo in živilo, ki ga zavarovana oseba potrebuje med stacionarno zdravstveno obravnavo;
6. zdravilo in živilo z receptne liste in magistralno zdravilo s Seznama magistralni zdravil, ki ga pristojni zdravnik na novo predpiše zavarovani osebi med bolnišnično obravnavo in ga zavarovana oseba potrebuje ob odpustu iz bolnišnice, če ga ne predpiše na recept.
7. Zdravila in živila iz prejšnjega odstavka izvajalec ne sme predpisati na recept, razen:
8. zdravila in živila iz 4. točke, ki je razvrščeno na receptno listo, za katerega tako določi Zavod;
9. zdravila in živila iz 5. točke.
10. **člen**

##### (natančnejši način izvrševanja pravice do zdravil in živil na recept)

Zavod določi natančnejši način izvrševanja pravice do zdravil in živil na recept ter natančnejšo opredelitev predpisovanja in izdajanja zdravil in živil na recept, v okviru česar določi:

1. primere, ko se zdravilo in živilo predpiše na neobnovljivi ali obnovljivi recept;
2. primere, ko se zdravilo in živilo ne sme predpisati na recept;
3. omejitve predpisovanja zdravila in živila, ki določa najdaljše obdobje, v katerem se lahko predpiše določena največja količina zdravila in živila, in omejitve predpisovanja, vezane na določeno zdravstveno stanje, osebnostne značilnosti zavarovanih oseb, terapevtsko indikacijo zdravila ali zdravstveni namen uporabe živila, vrednost zdravila iz 239. člena tega zakona ali vrednost živila iz 240. člena tega zakona ali vrsto recepta (neobnovljivi ali obnovljivi recept);
4. rok za predložitev recepta iz 4. točke prvega odstavka 100. člena tega zakona ter obdobje za predčasno izdajo iz drugega in tretjega odstavka 100. člena tega zakona;
5. primere iz 1. točke drugega odstavka prejšnjega člena, ko se zdravilo in živilo lahko predpiše na recept;
6. omejitve izdajanja zdravila in živila, ki določa največjo količino zdravila in živila, ki se lahko izda v določenem obdobju:
7. druge strokovne opredelitve predpisovanja in izdajanja zdravila in živila na recept.
8. **člen**

##### (recept za osebno rabo)

1. Zdravnik lahko predpiše zdravilo na posebno listino Zavoda, ki ima isti pomen kot recept in za katero veljajo predpisi in splošni akti Zavoda, ki veljajo za predpisovanje in izdajanje zdravil na recept, če ni z njimi drugače določeno (v nadaljnjem besedilu: recept za osebno rabo).
2. Recept za osebno rabo je neobnovljivi recept.
3. Zdravnik lahko predpiše zdravilo na recept za osebno rabo sebi, svojim otrokom, svojemu partnerju in svojim staršem, če ga ni pristojen predpisati na recept kot pristojni zdravnik za predpis zdravila in živila na recept.
4. Zdravnik lahko predpiše zdravilo na recept za osebno rabo svojemu otroku, partnerju in staršu, če je ta oseba obvezno zavarovana po tem zakonu.
5. Zavod enkrat letno dodeli zdravniku na njegov predlog recepte za osebno rabo, če:
6. je evidentiran v zbirki podatkov zdravstvenih delavcev, ki se vodi na podlagi zakona, ki ureja zbirke podatkov s področja zdravstvenega varstva,
7. ima veljavno licenco Zdravniške zbornice Slovenije in
8. ima enega od naslednjih statusov:

* opravlja zdravstvene storitve pri izvajalcu ali
* ima sklenjeno pogodbo o zaposlitvi z Zavodom, ministrstvom, medicinsko fakulteto, ZPIZ, NIJZ ali Nacionalnim laboratorijem za zdravje, okolje in hrano, ali
* je upokojenec s prijavljenim prebivališčem v Republiki Sloveniji, zavarovan na podlagi šestega odstavka 29. člena tega zakona, ki je imel neposredno pred pridobitvijo pravice do pokojnine status iz prve ali druge alineje te točke.

1. Ne glede na prejšnji odstavek Zavod trajno ali začasno zavrne dodelitev receptov za osebno rabo, če zdravnik pri predpisu zdravila ni ravnal v skladu s predpisi ali splošnimi akti Zavoda.
2. Število receptov za osebno rabo na letni ravni, natančnejši postopek dodelitve receptov za osebno rabo in merila, na podlagi katerih se zdravniku trajno ali začasno zavrne njihova dodelitev, določi Zavod.

## 9. oddelek

### PRAVICA DO MEDICINSKIH IN DRUGIH PRIPOMOČKOV

1. **člen**

##### (pravica do medicinskih in drugih pripomočkov)

Zavarovana oseba ima pravico do medicinskega in drugega pripomočka, ki se ga kot sestavni del zdravstvene storitve zavarovani osebi predpiše na naročilnico ali ga zagotovi izvajalec sam.

1. **člen**

##### (predpis pripomočka)

1. Pripomoček se predpiše zavarovani osebi zaradi uporabe na domu.
2. Na naročilnico se predpiše vrsta pripomočka. Ne glede na prejšnji stavek se pripomoček znotraj skupine pripomočkov iz 20. točke 109. člena tega zakona predpiše na recept skupaj z zdravilom ali živilom, s katerim se uporablja pripomoček.
3. Pripomoček predpiše pristojni zdravnik ali pristojni zdravstveni delavec.
4. Pristojni zdravnik lahko za predpis pripomočka pooblasti napotnega zdravnika.
5. **člen**

##### (funkcionalno ustrezen pripomoček)

1. Zavarovana oseba ima pravico do najcenejšega dosegljivega funkcionalno ustreznega pripomočka, če zaradi njenega zdravstvenega stanja pripomoček v vrednosti pripomočka iz 1., 2., 3. in 4. točke prvega odstavka 242. člena tega zakona zanjo zaradi njegovih lastnosti ni ustrezen.
2. Funkcionalna ustreznost pripomočka se ugotavlja med pripomočki iste vrste z enakim namenom uporabe in podobnimi lastnostmi glede na določene opredelitve pripomočkov iz 4. točke 114. člena tega zakona.
3. O pravici do funkcionalno ustreznega pripomočka na prvi stopnji odloči območna enota Zavoda.
4. **člen**

##### (skupine pripomočkov)

Zavarovana oseba ima pravico do pripomočka iz naslednjih skupin pripomočkov:

1. proteze udov;
2. estetske proteze;
3. ortoze;
4. ortopedska obutev;
5. vozički ter ostali medicinski pripomočki za gibanje, stojo in sedenje;
6. električni stimulatorji in ostali aparati;
7. sanitarni medicinski pripomočki;
8. blazine proti preležaninam;
9. kilni pasovi;
10. medicinski pripomočki pri izločalni stomi;
11. medicinski pripomočki pri inkontinenci in težavah z odvajanjem seča;
12. medicinski pripomočki pri zdravljenju sladkorne bolezni;
13. kanile;
14. medicinski pripomočki za gluhost in naglušnost;
15. obvezilni materiali;
16. raztopine;
17. medicinski pripomočki za slepoto in slabovidnost;
18. ostali medicinski pripomočki, potrebni za zdravljenje;
19. drugi pripomočki;
20. medicinski pripomočki, namenjeni uporabi z zdravili ali živili.
21. **člen**

##### (vrste pripomočkov)

1. Vrsta pripomočka je s šifro in z nazivom poimenovan pripomoček, ki je uvrščen v določeno skupino pripomočka.
2. Zavarovana oseba ima pri serijsko izdelanih pripomočkih posamezne vrste pravico do artikla, ki je uvrščen na Seznam pripomočkov iz 316. člena tega zakona.
3. Zavarovana oseba ima pri določenih vrstah pripomočkov pravico do popravila, vzdrževanja ali prilagoditve.
4. Vrste pripomočkov določi Zavod.
5. **člen**

##### (rok za predložitev naročilnice)

Zavarovana oseba predloži naročilnico dobavitelju v 30 dneh od njene izstavitve ali od dneva odločitve Zavoda, s katero je dobila pravico do pripomočka ali v zvezi s pripomočkom.

1. **člen**

##### (prejem pripomočka)

1. Zavarovana oseba prejme pripomoček v last ali izposojo.
2. Zavarovana oseba prejme pripomoček za določeno dobo trajanja, po izteku katere lahko prejme drug istovrstni pripomoček, če je predhodno prejeti zanjo postal neustrezen.
3. Zavarovana oseba ima pri vrstah pripomočkov, pri katerih je določena trajnostna doba, pred njenim iztekom pravico do drugega istovrstnega pripomočka, če je pri njej prišlo do takšnih anatomskih in funkcionalnih sprememb, zaradi katerih predhodno prejetega pripomočka ni mogoče usposobiti za nadaljnjo uporabo ali če je taka usposobitev povezana z nesorazmernimi stroški (v nadaljnjem besedilu: pravica do pripomočka pred iztekom trajnostne dobe).
4. Ne glede na drugi odstavek tega člena zavarovana oseba nima pravice do drugega istovrstnega pripomočka, če se pripomoček zagotavlja kot enkratna pravica.
5. **člen**

##### (medicinski in drugi pripomočki, ki jih zagotovi izvajalec)

1. Izvajalec sam zagotovi zavarovani osebi medicinski in drug pripomoček, ki:
2. ga izvajalec potrebuje za opravljanje zdravstvene storitve;
3. ga zavarovana oseba potrebuje med stacionarno zdravstveno obravnavo;
4. ga izvajalec na novo predpiše zavarovani osebi med bolnišnično obravnavo in ga zavarovana oseba potrebuje ob odpustu iz bolnišnice.
5. Pripomočka iz prejšnjega odstavka izvajalec ne sme predpisati na naročilnico.
6. Ne glede na prvi odstavek tega člena Zavod lahko določi vrste pripomočkov iz 2. točke prvega odstavka tega člena, ki jih izvajalec sam ni dolžan zagotoviti zavarovani osebi med stacionarno zdravstveno obravnavo.
7. Ne glede na drugi odstavek tega člena Zavod lahko določi vrste pripomočkov iz 2. in 3. točke prvega odstavka tega člena, ki se jih sme predpisati na naročilnico.
8. **člen**

##### (natančnejši način izvrševanja pravice do pripomočkov)

Zavod določi natančnejši način izvrševanja pravice do pripomočkov in natančnejšo opredelitev pripomočkov, s katerimi se uresničuje pravica do pripomočkov, v okviru česar na ravni vrste pripomočka določi:

1. pripomočke in strokovne opredelitve za predpis pripomočka na obnovljivo naročilnico;
2. pripomočke, ki jih zavarovana oseba prejme v last ali izposojo ter pogoje za prejem pripomočka v last ali izposojo, če sta možna oba načina;
3. zdravstvena stanja in druge pogoje (starostno omejitev, upravičenost do drugega pripomočka in drugo) za uveljavljanje pravice do pripomočka;
4. osnovne zahteve kakovosti, ki so tehnične in druge strokovne opredelitve, ki jih mora izpolnjevati pripomoček;
5. omejitve predpisovanja pripomočka, ki določa najdaljše obdobje, v katerem se lahko predpiše določena največja količina pripomočka;
6. dobo trajanja, po izteku katere lahko zavarovana oseba prejme drug istovrstni pripomoček, ki se določi kot:

* trajnostna doba;
* obdobje in količina, ki ju določi Zavod;
* količina, ki jo določi pristojni zdravnik ali pristojni zdravstveni delavec, za obdobje, ki ga določi Zavod, ali
* enkratna pravica;

1. pravico do popravila, vzdrževanja ali prilagoditve pripomočka, ki določa:

* pripomočke, ki so predmet pravice do popravila, vzdrževanja ali prilagoditve;
* omejitve popravila, vzdrževanja ali prilagoditve pripomočka v znesku ali deležu in z drugimi pogoji;

1. vrste pripomočkov iz tretjega in četrtega odstavka prejšnjega člena;
2. druge medicinske, tehnične in strokovne opredelitve zagotavljanja pripomočkov.
3. **člen**

##### (proizvajalec pripomočka)

Določbe tega oddelka, ki se nanašajo na dobavitelja, se smiselno uporabljajo za proizvajalca pripomočka.

## 10. oddelek

### ZDRAVSTVENE STORITVE, KI NISO PRAVICA IZ OZZ

1. **člen**

**(zdravstvene storitve, ki niso pravica iz OZZ)**

Zdravstvene storitve, ki niso pravica iz OZZ so:

1. bolnišnična obravnava, ko zanjo ni več medicinske indikacije in je možen odpust v domačo oskrbo ali oskrbo v socialno varstvenem zavodu;
2. zdravstvene storitve medicine dela, prometa in športa, razen tistih, ki jih ta zakon posebej določa kot pravico iz OZZ;
3. estetski posegi razen posegov plastične in rekonstruktivne kirurgije zaradi prirojenih strukturnih anomalij ter odprave strukturne in funkcionalne prizadetosti organov zaradi bolezni, poškodb ali posledic zdravljenja bolezni ali poškodb;
4. kirurško zdravljenje debelosti, razen izrazite debelosti, če je indeks telesne mase nad 40 ali če je indeks telesne mase nad 35 in ima zavarovana oseba druge pridružene bolezni;
5. sprememba spola, razen kadar je potrebna v sklopu zdravstvene obravnave motnje spolne identitete;
6. zdravstvena storitev, povezana z iztreznitvijo ob akutnem alkoholnem opoju;
7. zdravstvena storitev zaradi samopoškodbe, storjene z namenom pridobitve koristi;
8. reševalni prevozi iz Republike Slovenije v tujino in iz tujine v Republiko Slovenijo, če ni s tem zakonom ali s pravnim redom EU drugače določeno.

## 11. oddelek

### UVELJAVLJANJE ZDRAVSTVENIH STORITEV

## pododdelek

### RAVEN IN LOKACIJA UVELJAVLJANJA ZDRAVSTVENIH STORITEV

1. **člen**

##### (uveljavljanje zdravstvenih storitev na treh ravneh zdravstvene dejavnosti)

Zavarovana oseba ima pravico do zdravstvenih storitev, ki se opravljajo na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti.

1. **člen**

##### (uveljavljanje zdravstvene storitve v ambulantni obravnavi)

Zavarovana oseba lahko zdravstvene storitve uveljavi v ambulantni obravnavi:

1. v osnovni zdravstveni dejavnosti v ambulanti osebnega zdravnika, pristojnega zdravstvenega delavca ali v dežurni službi;
2. na sekundarni ravni zdravstvene dejavnosti v specialistični ambulanti, če gre za zahtevnejšo zdravstveno storitev, ki je ni mogoče opraviti na primarni ravni zdravstvene dejavnosti in se lahko opravi na ambulantni način;
3. na terciarni ravni zdravstvene dejavnosti v specialistični ambulanti, če gre za najzahtevnejšo zdravstveno storitev, ki je ni mogoče opraviti na primarni ravni niti v specialistični ambulanti na sekundarni ravni zdravstvene dejavnosti in se lahko opravi na ambulantni način.
4. **člen**

##### (uveljavljanje zdravstvene storitve v stacionarni bolnišnični obravnavi)

1. Zavarovana oseba lahko zdravstvene storitve uveljavi v stacionarni bolnišnični obravnavi:
2. na sekundarni ravni zdravstvene dejavnosti, če gre za zahtevnejšo zdravstveno storitev, ki je ni mogoče opraviti na primarni ravni ali v specialistični ambulanti na sekundarni ali terciarni ravni;
3. na terciarni ravni zdravstvene dejavnosti, če gre za najzahtevnejšo zdravstveno storitev, ki je ni mogoče opraviti na primarni ravni, v specialistični ambulanti na sekundarni ali terciarni ravni ali v stacionarni obravnavi na sekundarni ravni.
4. Bolnišnična obravnava je omejena na najkrajši možen čas, ki je potreben za izvedbo zdravstvene storitve, in preneha, ko je mogoče nadaljnjo zdravstveno obravnavo opraviti izven bolnišnice.
5. Bolnišnična obravnava vključuje prehrano in nastanitev. Standard prehrane in nastanitve med bolnišnično obravnavo določi Zavod.
6. **člen**

##### (uveljavljanje zdravstvene storitve s hišnim obiskom)

1. Hišni obisk je zdravstvena obravnava na domu zavarovane osebe, ki jo na podlagi odločitve pristojnega zdravnika opravi on sam ali drug pristojni zdravnik ali pristojni zdravstveni delavec.
2. Hišni obisk se lahko opravi:
3. če se s tem lahko enakovredno in vsaj enako gospodarno nadomesti obravnava v zdravstvenem zavodu;
4. če zavarovana oseba zaradi zdravstvenega stanja ne more priti v ambulanto**.**
5. Dom zavarovane osebe je naslov njenega prijavljenega prebivališča, pri čemer se za njeno začasno prebivališče šteje tudi prebivališče na naslovu nastanitve socialnovarstvenih programov, ko začasnega prebivališča ni treba prijaviti v skladu z zakonom, ki ureja prijavo prebivališča.
6. Zdravstvene storitve, ki se lahko opravijo kot hišni obisk, določi Zavod.
7. **člen**

##### (uveljavljanje zdravstvene storitve v nezdravstvenem zavodu)

1. Zavarovana oseba, ki je oskrbovanec pri izvajalcu, ki je:
2. javni socialno varstveni zavod ali koncesionar v mreži javne službe na področju socialnega varstva, ali
3. javni vzgojno-izobraževalni zavod ali koncesionar v mreži javne službe na področju vzgoje in izobraževanja,

lahko pri tem izvajalcu uveljavi zdravstvene storitve, ki jih ta opravlja v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnost.

1. Zavarovana oseba iz prvega in drugega odstavka 35. člena tega zakona uveljavi zdravstvene storitve v skladu s tem zakonom in predpisi, ki urejajo izvrševanje kazenskih sankcij.

## pododdelek

### PRAVICA DO PROSTE IZBIRE

1. **člen**

##### (pravica do proste izbire)

1. Zavarovana oseba ima pravico do proste izbire:
2. izvajalca;
3. osebnega zdravnika pri izbranem izvajalcu iz 58. člena tega zakona;
4. napotnega zdravnika pri izbranem izvajalcu;
5. napotnega zdravstvenega delavca pri izbranem izvajalcu.
6. Zavarovana oseba pri izbranem izvajalcu, osebnem zdravniku, napotnem zdravniku in napotnem zdravstvenem delavcu uveljavlja zdravstvene storitve, ki jih ta sam opravlja.
7. Napotne zdravstvene delavce iz 4. točke prvega odstavka tega člena določi Zavod.
8. Zdravstvene storitve iz drugega odstavka tega člena, ki jih izvajalec sam opravlja, določi Zavod.
9. **člen**

##### (omejitev pravice do proste izbire)

1. Ne glede na prvi odstavek prejšnjega člena zdravnik pri izvajalcu in zdravstveni delavec pri izvajalcu sam sebi ne more biti osebni zdravnik, napotni zdravnik, drug pristojni zdravnik ali pristojni zdravstveni delavec.
2. Ne glede na prvi odstavek prejšnjega člena zavarovana oseba iz prvega in drugega odstavka 35. člena tega zakona nima pravice do proste izbire, temveč pravice do zdravstvenih storitev uveljavi pri izvajalcu, ki opravlja zdravstvene storitve v skladu s predpisi, ki urejajo zdravstveno dejavnost, in predpisi, ki urejajo izvrševanje kazenskih sankcij.

## pododdelek

### PRAVICA DO IZBIRE OSEBNEGA ZDRAVNIKA

1. **člen**

##### (vrste osebnih zdravnikov)

1. Zavarovana oseba si lahko pri izvajalcu iz 58. člena tega zakona v osnovni zdravstveni dejavnosti izbere:
2. osebnega otroškega zdravnika in osebnega splošnega zdravnika;
3. osebnega otroškega zobozdravnika in osebnega zobozdravnika;
4. osebnega ginekologa.
5. Osebni otroški zdravnik in osebni otroški zobozdravnik je osebni zdravnik za zavarovano osebo do 18. leta starosti.
6. Osebni splošni zdravnik in osebni zobozdravnik je osebni zdravnik za zavarovano osebo od 18. leta starosti.
7. Osebni ginekolog je osebni zdravnik ženske zavarovane osebe za storitve s področja spolnega in reproduktivnega zdravja.
8. Ne glede na prvi odstavek tega člena mora imeti zavarovana oseba do 18. leta starosti obvezno izbranega osebnega zdravnika iz drugega odstavka tega člena
9. Ne glede na prvi odstavek tega člena si lahko zavarovana oseba izbere osebnega zdravnika pri izvajalcu na sekundarni ali terciarni ravni zdravstvene dejavnosti v primerih, ki jih določi Zavod.
10. **člen**

##### (izbira osebnega zdravnika)

1. Zavarovana oseba si izbere osebnega zdravnika s podpisom listine Zavoda o izbiri osebnega zdravnika.
2. Zavarovani osebi do 15. leta starosti in zavarovani osebi, ki je postavljena pod skrbništvo, izberejo osebnega zdravnika njeni starši, partner starša, če zanjo skrbi, oseba, v katere družino je otrok z odločbo pristojnega organa nameščen z namenom posvojitve (v nadaljnjem besedilu: bodoči posvojitelj), rejnik ali skrbnik.
3. Zavarovana oseba si izbere osebnega zdravnika praviloma v kraju svojega prijavljenega prebivališča.
4. Zdravnik, ki opravlja naloge osebnega zdravnika, lahko odkloni izbiro zavarovane osebe, če:
5. pri njem evidentirano število zavarovanih oseb presega število, ki je določeno z mrežo javne zdravstvene službe, in si lahko zavarovana oseba izbere drugega osebnega zdravnika v kraju prijavljenega prebivališča;
6. si ga želi zavarovana oseba izbrati v nasprotju s tem zakonom in splošnimi akti Zavoda;
7. zavarovani osebi zaradi oddaljenosti njenega prijavljenega prebivališča ne bi mogel zagotoviti vseh storitev s svojega delovnega področja in si zavarovana oseba lahko izbere drugega osebnega zdravnika bliže svojega prebivališča.
8. Zavarovana oseba, ki si izbere osebnega zdravnika izven kraja svojega prijavljenega prebivališča, čeprav bi si ga lahko izbrala v tem kraju, nima pravice do povračila prevoznih stroškov za potovanje k osebnemu zdravniku.
9. **člen**

##### (zamenjava osebnega zdravnika)

1. Zavarovana oseba si izbere novega osebnega zdravnika s podpisom listine Zavoda, ki jo predloži novo izbranemu osebnemu zdravniku.
2. Zavarovana oseba ima pravico zamenjati osebnega zdravnika po enem letu od izbire brez navedbe razloga za zamenjavo.
3. Zavarovana oseba ima pravico zamenjati osebnega zdravnika pred enim letom od izbire, če je neprekinjeno odsoten več kot tri mesece. Ko preneha razlog iz prejšnjega stavka, ima zavarovana oseba pravico izbrati prejšnjega osebnega zdravnika v skladu s prejšnjim členom.
4. Zavarovana oseba ima pravico zamenjati osebnega zdravnika pred enim letom od njegove izbire z navedbo razloga za zamenjavo, če:
5. obstajajo med njima nesporazumi, ki onemogočajo uspešno izvajanje nalog osebnega zdravnika;
6. se zavarovana oseba ali osebni zdravnik preseli v drug kraj;
7. organ, pristojen za strokovni ali sistemski nadzor, ugotovi, da zdravstvena storitev osebnega zdravnika ni bila strokovno-doktrinarno utemeljena.
8. Osebni zdravnik lahko predlaga svojo zamenjavo z navedbo razloga za zamenjavo, če:
9. ne more uspešno opravljati svojih nalog zaradi neprimernega odnosa zavarovane osebe ali nespoštovanja navodil glede zdravstvene obravnave;
10. se zavarovana oseba ali osebni zdravnik preseli v drug kraj.
11. V primeru iz prejšnjega odstavka osebni zdravnik sporoči svoj predlog zavarovani osebi. Če zavarovana oseba ne soglaša s predlogom, lahko osebni zdravnik zahteva presojo Zavoda o predlogu za njegovo zamenjavo.
12. Novo izbrani osebni zdravnik v treh dneh o datumu nove izbire pisno obvesti prejšnjega osebnega zdravnika (v nadaljnjem besedilu: obvestilo o novi izbiri osebnega zdravnika). Obvestila o novi izbiri osebnega zdravnika se šteje kot izjava zavarovane osebe o prekinitvi izbire prejšnjega osebnega zdravnika, o čemer zavarovano osebo ob izbiri seznani novo izbrani osebni zdravnik. V primeru zamenjave osebnega zdravnika prejšnji osebni zdravnik posreduje izvirno zdravstveno dokumentacijo novo izbranemu osebnemu zdravniku v treh dneh od prejema obvestila o novi izbiri osebnega zdravnika.
13. **člen**

##### (prekinitev izbire osebnega zdravnika)

Izbira osebnega zdravnika se prekine:

1. z dnem smrti osebnega zdravnika;
2. z dnem, ko osebni zdravnik preneha opravljati naloge osebnega zdravnika;
3. z dnem, ko je ugotovljeno, da osebni zdravnik ne izpolnjuje več pogojev za opravljanje nalog osebnega zdravnika;
4. z dnem smrti zavarovane osebe;
5. z 61. dnem, če osebi preneha lastnost zavarovane osebe za neprekinjeno 60 dni;
6. z dnem, ki ga določi zavarovana oseba, če sočasno ne opravi nove izbire osebnega zdravnika.
7. **člen**

##### (pristojnosti in odgovornosti osebnega zdravnika)

1. Osebni zdravnik zagotavlja zavarovani osebi uresničevanje pravic s svojega delovnega področja s tem, da je pristojen zanjo opravljati naslednje storitve iz OZZ:
2. opravlja zdravstvene storitve in kot njihov sestavni del predpisuje zdravila, živila in pripomočke;
3. ugotavlja začasno zadržanost od dela;
4. vlaga predloge Zavodu, pristojnim organom ZPIZ in drugim pristojnim organom;
5. napotuje k napotnim zdravnikom in napotnim zdravstvenim delavcem;
6. izstavlja listine za uveljavljanje pravic;
7. zbira in hrani zdravstveno dokumentacijo;
8. opravlja druge storitve in naloge v skladu s tem zakonom, z drugimi predpisi in s splošnimi akti Zavoda.
9. Osebni zdravnik v obdobju svoje odsotnosti zagotovi opravljanje svojih pristojnosti v dogovoru z nadomestnim zdravnikom v istem kraju ali njegovi neposredni bližini. Nadomestni zdravnik je zdravnik, ki izpolnjuje pogoje za osebnega zdravnika, in tega nadomešča v njegovi odsotnosti z vsemi njegovimi pooblastili.
10. **člen**

##### (posredovanje zdravstvene dokumentacije osebnemu zdravniku)

1. Osebnemu zdravniku se v sedmih dneh od zaključka posamezne zdravstvene storitve, če ni z drugimi predpisom določen krajši rok, posreduje zdravstveno dokumentacijo o zavarovani osebi:
2. če je nastala zaradi uveljavljanja pravic;
3. če je potrebna zaradi uveljavljanja pravic;
4. če je potrebna za izvedbo nadaljnje zdravstvene obravnave;
5. na zahtevo zavarovane osebe, ki se dokumentira v zdravstveni dokumentaciji;
6. v drugih primerih, določenimi s predpisi.
7. Osebnemu zdravniku se posreduje zdravstvena dokumentacija, ki se nanaša na njegovo področje dela.
8. Šteje se, da je zdravstvena dokumentacija posredovana, če je dostopna v zbirkah podatkov OZZ ali informacijskih rešitvah eZdravja v skladu z zakonom, ki ureja zbirke podatkov s področja zdravstvenega varstva.
9. Zdravstveno dokumentacijo posredujejo osebnemu zdravniku:
10. drugi pristojni zdravniki in pristojni zdravstveni delavci;
11. zavarovana oseba, če je zdravstveno obravnavo opravila pri samoplačniškem izvajalcu ali tujem izvajalcu;
12. imenovani zdravnik, zdravstvena komisija in pooblaščeni delavec Zavoda;
13. izvedenski organi ZPIZ;
14. izvajalec medicine dela, ki mu delodajalec poveri izvajanje zdravstvenih ukrepov v zvezi z zdravjem pri delu v skladu s predpisi, ki urejajo varnost in zdravje pri delu;
15. druge osebe in organi, določeni z drugimi predpisi.

## pododdelek

### NAPOTITEV

1. **člen**

##### (napotitev in napotnica)

1. Zdravstvene storitve na primarni ravni zdravstvene dejavnosti, ki jih ne opravlja osebni zdravnik, in zdravstvene storitve na sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti zavarovana oseba uveljavi pri napotnem zdravniku ali napotnem zdravstvenem delavcu (v nadaljnjem besedilu: napotitev).
2. Zavarovana oseba uveljavi zdravstveno storitev, na katero je bila napotena, na podlagi napotnice, če ni s tem zakonom ali splošnim aktom Zavoda drugače določeno.
3. Napotnico izstavi pristojni zdravnik in pristojni zdravstveni delavec.
4. Osebni zdravnik izstavi napotnico za zdravstvena stanja, ki jih obravnava na svojem delovnem področju.
5. Zavarovana oseba lahko brez napotnice uveljavi:
6. nujne zdravstvene storitve;
7. druge zdravstvene storitve, ki jih določi Zavod.
8. Če je napotnica pomanjkljivo ali nejasno izpolnjena, se uporabljajo določbe o uvrščanju na čakalni seznam v skladu z zakonom, ki ureja pacientove pravice. Te določbe se smiselno uporabljajo tudi, če napotnemu zdravniku ni posredovana zdravstvena dokumentacija ali je ta nepopolna.
9. Če niso predhodno opravljene vse zdravstvene storitve, ki jih je dolžan zagotoviti osebni zdravnik, in v drugih primerih, določenih z zakonom, ki ureja pacientove pravice, napotni zdravnik v treh dneh vrne napotnico osebnemu zdravniku in o tem obvesti zavarovano osebo.
10. **člen**

##### (obseg pooblastila napotnemu zdravniku)

1. Z napotnico se na napotnega zdravnika prenese pooblastilo za:
2. pregled zavarovane osebe zaradi določenega zdravstvenega stanja in podajo mnenja o njenem zdravstvenem stanju;
3. zdravstvene storitve zaradi določenega zdravstvenega stanja;
4. zdravstvene storitve iz 1. ali 2. točke tega odstavka in nadaljnjo napotitev zavarovane osebe na drugo zdravstveno storitev zaradi zdravstvenega stanja, zaradi katerega je bila napotena (v nadaljnjem besedilu: pooblastilo za nadaljnjo napotitev);
5. izstavitev napotnice za kontrolni pregled zavarovane osebe pri napotnem zdravniku.
6. Napotni zdravnik lahko izstavi napotnico iz 3. in 4. točke prejšnjega odstavka v obdobju veljavnosti napotnice osebnega zdravnika.
7. Napotni zdravnik z napotnico iz prejšnjega odstavka ne sme prenesti na drugega napotnega zdravnika pooblastila iz 3. in 4. točke prvega odstavka tega člena.
8. **člen**

##### (veljavnost napotnice)

1. Na napotnici se označi obdobje njene veljavnosti, ki je lahko največ eno leto, razen v primeru ortodontskega zdravljenja, ko napotnica velja do zaključka tega zdravljenja.
2. Če je potrebna nadaljnja zdravstvena obravnava za enako zdravstveno stanje pri napotnem zdravniku iste specialnosti, se nova napotnica izstavi največ 15 dni pred iztekom veljavnosti predhodno izstavljene napotnice.
3. Veljavnost napotnice začne teči od dneva, ko napotni zdravnik sprejme zavarovano osebo.
4. Veljavnost napotnice preneha, ko napotni zdravnik opravi zdravstvene storitve, zaradi katerih je prejel pooblastilo osebnega zdravnika, vendar najpozneje s pretekom obdobja njene veljavnosti.
5. Napotnica preneha veljati, če je prišlo pri zavarovani osebi do akutnega poslabšanja zdravstvenega stanja, zaradi katerega je izstavljena napotnica. V tem primeru osebni zdravnik izstavi novo napotnico in sočasno zaključi predhodno izstavljeno napotnico, o čemer obvesti zavarovano osebo in izvajalca.
6. **člen**

##### (rok za predložitev napotnice)

1. Napotnica se označi s stopnjo nujnosti v skladu z zakonom, ki ureja pacientove pravice.
2. Zavarovana oseba predloži izvajalcu napotnico v naslednjem roku (v nadaljnjem besedilu: rok za predložitev napotnice):
3. napotnico s stopnjo nujnosti "nujno" najpozneje naslednji dan po njeni izstavitvi;
4. napotnico s stopnjo nujnosti "zelo hitro" v petih dneh po njeni izstavitvi;
5. napotnico s stopnjo nujnosti "hitro" in "redno" v 14 dneh po njeni izstavitvi.
6. Če zavarovana oseba, ki je uvrščena na čakalni seznam, izbere drugega izvajalca ali napotnega zdravnika, je rok za predložitev napotnice iz 2. in 3. točke prejšnjega odstavka drugemu izvajalcu ali napotnemu zdravniku tri dni od dneva prejema napotnice od prejšnjega izvajalca.
7. Napotnica preneha veljati, če ni predložena v roku za predložitev napotnice, o čemer izvajalec obvesti zavarovano osebo v treh dneh od prejema napotnice.
8. **člen**

##### (zamenjava napotnega zdravnika)

1. Zavarovana oseba ima pravico zamenjati napotnega zdravnika v obdobju veljavnosti napotnice.
2. Določbe tega zakona, ki veljajo za zamenjavo osebnega zdravnika, se smiselno uporabljajo za zamenjavo napotnega zdravnika.
3. **člen**

##### (napotni zdravstveni delavec)

1. Napotne zdravstvene delavce in obseg pooblastila napotnim zdravstvenim delavcem določi Zavod.
2. Določbe tega zakona, ki veljajo za napotnega zdravnika, se smiselno uporabljajo za napotnega zdravstvenega delavca, če Zavod ne določi drugače.
3. **pododdelek**

# Izjemna odobritev zdravstvene storitve, zdravila, živila, medicinskega in drugega pripomočka

1. **člen**

##### (izjemna odobritev zdravstvene storitve)

1. Zavod lahko zavarovani osebi izjemoma odobri plačilo ali povračilo stroškov zdravstvene storitve v Sloveniji ali v tujini, ki ni na Seznamu zdravstvenih storitev iz 61. člena tega zakona:

* v primeru zdravstvenega stanja ali bolezni, za katerega na Seznamu zdravstvenih storitev ni nobene storitve;
* ali v primeru storitve, ki je ni na Seznamu zdravstvenih storitev in ki ima pomembno večjo dodano vrednost kot storitve na Seznamu zdravstvenih storitev;
* in če se glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe lahko pričakuje, da bo z izjemoma odobreno storitvijo prišlo do ozdravitve ali izboljšanja zdravstvenega stanja ali preprečitve ali upočasnitve njegovega poslabšanja, česar ni mogoče doseči z zdravstveno storitvijo s Seznama storitev.

1. V primeru zdravstvene storitve, ki je prvikrat predmet odločanja o izjemni odobritvi, mora Zavod pridobiti naslednja mnenja in smernice:

* pozitivnega mnenja IVZT v primeru, če je storitev, ki je predmet izjemne odobritve, že obravnaval, vendar še ni končal postopka uvrstitve na Seznam zdravstvenih storitev, ali
* pozitivnega mnenja strokovnega kolegija terciarne zdravstvene ustanove ali razširjenega strokovnega kolegija ustrezne stroke, če storitve še ni obravnaval IVZT in
* na podlagi mednarodnih smernic ali priporočil, temelječih na dokazih.

1. Ne glede na prvi in drugi odstavek tega člena predmet izjemne odobritve zdravstvene storitve ne more biti:

* zdravstvena storitev za blažitev simptomov ali zdravstveno obravnavo bolezni ali motnje, ki jo je mogoče urediti ali pozdraviti s spremenjenim načinom življenja;
* zdravstvena storitev, ki jo je IVZT že obravnaval in je ni uvrstil na Seznam zdravstvenih storitev ali jo je uvrstil na seznam nestandardnih storitev.

1. V primeru pozitivnega mnenja in izjemne odobritve zdravstvene storitve mora IVZT:

* pripraviti seznam indikacij za to storitev za primer bodočih vlog;
* izvesti postopek za razporeditev te storitve na Seznam zdravstvenih storitev.

1. Zavod pri odločanju o izjemni odobritvi zdravstvene storitve, ki je že bila odobrena v preteklosti, upošteva odločitve v prejšnjih podobnih primerih in seznam indikacij, ki ga je pripravil IVZT.
2. Plačilo in povračilo stroškov zdravstvene storitve na podlagi izjemne odobritve se odobri v višini dejanskih stroškov.
3. **člen**

##### (postopek odločanja o izjemni odobritvi zdravstvene storitve)

1. Postopek o izjemni odobritvi zdravstvene storitve vodi in v njem odloči na prvi stopnji uradna oseba organizacijske enote Direkcije Zavoda, pristojna za zdravstvene storitve. Uradna oseba pri odločanju o izjemni odobritvi zdravstvene storitve pridobi mnenja in smernice iz prejšnjega člena.
2. O pritožbi zoper odločbo iz prejšnjega odstavka odloči Komisija za izjemno odobritev Zavoda, katere član ne more biti uradna oseba, ki je vodila postopek in odločila na prvi stopnji.
3. **člen**

##### (izjemna odobritev zdravila in živila)

1. Zavod lahko zavarovani osebi izjemoma odobri celotno ali delno plačilo ali povračilo stroškov zdravila ali živila, ki ni pravica:

* če ga zavarovana oseba rabi za zdravstveno obravnavo specifične bolezni ali motnje, ki ogroža njeno zdravje,
* in če se glede na njeno zdravstveno stanje pričakuje, da bo z izjemoma odobrenim zdravilom ali živilom prišlo do ozdravitve ali izboljšanja zdravstvenega stanja ali preprečitve ali upočasnitve njegovega poslabšanja, česar ni mogoče doseči z zdravilom ali živilom, ki je pravica.

1. Zavod odloča o izjemni odobritvi zdravila in živila na podlagi naslednjih meril:
2. merila za razvrstitev zdravila iz 2. točke drugega odstavka 262. člena in merila za razvrstitev živila iz 2. točke drugega odstavka 288. člena tega zakona;
3. merila za razvrstitev zdravila iz 3. točke drugega odstavka 262. člena in merila za razvrstitev živila iz 3. točke drugega odstavka 288. člena tega zakona;
4. merila za razvrstitev zdravila iz 5. točke drugega odstavka 262. člena tega zakona;
5. ekonomskega vidika zdravila in živila.
6. Ne glede na prvi in drugi odstavek tega člena predmet izjemne odobritve zdravila in živila ne more biti:
7. zdravilo in živilo za blažitev simptomov ali zdravstveno obravnavo bolezni ali motnje, ki jo je mogoče urediti ali pozdraviti s spremenjenim načinom življenja;
8. zdravilo, ki ga Zavod ni razvrstil na listo zdravil zaradi neizpolnjevanja merila za razvrstitev zdravila iz 2. ali 3. točke drugega odstavka 262. člena tega zakona in živilo, ki ga Zavod ni razvrstil na receptno listo zaradi neizpolnjevanja merila za razvrstitev živila iz 2. ali 3. točke drugega odstavka 288. člena tega zakona.
9. Plačilo in povračilo stroškov zdravila in živila na podlagi izjemne odobritve se lahko odobri kot enkratno plačilo ali povračilo stroškov zdravila in živila ali za daljše obdobje, in sicer v višini, ki jo Zavod določi ob upoštevanju meril iz drugega odstavka tega člena.
10. **člen**

##### (postopek odločanja o izjemni odobritvi zdravila in živila)

1. Postopek o izjemni odobritvi zdravila in živila vodi in v njem odloči na prvi stopnji uradna oseba organizacijske enote Direkcije Zavoda, pristojna za zdravila in živila.
2. O pritožbi zoper odločbo iz prejšnjega odstavka odloči Komisija za izjemno odobritev Zavoda, katere član ne more biti uradna oseba, ki je vodila postopek in odločila na prvi stopnji.
3. **člen**

##### (izjemna odobritev medicinskega in drugega pripomočka)

1. Zavod lahko zavarovani osebi izjemoma odobri celotno ali delno plačilo ali povračilo stroškov nakupa ali izposoje medicinskega ali drugega pripomočka (v nadaljnjem besedilu: izjemna odobritev medicinskega ali drugega pripomočka), ki:
2. ni na Seznamu pripomočkov;
3. je na Seznamu pripomočkov in ga zavarovana oseba po mnenju osebnega ali napotnega zdravnika potrebuje, vendar ne izpolnjuje vseh pogojev za njegovo pridobitev;
4. če zavarovana oseba zaradi zdravstvenega stanja potrebuje večjo količino pripomočka, kot je določena.
5. Izjemna odobritev medicinskega ali drugega pripomočka se lahko odobri zavarovani osebi, če:
6. ima zdravstveno stanje, ki zahteva pripomoček, ki ni pravica;
7. se pričakuje ozdravitev ali izboljšanje ali preprečitev ali upočasnitev nadaljnjega poslabšanja zdravstvenega stanja, česar v primeru iz 1. točke prejšnjega odstavka ni mogoče doseči s pripomočkom, ki je pravica, in
8. je namen uporabe medicinskega ali drugega pripomočka, kot ga je določil proizvajalec, skladen z zdravstvenim stanjem zavarovane osebe.
9. Če se izjemno odobri pripomoček, ki je pravica, se pri višini plačila in povračila njegovih stroškov upošteva vrednost pripomočka iz 242. člena tega zakona.
10. Če se izjemno odobri medicinski ali drug pripomoček, ki ga sicer zagotovi izvajalec sam v skladu s prvim odstavkom 107. člena tega zakona, ali če se izjemno odobri medicinski ali drug pripomoček, ki ni pravica, se pri višini plačila in povračila njegovih stroškov kot njegova cena upošteva najnižja cena ali znesek izposoje medicinskega ali drugega pripomočka, ki ga Zavod dogovori z vsaj tremi ali, če so na trgu manj kot trije, z vsemi pooblaščenimi prodajalci takega pripomočka na trgu Republike Slovenije.
11. **člen**

##### (postopek odločanja o izjemni odobritvi medicinskega in drugega pripomočka)

1. Postopek o izjemni odobritvi medicinskega ali drugega pripomočka vodi in v njem odloči na prvi stopnji uradna oseba organizacijske enote Direkcije Zavoda, pristojna za medicinske in druge pripomočke.
2. O pritožbi zoper odločbo iz prejšnjega odstavka odloči Komisija za izjemno odobritev Zavoda, katere član ne more biti uradna oseba, ki je vodila postopek in odločila na prvi stopnji.
3. **člen**

##### (uveljavljanje izjemne odobritve)

1. V postopkih odločanja o izjemni odobritvi iz 136., 138. in 140. člena tega zakona (v nadaljnjem besedilu: izjemna odobritev) se uporabljajo določbe tega zakona o postopku uveljavljanja pravic, če ni v tem pododdelku zakona drugače določeno.
2. Postopek odločanja o izjemni odobritvi se začne na podlagi vloge zavarovane osebe.
3. Izjemna odobritev se lahko odobri za naprej najdlje za 24 mesecev od izdaje odločbe za izjemno odobritev.
4. Izjemna odobritev se lahko odobri za nazaj najdlje za 12 mesecev od vložitve popolne vloge za izjemno odobritev.
5. Dedič zavarovane osebe lahko od Zavoda zahteva izplačilo povračila stroškov, če je pred smrtjo zavarovane osebe izdana dokončna odločba Zavoda, s katero je odobrena izjemna odobritev povračila stroškov, in so zavarovani osebi že nastali stroški, katerih povračilo je odobreno z dokončno odločbo Zavoda.
6. **člen**

##### (natančnejši način uveljavljanja izjemne odobritve)

Zavod določi natančnejšo opredelitev pogojev za izjemno odobritev in natančnejši postopek uveljavljanja izjemne odobritve.

## poglavje

### PRAVICA DO SPREMSTVA

1. **člen**

##### (pravica do spremstva)

1. Spremstvo je pravica zavarovane osebe, da jo na poti do izvajalca spremlja druga oseba (v nadaljnjem besedilu: spremljevalec), ker zaradi zdravstvenega stanja ali starosti ni sposobna sama potovati k izvajalcu.
2. Pravico do spremstva ima:
3. oseba do 18. leta starosti, če je zmerno, težje ali težko duševno ali telesno prizadeta;
4. oseba, ki prejema nadomestilo na podlagi zakona, ki ureja družbeno varstvo duševno in telesno prizadetih oseb;
5. odrasla osebe, ki je postavljena pod skrbništvo;
6. otrok do 15. leta starosti;
7. oseba, katere zdravstveno stanje zahteva spremstvo.
8. Spremljevalec je lahko oseba, ki ni vključena v OZZ.
9. **člen**

##### (postopek uveljavljanja pravice do spremstva)

1. Potrebo po spremstvu ugotovi pristojni zdravnik z izstavitvijo listine Zavoda zavarovani osebi, če bo spremljevalec uveljavil pravico do denarnega nadomestila ali če bo zavarovana oseba uveljavila pravico do povračila prevoznih stroškov.
2. Če je spremljevalec pristojni zdravnik ali pristojni zdravstveni delavec, ker zavarovana oseba med potjo potrebuje njegovo zdravstveno storitev, velja za povračilo prevoznih in drugih stroškov zaradi spremstva ureditev teh pravic pri izvajalcu, pri katerem dela, in njihovo plačilo zagotovi izvajalec sam.

## poglavje

### PRAVICA DO SOBIVANJA

1. **člen**

##### (pravica do sobivanja)

1. Sobivanje je pravica zavarovane osebe do 24 urnega bivanja druge osebe ob zavarovani osebi (v nadaljnjem besedilu: upravičenec do sobivanja) v času njene bolnišnične obravnave ali zdraviliške rehabilitacije, ki se izvaja na stacionarni način.
2. Pravico do sobivanja v času bolnišnične obravnave ima:
3. otrok do šestega leta starosti;
4. otrok in odrasla oseba, ki je postavljena pod skrbništvo, s težko možgansko okvaro, z rakavo boleznijo ali s posebno hudim poslabšanjem zdravstvenega stanja;
5. otrok in odrasla oseba, ki je postavljena pod skrbništvo, če je potrebno usposabljanje upravičenca do sobivanja za poznejšo medicinsko rehabilitacijo zavarovane osebe na domu zaradi njenega naslednjega zdravstvenega stanja:

* težje okvare ali poškodbe možganov ali hrbtenjače;
* kronične bolezni ali okvare;

1. oseba, ki doji.
2. Pravico do sobivanja iz 3. točke prejšnjega odstavka ima zavarovana oseba tudi v primeru enakega zdravstvenega stanja, če je usposabljanje upravičenca do sobivanja potrebno zaradi druge vrste medicinske rehabilitacije zavarovane osebe. Pravica do sobivanja iz 3. točke prejšnjega odstavka traja v posameznem primeru:
3. najdlje 30 dni v primeru iz prve alineje;
4. najdlje 14 dni v primeru iz druge alineje.
5. Pravico do sobivanja v času zdraviliške rehabilitacije, ki se izvaja na stacionarni način, ima zavarovana oseba iz 1., 2. in 4. točke drugega odstavka tega člena. Določbe tega zakona, ki veljajo za sobivanje v času bolnišnične obravnave, veljajo tudi za sobivanje v času zdraviliške rehabilitacije, ki se izvaja na stacionarni način.
6. Ne glede na 1., 2. in 4. točko drugega odstavka tega člena, zavarovana oseba nima pravice do sobivanja, če so podani razlogi, zaradi katerih to ne bi bilo v njeno korist ali korist otroka, ki ga doji.
7. Upravičenec do sobivanja je lahko oseba, ki ni vključena v OZZ.
8. Upravičenec do sobivanja v primeru iz 1., 2. in 3. točke drugega odstavka tega člena je en od staršev, njegov partner, bodoči posvojitelj, rejnik ali skrbnik. Upravičenec do sobivanja v primeru iz 4. točke drugega odstavka tega člena je otrok zavarovane osebe, ki ga doji.
9. Sobivanje vključuje prehrano in nastanitev upravičenca do sobivanja pri izvajalcu bolnišnične obravnave ali zdraviliške rehabilitacije, ki se izvaja na stacionarni način (v nadaljnjem besedilu: izvajalec sobivanja).
10. Če izvajalec sobivanja zaradi omejenih prostorskih zmogljivosti ne more zagotoviti nastanitve upravičencu do sobivanja, se prednost pri nastanitvi upravičenca do sobivanja presoja glede na zdravstveno stanje in starost zavarovane osebe, krajevno oddaljenost od prijavljenega prebivališča zavarovane osebe ali upravičenca do sobivanja in obstoj posebnih potreb zavarovane osebe.
11. Če izvajalec sobivanja zaradi omejenih prostorskih zmogljivosti ne more zagotoviti nastanitve upravičencu do sobivanja, mu zagotovi najmanj nepretrgano 12 urno sobivanje, v primeru iz 3. točke drugega odstavka tega člena pa tudi ves čas, ko se usposablja za poznejšo medicinsko rehabilitacijo zavarovane osebe na domu. Sobivanje iz prejšnjega stavka vključuje prehrano.
12. Standard prehrane in nastanitve iz osmega odstavka tega člena določi Zavod.
13. **člen**

##### (postopek uveljavljanja pravice do sobivanja)

Potrebo po sobivanju ugotovi pristojni zdravnik pri izvajalcu sobivanja z izstavitvijo listine Zavoda zavarovani osebi.

## poglavje

### PRAVICA DO DENARNEGA NADOMESTILA

## oddelek

### ZAVAROVANCI, RAZLOGI IN ZAČETEK PRAVICE DO DENARNEGA NADOMESTILA

1. **člen**

##### (pravica do denarnega nadomestila)

1. Zavarovanec iz 23., 24., 25., 26. in 27. člena tega zakona ima pravico do denarnega nadomestila v času začasne zadržanosti od dela zaradi:
2. bolezni in poškodbe izven dela;
3. darovanja in posledic darovanja delov človeškega telesa v korist tretje osebe;
4. posledic darovanja krvi;
5. izolacije in karantene;
6. nege;
7. spremstva;
8. sobivanja.
9. Zavarovanec ima pravico do denarnega nadomestila za delovne dni in delovne ure, ko je začasno zadržan od dela, kot tudi za praznike in druge dela proste dni, določene z zakonom.
10. Šteje se, da ima zavarovanec iz 24., 25., 26. in 27. člena tega zakona tedensko delovno obveznost razporejeno na pet delovnih dni od ponedeljka do petka.
11. **člen**

##### (pravica do denarnega nadomestila zaradi nege)

1. Zavarovanec ima pravico do denarnega nadomestila zaradi nege zavarovane osebe, ki je:
2. otrok;
3. odrasla oseba, ki je postavljena pod skrbništvo;
4. partner.
5. Pravico do denarnega nadomestila zaradi nege zavarovane osebe iz 1. in 2. točke prejšnjega odstavka ima en od staršev, njegov partner, bodoči posvojitelj, rejnik, ki ni poklicni rejnik, ali skrbnik zavarovane osebe, če zavarovanec, ki uveljavlja pravico, dejansko neguje in varuje zavarovano osebo ter nege ne more izvajati drug od staršev ali partner zavarovanca, ki lahko izvaja nego brez zadržanosti od dela, razen če zaradi upravičenega razloga nege ne more izvajati. Upravičenost razloga ugotavlja pristojni osebni zdravnik ali Zavod.
6. Pravica do denarnega nadomestila zaradi nege traja:
7. najdlje deset dni za nego:

* otroka od šestega leta starosti;
* partnerja;

1. najdlje 20 dni za nego:

* otroka do šestega leta starosti;
* zmerno, težje ali težko duševno ali telesno prizadetega otroka;
* odrasle osebe, ki je postavljena pod skrbništvo.

1. Pravica do denarnega nadomestila zaradi nege se lahko podaljša zaradi zdravstvenega stanja zavarovane osebe, da skupno traja:
2. najdlje 20 dni za nego zavarovane osebe iz 1. točke prejšnjega odstavka;
3. najdlje 40 dni za nego zavarovane osebe iz 2. točke prejšnjega odstavka;
4. šest mesecev ali več, če se nega otroka ali odrasle osebe, ki je postavljena pod skrbništvo, izvaja zaradi:

* težke možganske okvare;
* raka;
* posebno hudega poslabšanja kronične bolezni.

1. **člen**

##### (pravica do denarnega nadomestila zaradi sobivanja)

Zavarovanec ima pravico do denarnega nadomestila zaradi sobivanja dokler ima zavarovana oseba pravico do sobivanja.

1. **člen**

##### (dan začetka pravice do denarnega nadomestila)

1. Zavarovanec ima pravico do denarnega nadomestila:
2. od prvega delovnega dne začasne zadržanosti od dela zaradi razloga iz 2., 3., 4., 5., 6. in 7. točke prvega odstavka 148. člena tega zakona;
3. od 31. delovnega dne začasne nezmožnosti za delo zaradi razloga iz 1. točke prvega odstavka 148. člena tega zakona, razen v primeru iz 3. in 4. točke tega odstavka;
4. od prvega delovnega dne začasne nezmožnosti za delo zaradi razloga iz 1. točke prvega odstavka 148. člena tega zakona, potem ko je zaradi tega razloga isti delodajalec iz lastnih sredstev že izplačal zavarovancu nadomestilo plače za 120 delovnih dni v koledarskem letu zaradi začasne nezmožnosti za delo do 30 delovnih dni;
5. od prvega delovnega dne po prekinitvi začasne nezmožnosti za delo zaradi razloga iz 1. točke prvega odstavka 148. člena tega zakona, če gre za dve ali več zaporednih začasnih nezmožnosti za delo do 30 delovnih dni zaradi iste bolezni ali poškodbe izven dela in traja prekinitev med eno in drugo začasno nezmožnostjo za delo manj kot deset delovnih dni.
6. Za delodajalca iz 3. točke prejšnjega odstavka se šteje tudi zavezanec za prijavo zavarovancev iz petega odstavka 23. člena, 24., 25., 26. in 27. člena tega zakona.
7. **člen**

##### (denarno nadomestilo v primeru invalidnosti)

1. Zavarovanec, pri katerem je ugotovljena invalidnost na podlagi zakona, ki ureja pokojninsko in invalidsko zavarovanje, ima ob ugotovljeni začasni nezmožnosti za delo pravico do denarnega nadomestila od dneva izvršljivosti odločbe o ugotovljeni invalidnosti za toliko ur, kolikor znaša delovna obveznost zavarovanca na podlagi te odločbe.
2. ZPIZ v petih dneh od datuma izvršljivosti odločbe oziroma sodbe brezplačno posreduje Zavodu izvršljive odločbe in sodbe, ki se nanašajo na invalidnost zavarovanca, ki ima na podlagi tega zakona pravico do denarnega nadomestila med začasno zadržanostjo od dela.

## oddelek

### ODLOČANJE O ZAČASNI ZADRŽANOSTI OD DELA

1. **člen**

##### (ugotavljanje začasne zadržanosti od dela)

1. Zavarovanec je začasno zadržan od dela na podlagi ugotovitve osebnega zdravnika ali odločitve imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije.
2. Začasna nezmožnost za delo se ugotavlja glede na delo:
3. ki ga zavarovanec opravlja po pogodbi o zaposlitvi, na podlagi katere je zavarovan;
4. ki ga zavarovanec iz prejšnjega odstavka opravlja iz naslova opravljanja dejavnosti, na podlagi katere je zavarovan za pravico do denarnega nadomestila.
5. Ne glede na prejšnji odstavek se začasna nezmožnost za delo ugotavlja ob upoštevanju preostale delovne zmožnosti v skladu z izvršljivo odločbo ZPIZ.
6. Zavarovanec je začasno zadržan od dela v času:
7. rehabilitacije v zdravilišču, ki se izvaja na stacionarni način;
8. rehabilitacije v zdravilišču, ki se izvaja na ambulantni način, če je ne more opraviti izven delovnega časa;
9. opravljanja druge zdravstvene storitve pri napotnem zdravniku ali napotnem zdravstvenem delavcu, če je ne more opraviti izven delovnega časa.
10. Začasna zadržanost od dela se opredeli z datumom njenega začetka in zaključka.
11. **člen**

##### (pristojnost za odločanje o začasni zadržanosti od dela)

1. Osebni splošni zdravnik je pristojen za ugotavljanje začasne zadržanosti od dela zaradi:
2. bolezni in poškodbe izven dela do 30 dni, razen v primeru iz 3. in 4. točke prvega odstavka 151. člena tega zakona;
3. nege iz tretjega odstavka 149. člena tega zakona, če gre za nego zavarovane osebe od 18. leta starosti;
4. spremstva zavarovane osebe od 18. leta starosti;
5. razloga iz četrtega odstavka prejšnjega člena, če o njem ni odločil že imenovani zdravnik.
6. Osebni otroški zdravnik je pristojen za ugotavljanje začasne zadržanosti od dela zaradi:
7. sobivanja iz 1. točke drugega odstavka 146. člena tega zakona;
8. nege iz tretjega odstavka 149. člena tega zakona, če gre za nego zavarovane osebe do 18. leta starosti;
9. spremstva zavarovane osebe do 18. leta starosti.
10. Imenovani zdravnik je pristojen za odločanje o začasni zadržanosti od dela v primeru:
11. bolezni in poškodbe izven dela nad 30 dni ter v primeru iz 3. in 4. točke prvega odstavka 151. člena tega zakona;
12. darovanja in posledic darovanja delov človeškega telesa v korist tretje osebe;
13. posledic darovanja krvi;
14. izolacije in karantene;
15. nege iz četrtega odstavka 149. člena tega zakona;
16. sobivanja, razen iz 1. točke prejšnjega odstavka;
17. iz prvega odstavka 158. člena tega zakona,
18. iz tretjega odstavka 168. člena tega zakona;
19. iz drugega odstavka 167. člena tega zakona;
20. iz drugega odstavka 170. člena tega zakona.
21. **člen**

##### (ugotavljanje začasne zadržanosti od dela s strani osebnega zdravnika)

1. Začasna zadržanost od dela zaradi razloga iz prvega in drugega odstavka prejšnjega člena nastopi z dnem, ko osebni zdravnik ugotovi, da je podan razlog začasne zadržanosti od dela.
2. Osebni zdravnik lahko ugotovi zavarovančevo začasno zadržanost od dela za nazaj najdlje za tri dni od dneva, ko se je zavarovanec zglasil pri njem, razen če osebni zdravnik ni bil dosegljiv zaradi dela prostih dni, ki jih določa zakon, ki ureja praznike in dela proste dneve v Republiki Sloveniji, ko lahko ugotovi začasno zadržanost od dela daljšo od treh dni.
3. Če je bil zavarovanec v bolnišnični obravnavi, če je zbolel v tujini in v drugih utemeljenih primerih, ko ni mogel do osebnega zdravnika ali mu ni mogel sporočiti razlogov za začasno zadržanost od dela, imenovani zdravnik odloči o začasni zadržanosti od dela, daljši od treh dni.
4. **člen**

##### (ugotavljanje delazmožnosti pri specialistu medicine dela, prometa in športa)

1. Osebni zdravnik mora zavarovanca, ki je v bolniškem staležu dlje kot tri koledarske mesece zaradi bolezni ali poškodbe, pri kateri obstaja možnost dela na drugem delovnem mestu ali dela s skrajšanim delovnim časom, poslati na pregled zaradi ugotavljanja delazmožnosti k specialistu dela, prometa in športa, pooblaščenemu za zavarovančevo delovno organizacijo.
2. Specialist iz prejšnjega odstavka preveri, ali je delavec nezmožen za vsako delo, ali je zmožen za drugo delo znotraj delovne organizacije in ali je zmožen za skrajšani delovni čas za svoje ali drugo delo.
3. Če delodajalec delavcu ne zagotovi dela v skladu z ugotovitvijo specialista iz prejšnjega odstavka, preide nanj plačilo denarnega nadomestila v polovičnem ali celotnem znesku, in sicer v odvisnosti od ugotovljene delazmožnosti.
4. **člen**

##### (navodilo o ravnanju med začasno zadržanostjo od dela)

1. Zavarovanec se med začasno zadržanostjo od dela ravna po navodilu o ravnanju med začasno zadržanostjo od dela (režim življenja, strogo ležanje, počitek, sprehodi in podobno), ki mu ga da osebni zdravnik, imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija.
2. Zavarovanec, ki se med začasno zadržanostjo od dela zdravi na domu, je lahko odsoten z doma:
3. zaradi odhoda na zdravstveno storitev;
4. zaradi nujnih nakupov in drugih nujnih opravkov, če teh namesto njega ne more opraviti druga oseba;
5. ko je gibanje potrebno zaradi njegovega zdravstvenega stanja ali odsotnost z doma ne vpliva negativno na potek zdravljenja;
6. ko zanj skrbi oseba v kraju prijavljenega prebivališča te osebe.
7. Odhod zavarovanca izven kraja njegovega prijavljenega prebivališča zaradi razloga iz 3. in 4. točke prejšnjega odstavka predhodno odobri osebni zdravnik, ki je ugotovil začasno zadržanost od dela. Če je o začasni zadržanosti od dela odločil imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija, predhodno odobritev iz prejšnjega stavka da osebni zdravnik, ki je vložil predlog imenovanemu zdravniku.
8. Osebni zdravnik posreduje navodilo o ravnanju med začasno zadržanostjo od dela zavarovancu in njegovemu delodajalcu na njuno zahtevo v pisni obliki.
9. Če zavarovanec krši navodilo o ravnanju med začasno zadržanostjo od dela, ga imenovani zdravnik pozove na osebno obravnavo zaradi odločitve, ali so še podani razlogi za začasno zadržanost od dela.
10. **člen**

##### (presoja ugotovitve osebnega zdravnika o začasni zadržanosti od dela)

1. Zavarovanec in delodajalec, ki se ne strinja z ugotovitvijo osebnega zdravnika o zavarovančevi začasni zadržanosti od dela, lahko v treh delovnih dneh od dne, ko je bil z njo seznanjen, zahteva presojo ugotovitve osebnega zdravnika, o kateri odloči imenovani zdravnik.
2. Zahteva iz prejšnjega odstavka se vloži pri osebnem zdravniku, ki jo še isti dan posreduje imenovanemu zdravniku skupaj z zdravstveno dokumentacijo.
3. Ne glede na vloženo zahtevo iz prejšnjega odstavka, se zavarovanec ravna po navodilu osebnega zdravnika. Odločitev imenovanega zdravnika velja le za naprej, za nazaj pa le v primerih iz tretjega odstavka 165. člena tega zakona.
4. **člen**

##### (odločitev imenovanega zdravnika o začasni zadržanosti od dela)

1. Osebni zdravnik vloži predlog imenovanemu zdravniku še isti dan, če meni, da je pri zavarovancu podan razlog začasne zadržanosti od dela, o kateri odloča imenovani zdravnik od prvega delovnega dne.
2. Osebni zdravnik vloži predlog imenovanemu zdravniku vsaj tri dni pred iztekom začasne zadržanosti od dela, če meni, da je pri zavarovancu še podan razlog začasne zadržanosti od dela, o kateri odloča imenovani zdravnik.
3. Če je osebni zdravnik ob vložitvi predloga imenovanemu zdravniku dal zavarovancu navodilo naj ne opravlja delovnih obveznosti do prejema odločbe imenovanega zdravnika, se zavarovanec ravna po navodilu osebnega zdravnika in je za ta čas upravičeno začasno zadržan od dela.
4. Zavarovanec se ravna v skladu z odločbo imenovanega zdravnika od dneva njenega prejema.
5. Osebna obravnava zavarovanca pri imenovanem zdravniku se opravi, če imenovani zdravnik meni, da je potrebna, ali če to zahteva zavarovanec. Če se zavarovanec ne odzove na osebno obravnavo, imenovani zdravnik odloči na podlagi razpoložljive dokumentacije.
6. Odločba imenovanega zdravnika, ki jo prejme delodajalec, ne vsebuje podatkov o zdravstvenem stanju zavarovanca.
7. **člen**

##### (odločitev zdravstvene komisije o začasni zadržanosti od dela)

1. Če zdravstvena komisija v nasprotju z imenovanim zdravnikom odloči, da je podan razlog začasne zadržanosti od dela, njena odločitev velja za naprej, za nazaj pa najdlje od dneva, ki je določen v odločbi imenovanega zdravnika, razen če zdravstvena komisija določi, kdaj je nastopila začasna zadržanost od dela.
2. Če zdravstvena komisija v nasprotju z imenovanim zdravnikom odloči, da ni podan razlog začasne zadržanosti od dela, njena odločitev velja za naprej in ni mogoče odpraviti že uveljavljene začasne zadržanosti od dela.
3. Zavarovanec se ravna v skladu z odločbo zdravstvene komisije od dneva njenega prejema tudi, če je zoper njo vložena tožba.
4. Osebna obravnava zavarovanca pri zdravstveni komisiji se opravi, če zdravstvena komisija meni, da je potrebna, ali če to zahteva zavarovanec. Če se zavarovanec ne odzove na osebno obravnavo, zdravstvena komisija odloči na podlagi razpoložljive dokumentacije.
5. Odločba zdravstvene komisije, ki jo prejme delodajalec, ne vsebuje podatkov o zdravstvenem stanju zavarovanca.
6. **člen**

##### (vezanost na odločitev imenovanega zdravnika in zdravstvene komisije)

1. Odločba imenovanega zdravnika in zdravstvene komisije je za zavarovanca in osebnega zdravnika obvezna. Osebni zdravnik ne more ugotoviti pri zavarovancu začasne zadržanosti od dela zaradi iste bolezni ali poškodbe, če je imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija odločila, da ni več utemeljena in od izdaje zadnje odločbe še ni izteklo 30 dni.
2. Če osebni zdravnik v primeru iz prejšnjega odstavka meni, da je prišlo pri zavarovancu do nenadnega in nepričakovanega poslabšanja zdravstvenega stanja ali da ni prišlo do pričakovanega izboljšanja zdravstvenega stanja, še isti dan vloži predlog imenovanemu zdravniku.
3. **člen**

##### (nova dejstva po izdaji odločbe o začasni zadržanosti od dela)

1. Če po izdaji dokončne odločbe o začasni zadržanosti od dela nastanejo nova dejstva ali novi dokazi, ki sami zase ali v zvezi z že izvedenimi in uporabljenimi dokazi narekujejo izdajo drugačne odločbe, imenovani zdravnik lahko po uradni dolžnosti ali na podlagi zahteve zavarovanca obnovi postopek o začasni zadržanosti od dela, pri čemer že uveljavljene začasne zadržanost od dela, ki je bila odobrena s strani izbranega osebnega zdravnika ali imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije, ni mogoče odpraviti.
2. Z novo odločbo se lahko odloči o zavarovančevi začasni zadržanosti od dela za čas od izdaje odločbe dalje, za nazaj pa največ od dneva vložitve zahteve zavarovanca.
3. **člen**

##### (listina o začasni zadržanosti od dela)

1. Listino Zavoda o začasni zadržanosti od dela, s katero zavarovanec uveljavi denarno nadomestilo, izstavi osebni zdravnik na podlagi svoje ugotovitve ali odločbe imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije.
2. Osebni zdravnik izstavi listino o začasni zadržanosti od dela tudi v primeru, ko imenovani zdravnik še ni odločil o vloženem predlogu o začasni zadržanosti od dela, če je osebni zdravnik dal zavarovancu navodilo o ravnanju med začasno zadržanostjo od dela iz tretjega odstavka 157. člena tega zakona.
3. Listina o začasni zadržanosti od dela se izstavi v elektronski obliki preko informacijskega sistema Zavoda.
4. Zavod določi natančnejši način izstavitve iz prejšnjega odstavka, datum začetka uporabe elektronske storitve Zavoda iz prejšnjega odstavka in osebe, katerim se lahko listina iz prejšnjega odstavka vroči v papirni obliki.

## oddelek

### VIŠINA DENARNEGA NADOMESTILA

1. **člen**

##### (osnova za denarno nadomestilo)

1. Osnova za denarno nadomestilo je povprečje izplačanih mesečnih plač, osnov za plačilo prispevkov in izplačanih nadomestil v koledarskem letu pred letom, v katerem je nastala začasna zadržanost od dela.
2. Zavarovancu, ki ni imel plače, osnove za plačilo prispevkov ali nadomestil v obdobju iz prejšnjega odstavka, je osnova za denarno nadomestilo povprečni mesečni znesek izplačanih plač, osnov za plačilo prispevkov in izplačanih nadomestil v obdobju, v katerem je bil obvezno zavarovan, v tekočem koledarskem letu preden je bil začasno zadržan od dela.
3. Za zavarovanca, ki do nastopa začasne zadržanosti od dela še ni imel plače ali osnove za plačilo prispevkov ali nadomestil, je osnova za denarno nadomestilo plačilo, ki bi ga prejel, če bi delal, vendar ne manj kot je določeno v šestem odstavku in ne več kot je določeno v osmem odstavku 165. člena tega zakona.
4. Podatke o osnovi za odmero denarnega nadomestila Zavodu posreduje:
5. v primeru iz 169. člena tega zakona – delodajalec ob vložitvi zahteve za povračilo denarnega nadomestila;
6. v primeru iz 170. člena tega zakona – davčni organ;
7. v primeru iz 171. člena tega zakona – delodajalec ali delavec ob vložitvi zahteve za izplačilo denarnega nadomestila ali davčni organ.
8. Če podatkov, potrebnih za obračun denarnega nadomestila, ni moč pridobiti na način iz prejšnjega odstavka, se kot osnovo za denarno nadomestilo v primeru delovnega razmerja za polni delovni čas upošteva minimalno plačo, veljavno v obdobju iz prvega odstavka tega člena, ali njen sorazmerni del v primeru krajšega delovnega časa.
9. Osnova za denarno nadomestilo ves čas trajanja začasne zadržanosti od dela ostaja enaka in je enaka osnovi, ki se upošteva na prvi dan začasne zadržanosti od dela.
10. **člen**

##### (višina denarnega nadomestila)

1. Višina denarnega nadomestila je odvisna od osnove za denarno nadomestilo in razloga začasne zadržanosti od dela.
2. Denarno nadomestilo znaša 100 % osnove v primeru iz 2. in 3. točke prvega odstavka 148. člena tega zakona.
3. Denarno nadomestilo zaradi začasne nezmožnosti za delo v primerih iz 1. točke prvega odstavka 148. člena tega zakona znaša za prvih 12 mesecev nezmožnosti znotraj dveh let 80 % osnove, za nezmožnosti nad 12 mesecev v zadnjih dveh letih pa 60 % osnove.
4. Denarno nadomestilo zaradi začasne nezmožnosti za delo v primerih iz 4., 5., 6. in 7. točke prvega odstavka 148. člena tega zakona znaša 80 % osnove.
5. Denarno nadomestilo ne more biti nižje kot 80 % minimalne plače, določene v skladu z zakonom, ki ureja minimalno plačo (v nadaljnjem besedilu: minimalna plača), veljavne v času izplačila denarnega nadomestila.
6. Ne glede na prejšnji odstavek je za zavarovanca iz 25. člena tega zakona, pri katerem je osnova za plačilo prispevkov nižja od 80 % minimalne plače, najnižje denarno nadomestilo v višini osnove, po kateri je zavarovan.
7. Denarno nadomestilo ne more biti višje od plače, ki bi jo zavarovanec prejel, če bi delal, in od osnove, po kateri je zavarovan v času začasne zadržanosti od dela. Ne glede na prejšnji stavek denarno nadomestilo ne more biti višje kot dvainpolkratnik povprečne mesečne plače v Republiki Sloveniji v preteklem koledarskem letu.
8. Podatke o plači, ki bi jo zavarovanec prejel, če bi delal, Zavodu posreduje delodajalec. Če za mesec začasne zadržanosti od dela ni mogoče pridobiti podatka o plači, ki bi jo zavarovanec prejel, če bi delal, se upošteva minimalna plača, veljavna za mesec začasne zadržanosti od dela.
9. Najnižje denarno nadomestilo iz petega in šestega odstavka tega člena ter najvišje denarno nadomestilo iz sedmega odstavka tega člena se določi v sorazmernem delu glede na delovne ure in delovne dneve, ko je bil zavarovanec začasno zadržan od dela s pravico do denarnega nadomestila.
10. Denarno nadomestilo se ne valorizira.

## oddelek

### OMEJITEV PRAVICE DO DENARNEGA NADOMESTILA

1. **člen**

##### (denarno nadomestilo v primeru kršitve)

1. Zavarovanec nima pravice do izplačila denarnega nadomestila, če v času začasne zadržanosti od dela:
2. opravlja pridobitno delo;
3. brez utemeljenih razlogov odkloni ali odloži predlagano zdravstveno obravnavo in s tem podaljšuje začasno nezmožnost za delo;
4. se brez utemeljenega razloga ne odzove na osebno obravnavo v postopku uveljavljanja pravice iz OZZ ali pokojninskega in invalidskega zavarovanja;
5. ne ravna po navodilu o ravnanju med začasno zadržanostjo od dela.
6. Kot pridobitno delo iz 1. točke prejšnjega odstavka se šteje zaposlitev ali opravljanje dejavnosti. Kot zaposlitev se šteje vsako odvisno pravno razmerje, v katero je vključen zavarovanec pri opravljanju fizičnega ali intelektualnega dela, vključno z opravljanjem storitev in ustvarjanjem ali izvedbo avtorskega dela. Za zaposlitev se šteje tudi delo prokuristov, direktorjev in funkcionarjev. Za opravljanje dejavnosti se šteje neodvisno in samostojno opravljanje podjetniške, poklicne, kmetijske in gozdarske dejavnosti.
7. Zavarovancu nima pravice do izplačila denarnega nadomestila za celotni mesec, v katerem je bila storjena kršitev:
8. v primeru kršitve iz 1. točke prvega odstavka tega člena v višini neto denarnega nadomestila, skupaj s prispevki zavarovanca in zavezanca za obvezna socialna zavarovanja in akontacijo dohodnine (v nadaljnjem besedilu: bruto denarno nadomestilo);
9. v primeru kršitev iz 2., 3. in 4. točke prvega odstavka tega člena v višini neto denarnega nadomestila.
10. **člen**

##### (denarno nadomestilo v primeru neizpolnjevanja zdravstvenega pogoja ali neresničnih podatkov)

1. Zavarovanec nima pravice do izplačila bruto denarnega nadomestila:
2. če se je vključil v OZZ na podlagi pravnega razmerja, iz katerega uveljavlja pravico do denarnega nadomestila, čeprav je že ob vključitvi vedel, da ne izpolnjuje zdravstvenih pogojev za opravljanje dela, ker je razlog za njegovo začasno zadržanost od dela obstajal že pred vključitvijo;
3. če je podal neresnične podatke o svojem zdravstvenem stanju ali zdravstvenem stanju njegovega družinskega člana.
4. V primeru iz 1. točke prejšnjega odstavka lahko Zavod pošlje zavarovanca na zdravstveni pregled, na katerem se ugotovi, ali je bil ob vključitvi v OZZ zmožen za delo, na podlagi katerega se je vključil v to zavarovanje.
5. Stroške zdravstvenega pregleda iz prejšnjega odstavka krije Zavod.
6. **člen**

##### (neizplačilo in vračilo neupravičeno prejetega denarnega nadomestila)

1. V primeru iz 166. in 167. člena tega zakona in v drugih primerih, ko zavarovanec nima pravice do denarnega nadomestila, Zavod izda odločbo o neizplačilu denarnega nadomestila, ki se vroči zavarovancu in delodajalcu.
2. Če je bilo denarno nadomestilo v primeru iz prejšnjega odstavka izplačano ali če je imel zavarovanec pravico do izplačila nižjega denarnega nadomestila od izplačanega, Zavod izda odločbo o vračilu neupravičeno prejetega denarnega nadomestila, s katero zavarovancu naloži obveznost njegovega vračila v 30 dneh od dokončnosti odločbe.
3. Zavod lahko odloči, da se preplačilo povrne v obrokih, največ v roku enega leta.
4. Če zavarovanec nima pravice do bruto denarnega nadomestila, pristojni davčni organ v skladu z zakonom, ki ureja davčni postopek, vrne Zavodu ali delodajalcu prispevke zavarovanca in zavezanca za plačilo prispevkov za obvezna socialna zavarovanja, plačane iz naslova vrnjenega denarnega nadomestila, in na vrnjeno denarno nadomestilo plačano akontacijo dohodnine.
5. V primeru iz prejšnjega odstavka zavarovanec sam plača prispevke zavarovanca in zavezanca za socialna zavarovanja od denarnega nadomestila iz prejšnjega odstavka.
6. Podatke o višini denarnega nadomestila Zavodu posreduje delodajalec. Če zavarovanec ni več v delovnem razmerju pri delodajalcu, ki je zavarovancu izplačal denarno nadomestilo, delodajalec Zavodu na njegovo zahtevo posreduje podatke o višini neto denarnega nadomestila, ki ga nato zavarovanec vrne Zavodu v skladu s prejšnjim odstavkom.

## oddelek

### IZPLAČILO DENARNEGA NADOMESTILA

1. **člen**

##### (povračilo denarnega nadomestila delodajalcu)

1. Zavarovancu iz prvega, drugega, tretjega in četrtega odstavka 23. člena tega zakona izplača denarno nadomestilo delodajalec v skladu z zakonom, ki ureja delovna razmerja.
2. Zavod povrne delodajalcu izplačano denarno nadomestilo v 30 dneh po predložitvi podatkov, potrebnih za njegovo povračilo, ki jih določi Zavod.
3. Zavod delodajalcu ne povrne denarnega nadomestila:
4. če ga ni izplačal zavarovancu;
5. če ni izkazal, da ga je zavarovancu izplačal v skladu s 3. točko prvega odstavka 151. člena tega zakona ali, če ni izkazal, da gre za primer iz 4. točke prvega odstavka 151. člena tega zakona;
6. če o začasni zadržanosti od dela ni odločal osebni zdravnik ali Zavod v skladu s tem zakonom;
7. za čas, ko je delavcu za nazaj vzpostavljeno delovno razmerje na podlagi sodbe, sodne ali izvensodne poravnave ali v okviru postopkov alternativnega reševanja sporov.
8. **člen**

##### (izplačilo denarnega nadomestila zavarovancu)

1. Zavarovanec iz petega odstavka 23. člena, 24, 25., 26. in 27. člena tega zakona lahko zahteva izplačilo denarnega nadomestila prvi dan v mesecu po izteku meseca, v katerem je bil začasno zadržan od dela.
2. Prejšnji odstavek velja tudi za zavarovanca, za katerega se v skladu s pravnim redom EU uporablja zakonodaja Republike Slovenije, če je zavarovan po eni od podlag iz prejšnjega odstavka.
3. Zavod izplača denarno nadomestilo iz prvega in drugega odstavka tega člena, zmanjšano za davke in prispevke, v 15 dneh po predložitvi popolne vloge.
4. **člen**

##### (neposredno izplačilo denarnega nadomestila delavcu)

1. Če delodajalec delavcu ne izplača denarnega nadomestila v zakonsko določenem ali pogodbeno dogovorjenem roku, Zavod na zahtevo delavca ali njegovega delodajalca, delavcu neposredno izplača dospelo neizplačano denarno nadomestilo, če:
2. delodajalec zaradi nelikvidnosti ne izplača denarnega nadomestila,
3. ima delodajalec blokiran račun,
4. je nad delodajalcem uveden postopek stečaja ali
5. je delodajalec izbrisan iz poslovnega registra.
6. Delodajalec zahtevo iz prejšnjega odstavka vloži v osmih dneh po izteku meseca, v katerem je denarno nadomestilo dospelo v izplačilo. Če delavec po izteku tega roka ne prejme pisnega obvestila delodajalca o vložitvi zahteve, lahko zahtevo vloži sam.
7. Zavod neposredno izplača denarno nadomestilo, zmanjšano za davke in prispevke, v 15 dneh po predložitvi popolne vloge.
8. Delavec nima pravice do neposrednega izplačila celotnega ali ustreznega dela denarnega nadomestila, če mu je bila terjatev iz tega naslova v celoti ali delno poravnana pred izplačilom denarnega nadomestila.
9. **člen**

##### (način in postopek za obračun in izplačilo denarnega nadomestila)

Zavod določi način in postopke za obračun in izplačilo denarnega nadomestila.

1. **člen**

##### (elektronsko vlaganje zahtevka za povračilo denarnega nadomestila)

1. Delodajalec iz 169. člena in zavarovanec iz 170. člena tega zakona vlaga zahtevke za povračilo oziroma izplačilo denarnega nadomestila v elektronski obliki prek sistema za podporo poslovnim subjektom.
2. Zahtevki iz prejšnjega odstavka se ne vlagajo na točki za podporo poslovnim subjektom.
3. Zavod določi datum začetka uporabe prvega odstavka tega člena.

## poglavje

### PRAVICA DO POVRAČILA PREVOZNIH STROŠKOV

1. **člen**

##### (pravica do povračila prevoznih stroškov)

1. Zavarovana oseba ima pravico do povračila prevoznih stroškov v primeru:
2. uveljavljanja pravic do zdravstvenih storitev pri izvajalcu v drugem kraju, ker v kraju njenega prijavljenega prebivališča ali njene zaposlitve ni izvajalca;
3. osebne obravnave pri imenovanem zdravniku in zdravstveni komisiji, ki je izven kraja njenega prijavljenega prebivališča ali njene zaposlitve, za katero je imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija ocenila, da je utemeljena;
4. odobrenega spremstva za prevozne stroške spremljevalca;
5. odobrenega sobivanja za prevozne stroške upravičenca do sobivanja.
6. Ne glede na 1. točko prejšnjega odstavka zavarovana oseba nima pravice do povračila prevoznih stroškov zaradi:
7. izdaje zdravila, živila, medicinskega in drugega pripomočka;
8. uveljavljanja pravic do zdravstvenih storitev pri napotnem zdravniku zaradi poškodbe izven dela;
9. uveljavljanja pravice do stomato-protetičnih storitev in stomato-protetičnih pripomočkov odrasle zavarovane osebe;
10. uveljavljanja ambulantne rehabilitacije v zdravilišču.
11. **člen**

##### (povračilo prevoznih stroškov zavarovane osebe)

Zavarovana oseba iz 1. in 2. točke prvega odstavka prejšnjega člena ima pravico do povračila prevoznih stroškov za razdaljo od kraja prijavljenega prebivališča ali kraja zaposlitve do najbližjega izvajalca oziroma do imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije in nazaj.

1. **člen**

##### (povračilo prevoznih stroškov za spremljevalca)

Zavarovana oseba, ki ji je v primeru iz 1. in 2. točke prvega odstavka 174. člena tega zakona odobreno spremstvo, ima pravico do povračila prevoznih stroškov za spremljevalca, ki potuje:

1. z zavarovano osebo v času spremstva;
2. sam od izvajalca, h kateremu je spremljal zavarovano osebo, in sam k izvajalcu po zavarovano osebo,

za razdaljo od kraja prijavljenega prebivališča ali kraja zaposlitve zavarovane osebe do kraja najbližjega izvajalca.

1. **člen**

##### (povračilo prevoznih stroškov za upravičenca do sobivanja)

1. Zavarovana oseba, ki ji je odobreno sobivanje, ima pravico do povračila prevoznih stroškov, ki jih ima upravičenec do sobivanja, če se sobivanje izvaja izven kraja njegovega prijavljenega prebivališča.
2. Če zavarovana oseba iz prejšnjega odstavka uveljavi pravico iz 180. člena tega zakona, ima pravico do povračila prevoznih stroškov, ki jih ima upravičenec do sobivanja za razdaljo od kraja izvajalca sobivanja do najbližjega kraja nastanitve in nazaj, če v kraju izvajalca sobivanja ni mogoče zagotoviti nastanitve.
3. Če zavarovana oseba iz prvega odstavka tega člena ne uveljavi pravice iz 180. člena tega zakona, ima pravico do povračila prevoznih stroškov, ki jih ima upravičenec do sobivanja za razdaljo od kraja izvajalca sobivanja do kraja prijavljenega prebivališča in nazaj, če njihovo povračilo ne bi preseglo povračila stroškov iz 180. člena tega zakona.
4. Če zaradi koristi otroka, ki se doji, zavarovana oseba nima pravice do sobivanja iz 1. ali 4. točke drugega odstavka 146. člena tega zakona, ima pravico do povračila prevoznih stroškov za prinašanje materinega mleka za razdaljo od kraja prijavljenega prebivališča do kraja izvajalca sobivanja in nazaj.
5. **člen**

##### (višina povračila prevoznih stroškov)

1. Prevozni stroški iz 174., 175. in 176. člena tega zakona se povrnejo v višini:
2. cene javnega prevoza, ki ni avtotaksi prevoz, kot izhaja iz vozne karte ali drugega dokazila o njegovem plačilu;
3. cene avtotaksi prevoza, kot izhaja iz dokazila o njegovem plačilu, vendar ne več kot bi znašala kilometrina iz 3. točke tega odstavka;
4. kilometrine, ki je enaka ceni 10 % cene litra neosvinčenega motornega bencina – 95 oktanov, veljavni v času potovanja. Kilometrina se povrne, če je prevoz opravljen z osebnim vozilom, ali če ni predloženo dokazilo o plačilu prevoza z javnim ali avtotaksi prevozom.
5. V primerih iz prejšnjega odstavka se obračun prevoznih stroškov za potovanja, opravljena v istem mesecu, zmanjša za 3 % minimalne plače, veljavne v mesecu opravljenega potovanja.
6. Ne glede na prejšnji odstavek ima zavarovana oseba pravico do povračila prevoznih stroškov, ki so nastali spremljevalcu iz 176. člena tega zakona in upravičencu do sobivanja, v višini, kot izhaja iz vozne karte, če potuje z javnim prevozom, ki ni avtotaksi prevoz, v drugih primerih pa v višini iz prvega in drugega odstavka tega člena. Če zavarovana oseba in spremljevalec skupaj potujeta k izvajalcu z osebnim vozilom ali avtotaksi prevozom, se njun skupni prevozni strošek povrne v višini enkratnega zneska.
7. Če se prevozni stroški iz 174., 175. in 176. člena tega zakona povrnejo za razdaljo od kraja ali do kraja prijavljenega prebivališča in ima oseba več prijavljenih prebivališč, se upošteva kraj prijavljenega prebivališča, ki je bližje kraju od katerega ali do katerega potuje.
8. Kraj zaposlitve iz 174. in 175. člena tega zakona se upošteva, če je zavarovana oseba na dan potovanja opravljala delo, na podlagi katerega je obvezno zavarovana, in je ta kraj bližji kraju od katerega ali do katerega potuje kot kraj prijavljenega prebivališča iz prejšnjega odstavka.
9. Ne glede na četrti in peti odstavek tega člena se pri povračilu prevoznih stroškov upošteva razdalja od kraja, iz katerega je oseba dejansko potovala, in do kraja, v katerem je oseba dejansko zaključila potovanje, če je ta kraj bližji od kraja iz četrtega ali petega odstavka tega člena.
10. Pri povračilu prevoznih stroškov iz tega člena se upošteva najkrajša razdalja med krajema od katerega ali do katerega se potuje po daljinomeru za ugotavljanje najkrajše razdalje, ki ga določi Zavod.
11. **člen**

##### (postopek uveljavljanja pravice do povračila prevoznih stroškov)

1. Potrebo po prevozu ugotovi pristojni zdravnik z izstavitvijo listine Zavoda zavarovani osebi.
2. O pravici do povračila prevoznih stroškov odloči Zavod na podlagi vloge zavarovane osebe.

## poglavje

### PRAVICA DO POVRAČILA STROŠKOV NASTANITVE

1. **člen**

##### (pravica do povračila stroškov nastanitve)

1. Zavarovana oseba, ki ji je odobreno sobivanje, ima pravico do povračila stroškov nastanitve, ki jih ima upravičenec do sobivanja, če se sobivanje izvaja izven kraja njegovega prijavljenega prebivališča in mu izvajalec sobivanja ne zagotovi nastanitve zaradi omejenih prostorskih zmogljivosti.
2. Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov nastanitve iz prejšnjega odstavka v višini dejanskih stroškov, vendar ne več kot trikratno višino dnevnice, ki se plačuje javnim uslužbencem.
3. Pravica iz tega člena se izključuje s pravico iz tretjega odstavka 177. člena tega zakona.
4. **člen**

##### (postopek uveljavljanja pravice do povračila stroškov nastanitve)

1. Potrebo po nastanitvi ugotovi pristojni zdravnik pri izvajalcu sobivanja z izstavitvijo listine Zavoda zavarovani osebi.
2. O pravici do povračila stroškov nastanitve odloči Zavod na podlagi vloge zavarovane osebe.

## poglavje

### PRAVICA DO ZDRAVSTVENIH STORITEV V TUJINI

## oddelek

### PRAVICA DO ZDRAVSTVENIH STORITEV V TUJINI

1. **člen**

##### (pravica do zdravstvenih storitev v tujini)

1. Zavarovana oseba ima pravico do zdravstvenih storitev v času začasnega in stalnega prebivanja v tujini in pravico do načrtovanih zdravstvenih storitev v tujini, na podlagi tega zakona, pravnega reda EU in mednarodnega sporazuma.
2. Zdravstvena storitev se v tujini uveljavi v standardu tujega izvajalca, če ni s tem zakonom drugače določeno.
3. **člen**

##### (nadaljevanje zdravstvene obravnave v Republiki Sloveniji)

Zavarovana oseba, ki uveljavi pravico do zdravstvenih storitev v tujini, ima v Republiki Sloveniji enake pravice, kot če bi zdravstveno storitev uveljavila v Republiki Sloveniji.

1. **člen**

##### (preračun tuje valute)

Račun za zdravstveno storitev v tujini, izstavljen v tuji valuti, se preračuna po referenčnem tečaju Evropske centralne banke oziroma mesečni tečajnici Banke Slovenije, za tečaje za katere Evropska centralna banka ne objavlja referenčne tečaje, veljavnem na dan izstavitve računa.

## oddelek

### PRAVICA DO ZDRAVSTVENIH STORITEV V ČASU

### ZAČASNEGA IN STALNEGA PREBIVANJA V TUJINI

1. **člen**

##### (pravica do zdravstvenih storitev v času začasnega in stalnega prebivanja v tujini)

1. Zavarovana oseba ima pravico do zdravstvenih storitev v tujini v:
2. drugih državah, v katerih velja pravni red EU;
3. državah, s katerimi so sklenjeni mednarodni sporazumi;
4. tretjih državah.
5. Zavarovana oseba ima pravico do zdravstvenih storitev v tujini v času začasnega prebivanja v državi iz prejšnjega odstavka, če je:
6. napotena na delo v tujino;
7. na zasebnem potovanju v tujini;
8. na izobraževanju v tujini;
9. zaposlena v tujini.
10. Zavarovana oseba ima pravico do zdravstvenih storitev v tujini v času stalnega prebivanja v drugi državi, v kateri velja pravni red EU ali s katero je sklenjen mednarodni sporazum, če je:
11. zaposlena ali samozaposlena oseba in stalno prebiva v drugi državi, v kateri velja pravni red EU;
12. upokojenec, ki stalno prebiva v drugi državi, v kateri velja pravni red EU, ali v državi, s katero je sklenjen mednarodni sporazum;
13. družinski član zavarovane osebe iz 1. in 2. točke tega odstavka, ki stalno prebiva v drugi državi, v kateri velja pravni red EU, ali v državi, s katero je sklenjen mednarodni sporazum.
14. **člen**

##### (začasno prebivanje v drugi državi, v kateri velja pravni red EU)

1. Zavarovana oseba ima v času začasnega prebivanja zaradi napotitve na delo v drugo državo, v kateri velja pravni red EU, ali zaradi zasebnega potovanja ali izobraževanja v drugi državi, v kateri velja pravni red EU, pravico do zdravstvenih storitev, ki so potrebne iz medicinskih razlogov, upoštevajoč naravo zdravstvenih storitev in pričakovano dolžino začasnega prebivanja v drugi državi ali pravico do povračila stroškov teh zdravstvenih storitev.
2. OZZ krije stroške zdravstvene storitve iz prejšnjega odstavka in kot njihov sestavni del tudi predpisana zdravila, živila, medicinske in druge pripomočke v višini stroškov nosilca zavarovanja države, v kateri je opravljena.
3. **člen**

##### (začasno prebivanje v državi, s katero je sklenjen mednarodni sporazum)

1. Zavarovana oseba ima v času začasnega prebivanja zaradi zasebnega potovanja ali izobraževanja v državi, s katero je sklenjen mednarodni sporazum, pravico do nujnih zdravstvenih storitev, ki jih ni mogoče odložiti, ne da bi bilo pri tem ogroženo življenje ali zdravje osebe ali pravico do povračila stroškov teh zdravstveni storitev.
2. Zavarovana oseba ima v času začasnega prebivanja zaradi napotitve na delo v državo, s katero je sklenjen mednarodni sporazum, pravico do zdravstvenih storitev v obsegu OZZ v skladu z zakonodajo države, v kateri uveljavlja zdravstvene storitve, ali pravico do povračila stroškov teh zdravstvenih storitev.
3. OZZ krije stroške zdravstvene storitve iz prvega in drugega odstavka tega člena in kot njihov sestavni del tudi predpisana zdravila, živila, medicinske in druge pripomočke v višini stroškov nosilca zavarovanja države, v kateri je opravljena zdravstvena storitev.
4. **člen**

##### (začasno prebivanje v tretji državi)

1. Zavarovana oseba ima v času začasnega prebivanja zaradi zasebnega potovanja ali izobraževanja v tretji državi pravico do zdravstvenih storitev v obsegu nujnih zdravstvenih storitev OZZ v Republiki Sloveniji ali pravico do povračila stroškov teh zdravstvenih storitev.
2. Zavarovana oseba ima v času začasnega prebivanja zaradi napotitve na delo v tretjo državo pravico do povračila stroškov zdravstvenih storitev v obsegu OZZ v Republiki Sloveniji.
3. Zavarovana oseba ima v primeru zaposlitve v tretji državi pravico do povračila stroškov zdravstvenih storitev v obsegu OZZ v Republiki Sloveniji.
4. OZZ krije stroške zdravstvene storitve iz prvega, drugega in tretjega odstavka tega člena in kot njihov sestavni del tudi predpisana zdravila, živila. medicinske in druge pripomočke, in sicer v višini povprečne cene zdravstvene storitve v Republiki Sloveniji, vrednosti zdravila iz 236. člena, vrednosti živila iz 237. člena in vrednosti pripomočka iz 239. člena tega zakona, veljavne na dan opravljene zdravstvene storitve.
5. **člen**

##### (stalno prebivanje v drugi državi, v kateri velja pravni red EU)

1. Zavarovana oseba iz tretjega odstavka 185. člena tega zakona, ki stalno prebiva v drugi državi, v kateri velja pravni red EU, ima pravico do zdravstvenih storitev v skladu z zakonodajo države, kjer stalno prebiva.
2. Zavarovana oseba iz 1. točke tretjega odstavka 185. člena tega zakona ima pravico do zdravstvenih storitev tudi v Republiki Sloveniji, kjer opravlja dejavnost zaposlene ali samozaposlene osebe.
3. Zavarovana oseba iz tretjega odstavka 185. člena tega zakona ima v času začasnega prebivanja:
4. v drugih državah, v katerih velja pravni red EU, pravico do zdravstvenih storitev, ki so potrebne iz medicinskih razlogov, upoštevajoč naravo zdravstvenih storitev in pričakovano dolžino začasnega prebivanja v drugi državi, ali pravico do povračila stroškov teh zdravstvenih storitev;
5. v državah, s katerimi je sklenjen mednarodni sporazum, pravico do nujnih zdravstvenih storitev, ki jih ni mogoče odložiti ne da bi bilo pri tem ogroženo življenje ali zdravje osebe, ali pravico do povračila stroškov teh zdravstvenih storitev;
6. v tretjih državah pravico do zdravstvenih storitev v obsegu nujnih zdravstvenih storitev OZZ v Republiki Sloveniji ali pravico do povračila stroškov teh zdravstvenih storitev.
7. OZZ krije stroške zdravstvene storitve in kot njihov sestavni del tudi predpisana zdravila, živila, medicinske in druge pripomočke, in sicer:
8. v primeru iz 1. in 2. točke prejšnjega odstavka v višini stroškov nosilca zavarovanja države, v kateri je opravljena zdravstvena storitev;
9. v primeru iz 3. točke prejšnjega odstavka v višini povprečne cene zdravstvene storitve v Republiki Sloveniji, vrednosti zdravila iz 239. člena, vrednosti živila iz 240. člena in vrednosti pripomočka iz 242. člena tega zakona, veljavne na dan opravljene zdravstvene storitve.
10. Zavarovana oseba iz 2. in 3. točke tretjega odstavka 185. člena tega zakona, ki stalno prebiva v drugi državi, v kateri velja pravni red EU, ima v času začasnega prebivanja v Republiki Sloveniji pravico do zdravstvenih storitev v obsegu OZZ v Republiki Sloveniji.
11. **člen**

##### (stalno prebivanje v državi, s katero je sklenjen mednarodni sporazum)

1. Zavarovana oseba, ki stalno prebiva v državi, s katero je sklenjen mednarodni sporazum, razen osebe iz 1. točke tretjega odstavka 185. člena tega zakona, ima pravico do zdravstvenih storitev v skladu z zakonodajo države stalnega prebivanja.
2. Zavarovana oseba iz prejšnjega odstavka ima v času začasnega prebivanja v drugi državi, v kateri velja pravni red EU, ali v državi, s katero je sklenjen mednarodni sporazum, ali v tretji državi pravico do zdravstvenih storitev v skladu z zakonodajo države stalnega prebivališča.
3. Zavarovana oseba iz 2. in 3. točke tretjega odstavka 185. člena tega zakona, ima v času začasnega prebivanja v Republiki Sloveniji pravico do zdravstvenih storitev v obsegu nujnih zdravstvenih storitev OZZ v Republiki Sloveniji.
4. **člen**

##### (postopek uveljavljanja pravice do zdravstvenih storitev v času začasnega prebivanja v tujini)

1. Zavarovani osebi izda Zavod na njeno zahtevo listino, s katero lahko uveljavlja pravico do zdravstvenih storitev med začasnim prebivanjem v tujini, če odhaja v drugo državo, v kateri velja pravni red EU, ali s katero je sklenjen mednarodni sporazum.
2. Zavod izda listino zavarovani osebi:
3. osebi,ki je napotena na delo v tujino, in njenim družinskim članom največ za čas predvidenega dela v tujini;
4. osebi, ki študira ali je na strokovnem izpopolnjevanju v tujini, nima pa lastnosti delavca, največ za čas izobraževanja v tujini;
5. osebi za čas začasnega prebivanju v tujini za eno leto;
6. upokojencu in po njem zavarovanem družinskem članu ter otroku do 18. leta, za pet let.

## oddelek

### PRAVICA DO NAČRTOVANE ZDRAVSTVENE STORITVE V TUJINI

1. **člen**

##### (pravica do načrtovane zdravstvene storitve v tujini)

Zavarovana oseba ima pravico do načrtovane zdravstvene storitve:

1. v tujini zaradi izčrpane možnosti v Republiki Sloveniji;
2. v drugi državi, v kateri velja pravni red EU, zaradi preseganja najdaljše dopustne čakalne dobe ali razumnega časa;
3. v drugi državi članici EU zaradi uveljavljanja čezmejnega zdravstvenega varstva (v nadaljnjem besedilu: čezmejno zdravstveno varstvo);
4. v tujini zaradi motnje v preskrbi z zdravilom ali živilom.

## pododdelek

### PRAVICA DO ZDRAVSTVENE STORITVE V TUJINI ZARADI IZČRPANE MOŽNOSTI

### V REPUBLIKI SLOVENIJI

1. **člen**

##### (pravica do zdravljenja in izdelave pripomočkov v tujini

##### zaradi izčrpane možnosti v Republiki Sloveniji)

1. Zavarovana oseba ima pravico do zdravljenja v tujini ali pravico do povračila njegovih stroškov, če zdravljenja ni mogoče zagotoviti pri vsaj enem izvajalcu. Zdravljenje v tujini se opravi v standardu tujega izvajalca, ki je enak ali višji kot je ta opredeljen iz OZZ v Republiki Sloveniji. Standard tujega izvajalca vključuje tudi zaradi zdravljenja predpisana zdravila in živila ter medicinske in druge pripomočke, ki niso sestavni del OZZ v Republiki Sloveniji.
2. Zavarovana oseba ima pravico do pripomočka, izdelanega zanjo v tujini, ali pravico do povračila stroškov v tujini zanjo izdelanega pripomočka, če izdelave ni mogoče zagotoviti pri vsaj enem dobavitelju ali proizvajalcu pripomočka. Pripomoček se izdela v tujini v standardu tujega izdelovalca pripomočka, ki je enak ali višji, kot je ta opredeljen iz OZZ v Republiki Sloveniji.
3. Izvajanje storitve zdravljenja po metodi, ki se ne opravlja pri izvajalcu, ni razlog za uveljavljanje pravice iz prvega odstavka tega člena, če se pri izvajalcu izvaja storitev zdravljenja po metodi, ki je določena v Seznamu zdravstvenih storitev.
4. Porušeno zaupanje med zavarovano osebo in izvajalcem oziroma med zavarovano osebo in dobaviteljem ali proizvajalcem pripomočka ni razlog za uveljavljanje pravice iz prvega oziroma drugega odstavka tega člena.
5. OZZ krije stroške zdravljenja v tujini iz prvega odstavka in pripomočka, izdelanega za posamezno zavarovano osebo v tujini iz drugega odstavka tega člena, v višini dejanskih stroškov v državi, v kateri je opravljeno zdravljeno oziroma izdelan pripomoček.
6. Zavarovana oseba, ki ji je bilo odobreno zdravljenje v tujini iz prvega odstavka ali izdelava pripomočka v tujini iz drugega odstavka tega člena, vendar iz neutemeljenih razlogov te pravice ni realizirala v skladu z odločbo Zavoda, nima pravice do ponovnega enakovrstnega zdravljenja v tujini zaradi enakega zdravstvenega stanja oziroma do izdelave istovrstnega pripomočka v tujini niti do povračila stroškov na podlagi prvega oziroma drugega odstavka tega člena.

## pododdelek

### PRAVICA DO ZDRAVSTVENE STORITVE V DRUGI DRŽAVI, V KATERI VELJA PRAVNI RED EU, ZARADI PRESEGANJA NAJDALJŠE DOPUSTNE ČAKALNE DOBE ALI RAZUMNEGA ČASA

1. **člen**

##### (pravica do zdravstvene storitve v drugi državi, v kateri velja pravni red EU, zaradi preseganja najdaljše dopustne čakalne dobe ali razumnega časa)

1. Zavarovana oseba ima na podlagi Uredbe 883/2004ES in Uredbe 987/2009/ES pravico do zdravstvene storitve v mreži javne zdravstvene službe druge države, v kateri velja pravni red EU, ali pravico do povračila stroškov za zdravstvene storitve, ki so pravica iz OZZ:
2. če ji je bila pri vpisu v čakalni seznam izvajalca določena čakalna doba, ki presega najdaljšo dopustno čakalno dobo in zdravstvene storitve ni mogoče uveljaviti v okviru najdaljše dopustne čakalne dobe pri vsaj enem izvajalcu;
3. če ji je bila pri vpisu v čakalni seznam izvajalca določena čakalna doba, ki ne presega najdaljše dopustne čakalne dobe, presega pa razumen čas glede na njeno zdravstveno stanje.
4. Pravica iz prejšnjega odstavka ne vključuje zdravstvenih storitev, ki jih opravlja osebni zdravnik.
5. Zdravstvena storitev iz prvega odstavka tega člena se opravi v standardu tujega izvajalca, ki je enak ali višji kot je ta opredeljen za zdravstveno storitev iz OZZ.
6. Ne glede na prvi odstavek 79. člena tega zakona pred izdelavo stomato-protetičnih pripomočkov na podlagi tega člena ni treba predložiti Zavodu v potrditev predloga stomato-protetičnega zdravljenja. V tem primeru Zavod v postopku odločanja o povračilu stroškov zdravstvene storitve odloči o pravici do stomato-protetičnih pripomočkov tudi ob upoštevanju prvega odstavka 79. člena tega zakona.
7. OZZ krije stroške zdravstvene storitve iz prvega odstavka tega člena v višini dejanskih stroškov v drugi državi, v kateri je opravljena zdravstvena storitev, vendar ne več kot znašajo njeni stroški v mreži javne zdravstvene službe te države, v kateri velja pravni red EU.

## pododdelek

### PRAVICA DO ČEZMEJNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

1. **člen**

##### (pravica do čezmejnega zdravstvenega varstva)

1. Zavarovana oseba ima v skladu z Direktivo 2011/24/EU pravico do povračila stroškov zdravstvene storitve, ki je pravica iz OZZ in jo uveljavi v drugi državi članici EU (v nadaljnjem besedilu: čezmejna zdravstvena storitev), razen za:
2. zdravstvene storitve, ki jih opravlja osebni zdravnik;
3. zdravstvene storitve presejalnih programov;
4. zdravstvene storitve programa cepljenja;
5. zdravstvene storitve dodelitve in dostopa do delov človeškega telesa;
6. storitve na področju dolgotrajne oskrbe, katerih namen je podpora ljudem, ki potrebujejo pomoč pri opravljanju vsakodnevnih, rutinskih opravil;
7. pripomočke, ki se jih v OZZ v Republiki Sloveniji prejme v izposojo.
8. Čezmejna zdravstvena storitev ne vključuje:
9. spremstva;
10. sobivanja;
11. prevoza;
12. prehrane;
13. nastanitve.
14. **člen**

##### (načini uveljavljanja čezmejne zdravstvene storitve)

1. Zavarovana oseba uveljavi čezmejno zdravstveno storitev na podlagi predhodno izdane:
2. napotnice, razen, ko napotnica ni potrebna, ker uveljavi zdravstveno storitev iz petega odstavka 128. člena tega zakona;
3. napotnice EU iz drugega odstavka 198. člena tega zakona (v nadaljnjem besedilu: napotnica EU);
4. odločbe Zavoda o odobritvi rehabilitacije v zdravilišku;
5. naročilnice;
6. naročilnice EU iz drugega odstavka 199. člena tega zakona (v nadaljnjem besedilu: naročilnica EU);
7. odločbe Zavoda o pravici do pripomočka pred iztekom trajnostne dobe;
8. recepta;
9. recepta EU iz četrtega odstavka 200. člena tega zakona (v nadaljnjem besedilu: recept EU).
10. Ne glede na prejšnji odstavek zavarovana oseba uveljavi čezmejno zdravstveno storitev na podlagi predhodne odobritve Zavoda (v nadaljnjem besedilu: predhodna odobritev Zavoda), če uveljavi:
11. bolnišnično obravnavo, ki vključuje prenočitev pri tujem izvajalcu, ali
12. zdravstveno storitev, ki zahteva uporabo visoko specializirane in medicinske infrastrukture ali medicinske opreme, vključno z dragimi zdravili, živili in pripomočki.
13. Predhodna odobritev Zavoda se zavrne, če:
14. je zdravstveno storitev mogoče uveljaviti v okviru najdaljših dopustnih čakalnih dob pri vsaj enem izvajalcu ali v razumnem času;
15. bo zavarovana oseba z zadostno gotovostjo izpostavljena tveganju za varnost, ki se ne more razumeti kot sprejemljivo, pri čemer se upoštevajo tudi morebitne prednosti, ki bi jih zanjo imela zdravstvena storitev;
16. bo širša javnost z zadostno gotovostjo izpostavljena varnostnemu tveganju zaradi zdravstvene storitve;
17. bo zdravstveno storitev opravil tuj izvajalec, glede katerega obstajajo resni in konkretni pomisleki v zvezi s spoštovanjem standardov in zdravstvenih smernic glede kakovosti, varnosti in nadzora nad izvajanjem zdravstvenih storitev.
18. Če so za uveljavljanje čezmejne zdravstvene storitve iz drugega odstavka tega člena hkrati izpolnjeni pogoji za njeno uveljavljanje na podlagi 194. člena tega zakona, se uporabijo določbe 195. člena tega zakona, razen, če zavarovana oseba izrecno izjavi, da uveljavlja čezmejno zdravstveno storitev.
19. Ministrstvo preko svojih spletnih strani seznani javnost o nastopu okoliščin za zavrnitev predhodne odobritve Zavoda iz 3. in 4. točke tretjega odstavka tega člena.
20. Seznam zdravstvenih storitev iz 2. točke drugega odstavka tega člena določi minister (v nadaljnjem besedilu: Seznam dragih zdravstvenih storitev).
21. **člen**

##### (omejitev čezmejnega zdravstvenega varstva)

1. Minister lahko določi:
2. omejitev dostopa do zdravstvenih storitev pacientom iz drugih držav članic EU v mreži javne zdravstvene službe v Republiki Sloveniji;
3. omejitev povračila stroškov čezmejne zdravstvene storitve,

če bi uveljavljanje zdravstvenih storitev pacientov iz drugih držav članic EU ali uveljavljene čezmejnih zdravstvenih storitev pomenilo poseg v prevladujoče razloge v splošnem interesu, kot so nezmožnost zagotavljanja zadostnega in stalnega dostopa do uravnoteženega obsega visokokakovostnega zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji ali preveliko porabo finančnih, tehničnih in človeških virov z vidika obvladovanja stroškov.

1. Omejitev iz 2. točke prejšnjega odstavka ne velja za zavarovano osebo, ki ji je pred odločitvijo ministra izdana odločba o odobritvi predhodne odobritve Zavoda, in za zavarovano osebo, ki je uveljavila čezmejno zdravstveno storitev pred uveljavitvijo odločitve ministra.
2. **člen**

##### (uveljavljanje zdravstvene storitve pri čezmejnem zdravstvenem varstvu)

1. Zavarovana oseba uveljavi pravico do zdravstvene storitve pri čezmejnem zdravstvenem varstvu na podlagi predhodno izdane:
2. napotnice, razen, ko napotnica ni potrebna, ker uveljavi zdravstveno storitev iz petega odstavka 128. člena tega zakona;
3. napotnice EU;
4. predhodne odobritve Zavoda;
5. odločbe Zavoda o odobritvi zdraviliške rehabilitacije.
6. Napotnica EU je napotna listina, ki jo na podlagi napotnice s pooblastilom za nadaljnjo napotitev izstavi zdravnik v drugi državi članici EU kot sestavni del čezmejne zdravstvene storitve. Določbe tega zakona, ki veljajo za napotnico, se uporabljajo tudi za napotnico EU. Če na napotnici EU ni označena stopnja nujnosti, se šteje, da velja stopnja nujnosti "redno".
7. Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov zdravstvene storitve iz petega odstavka 130. člena tega zakona, ki jo je uveljavila brez napotnice v drugi državi članici EU.
8. Zavarovana oseba lahko na podlagi napotnice EU uveljavi zdravstveno storitev pri izvajalcu.
9. Če zdravstvena storitev ni uvrščena na Seznam dragih zdravstvenih storitev, ima zavarovana oseba pravico do povračila stroškov zdravstvene storitve, ki jo je uveljavila v drugi državi članici EU na podlagi napotnice ali napotnice EU.
10. Če je zdravstvena storitev uvrščena na Seznam dragih zdravstvenih storitev, ima zavarovana oseba pravico do povračila stroškov zdravstvene storitve, če jo je uveljavila v drugi državi članici EU na podlagi predhodne odobritve Zavoda.
11. Ne glede na prvi odstavek 79. člena tega zakona pred izdelavo stomato-protetičnih pripomočkov na podlagi tega člena ni treba predložiti Zavodu v potrditev predloga stomato-protetičnega zdravljenja. V tem primeru Zavod v postopku odločanja o povračilu stroškov zdravstvene storitve odloči o pravici do stomato-protetičnih pripomočkov tudi ob upoštevanju prvega odstavka 79. člena tega zakona.
12. Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov zdraviliške rehabilitacije iz 4. točke prvega odstavka tega člena, če je izvedena v drugi državi članici EU na podlagi odločbe Zavoda o njeni odobritvi, izdani na predlog pristojnega zdravnika, in je izvedena v skladu s to odločbo, razen v delu, ki določa zdravilišče v Republiki Sloveniji.
13. OZZ krije stroške zdravstvene storitve, ki jo zavarovana oseba uveljavi pri čezmejnem zdravstvenem varstvu, v višini njenih dejanskih stroškov v drugi državi članici EU, v kateri je opravljena, vendar ne več kot je povprečna vrednost zdravstvene storitve v Republiki Sloveniji, veljavna na dan opravljene zdravstvene storitve.
14. **člen**

##### (uveljavljanje pripomočkov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu)

1. Zavarovana oseba uveljavi pravico do pripomočkov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu na podlagi predhodno izdane:
2. naročilnice;
3. naročilnice EU;
4. odločbe Zavoda o pravici do pripomočka pred iztekom trajnostne dobe;
5. predhodne odobritve Zavoda.
6. Naročilnica EU je listina za predpis pripomočka, ki jo kot sestavni del čezmejne zdravstvene storitve izstavi zdravnik, zdravstveni delavec ali druga pooblaščena oseba v drugi državi članici EU. Določbe tega zakona, ki veljajo za naročilnico, se uporabljajo tudi za naročilnico EU. Naročilnica in naročilnica EU, ki se uveljavi pri čezmejnem zdravstvenem varstvu, vsebuje tudi elemente v skladu z Direktivo 2012/52/EU.
7. Ne glede na tretji odstavek 106. člena tega zakona lahko zavarovana oseba kupi pripomoček na podlagi tega člena brez predhodno izdane odločbe Zavoda o njegovi funkcionalni ustreznosti. V tem primeru Zavod v postopku odločanja o povračilu stroškov pripomočka odloči tudi o pravici do funkcionalno ustreznega pripomočka.
8. Če pripomoček ni uvrščen na Seznam dragih zdravstvenih storitev, ima zavarovana oseba pravico do povračila stroškov pripomočka, če ga je kupila:
9. v drugi državi članici EU na podlagi naročilnice;
10. v Republiki Sloveniji ali drugi državi članici EU na podlagi naročilnice EU;
11. v drugi državi članici EU na podlagi odločbe Zavoda o pravici do pripomočka pred iztekom trajnostne dobe.
12. Če je pripomoček pred iztekom trajnostne dobe predpisan na naročilnico EU, se postopek izdaje odločbe iz 3. točke prejšnjega odstavka začne na podlagi vloge zavarovane osebe ali predloga pristojnega zdravnika ali pristojnega zdravstvenega delavca.
13. Če je pripomoček uvrščen na Seznam dragih zdravstvenih storitev, ima zavarovana oseba pravico do povračila stroškov pripomočka, če ga je kupila:
14. v Republiki Sloveniji na podlagi naročilnice EU;
15. v drugi državi članici EU na podlagi predhodne odobritve Zavoda.
16. Postopek predhodne odobritve Zavoda se začne na podlagi:
17. vloge, ki jo zavarovana oseba vloži v 30 dneh od izstavitve naročilnice ali naročilnice EU ali od dokončnosti odločbe Zavoda o pravici do pripomočka pred iztekom trajnostne dobe;
18. vloge ali predloga iz petega odstavka tega člena, če se sočasno zahteva predhodna odobritev Zavoda.
19. Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov pripomočka iz četrtega in šestega odstavka tega člena, če ga je kupila v 30 dneh ali v 120 dneh, če je zanjo posebej izdelan ali je zanj potrebna timska obravnava. Rok iz prejšnjega stavka začne teči:
20. od izstavitve naročilnice ali naročilnice EU;
21. od dokončnosti odločbe iz 3. točke četrtega odstavka tega člena;
22. od dokončnosti odločitve v postopku predhodne odobritve Zavoda.
23. OZZ krije stroške pripomočka, ki ga zavarovana oseba uveljavi pri čezmejnem zdravstvenem varstvu, v višini njegovih dejanskih stroškov v državi članici EU, v kateri je kupljen, vendar ne več kot je vrednost pripomočka iz 1., 2., 4. ali 5. točke prvega odstavka 242. člena tega zakona.
24. **člen**

##### (uveljavljanje zdravil in živil pri čezmejnem zdravstvenem varstvu)

1. Zavarovana oseba uveljavi pravico do zdravil pri čezmejnem zdravstvenem varstvu na podlagi predhodno izdanega:
2. recepta;
3. recepta EU;
4. predhodne odobritve Zavoda.
5. Zavarovana oseba lahko zaradi uveljavljanja pravice iz prejšnjega odstavka zahteva predpis recepta v papirni obliki:

1. ob predpisu zdravila namesto recepta v elektronski obliki;

2. po predpisu recepta v elektronski obliki, če na ta recept še ni izdana predpisana količina zdravila in če predpis recepta v papirni obliki zahteva v roku za predložitev recepta ali v obdobju veljavnosti obnovljivega recepta, ki teče od predpisa recepta v elektronski obliki.

1. Recept v papirni obliki iz 2. točke prejšnjega odstavka predpiše zdravnik, ki je predpisal recept v elektronski obliki, ali namesto njega osebni splošni zdravnik oziroma osebni otroški zdravnik. Pristojni zdravnik ob predpisu recepta v papirni obliki zaključi recept v elektronski obliki. V tem primeru začne teči rok za nakup zdravila iz petega odstavka tega člena in rok za vložitev vloge za predhodno odobritev Zavoda iz osmega odstavka tega člena od predpisa recepta v elektronski obliki.
2. Recept EU je listina za predpis zdravila, ki jo kot sestavni del čezmejne zdravstvene storitve izstavi zdravnik v drugi državi članici EU. Določbe tega zakona, ki veljajo za recept, se uporabljajo tudi za recept EU. Recept in recept EU, ki se uveljavi pri čezmejnem zdravstvenem varstvu, vsebuje tudi elemente v skladu z Direktivo 2012/52/EU.
3. Če zdravilo ni uvrščeno na Seznam dragih zdravstvenih storitev, ima zavarovana oseba pravico do povračila stroškov zdravila, če ga je kupila:
4. v drugi državi članici EU na podlagi recepta;
5. v Republiki Sloveniji ali drugi državi članici EU na podlagi recepta EU.
6. Če je zdravilo uvrščeno na Seznam dragih zdravstvenih storitev, ima zavarovana oseba pravico do povračila stroškov zdravila, če ga je kupila:
7. v Republiki Sloveniji na podlagi recepta EU;
8. v drugi državi članici EU na podlagi predhodne odobritve Zavoda. V tem primeru začne teči rok za nakup zdravila od dokončnosti odločitve v postopku predhodne odobritve Zavoda.
9. Predhodna odobritev Zavoda ni potrebna, če so izpolnjeni pogoji iz 201. člena tega zakona.
10. Postopek predhodne odobritve Zavoda se začne na podlagi vloge, ki jo zavarovana oseba vloži v roku za predložitev recepta ali v obdobju veljavnosti obnovljivega recepta.
11. Zavarovana oseba, ki receptu ali receptu EU priloži dokončno odločitev v postopku predhodne odobritve Zavoda, ima pravico v lekarni v Republiki Sloveniji:
12. prevzeti zdravilo na recept;
13. kupiti zdravilo, predpisano na recept EU, in zahtevati povračilo stroškov zdravila,

in sicer v roku za predložitev recepta ali v obdobju veljavnosti obnovljivega recepta, ki začne teči od dokončnosti odločitve v postopku predhodne odobritve Zavoda. Dokončno odločitev v postopku predhodne odobritve Zavoda lekarna shrani skupaj z receptom ali receptom EU.

1. OZZ krije stroške zdravila iz prvega odstavka tega člena v višini njegovih dejanskih stroškov v državi članici EU, v kateri je kupljeno zdravilo, vendar ne več kot je vrednost zdravila iz 239. člena tega zakona, veljavna na dan njegovega nakupa.
2. Določbe tega člena se smiselno uporabljajo za uveljavljanje pravice do živil na recept pri čezmejnem zdravstvenem varstvu. V tem primeru OZZ krije stroške živila v višini njegovih dejanskih stroškov v državi članici EU, v kateri je kupljeno živilo, vendar ne več kot je vrednost živila iz 240. člena tega zakona, veljavna na dan njegovega nakupa.

## pododdelek

### PRAVICA DO NAKUPA ZDRAVILA IN ŽIVILA V TUJINI ZARADI MOTNJE V PRESKRBI

1. **člen**

##### (pravica do nakupa zdravila in živila v tujini zaradi motnje v preskrbi)

1. Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov zdravila na recept, ki ga je kupila v tujini, če:
2. je lekarna v Republiki Sloveniji izdala zavarovani osebi potrdilo o deficitarnosti zdravila v papirni obliki ali z označitvijo na receptu v elektronski obliki, s katerim potrdi, da ji ni bilo mogoče izdati zdravila v lekarni v Republiki Sloveniji zaradi motnje v preskrbi in zdravila ni bilo mogoče zamenjati z drugim zdravilom,
3. je potrdilo o deficitarnosti zdravila izdano pred nakupom zdravila v tujini in to v roku za predložitev recepta ali v obdobju veljavnosti obnovljivega recepta, in
4. je zavarovana oseba kupila zdravilo v tujini najpozneje v 14 dneh po roku za predložitev recepta ali v 14 dneh po obdobju veljavnosti obnovljivega recepta.
5. Zavarovana oseba lahko zaradi uveljavljanja pravice iz prejšnjega odstavka zahteva predpis recepta v papirni obliki:

1. ob predpisu zdravila namesto recepta v elektronski obliki;

2. po predpisu recepta v elektronski obliki, če na ta recept še ni izdana predpisana količina zdravila, če je izdano potrdilo o deficitarnosti zdravila in če predpis recepta v papirni obliki zahteva v roku za predložitev recepta ali v obdobju veljavnosti obnovljivega recepta, ki teče od predpisa recepta v elektronski obliki.

1. Recept v papirni obliki iz 2. točke prejšnjega odstavka predpiše zdravnik, ki je predpisal recept v elektronski obliki, ali namesto njega osebni splošni zdravnik oziroma osebni otroški zdravnik. Pristojni zdravnik ob predpisu recepta v papirni obliki zaključi recept v elektronski obliki. V tem primeru teče rok iz 3. točke prvega odstavka tega člena od predpisa recepta v elektronski obliki.
2. Na podlagi recepta in potrdila o deficitarnosti zdravila ima zavarovana oseba tudi pravico prevzeti zdravilo v lekarni v Republiki Sloveniji v roku iz 3. točke prvega odstavka tega člena. Potrdilo o deficitarnosti zdravila v papirni obliki lekarna shrani skupaj z receptom.
3. Določbe tega člena se smiselno uporabljajo, če je zdravilo predpisano na recept EU.
4. OZZ krije stroške zdravila iz prvega odstavka tega člena v višini njegovih dejanski stroškov v državi, v kateri je kupljeno zdravilo.
5. Določbe tega člena se smiselno uporabljajo za uveljavljanje pravice do živil na recept. V tem primeru:
6. je pogoj iz 1. točke prvega odstavka tega člena izpolnjen, če lekarna v Republiki Sloveniji izda zavarovani osebi potrdilo o deficitarnosti živila, s katerim potrdi, da ji ni bilo mogoče izdati živila zaradi motnje v preskrbi in živila ni bilo mogoče zamenjati s primerljivim živilom;
7. OZZ krije stroške živila v višini njegovi dejanskih stroškov v državi, v kateri je kupljeno živilo.

## pododdelek

### DRUGE PRAVICE PRI NAČRTOVANI ZDRAVSTVENI STORITVI V TUJINI

1. **člen**

##### (pravica do spremstva pri načrtovani zdravstveni storitvi v tujini)

1. Zavarovana oseba do 18. leta starosti, ki uveljavi pravico iz 193. ali 194. člena tega zakona, ima pravico do spremstva druge osebe na poti iz Republike Slovenije k tujemu izvajalcu, v obdobju opravljanja zdravstvene storitve v tujini in na poti od tujega izvajalca v Republiko Slovenijo.
2. Zavarovana oseba od 18. leta starosti, ki uveljavi pravico iz 193. ali 194. člena tega zakona, ima pravica do spremstva druge osebe v tujino, če zaradi zdravstvenega stanja ni sposobna sama potovati iz Republike Slovenije k tujemu izvajalcu ali od tujega izvajalca v Republiko Slovenijo ali v obe smeri ali če zaradi zdravstvenega stanja potrebuje spremstvo v obdobju opravljanja zdravstvene storitve v tujini.
3. Spremljevalec iz prvega in drugega odstavka tega člena je lahko oseba, čeprav ni zavarovana oseba.
4. **člen**

##### (pravica do denarnega nadomestila pri načrtovani zdravstveni storitvi v tujini)

Zavarovanec, ki uveljavi pravico iz 193. ali 194. člena tega zakona, in zavarovanec, ki je spremljevalec zavarovane osebe, ki uveljavi pravico iz 193. ali 194. člena tega zakona, ima pravico do denarnega nadomestila v skladu s tem zakonom.

1. **člen**

##### (pravica do povračila prevoznih stroškov pri načrtovani zdravstveni storitvi v tujini)

1. Zavarovana oseba, ki uveljavi pravico iz 193. člena tega zakona, ima pravico do povračila prevoznih stroškov za razdaljo od kraja prijavljenega prebivališča do tujega izvajalca, določenega z odločbo Zavoda (v nadaljnjem besedilu: odobreni tuj izvajalec).
2. Zavarovana oseba, ki uveljavi pravico iz 194. člena tega zakona, ima pravico do povračila prevoznih stroškov za razdaljo od kraja prijavljenega prebivališča do odobrenega tujega izvajalca ali do tujega izvajalca, pri katerem je uveljavila pravico, če ta ni bil določen v odločbi Zavoda.
3. Zavarovana oseba, ki ji je v primeru iz prvega in drugega odstavka 202. člena tega zakona odobreno spremstvo, ima pravico tudi do povračila prevoznih stroškov za spremljevalca:
4. ko spremljevalec potuje z zavarovano osebo v času spremstva – za razdaljo od kraja prijavljenega prebivališča zavarovane osebe do odobrenega tujega izvajalca oziroma tujega izvajalca, pri katerem je zavarovana uveljavila pravico, če le-ta ni bil določen v odločbi Zavoda, v eno smer ali obe smeri;
5. ko spremljevalec potuje sam od tujega izvajalca, h kateremu je spremljal zavarovano osebo – za razdaljo od odobrenega tujega izvajalca oziroma tujega izvajalca, pri katerem je zavarovana uveljavila pravico, če ta ni bil določen v odločbi Zavoda do kraja prijavljenega prebivališča spremljevalca;
6. ko spremljevalec potuje sam k tujemu izvajalcu po zavarovano osebo – za razdaljo od kraja prijavljenega prebivališča spremljevalca do odobrenega tujega izvajalca oziroma tujega izvajalca, pri katerem je zavarovana uveljavila pravico, če ta ni bil določen v odločbi Zavoda.
7. Prevozni stroški iz prvega, drugega in tretjega odstavka tega člena se povrnejo v višini:
8. cene javnega prevoza, kot izhaja iz vozne karte ali drugega dokazila o njegovem plačilu, pri čemer se za potovanje:

* z letalom povrnejo do višine cene prevoza v ekonomskem razredu;
* z vlakom povrnejo do višine cene prevoza v drugem razredu;
* z vlakom s spalnikom povrnejo do višine cene prevoza v spalniku z dvema posteljama;

1. kilometrine, ki je enaka ceni 10 % cene litra neosvinčenega motornega bencina – 95 oktanov, veljavni v času potovanja. Kilometrina se povrne, če je prevoz opravljen z osebnim vozilom, ali če ni predloženo dokazilo o plačilu prevoza z javnim prevozom.
2. Če zavarovana oseba in spremljevalec iz 202. člena tega zakona skupaj potujeta k tujem izvajalcu z osebnim vozilom ali avtotaksi prevozom, se njun skupni prevozni strošek povrne v višini enkratnega zneska. Ta strošek se šteje za strošek zavarovane osebe.
3. Če se prevozni stroški iz prvega, drugega in tretjega odstavka tega člena povrnejo za razdaljo od kraja ali do kraja prijavljenega prebivališča in ima oseba več prijavljenih prebivališč, se upošteva prijavljeno prebivališče, ki je bližje kraju od katerega ali do katerega potuje.
4. Ne glede na prvi, drugi, tretji in šesti odstavek tega člena se pri povračilu prevoznih stroškov upošteva razdalja od kraja, iz katerega je oseba dejansko potovala, ali do kraja, v katerem je oseba dejansko zaključila potovanje, če je ta kraj bližji od kraja iz prvega, drugega, tretjega ali šestega odstavka tega člena.
5. Zavarovana oseba, ki ima pravico do povračila stroškov nastanitve iz 205. člena tega zakona, ima pravico tudi do povračila svojih prevoznih stroškov in prevoznih stroškov za spremljevalca iz 202. člena tega zakona, za najkrajšo razdaljo od naslova nastanitve v tujini do tujega izvajalca in nazaj v višini iz četrtega odstavka tega člena.
6. Če zavarovana oseba umre v tujini med uveljavljanjem pravice iz prvega odstavka tega člena, se med prevozne stroške štejejo tudi nujno potrebni stroški prevoza njenih posmrtnih ostankov v Republiko Slovenijo v višini dejanskih stroškov.
7. Pri povračilu prevoznih stroškov po tem členu se upošteva najkrajša razdalja med krajema od katerega ali do katerega se potuje po daljinomeru za ugotavljanje najkrajše razdalje, ki ga določi Zavod.
8. Če je spremljevalec iz 202. člena tega zakona pristojni zdravnik ali pristojni zdravstveni delavec, ker zavarovana oseba med potjo potrebuje njegovo zdravstveno storitev, velja za povračilo prevoznih stroškov ureditev te pravice pri izvajalcu, pri katerem dela, in njihovo plačilo zagotovi izvajalec sam.
9. Račun za prevozne stroške, izstavljen v tuji valuti, se preračuna v eure po referenčnem tečaju Evropske centralne banke oziroma mesečni tečajnici Banke Slovenije, za tečaje za katere Evropska centralna banka ne objavlja referenčne tečaje, veljavnem na dan izstavljenega računa.
10. **člen**

##### (pravica do povračila stroškov prehrane in nastanitve

##### pri načrtovani zdravstveni storitvi v tujini)

1. Zavarovana oseba, ki uveljavi pravico iz 193. ali 194. člena tega zakona, ima pravico do povračila stroškov prehrane v višini dnevnice, ki se plačuje javnim uslužbencem za službena potovanja v tujino (v nadaljnjem besedilu: dnevnica za tujino), če je odsotna iz kraja iz prvega, drugega, šestega ali sedmega odstavka prejšnjega člena (v nadaljnjem besedilu: odhodni kraj) nad 12 do 24 ur in ji ni zagotovljena prehrana kot sestavni del zdravstvene storitve v tujini. Dnevnica za tujino se izplača za 24 ur, ob upoštevanju njene vrednosti na posamezen dan odsotnosti zavarovane osebe. Zaradi izplačila dnevnice za tujino za vsakih 24 ur se ugotavlja:
2. če zavarovani osebi ni bila zagotovljena prehrana v tujini – skupen čas odsotnosti zavarovane osebe iz odhodnega kraja, ki se izračuna v urah od datuma in ure začetka potovanja do datuma in ure zaključka potovanja;
3. če je bila zavarovani osebi zagotovljena prehrana v tujini – posebej čas odsotnosti zavarovane osebe iz odhodnega kraja do sprejema pri tujem izvajalcu, ki se izračuna v urah od datuma in ure začetka potovanja do datuma in ure sprejema pri tujem izvajalcu, in posebej za čas odsotnosti zavarovane osebe od odpusta pri tujem izvajalcu do odhodnega kraja, ki se izračuna v urah od datuma in ure odpusta pri tujem izvajalcu do datuma in ure zaključka potovanja.
4. Zavarovana oseba, ki uveljavi pravico iz 193. ali 194. člena tega zakona, ima pravico do povračila stroškov nastanitve za nočitev v tujini v višini dejanskih stroškov, vendar ne več kot znaša dvakratna vrednost dnevnice za tujino, če ji ni zagotovljena nočitev kot sestavni del zdravstvene storitve v tujini. Račun za nočitev, izstavljen v tuji valuti, se preračuna v eure po referenčnem tečaju Evropske centralne banke oziroma mesečni tečajnici Banke Slovenije, za tečaje za katere Evropska centralna banka ne objavlja referenčne tečaje, veljavnem na dan izstavitve računa, veljavnem na dan izstavljenega računa.
5. Zavarovana oseba, ki uveljavi pravico iz 193. ali 194. člena tega zakona, ima pravico do povračila stroškov iz prvega in drugega odstavka tega člena tudi za naslednje dneve:
6. za dan pred izvedbo zdravstvene storitve v tujini:

* če je razdalja med odhodnim krajem in tujim izvajalcem nad 400 kilometrov ali
* če to zahteva njeno zdravstveno stanje ali potek izvedbe zdravstvene storitve v tujini;

1. za dneve po izvedeni zdravstveni storitvi v tujini, če to zahteva njeno zdravstveno stanje in to potrebo ugotovitvi tuj izvajalec;
2. za dneve, dokler ji ni zagotovljen prvi možen prevoz s prevoznim sredstvom, določenim v odločbi Zavoda;
3. za dneve po izvedeni zdravstveni storitvi v tujini, če je nadaljnja zdravstvena storitev v okviru zdravstvene obravnave iz prvega odstavka tega člena predvidena v treh dneh od predhodno izvedene zdravstvene storitve in je razdalja med odhodnim krajem in tujim izvajalcem nad 400 kilometrov.
4. Zavarovana oseba, ki ji je v primeru iz prvega in drugega odstavka 202. člena tega zakona odobreno spremstvo na poti v tujino, ima pravico tudi do povračila stroškov za spremljevalca, in sicer stroškov iz prvega in drugega odstavka tega člena tudi za dneve iz 1. in 3. točke prejšnjega odstavka ter za dan pred odpustom zavarovane osebe, če je razdalja med odhodnim krajem zavarovane osebe in tujim izvajalcem nad 400.
5. Zavarovana oseba, ki ji je v primeru iz prvega in drugega odstavka 202. člena tega zakona odobreno spremstvo med bivanjem v tujini, ima pravico tudi do povračila stroškov za spremljevalca, in sicer stroškov iz prvega in drugega odstavka tega člena med bivanjem v tujini v času spremstva in za dneve iz tretjega odstavka tega člena.
6. Če je spremljevalec iz četrtega ali petega odstavka tega člena pristojni zdravnik ali pristojni zdravstveni delavec, ker zavarovana oseba med potjo potrebuje njegovo zdravstveno storitev, velja za povračilo stroškov prehrane in nastanitve ureditev teh pravic pri izvajalcu, pri katerem dela, in njihovo plačilo zagotovi izvajalec sam.
7. Višina povračila stroškov prehrane in nastanitve iz tega člena za otroka, starega do šest let, znaša polovico zneska iz prvega, drugega in tretjega odstavka tega člena.

## pododdelek

### ODLOČANJE O NAČRTOVANI ZDRAVSTVENI STORITVI V TUJINI

1. **člen**

##### (mnenje o načrtovani zdravstveni storitvi v tujini)

V postopku odločanja o pravici do načrtovane zdravstvene storitve v tujini lahko Zavod pridobi tudi mnenje konzilija izvajalca na terciarni ravni zdravstvene dejavnosti, zlasti o naslednjih vidikih zdravstvene storitve, o kateri se odloča:

1. opredelitev zdravstvenega stanja zavarovane osebe;
2. opis dosedanjih zdravstvenih storitev, ki so bile opravljene za zavarovano osebo;
3. vrsta zdravstvene storitve, ki jo potrebuje zavarovana oseba;
4. ali so v Republiki Sloveniji izčrpane možnosti zdravstvene storitve;
5. kolikšen je razumen čas za zavarovano osebo;
6. ali bo zavarovana oseba z zadostno gotovostjo izpostavljena tveganju za varnost, ki se ne more razumeti kot sprejemljiva, pri čemer se upoštevajo tudi morebitne prednosti, ki bi jih imela zdravstvena storitev v tujini za zavarovano osebo;
7. koliko časa naj bi trajala zdravstvena storitev v tujini;
8. ali zdravstveno stanje zavarovane osebe utemeljuje njen odhod v tujino dan pred začetkom zdravstvene storitve;
9. ali je zavarovana oseba upravičena do spremstva na poti v tujino v eno smer ali obe smeri ali tudi do spremstva za čas bivanja v tujini, ali potrebuje spremstvo pristojnega zdravnika ali zdravstvenega delavca oziroma kakšno spremstvo potrebuje in ali je potrebno spremstvo osebe za namen usposabljanja za poznejšo medicinsko rehabilitacijo zavarovane osebe na domu;
10. kakšno prevozno sredstvo je potrebno glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe in če je potreben reševalni prevoz, ali potrebuje prevoz z nujnim ali nenujnim reševalnim vozilom;
11. naziv najbližjega tujega izvajalca, pri katerem se predlaga izvedba zdravstvene storitve.
12. **člen**

##### (odločba o načrtovani zdravstveni storitvi v tujini)

1. Če je odobrena pravica iz 193. člena tega zakona, se z odločbo določi tudi, pri katerem tujem izvajalcu se uveljavi zdravstvena storitev in v kolikšnem času.
2. Če je odobrena pravica iz 193. člena tega zakona, Zavod izda zavarovani osebi listino, na podlagi katere lahko uveljavi zdravstveno storitev v tujini ali potrdilo o prevzemu stroškov, ali tujemu izvajalcu nakaže akontacijo stroškov za zdravstveno storitev.
3. Če je odobrena pravica iz 194. člena tega zakona, Zavod izda zavarovani osebi listino, na podlagi katere lahko uveljavi zdravstveno storitev v drugi državi, v kateri velja pravni red EU.
4. Če je odobrena pravica iz 193. ali 194. člena tega zakona, Zavod nakaže akontacijo za prevozne stroške, stroške prehrane in nastanitve zavarovani osebi in njenemu spremljevalcu, če to zahtevata. Zavarovana oseba lahko zahteva nakazilo akontacije za svoje stroške in stroške spremljevalca, spremljevalec pa lahko zahteva nakazilo akontacije le za svoje strošek. Spremljevalcu se akontacija nakaže le za njegove stroške.

## poglavje

## POSEBNE PRAVICE DO ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

1. **člen**

##### (odločanje Zavoda o posebni pravici do zdravstvenega varstva)

1. Zavod odloča o naslednji posebni pravici do zdravstvenega varstva:
2. posebni pravici do pripomočka v višjem standardu iz 209. člena tega zakona;
3. posebni pravici do denarnega prejemka za dan darovanja krvi iz 210. člena tega zakona.
4. V postopkih odločanja o posebni pravici do zdravstvenega varstva iz prejšnjega odstavka se uporabljajo določbe tega zakona o uveljavljanju pravic, če ni v tem poglavju zakona drugače določeno.
5. **člen**

##### (posebna pravica do pripomočka v višjem standardu)

1. Zavarovana oseba ima pri določenih vrstah pripomočkov pravico do pripomočka v višjem standardu, kot je standard pripomočka iz OZZ, če se z višjim standardom omogoči ali ohranja njena zmožnost za delo ali omogoči lažja uporaba pripomočka v bivalnem okolju (v nadaljnjem besedilu: pripomoček v višjem standardu).
2. Pripomoček v višjem standardu se zagotavlja na naročilnico.
3. O pravici do pripomočka v višjem standardu odloča na prvi stopnji območna enota Zavoda na podlagi vloge zavarovane osebe.
4. Ne glede na prejšnji odstavek lahko zavarovana oseba pri čezmejnem zdravstvenem varstvu iz 198. člena tega zakona kupi pripomoček brez predhodno izdane odločbe Zavoda iz prejšnjega odstavka. V tem primeru Zavod v postopku odločanja o povračilu stroškov pripomočka odloči tudi o pravici do pripomočka v višjem standardu.
5. Vrste pripomočkov iz prvega odstavka tega člena in njihov višji standard določi Zavod.
6. **člen**

##### (posebna pravica do nadomestila prejemka za dan darovanja krvi)

1. Zavarovanec iz prvega odstavka 148. člena tega zakona ima za dan zadržanosti od dela zaradi darovanja krvi, plazme in krvotvornih matičnih celic posebno pravico do nadomestila prejemka (v nadaljnjem besedilu: nadomestilo prejemka za dan darovanja krvi zaradi odsotnosti z dela zaradi darovanja krvi).
2. Nadomestilo prejemka za dan darovanja krvi znaša 100 % osnove.
3. Listino, s katero zavarovana oseba uveljavlja nadomestilo prejemka za dan darovanja krvi, izstavi izvajalec, ki opravlja dejavnost jemanja krvi.
4. Nadomestilo prejemka za dan darovanja krvi izplača zavarovancu:
5. delodajalec, če je zavarovanec iz prvega, drugega, tretjega in četrtega odstavka 23. člena tega zakona;
6. Zavod, če je zavarovanec iz petega odstavka 23. člena, 24., 25., 26. in 27. člena tega zakona.
7. O posebni pravici do nadomestila prejemka za dan darovanja krvi odloča na prvi stopnji območna enota Zavoda in na drugi stopnji Direkcija Zavoda.
8. Pri uveljavljanju posebne pravice do nadomestila prejemka za dan darovanja krvi se uporabljajo določbe V. poglavja tega dela zakona, če ni v tem členu drugače določeno.

## poglavje

### POSTOPEK UVELJAVLJANJA PRAVIC

## oddelek

### PRISTOJNI ORGANI ZAVODA ZA ODLOČANJE

1. **člen**

##### (pristojnost imenovanega zdravnika in zdravstvene komisije)

1. Imenovani zdravnik odloča o:
2. pravici do rehabilitacije v zdravilišču;
3. pravici do pripomočka pred iztekom trajnostne dobe;
4. začasni zadržanosti od dela iz tretjega odstavka 154. člena tega zakona;
5. začasni zadržanosti od dela iz četrtega odstavka 250. člena tega zakona.
6. Imenovani zdravnik izda odločbo v osmih dneh od prejema popolne vloge oziroma popolnega predloga iz prejšnjega odstavka.
7. Zoper odločbo imenovanega zdravnika je dopustna pritožba v petih delovnih dneh od njene vročitve. Pritožbo lahko vloži zavarovana oseba, v primeru iz 3. in 4. točke prvega odstavka tega člena pa tudi delodajalec.
8. Pritožba zoper odločbo imenovanega zdravnika ne zadrži njene izvršitve, razen zoper odločbo o pravici do rehabilitacije v zdravilišču.
9. O pritožbi zoper odločbo imenovanega zdravnika odloči zdravstvena komisija, ki jo sestavljata dva zdravnika in univerzitetni diplomirani pravnik.
10. Zdravstvena komisija izda odločbo v osmih dneh od prejema popolne pritožbe.
11. **člen**

##### (sodno varstvo v primeru molka organa)

Če zdravstvena komisija ne izda odločbe v roku iz šestega odstavka prejšnjega člena in je tudi na novo pisno zahtevo ne izda v nadaljnjih sedmih dneh, lahko oseba, ki je vložila pritožbo, vloži tožbo, kot če je njena pritožba zavrnjena.

1. **člen**

##### (pristojnost območne enote in Direkcije Zavoda)

O pridobitvi, spremembi in prenehanju lastnosti zavarovane osebe, pravici do proste izbire osebnega zdravnika, pravici do funkcionalne ustreznosti pripomočka, pravici do denarnega nadomestila, pravici do povračila prevoznih stroškov, pravici do povračila stroškov nastanitve, pravici do zdravstvene storitve v tujini in drugih zahtevah iz OZZ odloča na prvi stopnji območna enota Zavoda in na drugi stopnji Direkcija Zavoda.

## oddelek

### ROK ZA UVELJAVLJANJE DENARNIH DAJATEV TER UPRAVIČENE OSEBE

1. **člen**

##### (rok za uveljavljanje denarnih dajatev)

1. Pravica zahtevati povračilo denarnega nadomestila iz 169. člena tega zakona zastara v enem letu od dneva, ko je delodajalec izplačal denarno nadomestilo zavarovancu. Če delodajalec ni izplačal denarnega nadomestila zavarovancu do 18. dne v mesecu za pretekli mesec, začne teči zastaralni rok od 19. dne v mesecu po izteku meseca, v katerem je bil zavarovanec začasno zadržan od dela.
2. Pravica zahtevati izplačilo denarnega nadomestila iz 170. člena tega zakona zastara v enem letu od prvega dne v mesecu po izteku meseca, v katerem je bil zavarovanec začasno zadržan od dela.
3. Pravica zahtevati izplačilo denarnega nadomestila iz 171. člena tega zakona zastara v enem letu od devetega dne v mesecu po izteku meseca, v katerem je denarno nadomestilo dospelo v izplačilo.
4. Pravica zahtevati povračilo stroškov zdravstvene storitve zastara v enem letu od dneva opravljene zdravstvene storitve oziroma dneva nakupa zdravila, živila ali pripomočka.
5. Pravica zahtevati povračilo prevoznih stroškov iz prvega odstavka 174. člena tega zakona zastara v enem letu od dneva opravljenega prevoza.
6. Pravica zahtevati povračilo stroškov nastanitve iz 180. člena tega zakona zastara v enem letu od dneva prenočitve.
7. Pravica zahtevati povračilo prevoznih stroškov iz 204. člena, pravica zahtevati povračilo stroškov nastanitve in prehrane iz 205. člena tega zakona zastara v enem letu od dneva vrnitve v Republiko Slovenijo.
8. **člen**

##### (legitimirane osebe za uveljavljanje denarnih dajatev)

1. Povračilo dospelih neizplačanih denarnih dajatev lahko uveljavi:
2. zavarovana oseba;
3. dedič zavarovane osebe;
4. spremljevalec iz 144. člena tega zakona in upravičenec do sobivanja, če uveljavlja povračilo prevoznih stroškov ali povračilo stroškov nastanitve, ki so nastali njemu, in jih ne uveljavi zavarovana oseba ali njen dedič;
5. spremljevalec iz 202. člena tega zakona, če uveljavlja povračilo prevoznih stroškov ali povračilo stroškov prehrane ali nastanitve, ki so nastali njemu, in jih ne uveljavi zavarovana oseba ali njen dedič;
6. oseba, ki je plačala prevozne stroške iz devetega odstavka 204. člena tega zakona.
7. Povračilo dospelega neizplačanega denarnega nadomestila delodajalcu lahko zahteva njegov pravni naslednik.

## oddelek

### POSEBNOSTI POSTOPKA UVELJAVLJANJA PRAVIC

1. **člen**

##### (uporaba zakona, ki ureja splošni upravni postopek)

V postopkih iz 211. in 213. člena tega zakona se uporablja zakon, ki ureja splošni upravni postopek, če ni s tem zakonom drugače določeno.

1. **člen**

##### (uporaba določb zakona glede odločanja o začasni zadržanosti od dela)

V postopkih iz 211. in 213. člena tega zakona se smiselno uporabljajo določbe tega zakona, ki urejajo odločanje o začasni zadržanosti od dela glede osebne obravnave iz petega odstavka 159. člena in četrtega odstavka 160. člena tega zakona in novih dejstev po izdaji odločbe iz 162. člena tega zakona.

1. **člen**

##### (vloga)

Vloga v upravnem postopku, v katerem odloča Zavod, je popolna, če vsebuje sestavine, določene v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, in druge sestavine, ki jih določi splošni akt Zavoda.

1. **člen**

##### (obvestilo o izplačilu)

1. V postopku povračila denarnega nadomestila iz 169. člena tega zakona Zavod izda delodajalcu obvestilo o izplačilu, ki vsebuje sestavine odločbe, razen obrazložitve (v nadaljnjem besedilu: obvestilo o izplačilu), če je znesek povračila nižji od zneska, ki ga je zahteval delodajalec.
2. V postopku izplačila denarnega nadomestila iz 170. in 171. člena, povračila prevoznih stroškov iz 174. člena in stroškov nastanitve iz 180. člena tega zakona Zavod izda obvestilo o izplačilu.
3. Obvestilo o izplačilu denarnega nadomestila iz 171. člena tega zakona se pošlje v seznanitev delodajalcu.
4. Če se upravičenec do izplačila denarnega nadomestila ali upravičenec do povračila stroškov ne strinja z izplačilom oziroma povračilom, lahko zahteva izdajo odločbe v osmih dneh od vročitve obvestila o izplačilu.
5. Če upravičenec ne vloži zahteve za izdajo odločbe v roku iz prejšnjega odstavka, velja obvestilo o izplačilu za odločbo, ki postane pravnomočna deveti dan od vročitve obvestila o izplačilu.
6. **člen**

##### (vročanje z navadno vročitvijo)

1. Ne glede na določbe zakona, ki ureja splošni upravni postopek, se z navadno vročitvijo vroča:
2. obvestilo o izplačilu iz prejšnjega člena;
3. vsi dokumenti, izdani v postopku ugotavljanja začasne zadržanosti od dela, ki se vročajo delodajalcu in od katerih vročitve teče rok.
4. Vročitev se šteje za opravljeno tretji dan od dneva odpreme.
5. **člen**

##### (osebno vročanje)

Dokumente v postopku uveljavljanja pravic, ki se vročajo osebno, in se vročitve ne da opraviti tako, da se vročijo osebno tistemu, kateremu so namenjeni, mora naslovnik, ne glede na določbe zakona, ki ureja splošni upravni postopek, prevzeti v roku osem dni, sicer vročitev velja za opravljeno z dnem izteka tega roka.

1. **člen**

##### (strokovna mnenja)

1. Zavod lahko v postopkih, v katerih odloča na podlagi tega zakona, pridobi mnenje strokovnjakov v Republiki Sloveniji in tujini zaradi ugotavljanja ali presoje dejstva, ki je pomembno za rešitev postopka ali podaje mnenja Zavoda.
2. Strokovno mnenje iz prejšnjega odstavka se poda v roku, ki ga določi Zavod in ne sme biti krajši od 14 dni, razen če to narekuje nujnost zadeve, ko rok ne sme biti krajši od sedmih dni.
3. **člen**

##### (razlog obravnave)

1. Pristojni zdravnik, pristojni zdravstveni delavec, pooblaščena oseba izvajalca, dobavitelja, proizvajalca pripomočka in Zavoda ob uveljavljanju pravice opredeli razlog obravnave, tako da je razvidno, ali se pravica uveljavlja zaradi bolezni, poškodbe izven dela, poškodbe pri delu ali poklicne bolezni in enega od drugih razlogov iz prvega odstavka 148. člena tega zakona (v nadaljnjem besedilu: razlog obravnave).
2. Če se pravica uveljavlja zaradi bolezni ali poškodbe izven dela in sočasno zaradi poškodbe pri delu ali poklicne bolezni, se kot razlog obravnave opredeli poškodba pri delu oziroma poklicna bolezen.
3. Ne glede na prejšnji odstavek se v primeru, če različni razlogi obravnave v enaki meri prispevajo k začasni zadržanosti od dela, kot razlog obravnave opredeli razlog, zaradi katerega ima zavarovanec pravico do denarnega nadomestila v višjem odstotku; sicer se kot razlog obravnave opredeli razlog, ki v večji meri prispeva k začasni zadržanosti od dela.
4. Natančnejši način opredelitve razloga obravnave določi Zavod.
5. **člen**

##### (vpis podatkov v zdravstveno dokumentacijo zavarovane osebe)

1. Pristojni zdravnik in pristojni zdravstveni delavec v zdravstveno dokumentacijo zavarovane osebe vpiše ugotovitve, dejstva, navodila, odločitve, odobritve in odredbe glede zdravstvene obravnave zavarovane osebe, druge podatke, ki so nastali pri uveljavljanju pravic ali so potrebni za uveljavljanje pravic in obveznosti zavarovane osebe iz OZZ, in podatke, ki so potrebni za izvajanje in nadzor nad izvajanjem njegovih pristojnosti in nalog iz OZZ (navodila o ravnanju med začasno zadržanostjo od dela, vključno z navodilom ob vložitvi predloga imenovanemu zdravniku; odobritev odhoda zavarovanca izven kraja njegovega prijavljenega prebivališča med začasno nezmožnostjo za delo; ugotovitev, da zavarovana oseba ne more opraviti zdravstvene storitve izven delovnega časa; razloge za predpis zdravila in živila izven okvira določene omejitve predpisovanja; razloge za predpis zdravila z oznako "ne zamenjuj" in drugo).
2. Pristojni zdravnik in pristojni zdravstveni delavec v zdravstveni dokumentaciji zavarovane osebe s podpisom potrdi vsebino podatka iz prejšnjega odstavka do konca delavnika.
3. **člen**

##### (uporaba podatkov o zavarovani osebi iz zbirk podatkov OZZ)

Pristojni zdravnik, pristojni zdravstveni delavec, pooblaščena oseba izvajalca, dobavitelja, proizvajalca pripomočka in Zavoda v skladu s pooblastilom za dostop do podatkov zavarovane osebe v zbirkah podatkov OZZ uporablja te podatke pri uveljavljanju pravic in izvrševanju obveznosti zavarovane osebe iz OZZ.

1. **člen**

##### (posredovanje dokumentacije)

1. Izvajalec, dobavitelj in proizvajalec pripomočka posreduje Zavodu in omogoči pooblaščeni osebi Zavoda vpogled v zdravstveno dokumentacijo, podatke, ki so bili podlaga za odločitev pristojnega zdravnika ali pristojnega zdravstvenega delavce ali za izvedbo druge storitve izvajalca, dobavitelja in proizvajalca pripomočka iz OZZ, in druge podatke o zavarovani osebi, če so potrebni za odločanje v postopkih po tem zakonu.
2. Rok za posredovanje zdravstvene dokumentacije in podatkov iz prejšnjega odstavka ter za vpogled vanje določi Zavod in ne sme biti krajši od sedmih dni, razen če to narekuje nujnost zadeve, ko rok ne sme biti krajši od treh dni.

## oddelek

### LISTINE ZAVODA ZA UVELJAVLJANJE PRAVIC

1. **člen**

##### (listine Zavoda za uveljavljanje pravic)

Listine Zavoda za uveljavljanje pravic in način njihove uporabe določi Zavod.

## oddelek

### KARTICA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

1. **člen**

##### (kartica zdravstvenega zavarovanja)

1. Kartica zdravstvenega zavarovanja je javna listina, ki jo zaradi uveljavljanja pravic Zavod izda zavarovani osebi in osebi, ki je v skladu s pravnim redom EU ali z mednarodnim sporazumom izenačena z zavarovano osebo glede uveljavljanja pravic.
2. Kartica zdravstvenega zavarovanja se izda s prvo prijavo v zavarovanje.
3. Za izdajo kartice zdravstvenega zavarovanja se uporabljajo podatki iz zbirk podatkov OZZ.
4. Kartice zdravstvenega zavarovanja zavarovana oseba ne sme dati, prodati ali posoditi drugi osebi in je ne sme zastaviti za zavarovanje koristi ali pravice. Druga oseba ne sme vzeti, kupiti ali uporabiti tuje kartice zdravstvenega zavarovanja kot svoje in je ne sme vzeti za zavarovanje koristi ali pravice.
5. Na kartici zdravstvenega zavarovanja je prepovedano spreminjanje, dopisovanje ali brisanje katerega koli podatka, razen v primerih, ki jih določi Zavod.
6. Zavarovana oseba, ki izgubi ali drugače pogreša kartico zdravstvenega zavarovanja, o tem obvesti Zavod takoj, ko je to mogoče.
7. Kartico zdravstvenega zavarovanja lahko poleg njenega imetnika kopira pristojni zdravnik, pristojni zdravstveni delavec, druga pooblaščena oseba izvajalca, dobavitelja, proizvajalca pripomočka in Zavoda, če je to potrebno za izvajanje OZZ. Kartico zdravstvenega zavarovanja je za vnaprej določene namene dovoljeno kopirati tudi na podlagi pisne privolitve njenega imetnika.
8. Ob kopiranju kartice zdravstvenega zavarovanja je treba z ustrezno oznako na kopiji zagotoviti, da se njena kopija ne bo uporabljala za druge namene.
9. Zavod izda zavarovani osebi namesto kartice zdravstvenega zavarovanja začasno potrdilo v primerih, ki jih določi Zavod.
10. Določbe tega zakona, ki veljajo za kartico zdravstvenega zavarovanja, se smiselno uporabljajo za začasno potrdilo iz prejšnjega odstavka.
11. **člen**

##### (uveljavljanje pravic s kartico zdravstvenega zavarovanja)

1. Zavarovana oseba se za uveljavljanje pravic identificira in avtenticira s kartico zdravstvenega zavarovanja.
2. Zavarovana oseba lahko brez kartice zdravstvenega zavarovanja uveljavi nujne zdravstvene storitve ter druge zdravstvene storitve v primerih, ki jih določi Zavod.
3. Pristojni zdravnik, pristojni zdravstveni delavec, druga pooblaščena oseba izvajalca, dobavitelja, proizvajalca pripomočka, zavarovalnice in Zavoda lahko zaradi preverjanja identitete imetnika kartice zdravstvenega zavarovanja od njega zahteva na vpogled njegov osebni dokument.
4. V primeru suma poskusa kršitve ali kršitve četrtega ali petega odstavka prejšnjega člena pristojni zdravnik, pristojni zdravstveni delavec, druga pooblaščena oseba izvajalca, dobavitelja, proizvajalca pripomočka, zavarovalnice in Zavoda zaradi preverjanja identitete imetnika kartice zdravstvenega zavarovanja od njega zahteva osebni dokument, ga lahko kopira brez pisne privolitve imetnika osebnega dokumenta in najpozneje naslednji delovni dan vloži prijavo organom pregona in o tem pisno obvesti Zavod.
5. **člen**

##### (dostop do podatkov s kartico zdravstvenega zavarovanja)

1. S kartico zdravstvenega zavarovanja se na način, ki ga določi Zavod, dostopa do podatkov v:
2. zbirkah podatkov OZZ, ki izkazujejo, ali ima oseba urejeno OZZ, in drugih podatkov, ki so potrebni za uveljavljanje pravic;
3. drugih zbirkah podatkov, ki se vodijo v informacijskem sistemu Zavoda, če tako določa drug zakon, ali če oseba, o kateri bi se vodili osebni podatki v drugih zbirkah podatkov, v to pisno privoli;
4. drugih zbirkah podatkov, ki se ne vodijo v informacijskem sistemu Zavoda, če tako določa drug zakon.
5. Pooblastilo za dostop do podatkov v zbirkah podatkov OZZ obsega pooblastilo za posredovanje podatkov v zbirke podatkov OZZ, pooblastilo za pridobivanje podatkov iz zbirk podatkov OZZ ali obe pooblastili sočasno.
6. Pooblastilo za dostop do podatkov v zbirkah podatkov OZZ se določi za posamezen podatek ali po posameznih sklopih podatkov v zbirkah podatkov OZZ tako, da je obseg pooblastila odvisen od kvalifikacije, poklica in delovnega področja pristojnega zdravnika, pristojnega zdravstvenega delavca, druge pooblaščene osebe izvajalca, dobavitelja, proizvajalca pripomočka, zavarovalnice in Zavoda.
7. Pristojni zdravnik, pristojni zdravstveni delavec, druga pooblaščena oseba izvajalca, dobavitelja, proizvajalca pripomočka, zavarovalnice in Zavoda dostopa do podatkov v zbirkah podatkov OZZ v obsegu svojega pooblastila.
8. Pristojni zdravnik, pristojni zdravstveni delavec, druga pooblaščena oseba izvajalca, dobavitelja, proizvajalca pripomočka, zavarovalnice in Zavoda dostopa do podatkov zavarovane osebe v zbirkah podatkov OZZ s kartico zdravstvenega zavarovanja, razen v primerih, ki jih določi Zavod, ko je to potrebno za izvajanje OZZ ali za odločanje v postopkih, v katerih odloča Zavod.
9. Izvajalec, dobavitelj, proizvajalec pripomočka in zavarovalnica je odgovoren za podelitev pooblastil, uporabo pooblastil in za interni nadzor nad podelitvijo in uporabo pooblastil v skladu s tem zakonom in splošnimi akti Zavoda.
10. Izvajalec, dobavitelj, proizvajalec pripomočka in zavarovalnica na zahtevo Zavoda nemudoma opravi interni nadzor nad podelitvijo in uporabo pooblastil v skladu s tem zakonom in splošnimi akti Zavoda in o ugotovitvah internega nadzora nemudoma obvesti Zavod.
11. **člen**

##### (splošni akt Zavoda o kartici zdravstvenega zavarovanja)

Zavod določi:

1. vsebino, obliko, izdajo, način uporabe in veljavnost kartice zdravstvenega zavarovanja;
2. morebitno plačilo stroškov izdaje nove kartice zdravstvenega zavarovanja;
3. primere, ko zavarovani osebi namesto kartice zdravstvenega zavarovanja izda začasno potrdilo;
4. primere, ko je na kartici zdravstvenega zavarovanja dovoljeno spreminjanje, dopisovanje in brisanje podatkov;
5. zdravstvene storitve in okoliščine, ko se brez kartice zdravstvenega zavarovanja lahko dostopa do podatkov njenih imetnikov v zbirkah podatkov OZZ;
6. pristojne zdravnike, pristojne zdravstvene delavce, druge pooblaščene osebe izvajalca, dobavitelja, proizvajalca pripomočka, zavarovalnice in Zavoda, ki so pooblačeni za dostop do podatkov v zbirkah podatkov OZZ, obseg pooblastila, razloge za omejitev in odvzem pooblastila ter natančnejše pristojnosti in odgovornosti izvajalca, dobavitelja in proizvajalca pripomočka glede podelitve pooblastil, uporabe pooblastil in obveščanja Zavoda o podelitvi in uporabi pooblastil ter internem nadzoru nad podelitvijo in uporabo pooblastil;
7. način dostopa do podatkov v zbirkah podatkov OZZ in drugih zbirkah podatkov v informacijskem sistemu Zavoda;
8. morebitno plačilo stroškov dostopa iz prejšnje točke.

## oddelek

### NATANČNEJŠI POSTOPEK UVELJAVLJANJA PRAVIC

1. **člen**

##### (natančnejši postopek uveljavljanja pravic)

Zavod določi natančnejši postopek uveljavljanja pravic, v okviru česar tudi določi:

1. izvajalca, ki je pristojen za opravljanje zdravstvene storitve in druge storitve iz OZZ, in je lahko določen na ravni zdravstvene dejavnosti, po vrsti ali podvrsti zdravstvene dejavnosti, za posamezno zdravstveno storitev ali vrsto zdravstvenih storitev, na ravni izvajalca ali njegove organizacijske enote (oddelek in podobno);
2. pristojnega zdravnika in pristojnega zdravstvenega delavca, ki je pristojen in odgovoren za opravljanje zdravstvene storitve in druge storitve iz OZZ, in je lahko določen z opredelitvijo poklica, vrste specializacije, kvalifikacije, delovnega področja ali poklicne dejavnosti (kompetence), na ravni zdravstvene dejavnosti, po vrsti ali podvrsti zdravstvene dejavnosti, za posamezno zdravstveno storitev in drugo storitev iz OZZ ali vrsto zdravstvenih storitev in drugih storitev iz OZZ, na ravni izvajalca ali njegove organizacijske enote (oddelek in podobno), individualno ali skupinsko (tim, konzilij in podobno);
3. naloge in pooblastila izvajalca, dobavitelja, proizvajalca pripomočka, pristojnega zdravnika in pristojnega zdravstvenega delavca v postopku uveljavljanja pravice;
4. sestavine vlog za uveljavljanje pravic.

## poglavje

## ZAGOTAVLJANJE PRAVIC DO ZDRAVSTVENIH STORITEV V OKVIRU NJIHOVE VREDNOSTI

## oddelek

**ZAGOTAVLJANJE PRAVIC DO ZDRAVSTVENIH STORITEV**

1. **člen**

### (zagotavljanje pravic do zdravstvenih storitev v okviru njihove vrednosti)

1. Izvajalec zagotovi zavarovani osebi zdravstveno storitev, zdravilo na recept, živilo na recept in drugo storitev, s katero se uresničuje pravica, brez plačila ali doplačila njene vrednosti. Dobavitelj in proizvajalec pripomočka zagotovi zavarovani osebi pripomoček in drugo storitev, s katero se uresničuje pravica, brez plačila ali doplačila njene vrednosti.
2. Če zavarovana oseba zahteva, da se storitev iz prejšnjega odstavka izvede drugače, kot je opredeljeno v tem zakonu in podzakonskih aktih, lahko izvajalec, dobavitelj in proizvajalec pripomočka v primerih, ki jih določa ta zakon, od zavarovane osebe zahteva njeno plačilo in sicer v višini:
3. cene izvajalca, dobavitelja ali proizvajalca pripomočka;
4. doplačila kot razlike med ceno izvajalca, dobavitelja ali proizvajalca pripomočka in vrednostjo, ki se krije iz OZZ (v nadaljnjem besedilu: doplačilo).
5. Zavarovana oseba nima pravice do povračila stroškov zdravstvene storitve, zdravila, živila, pripomočka in stroškov drugih storitev, ki jih je uveljavila pri izvajalcu zasebne zdravstvene dejavnosti, razen v primeru iz 2. točke prvega odstavka 244. člena tega zakona.

## oddelek

### VREDNOST ZDRAVSTVENE STORITVE

1. **člen**

##### (cena zdravstvene storitve)

1. OZZ krije zdravstveno storitev v višini vrednosti, ki jo določi Zavod in je sestavni del pogodbe z izvajalcem (v nadaljnjem besedilu: cena zdravstvene storitev).
2. Cene zdravstvenih storitev so opredeljene s cenikom zdravstvenih storitev.
3. **člen**

##### (elementi za oblikovanje cen)

1. Podlaga za oblikovanje in spreminjanje cene zdravstvene storitve in zdravstvene obravnave je njun natančen opis v protokolu storitve in klinični poti zdravstvene obravnave, ki temeljita na nacionalnih ali odobrenih mednarodnih smernicah.
2. Elementi za oblikovanje cene storitve so:
3. direktni in indirektni stroški dela;
4. direktni in indirektni stroški materiala;
5. amortizacija.
6. druge zakonsko predpisane obveznosti.
7. **člen**

**(določanje cen zdravstvenih storitev)**

1. Cenik zdravstvenih storitev sprejme Zavod na podlagi elementov za oblikovanje cen.
2. Metodologijo za analizo stroškov in oblikovanje cen izdela Zavod v sodelovanju z izvajalci oziroma njihovimi združenji.
3. Cenik se sprejme oziroma dopolnjuje enkrat letno do 30. septembra za naslednje leto.
4. V primeru, da v tekočem letu pride do tolikšnega zmanjšanja prihodkov ali povečanja odhodkov Zavoda, da Zavod ne more več tekoče poravnavati svojih obveznosti, lahko Zavod v soglasju z Vlado interventno začasno zniža cene posameznih ali vseh zdravstvenih storitev, vendar ne več kot za 3 % v posameznem letu, pri čemer znižanje velja od dneva soglasja Vlade dalje do konca leta.
5. **člen**

**(načini plačevanja storitev)**

Načini plačevanja storitev:

1. pavšalno plačilo vseh storitev v časovnem obdobju po zavarovani osebi (glavarina);
2. plačilo primerov po enotnih cenah skupin primerljivih primerov (SPP);
3. plačilo posameznega primera, storitve ali programa;
4. plačilo plana dela;
5. vzpodbude za kakovost in dostopnost zdravstvenih storitev;
6. drugo.
7. **člen**

##### (plačilo in doplačilo zdravstvene storitve)

1. Izvajalec lahko od zavarovane osebe zahteva plačilo zdravstvene storitve v višini:
2. cene izvajalca, ko zavarovana oseba uveljavi zdravstveno storitev:

* brez kartice zdravstvenega zavarovanja, razen v primeru nujnih zdravstvenih storitev;
* pri zdravniku, ki ni njen osebni zdravnik, razen v primeru nujnih zdravstvenih storitev;
* pri napotnem zdravniku ali napotnem zdravstvenem delavcu brez napotnice, razen v primeru, ko napotnica ni potrebna v skladu s petim odstavkom 130. člena tega zakona;
* v času, ki ne sodi v standard izvedbe zdravstvene storitve;
* stomato-protetičnega pripomočka ali ortodontskega aparata, če ga je izgubila, pokvarila, uničila z neustreznim ravnanjem ali ravnanjem v nasprotju z navodili;
* stomato-protetičnega pripomočka, če ga zahteva pred iztekom trajnostne dobe, razen v primeru, ki jih določa zakon ali podzakonski akt;

1. doplačilo zdravstvene storitve, ko zavarovana oseba uveljavi zdravstveno storitev:

* v drugačnem ali višjem standardu prehrane in nastanitve, kot je ta opredeljen v OZZ;
* za reševalni prevoz na razdalji od najbližjega izvajalca do izbranega izvajalca, če zavarovana oseba ali kdo drug zanjo zahteva reševalni prevoz k izbranemu izvajalcu, ki ni najbližji izvajalec;
* stomato-protetičnega pripomočka, ortodontskega aparata ali zobozdravstvene storitve v drugačnem ali višjem standardu, kot je ta opredeljen v OZZ;
* ortodontskega zdravljenja z nesnemnim ortodontskim aparatom, do katerega nima pravice, če ima pravico do ortodontskega zdravljenja s snemnim ortodontskim aparatom.

1. Izvajalec lahko zahteva plačilo ali doplačilo zdravstvene storitve, če je zavarovana oseba dala predhodno pisno soglasje na podlagi predhodne pisne informacije o predvidenem plačilu ali doplačilu zdravstvene storitve.
2. V primeru, da zavarovana oseba zahteva nestandardni vgradni material in zdravnik, ki jo zdravi, z njeno izbiro soglaša, OZZ krije ceno standardnega materiala in storitve, ki je potrebna za njegovo vgradnjo, zavarovana oseba pa izvajalcu plača razliko do polne cene nestandardnega materiala in do cene storitve, ki je potrebna za vgradnjo nestandardnega materiala.

## oddelek

### VREDNOST ZDRAVILA IN ŽIVILA

1. **člen**

##### (vrednost zdravila)

1. OZZ krije vrednost zdravila največ v višini cene zdravila ali najvišje priznane vrednosti zdravila.
2. Če je veljavna cena zdravila nižja od najvišje priznane vrednosti, OZZ krije vrednost zdravila v višini veljavne cene zdravila.
3. Če je veljavna cena zdravila višja od najvišje priznane vrednosti, OZZ krije vrednost zdravila največ do najvišje priznane vrednosti.
4. Ne glede na prejšnji odstavek OZZ krije vrednost zdravila na recept do veljavne cene zdravila:
5. če je zdravilo predpisano na recept v skladu s tretjim odstavkom 100. člena tega zakona;
6. če na trgu v Republiki Sloveniji ni prisotnega zdravila s Seznama medsebojno zamenljivih zdravil v okviru najvišje priznane vrednosti, če to zdravilo ni vključeno v terapevtsko skupino zdravil.
7. **člen**

##### (vrednost živila)

1. OZZ krije vrednost živila največ v višini dogovorjene cene živila ali najvišje priznane vrednosti živila.
2. Če je živilu določena najvišja priznana vrednost, OZZ krije vrednost živila največ do najvišje priznane vrednosti živila.
3. **člen**

##### (plačilo in doplačilo zdravila in živila na recept)

Izvajalec lahko od zavarovane osebe zahteva plačilo zdravila in živila na recept v višini:

1. cene izvajalca, če zavarovana oseba uveljavi zdravilo in živilo na recept brez kartice zdravstvenega zavarovanja, razen v primeru nujnih zdravstvenih storitev;
2. doplačila kot razlike:

* med ceno izdanega zdravila in določeno najvišjo priznano vrednostjo, če je predpisano zdravilo z receptne liste, ki ima določeno najvišjo priznano vrednost in ni predpisano v skladu s tretjim odstavkom 100. člena tega zakona;
* med dogovorjeno ceno izdanega živila in določeno najvišjo priznano vrednostjo, če je predpisano živilo z receptne liste, ki ima določeno najvišjo priznano vrednost.

## oddelek

### VREDNOST PRIPOMOČKA

1. **člen**

##### (vrednost pripomočka)

1. OZZ krije vrednost pripomočka največ v višini:
2. cenovnega standarda, če za pripomoček ni določena najvišja cena;
3. najvišje priznane cene;
4. pogodbene cene;
5. dnevne izposojnine;
6. funkcionalno ustreznega pripomočka.
7. Cenovni standard Zavod določi za vrste pripomočkov, ki jih zavarovana oseba prejme v last, lahko pa tudi za vrste pripomočkov, ki jih zavarovana oseba prejme v izposojo, če dnevna izposojnina za Zavod ni ekonomsko sprejemljiva.
8. Najvišjo priznano ceno lahko Zavod v okviru cenovnega standarda določi za enega ali več artiklov.
9. Pogodbeno ceno Zavod dogovori za vrste pripomočkov ali za artikle, ki jih zavarovana oseba prejme v last, če se za tako vrsto pripomočka ne določi cenovni standard.
10. Dnevno izposojnino Zavod določi za vrste pripomočkov, ki jih zavarovana oseba prejme v izposojo, razen če je zanje določen cenovni standard.
11. **člen**

##### (plačilo in doplačilo pripomočka)

1. Dobavitelj in proizvajalec pripomočka lahko od zavarovane osebe zahtevata plačilo pripomočka v višini:
2. cene izbranega pripomočka, če zavarovana oseba zahteva pripomoček:

* brez kartice zdravstvenega zavarovanja, razen v primeru nujnih zdravstvenih storitev;
* ker ga je izgubila, pokvarila ali uničila z neustreznim ravnanjem ali ravnanjem v nasprotju z navodili;
* pred iztekom trajnostne dobe, razen v primeru iz tretjega odstavka 112. člena tega zakona;

1. cene izbranega pripomočka, če zavarovana oseba izbere istovrstni pripomoček, ki ni na Seznamu pripomočkov in ni funkcionalno ustrezen pripomoček;
2. cene stroškov popravila ali vzdrževanja izbranega pripomočka, v delu, ki presega vrednost stroškov, ki jih določi Zavod;
3. doplačila kot razlike:

* med ceno izbranega artikla v okviru cenovnega standarda in najvišjo priznano ceno;
* med stroški prilagoditve izbranega pripomočka, ki jo zahteva zavarovana oseba, in stroški prilagoditve pripomočka, ki jo je predlagal napotni zdravnik.

1. Dobavitelj in proizvajalec pripomočka lahko zahtevata plačilo in doplačilo iz prejšnjega odstavka, če je zavarovana oseba dala predhodno pisno soglasje na podlagi predhodne pisne informacije o predvidenem plačilu ali doplačilu pripomočka.

## oddelek

### POVRAČILO STROŠKOV IZ OZZ

1. **člen**

##### (povračilo stroškov iz OZZ)

1. Zavarovana oseba ima pravico od Zavoda zahtevati celotno ali delno povračilo stroškov:
2. zdravstvene storitve in druge storitve iz OZZ, če so ji bili stroški neutemeljeno zaračunani;
3. nujne zdravstvene storitve, če jo je uveljavila pri samoplačniškem izvajalcu v skladu s petim odstavkom 58. člena tega zakona;
4. nujnega reševalnega prevoza za razdaljo do najbližjega izvajalca, če je reševalni prevoz naročila sama zavarovana oseba in je pristojni zdravnik, ki je prevzel zavarovano osebo na zdravljenje, ugotovil, da je bil prevoz nujen in ji je o tem izstavil potrdilo;
5. zdravstvene storitve, če jih je uveljavila brez kartice zdravstvenega zavarovanja.
6. Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov zdravstvene storitve, prevoznih stroškov, stroškov nastanitve in stroškov prehrane ter pravico do denarnega nadomestila za obdobje, za katero je za nazaj dobila lastnost zavarovane osebe.
7. Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov iz prejšnjega odstavka v višini dejanskih stroškov, vendar ne več kot do višine vrednosti zdravstvene storitve, vrednosti zdravila, vrednosti živila, vrednosti pripomočka in vrednosti druge storitve iz OZZ, za katero uveljavlja povračilo.

**ČETRTI DEL**

# OZZ ZA POKLICNA TVEGANJA

## poglavje

### OPREDELITEV POKLICNIH TVEGANJ IN

### OBVEZNO ZAVAROVANE OSEBE ZA POKLICNA TVEGANJA

1. **člen**

##### (opredelitev poklicnih tveganj)

1. Poklicna tveganja so poškodbe pri delu in poklicne bolezni.
2. Poškodba pri delu in poklicna bolezen imata isti pomen kot v zakonu, ki ureja pokojninsko in invalidsko zavarovanje, če ni v drugem zakonu drugače določeno.
3. **člen**

##### (osebe, obvezno zavarovane za poklicna tveganja)

1. Za poškodbo pri delu in poklicno bolezen so zavarovane osebe iz prvega, drugega, tretjega in četrtega odstavka 23. člena, 24., 25., 26. in 27. člena in četrtega odstavka 29. člena tega zakona.
2. Za poškodbo pri delu in poklicno bolezen so zavarovane tudi:
3. osebe, ki se šolajo, ter otroci in mladostniki z motnjami v telesnem in duševnem razvoju pri praktičnem usposabljanju z delom;
4. vojni invalidi, civilni invalidi vojne in druge invalidne osebe na poklicni rehabilitaciji ali usposabljanju pri praktičnih delih in vajah;
5. osebe, ki v okviru drugega pravnega razmerja opravljajo delo ali storitev za plačilo, kadar se plačilo, prejeto na podlagi tega pravnega razmerja, na podlagi zakona, ki ureja dohodnino, šteje za dohodek in ni oproščen plačila dohodnine ali ni drug dohodek na podlagi zakona, ki ureja dohodnino, če na podlagi tega dela niso zavarovane za poškodbo pri delu ali poklicno bolezen po drugi zavarovalni podlagi iz tega ali tretjega odstavka tega člena;
6. osebe, ki se v skladu s predpisi, ki urejajo trg dela, ali v skladu s predpisi, ki urejajo zaposlovanje invalidov, usposabljajo z delom pri izvajalcu ukrepa aktivne politike zaposlovanja in osebe, ki se v skladu s predpisi ki urejajo socialno varstvo, usposabljajo pri izvajalcu poskusnega izvajanja;
7. osebe, ki v skladu s predpisi, ki urejajo preprečevanje dela in zaposlovanja na črno, opravljajo kratkotrajno delo;
8. osebe, ki v skladu s predpisi, ki urejajo preprečevanje dela in zaposlovanja na črno, opravljajo osebno dopolnilno delo;
9. osebe, ki v skladu s predpisi, ki urejajo prekrške in izvrševanje kazenskih sankcij, opravljajo določene naloge v splošno korist ali v korist lokalne skupnosti;
10. osebe, ki opravljajo volontersko pripravništvo v skladu s predpisi o delovnih razmerjih;
11. osebe, ki opravlja prostovoljno delo v skladu s predpisi o prostovoljstvu;
12. samozaposlene osebe, ki iz tega naslova niso zavarovane po 24. členu tega zakona;
13. nosilci dopolnilne dejavnosti na kmetiji, če niso obvezno zavarovani po 26. členu tega zakona;
14. fizične osebe, ki v skladu s predpisi o gostinstvu le občasno, največ do pet mesecev v koledarskem letu, opravljajo dejavnost kot sobodajalci;
15. osebe, ki so člani prostovoljnega gasilskega društva v skladu s predpisi, ki urejajo gasilstvo, med intervencijo ali med strokovnim usposabljanjem v času opravljanja nalog med intervencijo;
16. zavarovanci iz 35. člena tega zakona pri delu, poklicnem izobraževanju in pri opravljanju dovoljenih dejavnosti v skladu s predpisi, ki urejajo prekrške in izvrševanje kazenskih sankcij;
17. sodni cenilci, sodni izvedenci in sodni tolmači.
18. Za poškodbo pri delu so zavarovane tudi:
19. osebe, ki opravljajo naloge zaščite, reševanja in pomoči v skladu s predpisi, ki urejajo varstvo pred naravnimi in drugimi nesrečami;
20. osebe, ki prostovoljno in ob soglasju policista pomagajo pri opravljanju z zakonom določenih nalog policije v skladu s predpisi, ki urejajo organiziranost in delo v policiji in se pri tem poškodujejo ali izgubijo delovno zmožnost;
21. osebe, ki opravljajo naloge pomožne policije v skladu s predpisi, ki urejajo organiziranost in delo v policiji;
22. osebe, ki opravljajo na poziv državnih organov in nosilcev javnih pooblastil javno in drugo družbeno funkcijo ali državljansko dolžnost.
23. **člen**

##### (prijava v zavarovanje in odjava iz zavarovanja za poklicna tveganja)

1. Za osebe iz prvega odstavka prejšnjega člena se za prijavo v zavarovanje in odjavo iz zavarovanja uporabljajo določbe od 40. do 53. člena tega zakona.
2. Za osebe iz drugega in tretjega odstavka prejšnjega člena se za prijavo v zavarovanje in odjavo iz zavarovanja smiselno uporabljajo določbe od 40. do 53. člena tega zakona, če ni s tem zakonom drugače določeno.
3. Zavezanec za prijavo oseb iz drugega in tretjega odstavka prejšnjega člena je zavezanec za plačilo prispevkov.
4. Ne glede na prejšnji odstavek so osebe iz 3. točke drugega odstavka prejšnjega člena, ki opravljajo delo ali storitev iz naslova drugega pravnega razmerja v državah, v katerih velja pravni red EU, in se zanje v skladu s pravnim redom EU uporablja zakonodaja Republike Slovenije, osebe iz 6. in 15. točke drugega odstavka prejšnjega člena sami zavezanci za prijavo.
5. Zavezanec za prijavo vloži prijavo v zavarovanje in odjavo iz zavarovanja na obrazcu, ki je določen s predpisom, ki ureja obrazce za prijavo podatkov v OZZ.
6. Zavezanec za prijavo vloži prijavo v zavarovanje v treh dneh po nastanku pravnega razmerja, ki je podlaga za zavarovanje, in zavarovano osebo odjavi iz zavarovanja v treh dneh po prenehanju pravnega razmerja, ki je podlaga za zavarovanje. Če je trajanje zavarovanja znano ob prijavi, lahko zavezanec za prijavo hkrati s prijavo v zavarovanje vloži tudi odjavo iz zavarovanja.

## II. poglavje

### PRAVICE IZ OZZ ZA POKLICNA TVEGANJA

1. **člen**

##### (pravice zaradi poklicnega tveganja)

1. Zavarovana oseba iz 246. člena tega zakona ima iz OZZ za poklicna tveganja enake pravice kot iz OZZ za splošna tveganja, če ni v tem delu zakona drugače določeno (v nadaljnjem besedilu: pravice zaradi poklicnega tveganja).
2. Pri uveljavljanju pravic zaradi poklicnega tveganja se uporabljajo določbe tega zakona o uveljavljanju pravic iz OZZ za splošna tveganja, če ni v tem delu zakona drugače določeno.
3. **člen**

##### (pravica do preventivnega zdravstvenega programa na delovnem mestu iz OZZ za poklicna tveganja)

* 1. Zavarovana oseba iz 246. člena tega zakona ima pravico do preventivnega zdravstvenega programa na delovnem mestu, ki vključuje svetovanje in strokovno podporo na področju tveganj za poklicne bolezni in poškodbe na delovnem mestu.
  2. Obseg, vsebino (vključno z vrsto preventivnih zdravstvenih storitev s Seznama zdravstvenih storitev) in način izvajanja preventivnega zdravstvenega programa iz prejšnjega odstavka določi minister.

1. **člen**

##### (pravica do denarnega nadomestila zaradi poklicnega tveganja)

1. Pravico do denarnega nadomestila zaradi poklicnega tveganja ima zavarovana oseba iz prvega odstavka 246. člena tega zakona, če je poškodba pri deli ali poklicna bolezen nastala v okviru pravnega razmerja:
2. iz prvega, drugega, tretjega ali četrtega odstavka 23. člena, 24., 25., 26. ali 27. člena tega zakona;
3. iz 13. točke drugega odstavka in tretjega odstavka 246. člena tega zakona.
4. Zavarovana oseba, ki ji je v času začasne nezmožnosti za delo zaradi poklicnega tveganja prenehalo OZZ iz prvega, drugega, tretjega ali četrtega odstavka 23. člena, 24., 25., 26. ali 27. člena tega zakona, ima pravico do denarnega nadomestila za isto poklicno tveganje tudi po prenehanju tega pravnega razmerja dokler ni zmožna za delo, vendar najdlje do vključitve v OZZ iz drugega pravnega razmerja.
5. Zavarovana oseba ima pravico do denarnega nadomestila zaradi poklicnega tveganja:
6. od 31. delovnega dne začasne nezmožnosti za delo v primeru iz 1. točke prvega odstavka tega člena;
7. od prvega delovnega dne začasne nezmožnosti za delo v primeru iz 2. točke prvega odstavka tega člena;
8. od prvega dne po prenehanju OZZ iz prejšnjega odstavka.
9. O začasni nezmožnosti za delo iz prejšnjega odstavka odloča imenovani zdravnik, in sicer:
10. od 31. dne začasne nezmožnosti za delo v primeru iz 1. točke prejšnjega odstavka;
11. od prvega dne začasne nezmožnosti za delo v primeru iz 2. točke prejšnjega odstavka;
12. od prvega dne po prenehanju OZZ v primeru iz 3. točke prejšnjega odstavka.
13. Zavarovana oseba ima pravico do denarnega nadomestila zaradi poklicne bolezni od dneva izdaje strokovnega mnenja s katerim je ugotovljena poklicna bolezen.
14. Denarno nadomestilo iz OZZ za poklicna tveganja znaša 100 % osnove.
15. Osnova za denarno nadomestilo zaradi poklicnega tveganja za zavarovane osebe iz 13. točke drugega odstavka in tretjega odstavka 246. člena tega zakona je enaka osnovi za denarno nadomestilo za bolezen in poškodbo izven dela, v katero se ne vštevajo osnove za plačevanje prispevkov iz 13. točke drugega odstavka in tretjega odstavka 246. člena tega zakona.
16. **člen**

**(prijava poškodbe pri delu)**

1. Delodajalec oziroma drug zavezanec za prijavo iz 247. člen tega zakona prijavi poškodbo pri delu v treh dneh od dneva poškodbe pri delu (v nadaljnjem besedilu: zavezanec za prijavo poškodbe pri delu).
2. Če zavezanec za prijavo poškodbe pri delu ne ravna v skladu s prejšnjim odstavkom, poškodbo pri delu prijavi zavarovana oseba v treh dneh od poteka roka iz prejšnjega odstavka ali zaključka bolnišnične obravnave.
3. Če prijava za poškodbo ni vložena v roku iz prvega oziroma drugega odstavka tega člena, zavarovana oseba ne more uveljaviti pravic zaradi poškodbe pri delu.
4. Prijava poškodbe pri delu se vloži na Zavodu na listini, ki jo zavezanec za prijavo poškodbe pri delu vloži v elektronski obliki.
5. Listino za prijavo poškodbe pri delu določi minister v soglasju z ministrom, pristojnim za delo.
6. Natančnejši postopek uveljavljanja pravic zaradi poškodbe pri delu določi Zavod.

## III. poglavje

### POSTOPEK UVELJAVLJANJA PRAVIC IZ OZZ ZA POKLICNA TVEGANJA

1. **člen**

**(poklicne bolezni)**

* 1. Postopek za ugotavljanje poklicne bolezni se začne na predlog delavca.
  2. Natančnejši postopek ugotavljanja, potrjevanja, prijavljanja poklicnih bolezni in uveljavljanja pravic iz naslova poklicnih bolezni določi minister.

**PETI DEL**

**VKLJUČITEV ZDRAVSTVENIH STORITEV, ZDRAVIL, ŽIVIL IN PRIPOMOČKOV V SISTEM OZZ**

**I. poglavje**

**VKLJUČITEV ZDRAVSTVENIH STORITEV**

**V SISTEM OZZ**

* 1. **oddelek**

**SEZNAM ZDRAVSTVENIH STORITEV**

1. **člen**

**(Seznam zdravstvenih storitev)**

1. Seznam zdravstvenih storitev vsebuje storitve, ki so s strani pooblaščenega organa za ocenjevanje zdravstvenih tehnologij (IVZT) dobile oceno o svoji terapevtski koristi, dodani vrednosti in razmerju med stroški in koristjo. Na podlagi te ocene jih IVZT razvrsti na standardne in nestandardne storitve.
2. Seznam zdravstvenih storitev vsebuje:
3. preventivne zdravstvene storitve,
4. storitve zdravljenja;
5. rehabilitacijske storitve;
6. storitve zdravstvene nege,
7. storitve paliativne oskrbe,
8. zdravstvene storitve v lekarniški dejavnosti.
9. Standardne storitve so storitve, ki imajo v primerjavi z drugimi storitvami z enakim ali podobnim učinkom ugodnejše razmerje med ceno in koristjo. Storitve, ki imajo manj ugodno razmerje med ceno in koristjo, so nestandardne storitve.
10. IVZT predlaga seznam oziroma spremembo seznama standardnih zdravstvenih storitev v obravnavo in mnenje Zdravstvenemu svetu.
11. Minister sprejme seznam in njegove spremembe po predhodnem mnenju Zdravstvenega sveta in soglasju Zavoda.
12. Potrjeni seznam standardnih zdravstvenih storitev predstavlja storitve, ki jih krije OZZ. Za potrjeni seznam standardnih zdravstvenih storitev Zavod določi cene. Po določitvi cen postane potrjeni seznam standardnih zdravstvenih storitev seznam storitev, ki jih krije OZZ.
13. Seznam se objavlja na spletni strani ministrstva in Zavoda.
14. **člen**

**(merila za razvrstitev zdravstvenih storitev)**

IVZT določi metodologijo, po kateri se razvrščajo storitve v standardne in nestandardne, pri čemer upošteva naslednja merila:

1. javnozdravstveni vidik;
2. dodano vrednost storitve v primerjavi z obstoječimi standardnimi storitvami;
3. primerjalne terapevtske vrednosti storitve;
4. analizo stroškov in koristi;
5. etični vidik.
6. **člen**

**(strokovni standardi zdravstvenih storitev)**

1. Strokovni standardi zdravstvenih storitev temeljijo na zdravstvenih smernicah, ki jih je odobril Zdravstveni svet (nacionalna smernica), ali na mednarodnih smernicah ali priporočilih, temelječih na dokazih, ki jih je Zdravstveni svet odobril kot ekvivalent nacionalnim smernicam (odobrena mednarodna smernica).
2. Zdravstvene smernice predlagajo razširjeni strokovni kolegiji, strokovna združenja s področja zdravstva, izvajalci na terciarni ravni zdravstvene dejavnosti.
3. Zdravstvene smernice vsebujejo naslednje podatke:
4. strokovni in tehnični postopek izvedbe storitev;
5. seznam indikacij in kontraindikacij posamezne storitve;
6. stopnjo utemeljenosti dokazov o primernosti storitve za posamezne indikacije;
7. strokovne omejitve posamezne storitve glede števila možnih ponovitev, omejitve z ozirom na starost, zdravstveno stanje ali druge značilnosti zavarovane osebe.
8. Če postopek izvedbe storitve navaja različne možne izvedbe posamezne storitve in ne daje izrecne prednosti nobeni med njimi, se šteje, da so postopki strokovno ekvivalentni.
9. Odločitev o primernosti storitve za posameznega pacienta temelji na strokovni presoji zdravnikov, ki izvajajo storitev in ki ob tem upoštevajo zdravstveno smernico.
10. Izvajalec je na zahtevo pacienta ali pooblaščenega organa dolžan prikazati, da je pri izvajanju zdravstvene storitve sledil zdravstveni smernici.
11. Ne glede na prejšnje odstavke tega člena Zavod določi natančnejši način zagotavljanja zdravstvenih storitev, za katere tako določa ta zakon.
12. **člen**

**(postopek razvrstitve nove storitve)**

* 1. Predlog za razvrstitev nove zdravstvene storitve na Seznam zdravstvenih storitev lahko poda:
  2. razširjeni strokovni kolegij;
  3. strokovno združenje ali zbornice;
  4. klinike in inštituti.
  5. Predlog mora biti pripravljen v standardnem formatu.
  6. Predlog mora vsebovati stroškovno analizo, ki vključuje lastno ceno zdravstvene storitve in oceno finančnih posledic.
  7. V primeru, da je vloga nepopolna, se pobudnika iz prvega odstavka pozove, da jo dopolni v roku 30 dni.
  8. IVZT vlogo sprejme ali zavrne in o tem obvesti pobudnika in Zavod z odločbo.
  9. Natančnejši postopek razvrstitve nove zdravstvene storitve določi minister.

1. **člen**

**(izločitev zdravstvene storitve)**

1. Zdravstvena storitev se izloči iz seznama standardnih zdravstvenih storitev, če je izpolnjen vsaj en od naslednjih pogojev:
2. če storitev ne izpolnjuje več enega ali več meril za razvrstitev zdravstvene storitve;
3. če storitev, ki ne izpolnjuje enega od pogojev v prejšnji alineji, ni edina, ki se uporablja za obravnavo določenega zdravstvenega stanja.
4. Poleg predlagateljev iz prvega odstavka prejšnjega člena lahko predlog za izločitev poda tudi Zavod.
5. Pogoje za izločitev zdravstvene storitve iz 1. in 2. točke prejšnjega odstavka preverja IVZT.
6. Izločitev zdravstvene storitve pomeni ukinitev kritja vrednosti zdravstvene storitve iz OZZ.
7. **člen**

**(omejitve dostopnosti do storitev)**

Minister lahko po pridobitvi mnenja Zdravstvenega sveta in IVZT omeji izvajanje zdravstvenih storitev na:

1. podskupino zavarovanih oseb, ki jim določena storitev najbolj koristi ali jim je najbolj potrebna;
2. podskupino zavarovanih oseb določene starosti;
3. določeno število ponovitev.
4. **oddelek**

**Inštitut za VREDNOTENJE ZDRAVSTVENIH TEHNOLOGIJ**

1. **člen**

**(naloge IVZT)**

1. Inštitut za vrednotenje zdravstvenih tehnologij (IVZT) je pristojni organ na področju vrednotenja zdravstvenih tehnologij.
2. Glavne naloge IVZT so:
3. spremlja razvoj in presoja nove zdravstvene tehnologije s stališča zdravstvene koristi in stroškovne učinkovitosti, pri čemer se povezuje s sorodnimi tujimi sorodnimi institucijami in smiselno uporablja že obstoječe ocene;
4. pripravi, dopolnjuje in revidira Seznam standardnih zdravstvenih storitev ter vgradnih medicinskih pripomočkov in materialov;
5. spremlja obstoječe zdravstvene tehnologije in po potrebi predlaga njihovo izločitev s Seznama standardnih zdravstvenih storitev ter vgradnih medicinskih pripomočkov in materialov;
6. koordinira in usklajuje razvoj nacionalnih kliničnih smernic, ki temeljijo na medicini, podprti z dokazi;
7. vzpodbuja, koordinira in usklajuje razvoj nacionalnih kliničnih poti;
8. zbira, obdeluje, analizira in posreduje podatke zdravstvenih ustanov s svojega področja dela;
9. zbira in izmenjuje informacije o dobrih praksah doma in v tujini;
10. vodi evidence in statistiko na svojem področju dela;
11. opravlja druge naloge, ki izhajajo iz politik, zakonov in predpisov na tem področju.

**II. poglavje**

**VKLJUČITEV ZDRAVIL V SISTEM OZZ**

1. **člen**

**(liste zdravil in Seznam magistralnih zdravil)**

1. Zavod razvršča zdravila na:
2. receptno listo;
3. ambulantno listo zdravil;
4. bolnišnično listo zdravil;
5. Seznam magistralnih zdravil.
6. Zdravilo se lahko razvrsti na eno listo zdravil ali več list zdravil.
7. Liste zdravil z datumom njihove uveljavitve in spremembe se objavi na spletni strani Zavoda.
8. Seznam magistralnih zdravil z datumom njegove uveljavitve in spremembe se objavi na spletni strani Zavoda.
9. **člen**

**(zdravila, ki so predmet razvrstitve)**

1. Na liste zdravil se lahko razvrsti:
2. industrijsko proizvedeno zdravilo imetnika dovoljenja za promet z zdravilom;
3. galensko zdravilo izdelovalca galenskega zdravila;
4. magistralno zdravilo.
5. Na Seznam magistralnih zdravil se lahko razvrsti magistralno zdravilo, ki ga zaradi individualno prilagojenih receptur ni mogoče razvrstiti na liste zdravil.
6. Ne glede na prvi odstavek tega člena se na liste zdravil ne razvrsti:
7. homeopatskega zdravila;
8. zdravila, ki se uporablja za diagnostiko;
9. cepiva za imunizacijo in imunoprofilakso, ki ga zagotavlja NIJZ iz sredstev OZZ.
10. Ne glede na prvi in drugi odstavek tega člena se na liste zdravil in Seznam magistralnih zdravil ne razvrsti naslednjih magistralnih zdravil, razen če Zavod ne določi drugače na podlagi 282. člena tega zakona:
11. farmacevtskih oblik magistralnega zdravila, ki je namenjeno za nego kože, ki ni del zdravstvene obravnave;
12. razredčenih industrijsko proizvedenih zdravil za lokalno uporabo razen glukokortikoidnih zdravil;
13. kombinacij industrijsko proizvedenih zdravil z eno ali več zdravilnimi učinkovinami in drugimi industrijsko proizvedenimi zdravili ali v kombinaciji z mazilno podlago, ki nima enakega emulzijskega sistema.
14. Industrijsko proizvedeno zdravilo se lahko razvrsti na liste zdravil, če ima določeno najvišjo dovoljeno ceno ali izredno višjo dovoljeno ceno.
15. Galensko zdravilo se lahko razvrsti na listo zdravil, če na listah zdravil ni razvrščeno industrijsko proizvedeno zdravilo z enako ali s primerljivo učinkovino ali kombinacijo učinkovin glede na indikacijsko področje in z enako ali s primerljivo jakostjo in farmacevtsko obliko in ima dogovorjeno ceno.
16. Magistralno zdravilo se lahko razvrsti na listo zdravil ali na Seznam magistralnih zdravil, če za doseganje terapevtskega učinka na trgu v Republiki Sloveniji na listah zdravil ni razvrščeno industrijsko proizvedeno ali galensko zdravilo z enako ali s primerljivo učinkovino in v enaki ali primerljivi jakosti ali farmacevtski obliki in ima določeno ceno.
17. Ambulanto zdravilo se lahko razvrsti na ambulantno listo zdravil, če se ne uporablja kot sestavni del nujne zdravstvene storitve in ni vključeno v ceno zdravstvene storitve, v okviru katere se aplicira.
18. Bolnišnično zdravilo se lahko razvrsti na bolnišnično listo zdravil zdravilo, če se uporablja za dolgotrajno zdravstveno obravnavo kronične bolezni zavarovane osebe in če njegova cena v priporočenem odmerku presega letno vrednost na zavarovano osebo, ki jo določi Zavod.
19. Zdravilo z liste zdravil mora imeti določeno ali dogovorjeno ceno zdravila.
20. **člen**

**(pogoj in merila za razvrstitev zdravila)**

1. Zdravilo se razvrsti na liste zdravil, če ima enako ali dodano vrednost v terapevtskem ali ekonomskem smislu (v nadaljnjem besedilu: pogoj za razvrstitev zdravila):
2. glede na razvrščena primerjalna zdravila z list zdravil ali
3. glede na standardno zdravstveno obravnavo.
4. Pogoj za razvrstitev zdravila se ugotovi na podlagi naslednjih meril za razvrstitev zdravila na liste zdravil (v nadaljnjem besedilu: merila za razvrstitev zdravila):
5. javnozdravstvenega vidika bolezni ali motnje, za katero se uporablja zdravilo;
6. terapevtskega pomena zdravila;
7. primerjalne terapevtske vrednosti zdravila;
8. farmakoekonomskih podatkov za zdravilo;
9. etičnega vidika bolezni ali motnje, za katero se uporablja zdravilo;
10. referenčnih virov za zdravilo.
11. **člen**

**(novo in enako zdravilo)**

Zdravilo se razvrsti na liste zdravil kot novo zdravilo ali enako zdravilo.

1. **člen**

**(razvrstitev zdravila za določen čas)**

Zdravilo se lahko razvrsti na listo zdravil za določen čas:

1. če ima novo zdravilo dovoljenje za promet, ki je izdano za določen čas;
2. če ima novo zdravilo varnostno tveganje ali ne dovolj dokazano klinično učinkovitost;
3. če novo zdravilo predstavlja ekonomsko tveganje za sredstva OZZ;
4. če nadomešča zdravilo, s katerim je nastala motnja v preskrbi z zdravilom.
5. **člen**

**(razvrstitev zdravila z imenom ali nazivom)**

1. Industrijsko proizvedeno zdravilo se razvrsti na liste zdravil z imenom in nacionalnim identifikatorjem, ki ga določi JAZMP.
2. Galensko zdravilo se razvrsti na liste zdravil z imenom, ki ga določi izdelovalec galenskega zdravila, in nacionalnim identifikatorjem, ki ga določi Zavod.
3. Magistralno zdravilo se razvrsti na liste zdravil z nazivom in nacionalnim identifikatorjem, ki ju določi Zavod.
4. **člen**

**(prerazvrstitev zdravila)**

1. Zdravilo se lahko prerazvrsti z ene liste zdravil na drugo listo zdravil (v nadaljnjem besedilu: prerazvrstitev zdravila), če se v skladu s strokovnimi priporočili ali smernicami zdravstvene obravnave spremeni način uporabe zdravila glede na raven, vrsto ali podvrsto zdravstvene dejavnosti.
2. Zdravilo se prerazvrsti na drugo listo, če izpolnjuje pogoj za razvrstitev zdravila na podlagi meril za razvrstitev zdravila.
3. **člen**

**(omejitev predpisovanja ali izdajanja zdravila)**

1. Omejitev predpisovanja zdravila ali omejitev izdajanja zdravila ali obe omejitvi sočasno se lahko določi ob razvrstitvi zdravila in določi ali spremeni ob prerazvrstitvi zdravila ali za razvrščeno zdravilo (v nadaljnjem besedilu: omejitev predpisovanja ali izdajanja zdravila).
2. Omejitev predpisovanja ali izdajanja zdravila se lahko nanaša na:
3. populacijsko skupino zavarovanih oseb, določeno s starostjo ali z drugo populacijsko značilnostjo;
4. indikacijsko področje zdravila, določeno z eno ali več terapevtskih indikacij iz indikacijskega področja zdravila, pri čemer se lahko v okviru indikacijskega področja omeji tudi populacijsko skupino;
5. stopnjo izraženosti zdravstvenega stanja;
6. raven, vrsto ali podvrsto zdravstvene dejavnosti;
7. vrsto izvajalca ali njegovo organizacijsko enoto (oddelek in podobno);
8. vrsto specializacije pristojnega zdravnika;
9. skupino pristojnih zdravnikov;
10. predhodno soglasje strokovne komisije izvajalca na sekundarni ali terciarni ravni zdravstvene dejavnosti za zdravstveno obravnave z določenim zdravilom;
11. predhodno soglasje Zavoda na predlog izvajalca na sekundarni ali terciarni ravni zdravstvene dejavnosti za zdravstveno obravnavo posamezne zavarovane osebe z določenim zdravilom;
12. časovno omejitev predpisa, izdaje in trajanja jemanja zdravila;
13. količinsko omejitev.
14. Omejitev predpisovanja ali izdajanja zdravila se določi in spremeni ob upoštevanju pogoja za razvrstitev zdravila na podlagi meril za razvrstitev zdravila.
15. Besedilo omejitve predpisovanja ali izdajanja zdravila je sestavni del liste zdravil.
16. **člen**

##### (razširitev predpisovanja zdravila)

1. Predpisovanje razvrščenega zdravila se lahko razširi (v nadaljnjem besedilu: razširitev predpisovanja zdravila):
2. na terapevtsko indikacijo, ki ni določena z dovoljenjem za promet z zdravilom, je pa navedena v terapevtski smernici ali priporočilu ali ima podlago v klinični raziskavi;
3. na populacijsko skupino zavarovanih oseb, ki ni določena z dovoljenjem za promet z zdravilom, je pa navedena v terapevtski smernici ali priporočilu ali ima podlago v klinični raziskavi.
4. Razširitev predpisovanja zdravila se določi in spremeni ob upoštevanju pogoja za razvrstitev zdravila na podlagi meril za razvrstitev zdravila in če:
5. gre za hudo bolezen, ki ogroža življenje, za katero ni druge možnosti zdravstvene obravnave, ali
6. gre za bolezen, za katero ni več na voljo zdravila z odobreno indikacijo in za katero je dovolj podatkov, da bo zdravstvena obravnava z zdravilom učinkovita in varna.
7. Besedilo razširitve predpisovanja zdravila je sestavni del liste zdravil.
8. **člen**

**(izločitev zdravila)**

1. Zdravilo se izloči z liste zdravil, če je izpolnjen vsaj en od naslednjih pogojev (v nadaljnjem besedilu: pogoj za izločitev zdravila):
2. če zdravilo ne more biti več predmet razvrstitve v skladu z 262. členom tega zakona;
3. če zdravilo ne izpolnjuje več pogoja za razvrstitev zdravila zaradi vsaj enega od meril za razvrstitev zdravila;
4. če je potekel določen čas iz 264. člena tega zakona;
5. če zdravilo ni prisotno na trgu v Republiki Sloveniji več kot leto dni po razvrstitvi;
6. če nastane motnja v preskrbi z zdravilom, ki traja več kot leto dni;
7. če izločitev zdravila ne pomeni javnozdravstvenega tveganja za zavarovane osebe, ki bi nastalo zaradi njegove izločitve, in če ne pomeni ekonomskega tveganja za sredstva OZZ.
8. Zavod za razvrščena zdravila preverja pogoje za izločitev zdravila iz 1. do 5. točke prejšnjega odstavka najmanj enkrat letno.
9. Izločitev zdravila pomeni ukinitev kritja vrednosti zdravila iz OZZ.
10. **člen**

**(vrste in začetek postopkov za zdravila)**

1. O zdravilu se odloča v postopku:
2. razvrstitve zdravila;
3. prerazvrstitve zdravila;
4. določitve in spremembe omejitve predpisovanja ali izdajanja zdravila;
5. določitve in spremembe razširitve predpisovanja zdravila;
6. izločitve zdravila.
7. Imetnik dovoljenja za promet z zdravilom lahko vloži vlogo za začetek postopka iz 1., 2., 3. in 5. točke prejšnjega odstavka za industrijsko proizvedeno zdravilo, ki je predmet dovoljenja.
8. Izdelovalec galenskega zdravila lahko za to galensko zdravilo vloži vlogo za začetek postopka iz 1., 2., 3. in 5. točke prvega odstavka tega člena.
9. Zavod lahko za industrijsko proizvedeno in galensko zdravilo vloži predlog za začetek postopka iz prvega odstavka tega člena, razen za izločitev zdravila zaradi razloga iz 6. točke prvega odstavka prejšnjega člena, in na lasten predlog po uradni dolžnosti začne postopek iz prvega odstavka tega člena za magistralno zdravilo (v nadaljnjem besedilu: predlog za zdravilo).
10. Izvajalec lahko vloži pobudo za začetek postopka iz 2. do 5. točke prvega odstavka tega člena, razen za izločitev zdravila zaradi razloga iz 6. točke prvega odstavka prejšnjega člena (v nadaljnjem besedilu: pobuda za zdravilo).
11. **člen**

**(elektronsko poslovanje prek portala eLista zdravil)**

1. V postopkih iz prvega odstavka prejšnjega člena se uporablja elektronska oblika poslovanja prek informacijskega sistema Zavoda (v nadaljnjem besedilu: portal eLista zdravil).
2. Vloga iz drugega in tretjega odstavka prejšnjega člena (v nadaljnjem besedilu: vloga za zdravilo), predlog za zdravilo in pobuda za zdravilo se vloži v elektronski obliki prek portala eLista zdravil.
3. Imetniku dovoljenja za promet z zdravilom, izdelovalcu galenskega zdravila in izvajalcu iz petega odstavka prejšnjega člena Zavod vroča dokumente prek portala eLista zdravil.
4. Zavod odloži dokument, ki ga je treba vročiti, v portal eLista zdravil in prek njega obvesti imetnika dovoljenja za promet z zdravilom, izdelovalca galenskega zdravila in izvajalca iz petega odstavka prejšnjega člena, da je prejel dokument, ki mu ga je treba vročiti. Informativno sporočilo o elektronsko odloženem dokumentu imetnik dovoljenja za promet z zdravilom, izdelovalec galenskega zdravila in izvajalec iz petega odstavka prejšnjega člena prejme tudi na elektronski naslov, če ga je sporočil Zavodu.
5. Imetnik dovoljenja za promet z zdravilom, izdelovalec galenskega zdravila in izvajalec iz petega odstavka prejšnjega člena dokument prevzame s portala eLista zdravil na način, ki ga določi Zavod.
6. Vročitev velja za opravljeno z dnem, ko imetnik dovoljenja za promet z zdravilom, izdelovalec galenskega zdravila in izvajalec iz petega odstavka prejšnjega člena prevzame dokument na način iz prejšnjega odstavka. Če dokumenta ne prevzame v petih dneh od dneva, ko mu je bilo obvestilo puščeno prek portala eLista zdravil, velja vročitev za opravljeno z dnem poteka tega roka.
7. Po poteku določenega obdobja iz prejšnjega odstavka, ki ga določi Zavod, portal eLista zdravil izbriše dokument in imetniku dovoljenja za promet z zdravilom, izdelovalcu galenskega zdravila in izvajalcu iz petega odstavka prejšnjega člena pošlje elektronsko sporočilo, da je dokument izbrisan s portala eLista zdravil in ga lahko prevzame pri Zavodu.
8. **člen**

**(obravnava vloge za zdravilo in pobude za zdravilo)**

1. Zavod obravnava popolno vlogo za zdravilo in popolno pobudo za zdravilo.
2. Vloga za zdravilo in pobuda za zdravilo je popolna, če vsebuje sestavine, ki jih določa splošni akt Zavoda, pri čemer imetnik dovoljenja za promet z zdravilom k vlogi za razvrstitev industrijsko proizvedenega zdravila priloži tudi odločbo o določitvi najvišje dovoljene cene ali izredne višje dovoljene cene.
3. Če je vloga za zdravilo ali pobuda za zdravilo nerazumljiva ali nepopolna, Zavod v petih delovnih dneh od njene vložitve pozove imetnika dovoljenja za promet z zdravilom, izdelovalca galenskega zdravila ali izvajalca iz petega odstavka prejšnjega člena, da odpravi pomanjkljivosti.
4. Zavod lahko ob upoštevanju popolne vloge za zdravilo ali popolne pobude za zdravilo in podatkov, s katerimi razpolaga, od imetnika dovoljenja za promet z zdravilom, izdelovalca galenskega zdravila ali izvajalca iz petega odstavka prejšnjega člena zahteva dodatne podatke, ki so potrebni za odločitev v postopku iz prvega odstavka 270. člena tega zakona.
5. Zavod o predlogu za zdravilo obvesti imetnika dovoljenja za promet z zdravilom ali izdelovalca galenskega zdravila s predlogom, da mu posreduje podatke, ki so potrebni za odločitev v postopku iz četrtega odstavka 270. člena tega zakona. Če imetnik dovoljenja za promet z zdravilom ali izdelovalec galenskega zdravila ne posreduje potrebnih podatkov, Zavod odloči na podlagi podatkov, s katerimi razpolaga.
6. Zavod pobudo za zdravilo sprejme ali zavrne in o tem obvesti izvajalca iz petega odstavka 270. člena tega zakona. V primeru sprejete pobude za zdravilo se postopek nadaljuje kot s predlogom za zdravilo.
7. **člen**

**(strokovna mnenja)**

1. Zavod imenuje komisijo za zdravila kot strokovno in neodvisno telo (v nadaljnjem besedilu: Komisija za zdravila).
2. Zavod pridobi mnenje Komisije za zdravila v postopku razvrstitve novega zdravila, prerazvrstitve zdravila, določitve in spremembe omejitve predpisovanja ali izdajanja zdravila, določitve in spremembe razširitve predpisovanja zdravila in izločitve zdravila zaradi razloga iz 1., 2. in 6. točke prvega odstavka 269. člena tega zakona ter določanja terapevtskih skupin zdravil iz 277. člena tega zakona.
3. Zavod lahko pridobi mnenje Komisije za zdravila v postopku, ki ni naveden v prejšnjem odstavku.
4. Zavod lahko v postopkih iz drugega in tretjega odstavka tega člena pridobi tudi mnenje drugih strokovnjakov.
5. **člen**

**(rok za odločitev Zavoda v postopku za zdravilo)**

1. Zavod odloči o razvrstitvi industrijsko proizvedenega zdravila v 90 dneh od vložitve popolne vloge za zdravilo ali popolnega predloga za zdravilo. Rok iz prejšnjega stavka se lahko podaljša, če je najvišja dovoljena cena določena pred iztekom 90 dnevnega roka, ki ga določa zakon, ki ureja zdravila, pri čemer postopek za določitev najvišje dovoljene cene in postopek o razvrstitvi zdravila, vključno z uveljavitvijo razvrstitve zdravila, skupaj ne smeta preseči 180 dni. Če se v skladu z zakonom, ki ureja zdravila, zaradi preobremenjenosti s številom vlog za določitev izredne višje dovoljene cene za 60 dni podaljša rok v postopku za določitev izredne višje dovoljene cene zdravila, ki nima določene najvišje dovoljene cene, začne teči rok iz prvega stavka tega odstavka z dnem poteka tega 60 dnevnega roka.
2. Zavod odloči o razvrstitvi galenskega in magistralnega zdravila, prerazvrstitvi zdravila, določitvi in spremembi omejitve predpisovanja ali izdajanja zdravila, določitvi in spremembi razširitve predpisovanja zdravila in izločitvi zdravila v 180 dneh od vložitve popolne vloge za zdravilo, popolne pobude za zdravilo ali popolnega predloga za zdravilo.
3. Rok iz prvega odstavka tega člena ne teče:
4. od dneva vročitve poziva za predložitev dodatnih podatkov iz četrtega odstavka 269. člena tega zakona do njihovega prejema ali do poteka roka za njihovo predložitev, ki ga določi Zavod in ne sme biti krajši od 15 dni;
5. od dneva vročitve poziva imetniku dovoljenja za promet z zdravilom ali izdelovalcu galenskega zdravila za izjasnitev o mnenju iz prejšnjega člena do njegovega prejema ali do poteka roka za njegovo predložitev, ki ga določi Zavod in ne sme biti krajši od 15 dni.
6. **člen**

**(odločitev Zavoda v postopku za zdravilo)**

1. V postopku iz prvega odstavka 264. člena tega zakona Zavod izda:
2. odločbo, ko odloča v postopku za industrijsko proizvedeno in galensko zdravilo, če gre za razvrstitev novega zdravila ali izločitev zdravila zaradi razloga iz 1., 2. in 6. točke prvega odstavka 270. člena tega zakona;
3. obvestilo o odločitvi, ko odloča v postopku za industrijsko proizvedeno in galensko zdravilo, če ne gre za postopek iz prejšnje točke;
4. sklep po uradni dolžnosti, ko odloča v postopku za magistralno zdravilo.
5. Obrazložitev odločbe iz 1. točke prejšnjega odstavka vsebuje tudi:
6. obrazložitev, ali je zdravilo lahko predmet razvrstitve v skladu z 262. členom tega zakona in ali izpolnjuje pogoj za razvrstitev zdravila na podlagi meril za razvrstitev zdravila, in
7. opredelitev Zavoda do mnenj iz 273. člena tega zakona.
8. Obvestilo o odločitvi iz 2. točke prvega odstavka tega člena vsebuje odločitev Zavoda brez obrazložitve iz prejšnjega odstavka in se vroči imetniku dovoljenja za promet z zdravilom in izdelovalcu galenskega zdravila s pravnim poukom, da lahko na Zavodu zahteva izdajo odločbe v 15 dneh od vročitve tega obvestila, če se ne strinja z odločitvijo Zavoda.
9. Če je vložena zahteva za izdajo odločbe v roku iz prejšnjega odstavka, se odločba izda v roku iz drugega odstavka prejšnjega člena z obrazložitvijo iz drugega odstavka tega člena.
10. Če ni vložena zahteva za izdajo odločbe v roku iz tretjega odstavka tega člena, naslednji dan po poteku tega roka postane obvestilo o odločitvi dokončna in pravnomočna odločba v postopku iz 2. točke prvega odstavka tega člena.
11. Sklep iz 3. točke prvega odstavka tega člena vsebuje obrazložitev iz drugega odstavka tega člena, zoper katerega ni dopustna pritožba.
12. **člen**

**(pritožba in sodno varstvo)**

1. Imetnik dovoljenja za promet z zdravilom in izdelovalec galenskega zdravila lahko zoper odločbo iz 1. točke prvega odstavka in četrtega odstavka prejšnjega člena vloži pritožbo na Zavod v 30 dneh od vročitve te odločbe. Pritožba ne zadrži izvršitve odločbe Zavoda.
2. O pritožbi iz prejšnjega odstavka odloči minister v 60 dneh od vložitve popolne pritožbe.
3. Imetnik dovoljenja za promet z zdravilom in izdelovalec galenskega zdravila lahko s tožbo v upravnem sporu izpodbija odločitev ministra iz prejšnjega odstavka v 30 dneh od njene vročitve.
4. **člen**

**(terapevtske skupine zdravil)**

1. Zavod določa terapevtske skupine zdravil med industrijsko proizvedenimi zdravili z receptne liste.
2. Zdravila se vključi v terapevtsko skupino zdravil na podlagi terapevtske indikacije in meril za razvrstitev zdravila.
3. Terapevtska skupina zdravil ima lahko enega ali več razredov primerljivih odmerkov zdravil glede na jakost in učinkovitost, v katerih se določi zdravilo z najugodnejšim razmerjem med stroški in učinki zdravstvene obravnave na podlagi cen primerljivih odmerkov zdravil, vključenih v terapevtsko skupino zdravil.
4. Zdravilu, ki je vključeno v terapevtsko skupino zdravil, se določi dodana vrednost, izražena v odstotku cene primerljivega odmerka zdravila:
5. če ima zdravilo prednost za zavarovano osebo zaradi farmacevtske oblike v smislu načina uporabe ali zaradi kliničnih lastnosti v smislu učinkovitosti in varnosti;
6. če je kombinirano zdravilo.
7. Dodana vrednost zdravila iz 1. točke prejšnjega odstavka se lahko določi v naslednji višini:
8. zaradi farmacevtske oblike v smislu načina uporabe največ 20 % najvišje priznane vrednosti primerljivega odmerka zdravila;
9. zaradi kliničnih lastnosti v smislu učinkovitosti in varnosti največ 30 % najvišje priznane vrednosti primerljivega odmerka zdravila in dodatno za specifično jakost največ 10 % najvišje priznane vrednosti primerljivega odmerka zdravila.
10. Dodana vrednost zdravila iz 2. točke četrtega odstavka tega člena se lahko določi v naslednji višini:
11. za kombinacijo zdravila z razvrščeno učinkovino največ 100 % najvišje priznane vrednosti primerljivega odmerka zdravila;
12. za kombinacijo zdravila z nerazvrščeno učinkovino največ 20 % najvišje priznane vrednosti primerljivega odmerka zdravila.
13. Dodane vrednosti iz petega in šestega odstavka tega člena se lahko seštevajo. Dodana vrednost za posamezno zdravilo ne sme preseči 100 % najvišje priznane vrednosti primerljivega odmerka zdravila in ne sme biti višja od cene najcenejšega zdravila z enako učinkovino ali enakimi učinkovinami iste jakosti ali istih jakosti primerljive farmacevtske oblike, veljavne ob določanju terapevtske skupine zdravil.
14. Terapevtsko skupino zdravil določi Zavod.
15. Terapevtska skupina zdravil z datumom njene uveljavitve in spremembe se objavi na spletni strani Zavoda.
16. **člen**

**(dogovor o financiranju zdravila)**

1. Zavod lahko sklene dogovor o financiranju zdravila v postopku razvrstitve ali za razvrščeno zdravilo.
2. Zavod lahko sklene dogovor o financiranju za eno ali več industrijsko proizvedenih in galenskih zdravil.
3. Vrsto in vsebino dogovora o financiranju zdravila dogovorita Zavod in imetnik dovoljenja za promet z zdravilom ali Zavod in izdelovalec galenskega zdravila.
4. Imetnik dovoljenja za promet z zdravilom in izdelovalec galenskega zdravila posreduje Zavodu dogovor o financiranju zdravila in njegove morebitne dodatke pred dnem njegove uveljavitve, in sicer najpozneje v roku, ki ga določi Zavod.
5. Imetnik dovoljenja za promet z zdravilom in izdelovalec galenskega zdravila v roku, ki ga določi Zavod, obvesti o dogovorjenih cenah svojega zdravila pravne in fizične osebe, ki imajo dovoljenje za opravljanje prometa z zdravili na debelo.
6. **člen**

**(dogovorjena cena zdravila)**

1. Dogovorjena cena zdravila je veljavna cena zdravila, ki jo Zavod dogovori za industrijsko proizvedeno zdravilo z imetnikom dovoljenja za promet z zdravilom.
2. Dogovorjena cena zdravila je vrsta dogovora o financiranju zdravila iz prejšnjega člena.
3. Dogovorjena cena zdravila preneha veljati, ko se najvišja dovoljena cena ali izredna višja dovoljena cena zniža na dogovorjeno ceno ali pod njo.
4. **člen**

**(dogovorjena cena galenskega zdravila)**

1. Dogovorjena cena galenskega zdravila je cena, ki jo Zavod dogovori za galensko zdravilo z izdelovalcem galenskega zdravila.
2. Dogovorjena cena galenskega zdravila je vrsta dogovora o financiranju zdravila iz 278. člena tega zakona.
3. **člen**

**(določena cena magistralnega zdravila)**

1. Določena cena magistralnega zdravila je cena, ki jo Zavod določi za magistralno zdravilo z liste zdravil na podlagi cen sestavin, ki jih določi Zavod.
2. Ceno magistralnega zdravila z liste zdravil določi Zavod.
3. Cena magistralnega zdravila s Seznama magistralnih zdravil je sestavljena iz nabavne vrednosti porabljenih sestavin, materiala, zaščitnih sredstev in opravljenih storitev.
4. **člen**

**(najvišja priznana vrednost zdravila z receptne liste)**

1. Zavod določa najvišje priznane vrednosti za naslednja zdravila z receptne liste:
2. za zdravila s Seznama medsebojno zamenljivih zdravil;
3. za zdravila v terapevtskih skupinah zdravil.
4. Zavod za zdravila s Seznama medsebojno zamenljivih zdravil določi najvišjo priznano vrednost na ravni najnižje veljavne cene glede na primerljivi odmerek zdravila v tej skupini, ki je prisotno na trgu v Republiki Sloveniji v času določanja najvišje priznane vrednosti.
5. Zavod za zdravila v terapevtski skupini zdravil določi najvišjo priznano vrednost na ravni cene zdravila, prisotnega na trgu v Republiki Sloveniji, z najugodnejšim razmerjem med stroški in učinki zdravstvene obravnave, tako da je iz OZZ v celoti krito vsaj eno zdravilo v posameznem razredu te terapevtske skupine zdravil.
6. Ne glede na prejšnji odstavek se lahko zdravilu v posamezni terapevtski skupini zdravil določi višja najvišja priznana vrednost, če ima zdravilo določeno dodano vrednost.
7. Če ima zdravilo določeno najvišjo priznano vrednost v skladu z drugim, s tretjim in četrtim odstavkom tega člena, se mu določi nižja najvišja priznana vrednost med obema.
8. Zavod določi najvišjo priznano vrednost za zdravila z receptne liste najmanj vsakih šest mesecev.
9. Zavod določi najvišjo priznano vrednost za zdravila z receptne liste najmanj vsakih šest mesecev.
10. Zdravila s Seznama medsebojno zamenljivih zdravil in iz terapevtske skupine zdravil z najvišjo priznano vrednostjo z datumom njihove uveljavitve se objavi na spletni strani Zavoda.
11. Če je zdravilo s Seznama medsebojno zamenljivih zdravil ali iz terapevtske skupine zdravil predpisano na obnovljivi recept, se upošteva najvišja priznana vrednost, veljavna ob vsaki izdaji zdravila.
12. **člen**

**(najvišja priznana vrednost zdravila z ambulantne in bolnišnične liste zdravil)**

1. Zavod določa najvišje priznane vrednosti za zdravila z ambulantne in bolnišnične liste zdravil za skupine zdravil.
2. Posamezna skupina zdravil z ambulantne in bolnišnične liste zdravil se določi na podlagi splošnega imena zdravila, ATC oznake, učinkovine ali učinkovin, jakosti in primerljive farmacevtske oblike (v nadaljnjem besedilu: skupina zdravil z ambulantne in bolnišnične liste zdravil).
3. Zavod za skupino zdravil z ambulantne in bolnišnične liste zdravil določi najvišjo priznano vrednost na ravni najnižje veljavne cene glede na primerljivi odmerek zdravila v tej skupini, ki je prisotno na trgu v Republiki Sloveniji v času določanja najvišje priznane vrednosti.
4. Zavod določi najvišjo priznano vrednost iz prejšnjega odstavka najmanj vsakih šest mesecev.
5. Zdravila s Seznama skupin zdravil z ambulantne in bolnišnične liste zdravil z najvišjo priznano vrednostjo z datumom njihove uveljavitve se objavi na spletni strani Zavoda.
6. **člen**

**(ocena prihodnjih sprememb na področju zdravil)**

1. Zavod zbira, obdeluje in ocenjuje podatke o prihodu zdravil na trg v Republiki Sloveniji z namenom spremljanja prihodnjih trendov in sprememb na področju farmacevtskih raziskav in razvoja, s ciljem boljšega načrtovanja odhodkov za zdravila, ki se krijejo iz OZZ, zlasti za nova, draga zdravila, ki bi lahko vplivali na zdravstveno politiko in prakso.
2. Zavod zbira podatke iz prejšnjega odstavka iz referenčnih virov in od imetnikov dovoljenja za promet z zdravilom, katerih zdravila se že plačuje iz OZZ ali pa imajo interes, da so ali da bodo njihova zdravila na trgu v Republiki Sloveniji.
3. Zavod zbira podatke od imetnikov dovoljenj za promet z zdravilom iz prejšnjega odstavka preko portala eLista zdravil enkrat letno za tri leta naprej.
4. Zavod enkrat letno na podlagi podatkov iz drugega odstavka tega člena oceni prihodnje spremembe na področju zdravil, zlasti glede uvedbe novih dragih zdravil.
5. **člen**

**(splošni akt Zavoda glede vključitve zdravil med pravice)**

Za zdravila, ki se razvrščajo na liste zdravil in Seznam magistralnih zdravil, Zavod:

1. natančneje določi magistralna zdravila iz četrtega odstavka 261. člena tega zakona, ki se ne razvrščajo na liste zdravil in Seznam magistralnih zdravil;
2. določi letno ceno na zavarovano osebo iz devetega odstavka 261. člena tega zakona;
3. določi način določitve nacionalnega identifikatorja galenskega in magistralnega zdravila:
4. natančneje določi pogoj za razvrstitev zdravila in merila za razvrstitev zdravila;
5. določi način določitve naziva magistralnih zdravil z receptne liste;
6. natančneje določi omejitve predpisovanja ali izdajanja zdravila;
7. natančneje določi razširitve predpisovanja zdravila;
8. natančneje določi pogoje za izločitev zdravila in način njihovega preverjanja;
9. natančneje določi postopek razvrstitve zdravila, prerazvrstitve zdravila, določitve in spremembe omejitve predpisovanja ali izdajanja zdravila, določitve in spremembe razširitve predpisovanja zdravila in izločitve zdravila, vključno z vrstami, z vsebinami in s sestavinami vlog za zdravilo, predlogov za zdravilo in pobud za zdravilo ter s sestavo, z imenovanjem in delovanjem Komisije za zdravila in s pridobivanjem mnenj drugih strokovnjakov;
10. določi plačilo stroškov postopkov iz prejšnje točke;
11. natančneje določi elektronsko poslovanje prek portala eLista zdravil, vključno z načinom elektronskega vročanja prek portala eLista zdravil, in način poslovanja do datuma začetka uporabe posamezne funkcije portala eZdravila za elektronsko vročanje;
12. natančneje določi pogoje in merila ter postopek za določitev terapevtskih skupin zdravil in njihovih razredov;
13. natančneje določi pogoje in postopek za določitev Seznama skupin zdravil z ambulantne in bolnišnične liste zdravil;
14. določi vrste dogovora o financiranju zdravil, način njihovega evidentiranja in objavljanja, rok za posredovanje dogovora in njegovih morebitnih dodatkov in rok za obveščanje glede veljavnosti dogovorjene cene in druge obveznosti imetnika dovoljenja za promet z zdravilom in izdelovalca galenskega zdravila;
15. določi kalkulativne elemente za določanje cen magistralnih zdravil z liste zdravil ter postopek določitve cen magistralnih zdravil z liste zdravil;
16. natančneje določi pogoje, merila, rok in postopek za določitev najvišje priznane vrednosti zdravil;
17. natančneje določi vrste podatkov, način zbiranja, obdelovanja in ocenjevanja podatkov o zdravilih z namenom načrtovanja odhodkov za zdravila, ki se plačujejo iz OZZ.

**III. poglavje**

**VKLJUČITEV ŽIVIL V SISTEM OZZ**

1. **člen**

**(živila na receptni listi)**

Zavod razvršča živila na receptno listo.

1. **člen**

**(živila, ki so predmet razvrstitve)**

1. Na receptno listo se lahko razvrsti:
2. živilo s prilagojeno sestavo hranil;
3. živilo za prehransko podporo;
4. živilo za otroka.
5. Živilo s prilagojeno sestavo hranil je živilo s prilagojeno sestavo hranil za trajno zdravstveno obravnavo zavarovane osebe z vrojenimi motnjami presnove.
6. Živilo za prehransko podporo je prehransko popolno (kompletno) živilo s prilagojeno sestavo hranil, specifično za zdravstveno stanje, ki je, če se uporablja po navodilih proizvajalca, lahko edini vir prehrane za zavarovano osebo, kateri je namenjeno, in prehransko nepopolno (nekompletno) živilo s standardno ali prilagojeno sestavo hranil, specifično za zdravstveno stanje, ki ni primerno za edini vir prehrane zavarovane osebe. Živilo za prehransko podporo se lahko uporablja kot delno nadomestilo prehrane ali kot dodatek k prehrani zavarovane osebe z akutnim poslabšanjem hude kronične bolezni ali s hudim telesnim izčrpanjem ali pri kateri je prišlo do takšnega zdravstvenega stanja zaradi neželenih učinkov terapevtskih postopkov, in to živilo potrebuje za bistveno izboljšanje kakovosti življenja ali uspeh zdravstvene obravnave.
7. Živilo za otroka je živilo za dietetsko uravnavanje hudih alergij in drugih težkih oblik intolerance otroka na hrano.
8. Živilo se lahko razvrsti, če je prijavljeno v Republiki Sloveniji v skladu s predpisi, ki urejajo živila za posebne zdravstvene namene, in ima dogovorjeno ceno.
9. Živilo mora imeti ves čas razvrstitve dogovorjeno ceno.
10. **člen**

**(pogoj in merila za razvrstitev živila)**

1. Živilo se razvrsti, če ima enako ali dodano vrednost v terapevtskem ali ekonomskem smislu (v nadaljnjem besedilu: pogoj za razvrstitev živila):
2. glede na razvrščena primerjalna živila ali
3. glede na standardno zdravstveno obravnavo.
4. Pogoj za razvrstitev živila se ugotovi na podlagi naslednjih meril za razvrstitev živila (v nadaljnjem besedilu: merila za razvrstitev živila):
5. javnozdravstvenega vidika bolezni ali motenje, za katero se uporablja živilo;
6. terapevtskega pomena živila;
7. primerjalne terapevtske vrednosti živila;
8. prilagojenosti sestave hranil v živilu, specifične za zdravstveno stanje;
9. farmakoekonomskih podatkov za živilo;
10. referenčnih virov za živilo.
11. **člen**

**(novo in podobno živilo)**

Živilo se razvrsti kot novo živilo ali podobno živilo.

1. **člen**

**(razvrstitev živila z imenom)**

Živilo se razvrsti z lastniškim imenom in nacionalnim identifikatorjem, ki ga določi Zavod.

1. **člen**

**(omejitev predpisovanja ali izdajanja živila)**

Za omejitev predpisovanja živila in omejitev izdajanja živila se smiselno uporablja 267. člen tega zakona.

1. **člen**

**(izločitev živila)**

1. Živilo se izloči z receptne liste, če je izpolnjen vsaj en od naslednjih pogojev (v nadaljnjem besedilu: pogoj za izločitev živila):
2. če živilo ne more biti več predmet razvrstitve v skladu z 288. členom tega zakona;
3. če živilo ne izpolnjuje več pogoja za razvrstitev živila zaradi vsaj enega od meril za razvrstitev živila;
4. če živilo ni prisotno na trgu v Republiki Sloveniji več kot leto dni po razvrstitvi;
5. če nastane motnja v preskrbi z živilom, ki traja več kot dve leti;
6. če izločitev živila ne pomeni javnozdravstvenega tveganja za zavarovane osebe, ki bi nastalo zaradi njegove izločitve, in če ne pomeni ekonomskega tveganja za sredstva OZZ.
7. Zavod za razvrščena živila preverja pogoje za izločitev živila iz 1. do 4. točke prejšnjega odstavka najmanj enkrat letno.
8. Izločitev živila pomeni ukinitev kritja vrednosti živila iz OZZ.
9. **člen**

**(vrste in začetek postopkov za razvrstitev živila)**

1. O živilu se odloča v postopku:
2. razvrstitve živila;
3. določitve in spremembe omejitve predpisovanja ali izdajanja živila;
4. izločitve živila.
5. Proizvajalec živila lahko za živilo vloži vlogo za začetek postopka iz prejšnjega odstavka (v nadaljnjem besedilu: vloga za živilo).
6. Zavod lahko vloži predlog za začetek postopka iz prvega odstavka tega člena, razen za izločitev živila zaradi razloga iz 5. točke prvega odstavka prejšnjega člena (v nadaljnjem besedilu: predlog za živilo).
7. Izvajalec lahko vloži pobudo za začetek postopka iz 2. in 3. točke prvega odstavka tega člena, razen za izločitev živila zaradi razloga iz 5. točke prvega odstavka prejšnjega člena (v nadaljnjem besedilu: pobuda za živilo).
8. **člen**

**(elektronsko poslovanje prek portala eListe zdravil)**

V postopkih iz prvega odstavka prejšnjega člena se smiselno uporablja 270. člen tega zakona.

1. **člen**

**(obravnava vloge za živilo in pobude za živilo)**

1. Zavod obravnava popolno vlogo za živilo in popolno pobudo za živilo.
2. Vloga za živilo in pobuda za živilo je popolna, če vsebuje sestavine, ki jih določa splošni akt Zavoda.
3. Če je vloga za živilo ali pobuda za živilo nerazumljiva ali nepopolna, Zavod v petih delovnih dneh od njene vložitve pozove proizvajalca živila ali izvajalca iz četrtega odstavka 293. člena tega zakona, da odpravi pomanjkljivosti.
4. Zavod lahko ob upoštevanju popolne vloge za živilo ali popolne pobude za živilo in podatkov, s katerimi razpolaga, od proizvajalca živila ali izvajalca iz četrtega odstavka 293. člena tega zakona zahteva dodatne podatke, ki so potrebni za odločitev v postopku iz prvega odstavka 290. člena tega zakona.
5. Zavod o predlogu za živilo obvesti proizvajalca živila s predlogom, da mu posreduje podatke, ki so potrebni za odločitev v postopku iz tretjega odstavka 293. člena tega zakona. Če proizvajalec živila ne posreduje potrebnih podatkov, Zavod odloči na podlagi podatkov, s katerimi razpolaga.
6. Zavod pobudo za živilo sprejme ali zavrne in o tem obvesti izvajalca iz četrtega odstavka 294. člena tega zakona. V primeru sprejete pobude za živilo se postopek nadaljuje kot s predlogom za živilo.
7. **člen**

**(strokovna mnenja)**

Zavod lahko v postopkih iz prvega odstavka 293. člena tega zakona pridobi mnenje Komisije za zdravila in drugih strokovnjakov.

1. **člen**

**(rok za odločitev Zavoda v postopku za živilo)**

1. V postopkih iz prvega odstavka 293. člena tega zakona Zavod odloči v 180 dneh od vložitve popolne vloge za živilo, popolne pobude za živilo ali popolnega predloga za živilo.
2. Rok iz prejšnjega odstavka ne teče:
3. od dneva vročitve poziva za predložitev dodatnih podatkov iz četrtega odstavka 295. člena tega zakona do njihovega prejema ali do poteka roka za njihovo predložitev, ki ga določi Zavod in ne sme biti krajši od 15 dni;
4. od dneva vročitve poziva proizvajalcu živila ali izvajalcu iz četrtega odstavka 293. člena tega zakona za izjasnitev o mnenju iz prejšnjega člena do njegovega prejema ali do poteka roka za njegovo predložitev, ki ga določi Zavod in ne sme biti krajši od 15 dni.
5. **člen**

**(odločitev Zavoda v postopku za živilo)**

1. V postopku iz prvega odstavka 293. člena tega zakona Zavod izda:
2. odločbo, če gre za razvrstitev novega živila ali izločitev živila zaradi razloga iz 1., 2. in 5. točke prvega odstavka 293. člena tega zakona;
3. obvestilo o odločitvi, če ne gre za postopek iz prejšnje točke.
4. Obrazložitev odločbe iz 1. točke prejšnjega odstavka vsebuje tudi:
5. obrazložitev, ali je živilo lahko predmet razvrstitve v skladu z 285. členom tega zakona in ali izpolnjuje pogoj za razvrstitev živila na podlagi meril za razvrstitev živila, in
6. opredelitev Zavoda do mnenj iz 296. člena tega zakona.
7. Obvestilo o odločitvi iz 2. točke prvega odstavka tega člena vsebuje odločitev Zavoda brez obrazložitve iz prejšnjega odstavka in se vroči proizvajalcu živila s pravnim poukom, da lahko na Zavodu zahteva izdajo odločbe v 15 dneh od vročitve tega obvestila, če se ne strinja z odločitvijo Zavoda.
8. Če je vložena zahteva za izdajo odločbe v roku iz prejšnjega odstavka, se odločba izda v roku iz prejšnjega člena z obrazložitvijo iz drugega odstavka tega člena.
9. Če ni vložena zahteva za izdajo odločbe v roku iz tretjega odstavka tega člena, naslednji dan po poteku tega roka postane obvestilo o odločitvi dokončna in pravnomočna odločba v postopku iz 2. točke prvega odstavka tega člena.
10. **člen**

**(pritožba in sodno varstvo)**

1. Proizvajalec živila lahko zoper odločbo iz 1. točke prvega odstavka in četrtega odstavka prejšnjega člena vloži pritožbo na Zavod v 30 dneh od vročitve te odločbe. Pritožba ne zadrži izvršitve odločbe Zavoda.
2. O pritožbi iz prejšnjega odstavka odloči minister v 60 dneh od vložitve popolne pritožbe.
3. Proizvajalec živila lahko s tožbo v upravnem sporu izpodbija odločitev ministra iz prejšnjega odstavka v 30 dneh od njene vročitve.
4. **člen**

**(dogovor o financiranju živila)**

1. Zavod lahko sklene dogovor o financiranju živila v postopku razvrstitve ali za razvrščeno živilo.
2. Zavod lahko sklene dogovor o financiranju za eno ali več živil.
3. Vrsto in vsebino dogovora o financiranju živila dogovorita Zavod in proizvajalec živila.
4. Proizvajalec živila posreduje Zavodu dogovor o financiranju živila in njegove morebitne dodatke pred dnem njegove uveljavitve, in sicer najpozneje v roku, ki ga določi Zavod.
5. Proizvajalec živila v roku, ki ga določi Zavod, obvesti o dogovorjenih cenah svojega živila pravne in fizične osebe, s katerimi ima sklenjene pogodbe o zagotavljanju živila na trgu Republike Slovenije.
6. **člen**

**(dogovorjena cena živila)**

1. Dogovorjena cene živila je cena živila, ki jo Zavod dogovori s proizvajalcem živila.
2. Dogovorjena cena živila je vrsta dogovora o financiranju živila iz prejšnjega člena.
3. **člen**

**(najvišja priznana vrednost živila)**

1. Zavod določi najvišjo priznano vrednost za razvrščena živila za prehransko podporo in živila za otroke.
2. Najvišja priznana vrednost živila se določi v razponu od 50 do 95 % dogovorjene cene živila na podlagi meril za razvrstitev živila.
3. Živilu se določi najvišja priznana vrednost v višini 50 % dogovorjene cene živila, če nima dodane vrednosti v terapevtskem ali ekonomskem smislu glede na razvrščena primerjalna živila.
4. Živilu, ki ima dodano vrednost iz prejšnjega odstavka, se določi najvišja priznana vrednost, ki je višja od 50 % dogovorjene cene živila.
5. Zavod določi najvišjo priznano vrednost živila najmanj enkrat letno.
6. Seznam živil z njihovimi najvišjimi priznanimi vrednostmi z datumom njihove uveljavitve in spremembe se objavi na spletni strani Zavoda.
7. Če je živilo z najvišjo priznano vrednostjo predpisano na obnovljivi recept, se upošteva najvišja priznana vrednost živila, ki velja ob vsaki izdaji živila.
8. **člen**

**(splošni akt Zavoda glede vključitve živil med pravice)**

Za živila, ki se razvrščajo, Zavod:

1. natančneje določi pogoj za razvrstitev živila in merila za razvrstitev živila;
2. določi način določitve nacionalnega identifikatorja živila;
3. natančneje določi omejitve predpisovanja ali izdajanja živila;
4. natančneje določi pogoje za izločitev živila in način njihovega preverjanja;
5. natančneje določi postopek razvrstitve živila, določitve in spremembe omejitve predpisovanja ali izdajanja živila in izločitve živila, vključno z vrstami, z vsebinami in s sestavinami vlog za živilo, predlogov za živilo in pobud za živilo ter s pridobivanjem mnenj Komisije za zdravila in drugih strokovnjakov;
6. določi plačilo stroškov postopkov iz prejšnje točke;
7. določi vrste dogovora o financiranju živil, način njihovega evidentiranja in objavljanja, rok za posredovanje dogovora in njegovih morebitnih dodatkov in rok za obveščanje glede veljavnosti dogovorjene cene in druge obveznosti proizvajalca živila;
8. natančneje določi pogoje, merila, rok in postopek za določitev najvišje priznane vrednosti živila in začetek njene veljavnosti.

**IV. poglavje**

**VKLJUČITEV PRIPOMOČKOV V SISTEM OZZ**

1. **člen**

**(vključitev pripomočkov v sistem OZZ)**

1. V obveznem zdravstvenem zavarovanju se zagotavljajo pripomočki, ki so potrebni pri zdravljenju in medicinski rehabilitaciji, če s tem zakonom ni določeno drugače.
2. Predlog za uvrstitev pripomočka v sistem OZZ posredujejo Zavodu proizvajalci pripomočkov, dobavitelji pripomočkov, združenja zavarovanih oseb, izvajalci zdravstvenih storitev in strokovna združenja zdravnikov.
3. Zavod lahko tudi sam uvrsti posamezen pripomoček v sistem OZZ.
4. **člen**

**(vsebina predloga za vključitev pripomočkov v sistem OZZ)**

Predlog za vključitev pripomočka v sistem OZZ vsebuje:

1. natančen naziv pripomočka,
2. natančen naziv in naslov predlagatelja,
3. zdravstvena stanja, za zdravljenje katerih bi naj bila dokazana učinkovitost,
4. dokumentacijo o dokazani učinkovitosti,
5. mnenje najmanj enega strokovnega združenja zdravnikov v Republiki Sloveniji, ki je pristojno za zdravljenje zdravstvenih stanja, za katera je namenjen predlagani pripomoček,
6. analizo stroškov in koristi z vplivom na pravice iz OZZ in
7. druge podatke, ki jih zahteva Zavod za ugotavljanje utemeljenosti predloga.
8. **člen**

**(vključitev pripomočka v sistem OZZ)**

Zavod vključi pripomoček v sistem OZZ, če je dokazana stroškovna učinkovitost za uporabo predlaganega pripomočka pri določenih zdravstvenih stanjih in če so v primeru povečanja stroškov v breme OZZ zagotovljeni viri financiranja.

1. **člen**

**(pravica do pripomočka v sistemu OZZ)**

Zavarovana oseba je upravičena do pripomočka, ki je vključen v sistem OZZ v skladu z opredelitvami iz 114. člena tega zakona in ko je ta uvrščen na Seznam pripomočkov iz 316. člena tega zakona.

**V. poglavje**

**UREJANJE ODNOSOV MED PLAČNIKOM IN IZVAJALCI**

* 1. **oddelek**

**ZAGOTAVLJANJE ZDRAVSTVENIH STORITEV**

1. **člen**

**(Plan zdravstvenih storitev)**

1. Zavod na podlagi Akcijskega načrta zdravstvenega varstva iz 10. člena tega zakona, Plana zdravstvenih storitev tekočega leta, finančnega načrta Zavoda, cenika zdravstvenih storitev, seznama izvajalcev v javni mreži in izvedenega povpraševanja iz 311. člena tega zakona sprejme Plan zdravstvenih storitev.
2. Plan zdravstvenih storitev vsebuje:
3. merila za določitev obsega storitev in programov, ki jih lahko pridobijo posamezni izvajalci, po posameznih vrstah zdravstvene dejavnosti;
4. način obračunavanja in plačevanja;
5. določila o standardih kakovosti in dostopnosti;
6. merila uspešnosti izvajalcev;
7. spodbude za doseganje ciljev Nacionalnega programa;
8. sankcije in pogodbene kazni;
9. merila in pogoje za odpoved pogodbe;
10. druge medsebojne pravice in obveznosti izvajalcev in Zavoda pri izvajanju programov.
11. Plan zdravstvenih storitev sprejme Zavod do 31. oktobra tekočega leta za prihodnje dveletno obdobje.
12. Ministrstvo v 15 dneh poda soglasje k Planu zdravstvenih storitev. Če soglasje zavrne, istočasno predlaga spremembe. Če soglasja izrecno ne zavrne in ne predlaga sprememb v opredeljenem roku, se šteje, da je soglasje dano.
13. Zavod predlagane spremembe ministrstva vključi v Plan zdravstvenih storitev.
14. Če Zavod ugotovi, da s Planom zdravstvenih storitev ni mogoče zagotoviti količine storitev in programov, predvidenih v Akcijskem načrtu na podlagi cen zdravstvenih storitev, s tem seznani ministrstvo. V tem primeru Vlada v roku enega meseca določi način reševanja tega neskladja bodisi z dodatnim financiranjem iz proračuna Republike Slovenije, zmanjšanjem predvidene količine storitev in programov ali znižanjem cen zdravstvenih storitev. Znižanje cen zdravstvenih storitev ne izključuje znižanja cen iz četrtega odstavka 236. člena tega zakona.
15. Enak postopek velja za sprejem sprememb Plana zdravstvenih storitev.
16. V primeru, da Plan zdravstvenih storitev ni sprejet v roku, velja do njegovega sprejema prejšnji Plan zdravstvenih storitev.
17. **člen**

**(sklenitev pogodbe)**

1. Na podlagi Plana zdravstvenih storitev Zavod ponudi izvajalcu sklenitev nove pogodbe.
2. Predmet pogodbe je:
3. obseg zdravstvenih storitev;
4. cene zdravstvenih storitev;
5. delovni, ordinacijski čas oziroma za lekarne odpiralni čas;
6. rok za izvedbo storitev;
7. čas veljavnosti pogodbe in odpovedni rok.
8. Plan zdravstvenih storitev je sestavni del pogodbe.
9. Pogodbe se sklenejo do 31. decembra za naslednje dvoletno obdobje.
10. **člen**

**(zavrnitev pogodbe)**

1. V primeru, da izvajalec v osmih dneh po prejemu pogodbe le-te ne podpiše, se šteje, da je od pogodbe odstopil. V tem primeru Zavod program ponudi drugim izvajalcem zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe v skladu s Planom zdravstvenih storitev in po postopku, ki je v 311. členu opisan za spremembe programov.
2. V primeru odstopa izvajalca od pogodbe je le-ta dolžan zagotavljati zdravstvene storitve najmanj do sklenitve pogodbe Zavoda z drugim izvajalcem. V tem primeru se med strankama uporablja vsebina ponujene pogodbe.
3. Določba prvega odstavka ne velja, če izvajalec v treh dneh od prejema pogodbe Zavod obvesti, da bo zaradi nestrinjanja z vsebino pogodbe vložil tožbo. Tožbo mora vložiti v nadaljnjem roku 30 dni, sicer se šteje, da je ponujena pogodba sklenjena. Do rešitve spora pred sodiščem se med strankama uporablja vsebina ponujene pogodbe.
4. **člen**

**(arbitražni postopek)**

1. Izvajalec lahko v roku 5 delovnih dni od prejema pogodbe iz 309. člena sproži arbitražni postopek, če meni, da je vsebina pogodbe  v neskladju s Planom zdravstvenih storitev.
2. Arbitražo sestavljajo trije člani, po enega člana imenujejo izvajalec, Zavod in ministrstvo pristojno za zdravje. Predsednika določijo arbitri med seboj.
3. V zahtevi za arbitražo mora izvajalec natančno opredeliti domnevno neskladje med ponujeno pogodbo in Planom zdravstvenih storitev, postaviti zahtevek in poimensko imenovati arbitra, vključno z naslovom in kontaktnimi podatki.
4. Ministrstvo zahtevo nemudoma, najkasneje naslednji delovni dan po prejemu, pošlje Zavodu v odgovor. Zavod na arbitražni zahtevek odgovori v roku 3 delovnih dni in poimensko imenuje arbitra, vključno z naslovom in kontaktnimi podatki. V tem času tudi ministrstvo, pristojno za zdravje imenuje arbitra.
5. Sedež arbitraže je pri ministrstvu, pristojnem za zdravje, ki zagotavlja arbitraži prostore in upravno pomoč. Stroške arbitrov nosijo stranke, ki so jih imenovale.
6. Arbitraža mora sprejeti odločitev v desetih delovnih dneh od imenovanja arbitrov. Arbitraža ne sme sprejeti odločitve, ki je v nasprotju z akcijskim načrtom zdravstvenega varstva, Planom zdravstvenih storitev in cenikom zdravstvenih storitev.
7. Sodno varstvo je dopustno le v primerih, ki jih določa zakon o arbitraži.
8. Ministrstvo sprejme akt, s katerim podrobneje določi postopek imenovanja in delovanja arbitraže.
9. **člen**

**(postopek za dodatne programe in interventni ukrepi)**

1. Če Akcijski načrt predvidi v primerjavi s prejšnjim obdobjem dodatne programe zdravstvenih storitev ali če tako odločitev sprejme ministrstvo v tekočem letu po sprejetju Plana zdravstvenih storitev zaradi čakalnih dob ali drugih vzrokov, Zavod izvede povpraševanje pri izvajalcih o njihovih zmogljivostih in pripravljenosti, da kandidirajo za povečanje svojega v pogodbi določenega obsega programa in storitev.
2. Povpraševanje se izvede tako, da Zavod izvajalcem do 1. oktobra sporoči podatke o:
3. obsegu dodatnih zdravstvenih storitev ali programov;
4. obdobju trajanja dodatnih zdravstvenih storitev ali programov;
5. zahtevanih ciljih;
6. zahtevanih standardih kakovosti;
7. pogojih, ki jih morajo izvajalci izpolnjevati za dodelitev programa zdravstvenih storitev.
8. Izvajalci do 31. oktobra sporočijo Zavodu podatke, ki se nanašajo na zahteve in pogoje iz prejšnjega odstavka.
9. Če več kandidatov za dodatni program izpolnjuje zahtevane pogoje, imajo prednost pri izbiri izvajalci, ki dosegajo boljše standarde kakovosti iz drugega odstavka tega člena.
10. Zavod lahko za nemoteno zagotavljanje storitev, ki ga ne more doseči z izvajalci v javni mreži, sklepa začasne pogodbe z:
11. izvajalci zdravstvene dejavnosti, ki opravljajo zasebno zdravstveno dejavnost;
12. zdravstvenimi delavci, državljani države članice Evropske unije, držav Evropskega gospodarskega prostora ali Švicarske konfederacije, ki opravljajo zdravstvene storitve v skladu s predpisi države sedeža, in v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnosti, na podlagi prijave opravljajo zdravstvene storitve v Republiki Sloveniji občasno ali začasno;
13. ponudniki zdravstvenih storitev v tujini.
14. O nujnosti sklenitve začasne pogodbe odloča svet Zavoda.
15. Zavod mora pred sklenitvijo začasne pogodbe opredeliti merila in pogoje za izbor začasnega izvajalca.
16. Trajanje začasne pogodbe ne sme preseči 6 mesecev.
17. **člen**

**(dolžnosti izvajalcev v postopku zagotavljanja zdravstvenih storitev)**

Izvajalci so dolžni:

1. zagotavljati storitve in omogočiti zavarovanim osebam uveljavljanje pravic v skladu s tem zakonom in podzakonskimi predpisi, sprejetimi na podlagi tega zakona, in predpisi, ki urejajo pacientove pravice;
2. vzpostaviti e-poslovanje z Zavodom;
3. zbirati in posredovati podatke v sistemu zdravstvenega varstva v skladu s posebnimi predpisi, ki urejajo evidence na področju zdravstvenega varstva in v skladu s tem zakonom ali splošnimi akti Zavoda;
4. posredovati podatke o letnih poročilih in računovodskih izkazih;
5. vzpostaviti evidence o stroških in prihodkih ter posredovati podatke po posameznih vrstah stroškov po storitvah za potrebe priprave obračunskih modelov in cen zdravstvenih storitev;
6. Zavodu zaračunavati zdravila po nabavni ceni, ki ne sme biti višja od cene zdravila iz centralne baze zdravil. Nabavna cena zdravila mora vsebovati vse popuste, ki jih pridobijo izvajalci;
7. objaviti na vidnih mestih v prostorih, kjer poteka zdravstvena dejavnost, javnozdravstvena sporočila in gradiva za promocijo zdravja, ki jih objavijo pooblaščene nacionalne inštitucije. Javnozdravstvene objave morajo obsegati najmanj 30 % vseh površin, namenjenih objavam sporočil javnosti,
8. izvajati ukrepe, ki omogočajo osebam z oviranostmi in osebam, katerih prvi jezik sporazumevanja ni slovenščina, enako dostopnost do zdravstvenih storitev in enakopravno obravnavo. Zadevna merila in ukrepe predpiše resorno ministrstvo s posebnim pravilnikom.
9. izpolnjevati druge obveznosti, ki izhajajo iz Plana zdravstvenih storitev.
10. **oddelek**

**ZAGOTAVLJANJE PRIPOMOČKOV**

1. **člen**

**(pogoji zagotavljanja pripomočkov)**

1. Za izdajo ali izposojo pripomočkov Zavod sprejme Pogoje zagotavljanja pripomočkov za urejanje odnosov z dobavitelji in s proizvajalci pripomočka.
2. Pogoji zagotavljanja pripomočkov vsebujejo:
3. pogoje za dobavitelje in proizvajalce pripomočka, ki izdajajo pripomočke zavarovanim osebam;
4. pogoje za proizvajalce pripomočka pri vzpostavitvi Seznama pripomočkov;
5. veljavnost in način spreminjanja.
6. **člen**

**(pogoji za dobavitelje in proizvajalce pripomočka)**

Pogoji za dobavitelje in proizvajalce pripomočka, ki izdajajo pripomočke zavarovanim osebam, vsebujejo:

1. pogoje za izdajo in izposojo;
2. vrste pripomočkov, ki se izdajajo tudi ali samo s strani proizvajalcev pripomočka;
3. zahteve za posredovanje in izmenjavo podatkov;
4. način obračunavanja in plačilne roke;
5. vsebino pogodbe;
6. nadzor nad izvajanjem pogodb;
7. pogodbene kazni v primeru kršitev pogodbenih obveznosti;
8. merila in pogoje za odpoved pogodbe;
9. druge obveznosti dobaviteljev in proizvajalcev pripomočka ter Zavoda.
10. **člen**

**(Seznam pripomočkov)**

(1) Pogoji za proizvajalce pripomočka pri vzpostavitvi Seznama pripomočkov vsebujejo:

1. zahteve za posredovanje in izmenjavo podatkov;

2. pogoje za sklenitev pogodbe v skladu s pravilnikom, ki ureja Seznam pripomočkov;

3. vsebino pogodbe;

4. nadzor nad izvajanjem pogodb;

5. pogodbene kazni v primeru kršitev pogodbenih obveznosti;

6. merila in pogoje za odpoved pogodbe;

7. druge obveznosti proizvajalcev pripomočka in Zavoda.

(2) Seznam pripomočkov vsebuje podatke o vrstah pripomočkov in artiklih, ki se izdajajo iz OZZ.

(3) Na Seznam pripomočkov se izmed medicinskih pripomočkov uvrstijo le tisti, ki so uvrščeni v uradno evidenco medicinskih pripomočkov na nacionalni ravni. Predpis o vzpostavitvi uradne evidence medicinskih pripomočkov na nacionalni ravni sprejme minister.

(4) Natančneje vsebino Seznama pripomočkov, merila in postopek za uvrstitev artiklov na Seznam pripomočkov ter za izločitev s Seznama pripomočkov določi Zavod

1. **člen**

**(izhodišča za vrednosti pripomočka)**

1. Iz OZZ se izdajajo pripomočki v skladu z vrednostjo pripomočka, ki jih določi oziroma dogovori Zavod.
2. Izhodišča za vrednosti pripomočka iz prejšnjega odstavka določi Zavod.
3. **člen**

**(odpoved pogodbe)**

Vsaka pogodbena stranka lahko poleg razlogov, navedenih v Pogojih zagotavljanja pripomočkov, odpove pogodbo brez navedbe razloga, s trimesečnim odpovednim rokom.

**ŠESTI DEL**

**ZAGOTAVLJANJE SREDSTEV OZZ**

1. **poglavje**

**TEKOČE FINANCIRANJE**

1. **člen**

**(vrste prihodkov)**

1. Prihodki OZZ so:

* prispevki za zavarovanje za splošna tveganja;
* prispevki za zavarovanje za poklicna tveganja;
* zdravstveno doplačilo za zavarovanje za splošna tveganja.

1. Med prihodke obveznega zavarovanje štejejo tudi prihodki od premoženja, globe po tem zakonu, obresti in drugi prihodki.
2. OZZ se financira tudi iz državnega proračuna in iz drugih virov.
3. Zavod ločeno zbira prihodke iz naslova zavarovanja za splošna tveganja in iz naslova zavarovanja za poklicna tveganja.
4. **člen**

**(vrste odhodkov)**

1. Odhodki iz OZZ so:
2. plačilo pravic in izjemnih odobritev iz 136., 138. in 140. člena tega zakona;
3. prispevki za zavarovane osebe iz drugega odstavka 246. člena tega zakona;
4. stroški delovanja Zavoda;
5. drugi odhodki.
6. Odhodki, ki so nastali zaradi uveljavljanja pravic iz zavarovanja za splošna tveganja se krijejo iz prihodkov za zavarovanje za splošna tveganja. Odhodki nastali zaradi uveljavljanja pravic iz zavarovanja za poklicna tveganja pa se krijejo iz prihodkov za zavarovanje za poklicna tveganja.
7. Kriterij za razmejitev posrednih stroškov delovanja Zavoda in drugih posrednih odhodkov na zavarovanje za splošna in za poklicna tveganja je razmerje med prihodki, doseženimi iz naslova zavarovanja za splošna tveganja in za poklicna tveganja.
8. **poglavje**

**PRISPEVKI**

1. **oddelek**

**UVODNA DOLOČBA**

1. **člen**

**(določitev in obračun prispevkov)**

1. Prispevki se obračunajo in plačajo od osnove in po stopnji za plačilo prispevkov, z izjemo prispevkov za zavarovane osebe, ki opravljajo osebno dopolnilno delo, ki se plačajo v pavšalnem znesku.
2. Prispevne stopnje so določene s tem zakonom.
3. Za zavarovance iz 32. člena tega zakona in družinske člane iz 37. člena tega zakona se prispevki ne plačujejo.
4. **oddelek**

**OSNOVE IN STOPNJE ZA PLAČILO PRISPEVKOV ZA**

**ZAVAROVANJE ZA SPLOŠNA TVEGANJA**

1. **člen**

**(osnova za osebe v delovnem razmerju)**

1. Osnova za plačilo prispevkov za zavarovane osebe iz prvega do četrtega odstavka 23. člena tega zakona je enaka osnovi za plačilo prispevkov za pokojninsko in invalidsko zavarovanje.
2. Osnova za plačilo prispevka za zavarovane osebe iz petega odstavka 23. člena tega zakona je plača oziroma nadomestilo plače ter vsi drugi prejemki na podlagi delovnega razmerja, vključno z bonitetami ter povračili stroškov v zvezi z delom, v celotnem izplačanem znesku.
3. Ne glede na prejšnji odstavek je najnižja osnova za plačilo prispevkov 60 % zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji preračunane na mesec.
4. **člen**

**(osnova za samozaposlene osebe, družbenike in ustanovitelje, ki so poslovodne osebe in za osebe, ki opravljajo kmetijsko, rejniško ali versko dejavnost)**

Osnova za plačilo prispevkov za zavarovane osebe iz 24., 25., 26. in 27. člena tega zakona je osnova za pokojninsko in invalidsko zavarovanje.

1. **člen**

**(osnova za vojake)**

Osnova za plačilo prispevka za zavarovane osebe iz 28. člena tega zakona je enaka osnovi za pokojninsko in invalidsko zavarovanje.

1. **člen**

**(osnova za uživalce pravic)**

1. Osnova za plačilo prispevkov za zavarovane osebe iz:
2. prvega, drugega, četrtega, petega, osmega, enajstega in dvanajstega odstavka 29. člena tega zakona je znesek nadomestila oziroma prejemka, ki ga prejme;
3. tretjega odstavka 29. člena tega zakona je znesek nadomestila oziroma osnova za plačilo prispevkov v skladu s predpisi, ki urejajo starševsko varstvo in družinske prejemke;
4. šestega in sedmega odstavka 29. člena tega zakona je znesek pokojnine ali preživnine, ki ga prejme;
5. devetega in desetega odstavka 29. člena tega zakona je izplačan prejemek, razen dodatka za tujo pomoč in postrežbo.
6. Kot osnova za obračun prispevkov se nadomestila oziroma prejemki za zavarovance iz šestega, sedmega, devetega in enajstega odstavka 29. člena tega zakona, razen za upravičence poklicne pokojnine iz šestega odstavka 29. člena tega zakona, povečajo s koeficientom, določenim na podlagi povprečne stopnje davkov in prispevkov, ki jo za potrebe izračuna pokojninske osnove na podlagi zakona, ki ureja pokojninsko in invalidsko zavarovanje določi minister, pristojen za finance.
7. Ne glede na prvi in drugi odstavek je za zavarovane osebe iz devetega, desetega, enajstega in dvanajstega odstavka 29. člena tega zakona najnižja osnova za plačilo prispevkov 30 % zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji preračunane na mesec in za zavarovane osebe iz sedmega odstavka 29. člena tega zakona najnižja osnova za plačilo prispevkov 13 % zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji preračunane na mesec.
8. **člen**

**(osnova za begunce in osebe s subsidiarno zaščito)**

Osnova za plačilo prispevka za zavarovane osebe iz 30. člena tega zakona je osnova, ki je enaka osnovi 30 % zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji preračunane na mesec.

1. **člen**

**(osnova za tujce, ki se izobražujejo)**

Osnova za plačilo prispevka za zavarovane osebe iz 31. člena tega zakona je osnova, ki je enaka osnovi 30 % zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji preračunane na mesec.

1. **člen**

**(osnova za upravičence do plačila prispevka za OZZ)**

Osnova za plačilo prispevka za zavarovane osebe iz 33. člena tega zakona je osnova, ki je enaka osnovi 30 % zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji preračunane na mesec.

1. **člen**

**(osnova za osebe s prebivališčem v Republiki Sloveniji)**

Osnova za plačilo prispevka za zavarovane osebe iz 34. člena tega zakona je osnova, ki je enaka osnovi 13 % zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji preračunane na mesec.

1. **člen**

**(osnova za pripornike in obsojence)**

Osnova za plačilo prispevka za osebe iz 35. člena tega zakona je osnova, ki je enaka osnovi 60 % zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji preračunane na mesec.

1. **člen**

**(osnova za plačilo prispevkov za posebne primere)**

1. Osnova za plačilo prispevkov za zavarovane osebe iz 22. in 246. člena tega zakona je tudi:
2. dohodek iz drugega pravnega razmerja, na podlagi katerega niso zavarovani na drugi podlagi, prejetih na podlagi opravljenega dela oziroma storitev, kadar se plačilo, prejeto na podlagi tega pravnega razmerja, na podlagi zakona, ki ureja dohodnino, šteje za dohodek in ni oproščen plačila dohodnine ali ni drug dohodek na podlagi zakona, ki ureja dohodnino;
3. pokojnina, na podlagi katere niso zavarovani po sedmem odstavku 29. člena tega zakona, če se pokojnina na podlagi zakona, ki ureja dohodnino, šteje za dohodek in ni oproščen plačila dohodnine ali ni drug dohodek na podlagi zakona, ki ureja dohodnino;
4. pokojninska renta, če se prejemek na podlagi zakona, ki ureja dohodnino, šteje za dohodek in ni oproščen plačila dohodnine ali ni drug dohodek na podlagi zakona, ki ureja dohodnino, razen od pokojninskih rent, ki se izplačujejo na podlagi prostovoljnega dodatnega pokojninskega zavarovanja v skladu z zakonom, ki ureja pokojninsko in invalidsko zavarovanje;
5. dohodek iz kapitala in dohodek iz oddajanja premoženja v najem.
6. Osnova za plačevanje prispevkov od dohodkov iz 1. in 2. točke prejšnjega odstavka je vsak posamezen prejet dohodek oziroma prejemek.
7. Osnova za plačevanje prispevkov od dohodkov iz 3. in 4. točke prejšnjega odstavka je znesek, ki se skladno z zakonom o dohodnini, všteva v davčno osnovo.
8. Osnova za plačevanje prispevkov za zavarovane osebe iz 10., 11. in 12. točke drugega odstavka 246. člena tega zakona je 25 % zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji preračunane na mesec, razen za zavarovane osebe iz 12. točke drugega odstavka 246. člena tega zakona, za katere znaša 125 % zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji preračunane na mesec.
9. **člen**

**(stopnje za plačilo prispevka)**

1. Prispevek za zavarovanje za splošna tveganja je:
2. prispevek zavarovanca po stopnji 6,36 %;
3. prispevek delodajalca po stopnji 6,56 %.
4. Za zavarovance iz tega zakona se plačujeta prispevka iz prejšnjega odstavka, razen za zavarovance iz šestega, sedmega in osmega odstavka 29. člena tega zakona, za katere se plačuje le prispevek delodajalca po stopnji 6,56 % in za posebne primere iz 331. člena tega zakona, ko se plačuje le prispevek zavarovanca.
5. **člen**

**(zavezanci za plačilo prispevkov zavarovanca)**

1. Zavezanci za plačilo prispevkov zavarovancev so:
2. zavarovane osebe iz 23. člena, 24. člena, 25. in 26. člena, drugega odstavka 27. člena, prvega in drugega odstavka, prve, druge in četrte alineje tretjega odstavka ter četrtega in petega odstavka 29. člena, 31. in 34. člena tega zakona;
3. občina za zavarovane osebe iz 33. člena tega zakona;
4. Republika Slovenija za zavarovane osebe iz prvega odstavka 27. člena, 28. člena, tretje in pete alineje tretjega odstavka, devetega, desetega, enajstega in dvanajstega odstavka 29. člena, 30. in 35. člena tega zakona.
5. Če se prispevki plačujejo od najnižje osnove, je za zavarovane osebe iz prvega do četrtega odstavka 23. člena tega zakona, ne glede na prvo točko prejšnjega odstavka, zavezanec za plačilo prispevka zavarovanca delodajalec za del prispevka, ki odpade na razliko med najnižjo osnovo za plačilo prispevka in plačo ali nadomestilom plače delavca.
6. Zavezanci za plačilo prispevkov zavarovancev iz prvega odstavka 331. člena so zavarovane osebe iz 22. in 246. člena tega zakona.
7. Ne glede na prejšnji odstavek je zavezanec za plačilo prispevka zavarovanca za zavarovane osebe, ki opravljajo začasno in občasno delo dijakov in študentov, organizacija, ki posreduje začasno in občasno delo dijakov in študentov.
8. **člen**

**(zavezanci za plačilo prispevkov delodajalcev)**

1. Zavezanci za plačilo prispevkov delodajalca so:
2. delodajalci za zavarovane osebe iz prvega do četrtega odstavka 23. člena tega zakona;
3. zavarovane osebe iz prvega odstavka 23. člena, če so zaposlene v državah, v katerih velja pravni red EU in se zanje v skladu s pravnim redom EU uporablja zakonodaja Republike Slovenije, ki ureja obvezna socialna zavarovanja, petega odstavka 23. člena, 24. člena, 25. in 26. člena, drugega odstavka 27. člena, prejemniki poklicne pokojnine iz šestega odstavka in zavarovane osebe iz sedmega odstavka 29. člena, zavarovane osebe iz 31. in 34. člena tega zakona;
4. Republika Slovenija za zavarovane osebe iz prvega odstavka 27. člena, 28. člena, tretjega, devetega, desetega, enajstega in dvanajstega odstavka 29. člena, 30. in 35. člena tega zakona;
5. Zavod za zavarovane osebe iz prvega odstavka 29. člena in v primerih neposrednega izplačila denarnega nadomestila iz drugega odstavka 169. in 170. člena tega zakona;
6. ZRSZ za zavarovane osebe iz drugega odstavka 29. člena tega zakona;
7. občina za zavarovane osebe iz četrtega odstavka 29. člena in 33. člena tega zakona;
8. ZPIZ za zavarovane osebe iz petega, šestega odstavka 29. člena, razen za zavarovane osebe, ki prejemajo poklicno pokojnino, in osmega odstavka 29. člena tega zakona.
9. Za prejemnike poklicne pokojnine iz šestega odstavka 29. člena tega zakona plačilo prispevka v imenu zavarovanca in za njegov račun izvede upravljavec sklada.
10. **oddelek**

**OSNOVE IN STOPNJE ZA PLAČILO PRISPEVKOV ZA**

**ZAVAROVANJE ZA POKLICNA TVEGANJA**

1. **člen**

**(osnova za prispevek za zavarovanje za poklicna tveganja)**

1. Osnova za plačilo prispevka za zavarovane osebe iz prvega odstavka 246. člena tega zakona je enaka osnovi za plačilo prispevka za zavarovanje za splošna tveganja.
2. Osnova za plačilo prispevka za zavarovane osebe iz 1., 2., 4., 5., 7., 8., 9., 10., 11., 13. in 14. točke drugega odstavka 246. člena in tretjega odstavka 246. člena tega zakona je enaka osnovi zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji preračunane na mesec.
3. Osnova za plačilo prispevka za zavarovane osebe iz 3. in 15. točke drugega odstavka 246. člena tega zakona je vsako posamezno plačilo za opravljeno delo oziroma storitev, prejeto na podlagi drugega pravnega razmerja, ki se po zakonu, ki ureja dohodnino, šteje za dohodek in ni oproščen plačila dohodnine ali ni drug dohodek po zakonu, ki ureja dohodnino.
4. Osnova za plačilo prispevka za zavarovane osebe iz 12. točke drugega odstavka 246. člena tega zakona je enaka osnovi 125 % zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji preračunane na mesec.
5. **člen**

**(stopnje za plačilo prispevka)**

1. Prispevek za zavarovanje za poklicna tveganja se za zavarovane osebe iz 246. člena tega zakona plačuje po stopnji 0,53 %.
2. Če odhodki iz naslova zavarovanja za poklicna tveganja presegajo višino prihodkov iz tega naslova v posameznem koledarskem letu in če presežka odhodkov nad prihodki iz posameznega koledarskega leta ni mogoče pokriti s presežki iz preteklih let iz naslova zavarovanja za poklicna tveganja, Zavod predlaga novo višino stopnje prispevka za zavarovanje za poklicna tveganja.
3. Če kumulativni presežek iz preteklih let iz naslova zavarovanja za poklicna tveganja preseže 25 % povprečnega letnega odhodka iz tega naslova po zaključnih računih v zadnjih treh letih, Zavod predlaga novo višino stopnje prispevka za zavarovanje za poklicna tveganja.
4. **člen**

**(prispevek za osebno dopolnilno delo)**

1. Za zavarovane osebe iz 6. točke drugega odstavka 246. člena tega zakona znaša višina prispevka za zavarovanje za poklicna tveganja dva eura in pet centov na posamezno vrednotnico. Višina prispevkov se usklajuje z gibanjem povprečne plače, izplačane za obdobje od januarja do decembra preteklega leta, v primerjavi s povprečno plačo, izplačano za enako obdobje leto pred tem in jo enkrat letno določi minister, pristojen za delo, do 1. aprila v koledarskem letu.
2. S plačilom prispevka iz prejšnjega odstavka se šteje, da je plačan tudi prispevek zavarovanca.
3. **člen**

**(zavezanec za plačilo prispevkov za zavarovanje za poklicna tveganja)**

Prispevek za zavarovanje za poklicna tveganja plačujejo:

1. delodajalci za zavarovane osebe iz prvega, drugega, tretjega in četrtega odstavka 23. člena tega zakona;
2. zavarovane osebe iz prvega odstavka 23. člena, če so zaposleni v državah, v katerih velja pravni red EU in se zanje v skladu s pravnim redom EU uporablja zakonodaja Republike Slovenije, ki ureja obvezna socialna zavarovanja, zavarovane osebe iz 24. člena, 25. in 26. člena, drugega odstavka 27. člena tega zakona;
3. Republika Slovenija za zavarovane osebe iz prvega odstavka 27. člena in 28. člena tega zakona;
4. občina za zavarovane osebe iz četrtega odstavka 29. člena tega zakona;
5. pravne ali fizične osebe, pri katerih se zavarovane osebe iz drugega in tretjega odstavka 246. člena tega zakona usposabljajo ali delajo;
6. zavarovane osebe iz 3. in 15. točke drugega odstavka 246. člena tega zakona, če izplačevalec prejemka ni plačnik davka po predpisih o davčnem postopku;
7. zavarovane osebe, ki opravljajo dejavnost iz 10., 11. in 12. točke drugega odstavka 246. člena tega zakona;
8. posameznik, ki opravlja osebno dopolnilno delo, oziroma oseba, ki želi, da se pri njej opravijo dela, ki štejejo za osebno dopolnilno delo, za zavarovane osebe iz 6. točke drugega odstavka 246. člena tega zakona;
9. organizacija, ki posreduje začasno in občasno delo dijakov in študentov za zavarovane osebe, ki opravljajo začasno in občasno delo dijakov in študentov iz 3. točke drugega odstavka 246. člena tega zakona.
10. **poglavje**

**ZDRAVSTVENO DOPLAČILO**

1. **člen**

**(zavezanci za zdravstveno doplačilo)**

1. Zavezanci za zdravstveno doplačilo so osebe iz 21. člena tega zakona.
2. Ne glede na prejšnji odstavek so zdravstvenega doplačila oproščeni:
3. otroci, ki so obvezno zavarovani kot zavarovanci po 32. členu tega zakona;
4. zavarovane osebe, ki so zavarovane kot prejemniki družinske pokojnine po šestem odstavku 29. člena tega zakona, če izpolnjujejo pogoje iz prvega odstavka 32. člena tega zakona.
5. Če oseba hkrati izpolnjuje pogoje za plačilo zdravstvenega doplačila po več zavarovalnih podlagah iz 23. do 34. člena tega zakona, se obvezno prednostno zavaruje po tisti zavarovalni podlagi, ki je navedena pred drugimi.
6. Če je zavarovana oseba po prednostni zavarovalni podlagi zavarovana za manj kot polni delovni ali zavarovalni čas in izpolnjuje pogoje za zavarovanje po drugi zavarovalni podlagi, se do polnega delovnega ali zavarovalnega časa zavaruje po naslednji prednostni zavarovalni podlagi iz 23. do 30. člena tega zakona. Za polni delovni čas šteje polni delovni čas v skladu s predpisi o delovnih razmerjih, polni zavarovalni čas pa znaša 40 ur na teden.
7. Ne glede na prejšnji odstavek se zavarovana oseba iz 23. člena tega zakona, ki je hkrati samozaposlena oseba ali družbenik ali ustanovitelj, in je poslovodna oseba, ter zavarovana oseba iz 23. člena tega zakona, ki je hkrati družbenik ali ustanovitelj, in je poslovodna oseba, in je pridobila pravico do dela s krajšim delovnim časom v skladu s predpisi, ki urejajo starševsko varstvo, za razliko do polnega delovnega časa zavaruje po 3. točki tretjega odstavka 29. člena tega zakona.
8. Ne glede na prvi, drugi in tretji odstavek tega člena se zavarovanci iz 23. do 34. člena tega zakona in družinski člani iz 37. člena tega zakona prednostno zavarujejo po drugem odstavku 35. člena tega zakona z dnem nastanka pravnega razmerja, ki je podlaga za OZZ.
9. Če ni s tem zakonom drugače določeno, se glede postopka pobiranja prispevkov in zdravstvenega doplačila, pravic in obveznosti zavezanca, varovanja podatkov ter drugih vprašanj postopka uporablja zakon, ki ureja davčni postopek in zakon, ki ureja splošni upravni postopek.
10. **člen**

**(zavezanec za plačilo zdravstvenega doplačila)**

1. Zavezanci za plačilo zdravstvenega doplačila so:
2. zavarovane osebe iz 23. člena, 24., 25., 26., 27., 28., prvega in drugega odstavka, 1., 2., 4. in 5. točke tretjega odstavka, četrtega, petega, šestega, sedmega in osmega odstavka 29. člena, 31., 34. in 37. člena tega zakona;
3. občina za zavarovane osebe iz 33. člena tega zakona;
4. Republika Slovenija za zavarovane osebe iz devetega, desetega, enajstega in dvanajstega odstavka 29. člena, 30. in 35. člena tega zakona.
5. Plačilo zdravstvenega doplačila v imenu zavarovane osebe in za njegov račun izvede zavezanec za plačilo prispevka za zavarovanje za splošna tveganja.
6. **člen**

**(osnova za obračun zdravstvenega doplačila)**

1. Zavezanec za plačilo zdravstvenega doplačila plačuje zdravstveno doplačilo mesečno, in sicer ob izplačilu dohodka oziroma na podlagi predizpolnjenega obračuna prispevkov za socialno varnost ali odločbe, ki jo izda davčni organ.
2. Mesečna višina zdravstvenega doplačila za:
3. osebe iz prvega do četrtega odstavka 23., šestega in osmega odstavka 29. člena tega zakona se določi v naslednjih zneskih:

|  |  |
| --- | --- |
| če je mesečni dohodek zavarovane osebe | v eurih |
|  |  |
| do vključno mesečne minimalne plače | 20 |
| višji od minimalne plače in nižji od zadnje znane povprečne mesečne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji | 25 |
| višji od zadnje znane povprečne mesečne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji | 35 |

1. osebe iz petega odstavka 23., 24., 25., 26., 27., 28., 3. in 5. točke tretjega, četrtega, sedmega, devetega, desetega, enajstega in dvanajstega odstavka 29. člena tega zakona, 30., 31. , 33., 35. in 37. člena tega zakona znaša 30 eurov;
2. osebe iz prvega, drugega, 1., 2. in 4. točke tretjega in petega odstavka 29. člena ter 34. člena tega zakona znaša 20 eurov.
3. Za določitev višine zdravstvenega doplačila za osebe iz 1. točke prejšnjega odstavka se upošteva zavarovalna osnova kot je določena za zavarovanje za splošna tveganja v skladu s tem zakonom.
4. Za mesečno minimalno plačo se upošteva zadnja znana mesečna minimalna plača, ki je objavljena v Uradnem listu Republike Slovenije.
5. Za povprečno mesečno plačo se upošteva zadnja znana povprečna letna plača zaposlenih v Republiki Sloveniji, ki jo objavi Statistični urad Republike Slovenije, preračunana na mesec.
6. Višina zdravstvenega doplačila iz drugega odstavka tega člena se uskladi z gibanjem povprečne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji, izplačane za obdobje od avgusta preteklega leta do avgusta tekočega leta, v primerjavi s povprečno plačo zaposlenih v Republiki Sloveniji, izplačano za enako obdobje leto pred tem, po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije. Usklajeno višino zdravstvenega doplačila enkrat letno lahko določi in objavi minister s sklepom, na katerega poda soglasje Vlada, in se prvič uporabi za mesec januar naslednjega leta.
7. Ne glede na prejšnji odstavek tega člena lahko Vlada na predlog ministra enkrat letno v skladu z ekonomsko politiko spremeni višino mesečnega zdravstvenega doplačila iz drugega odstavka tega člena za največ 10 odstotkov.
8. **člen**

**(plačilo zdravstvenega doplačila)**

Zdravstveno doplačilo se plača iz neto prejemkov.

1. **poglavje**

**OBRAČUN IN ODMERA PRISPEVKOV IN ZDRAVSTVENEGA DOPLAČILA**

1. **člen**

**(obračun in odmera prispevkov in zdravstvenega doplačila)**

1. Za zavezance za zdravstveno doplačilo, za katere v skladu z zakonom, ki ureja davčni postopek, izračunava, odteguje in plačuje prispevke plačnik davka v obračunu davčnega odtegljaja, ta hkrati z obračunom davčnega odtegljaja izračuna in odtegne tudi zdravstveno doplačilo, plača pa ga na način in v rokih, določenih za plačilo po obračunu davčnega odtegljaja.
2. Za zavezance za zdravstveno doplačilo, za katere davčni organ v skladu z zakonom, ki ureja davčni postopek, sestavi predizpolnjen obračun prispevkov za socialno varnost, ta hkrati s predizpolnjenim obračunom izračuna zdravstveno doplačilo, ki ga plača zavarovana oseba na način in v rokih, določenih za plačilo po predizpolnjenem obračunu.
3. Zavezancem za zdravstveno doplačilo, ki niso zavezanci iz prvega in drugega odstavka tega člena, oziroma zavezancem iz petega odstavka 23. člena, 5. točke tretjega, sedmega odstavka 29. člena in 37. člena tega zakona odmeri zdravstveno doplačilo davčni organ po stanju na prvi dan meseca, za katerega se zdravstveno doplačilo odmerja. Zdravstveno doplačilo se odmeri s plačilnim nalogom, ki velja kot odločba.
4. Če se zavarovalna podlaga zavezanca spremeni med mesecem ali če hkrati obstajata dve zavarovalni podlagi, po tem, ko mu je bila obveznost obračunana ali odmerjena, ni nove obveznosti obračuna ali odmere za isto obdobje.
5. Za zavezance, za katere obstaja več plačnikov davka, izračuna, odtegne in plača zdravstveno doplačilo glavni delodajalec.
6. V postopkih, ki jih davčni organ oziroma Zavod začne na zahtevo stranke, prispevkov in zdravstvenega doplačila za obvezno zavarovanje ni mogoče odpisati, delno odpisati ali dovoliti odloga plačila oziroma plačila v obrokih.
7. Prispevki za obvezno zavarovanje in zdravstveno doplačilo, ki so določeni s tem zakonom, se plačujejo Zavodu.
8. Nadzor nad pobiranjem prispevkov in zdravstvenega doplačila po tem zakonu opravlja davčni organ.
9. **člen**

(odmera in plačilo zdravstvenega doplačila)

1. Davčni organ odmeri zdravstveno doplačilo za tekoči mesec in odpremi plačilni nalog do petega dne v mesecu z navadno vročitvijo. Vročitev velja za opravljeno osmi dan od dneva odpreme plačilnega naloga. Zavezanec za zdravstveno doplačilo plača v 15 dneh od vročitve plačilnega naloga. Če zavezanec za zdravstveno doplačilo ni plačal v roku, se plačilni nalog ne vroča z osebno vročitvijo.
2. Zoper plačilni nalog iz tretjega odstavka prejšnjega člena je v osmih dneh od vročitve plačilnega naloga dopustna pritožba, ki ne zadrži izvršitve plačilnega naloga.
3. **poglavje**

**PRIHODKI IZ DRŽAVNEGA PRORAČUNA**

1. **člen**

**(obveznosti državnega proračuna)**

1. Republika Slovenija zagotavlja sredstva iz državnega proračuna za:
2. primere iz 12. in 13. točke drugega odstavka 7. člena tega zakona;
3. vrednost pripomočka iz 209. člena tega zakona nad vrednostjo standarda pripomočka, ki se krije iz OZZ;
4. nadomestilo prejemka za dan darovanja krvi iz 210. člena tega zakona;
5. prispevek za zavezance, ki jim je oprostitev plačila teh obveznosti določena z drugim zakonom;
6. prispevek zavarovanca in delodajalca za zaposlene v invalidskih podjetjih in zaposlitvenih centrih;
7. prispevek delodajalca za osebe, ki so obvezno zavarovane iz naslova opravljanja kmetijske dejavnosti;
8. v drugih primerih, če tako določa zakon.
9. Osnove in način poračuna finančnih obveznosti iz prejšnjega odstavka določa zakon, ki ureja poračunavanje finančnih obveznosti Republike Slovenije iz OZZ.
10. **poglavje**

**FINANČNO POSLOVANJE ZAVODA**

1. **člen**

**(vodenje denarnih sredstev Zavoda)**

Zavod ima podračun, v okviru katerega se vodijo denarna sredstva za OZZ.

1. **člen**

**(finančni načrt Zavoda)**

1. Zavod opredeljuje svoje finančno poslovanje s finančnim načrtom, ki ga pripravi v skladu z zakonom, ki ureja javne finance.
2. Finančni načrt iz prejšnjega odstavka se sestavlja in sprejema za vsako koledarsko leto posebej ali za časovno obdobje, za katero se sprejema državni proračun.
3. Finančni načrt sprejme svet Zavoda. Vlada da soglasje k finančnemu načrtu.
4. V primeru spremembe predpisov in kolektivnih pogodb, ki imajo finančne učinke na poslovanje izvajalcev, se izvede rebalans finančnega načrta. Financiranje teh obveznosti gre v breme proračuna Republike Slovenije.
5. **člen**

**(letno poročilo Zavoda)**

Zavod pripravi letno poročilo v skladu s predpisi, ki urejajo računovodstvo in javne finance.

1. **člen**

**(poračun terjatev)**

1. Zavod lahko poračuna terjatve zavarovane osebe do Zavoda z neplačanimi prispevki in zdravstvenim doplačilom zavarovane osebe.
2. Zavod lahko poračuna terjatve izvajalca, dobavitelja, proizvajalca oziroma zastopnika proizvajalcev do Zavoda z neplačanimi prispevki izvajalca, dobavitelja oziroma zastopnika proizvajalcev.
3. Znesek neupravičeno prejetega denarnega nadomestila iz 148. člena Zavod poračuna s terjatvami, ki jih ima zavarovana oseba do Zavoda.
4. Terjatev iz naslova denarnega nadomestila, ki jo ima delodajalec za zavarovanca iz prvega, drugega, tretjega in četrtega odstavka 23. člena in zavarovanec iz petega odstavka 23. člena, 24., 25., 26. in 27. člena tega zakona do Zavoda, Zavod poračuna z neplačanimi prispevki za OZZ in zdravstvenim doplačilom.
5. Za izvedbo poračuna terjatev iz prvega, drugega, tretjega in četrtega odstavka tega člena soglasje zavarovane osebe, delodajalca, izvajalca, dobavitelja, proizvajalca oziroma zastopnika proizvajalcev in zavarovane osebe ni potrebno.

**SEDMI DEL**

**ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE SLOVENIJE**

1. **poglavje**

**STATUS ZAVODA**

1. **člen**

**(nosilec in izvajalec OZZ)**

1. Zavod je nosilec in izvajalec OZZ v Republiki Sloveniji.
2. Zavod je javni zavod s sedežem v Ljubljani.
3. Zavod s sredstvi, ki jih zbere, ravna gospodarno in učinkovito.
4. **člen**

**(organizacija Zavoda)**

1. Zavod oblikuje organizacijske enote tako, da je služba dostopna vsem zavarovanim osebam.
2. Zavod je organiziran tako, da zagotavlja nemoteno opravljanje strokovnih, informacijskih, administrativnih, nadzorstvenih, izvedenskih in drugih nalog, ki so potrebne za izvajanje OZZ.
3. Za Zavod se poleg določb, ki jih izključuje zakon, ki ureja javne uslužbence, ne uporabljajo tudi določbe, ki urejajo zbirni kadrovski načrt.
4. **člen**

**(naloge Zavoda)**

1. Zavod kot javno službo opravlja naslednje naloge:
2. ureja OZZ obvezno zavarovanih oseb;
3. sprejema splošne akte Zavoda za uveljavljanje pravic;
4. sklepa pogodbe za opravljanje zdravstvenih storitev in nadzira uresničevanje pogodb;
5. izračunava povprečne cene zdravstvenih storitev v Republiki Sloveniji;
6. pripravlja in sprejema obračunske modele in cene, ki temeljijo na primerjalni analizi vhodnih stroškov in izhodnih produktov izvajalcev in ki izvajalce spodbujajo k učinkovitemu in uspešnemu izvajanju kakovostnih storitev;
7. vključuje zdravila in živila v sistem OZZ;
8. vključuje pripomočke v sistem OZZ,
9. sklepa pogodbe z imetniki dovoljenj za promet z zdravilom in s proizvajalci živila zaradi vključitve zdravil in živil v OZZ in zaradi uresničevanja pravic;
10. sklepa pogodbe z dobavitelji in s proizvajalci, pooblaščenimi predstavniki in z zastopniki proizvajalcev medicinskih in drugih pripomočkov v okviru uresničevanja pravic;
11. izplačuje denarno nadomestilo in druge denarne dajatve;
12. izvaja nadzor nad uveljavljanjem pravic;
13. odloča o zahtevkih za uveljavljanje in varstvo pravic;
14. izvaja dejavnost medicinskega izvedenstva in zavarovalniške medicine;
15. izvaja OZZ v skladu s pravnim redom EU in z mednarodnimi sporazumi;
16. opravlja poslovno-finančne funkcije za izvajanje OZZ;
17. uveljavlja povračilo škode in drugih stroškov;
18. vzpostavlja in vodi podatkovne zbirke in evidence ter upravlja z zbirkami osebnih podatkov;
19. izdaja, zalaga in prodaja obrazce in listine za izvajanje OZZ ter opravlja založniško in izdajateljsko dejavnost za obveščanje javnosti o OZZ;
20. nudi strokovno pomoč zavarovanim osebam ter opravlja druga strokovna, administrativna, dokumentacijska in tehnična dela;
21. dolgoročno načrtuje OZZ v skladu s strategijo razvoja države;
22. sodeluje in daje mnenje pri pripravi Nacionalnega programa zdravstvenega varstva;
23. daje mnenje k predlogu Akcijskih načrtov;
24. daje mnenje k predlogu meril za določitev mreže javne zdravstvene službe;
25. daje mnenje k predlogu mreže javne zdravstvene službe;
26. daje soglasje k ustanovitvi, spremembi in razširitvi dejavnosti in prenehanju javnega zdravstvenega zavoda;
27. daje soglasje k odločbi o opravljanju javne zdravstvene službe v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnost;
28. daje soglasje h koncesijskim aktom in k določitvi začasnih prevzemnikov izvajanja koncesijske zdravstvene dejavnosti;
29. imenuje predstavnike Zavoda in zavarovanih oseb v svete javnih zavodov;
30. izvaja izvedenske postopke, ki so po tem zakonu predvideni v zvezi z uresničevanjem pravic zavarovanih oseb;
31. spremlja in analizira stroške zavarovanja ter načrtuje ukrepe za njihovo obvladovanje;
32. predlaga spremembe v sistemu OZZ;
33. spremlja svetovne trende na področju zdravstvenega zavarovanja;
34. zagotavlja sodobno informacijsko podporo poslovnih procesov na področju  
    zdravstvenega zavarovanja;
35. sodeluje pri informatizaciji področja zdravstvenega varstva;
36. formira javnost o stanju in potrebah v OZZ;
37. opravlja druge naloge v skladu s tem zakonom in druge naloge v zvezi z izvajanjem OZZ.
38. Zavod kot tržno dejavnost opravlja naloge in pridobiva prihodke v zvezi z oddajo lastnih nepremičnin v najem, svetovanjem nad obsegom javne službe, oglaševanjem in drugimi dejavnostmi, določenimi s statutom.
39. **člen**

**(nastopanje Zavoda v pravnem prometu)**

1. Zavod ima pravico sklepati pogodbe v pravnem prometu in opravljati druge posle z namenom izvajanja OZZ v skladu s tem zakonom in statutom Zavoda.
2. Zavod ima pravno in poslovno sposobnost ter lahko v pravnem prometu pridobiva pravice in prevzema obveznosti.
3. **člen**

**(premoženje Zavoda)**

V premoženje Zavoda štejejo nepremičnine, stvarnopravne in obligacijsko pravne pravice, denar in druga sredstva, na katerih ima Zavod lastninsko pravico.

1. **poglavje**

**ORGANA ZAVODA**

1. **oddelek**

**ORGANA ZAVODA**

1. **člen**

**(organa Zavoda)**

Organa Zavoda sta svet Zavoda in generalni direktor Zavoda.

**1. pododdelek**

**SVET ZAVODA**

1. **člen**

**(sestava sveta Zavoda)**

1. Zavod upravlja svet Zavoda, ki ga sestavlja trinajst članov, od tega:
2. osem članov predstavnikov zavarovancev, od tega štirje predstavniki zaposlenih (predstavniki sindikatov na državni ravni), dva predstavnika upokojencev, en predstavnik invalidov in en predstavnik kmetov;
3. pet članov predstavnikov delodajalcev, od katerih tri imenujejo delodajalska združenja na ravni države in dva Vlada.
4. Postopke imenovanja članov sveta Zavoda določijo posamezne skupine s svojimi notranjimi akti.
5. Svet Zavoda izmed članov izvoli predsednika in njegovega namestnika.
6. **člen**

**(pogoji za članstvo v svetu Zavoda)**

1. Član sveta Zavoda mora izpolnjevati najmanj naslednje pogoje:
2. ima status zavarovane osebe po tem zakonu;
3. ima izobrazbo, pridobljeno po študijskem programu druge stopnje, oziroma izobrazbo, ki ustreza ravni izobrazbe, pridobljene po študijskih programih druge stopnje, v skladu z zakonom, ki ureja slovensko ogrodje klasifikacij;
4. ne sme biti pravnomočno obsojen zaradi naklepnega kaznivega dejanja, ki se preganja po uradni dolžnosti;
5. ne sme biti pravnomočno obsojen na nepogojno kazen zapora v trajanju več kot šest mesecev;
6. ima petnajst let delovnih izkušenj.
7. V svet Zavoda ne morejo biti imenovani državni funkcionarji in funkcionarji lokalnih skupnosti, predstavniki izvajalcev in predstavniki pogodbenih partnerjev Zavoda in njihovih združenj, predstavniki poklicnih združenj ali zbornic v zdravstvu, predstavniki pravnih oseb, ki ponujajo zasebna zdravstvena zavarovanja ter predstavniki drugih pravnih oseb, katerih sodelovanje v svetu Zavoda bi vplivalo ali ustvarjalo videz, da vplivajo na nepristransko in objektivno opravljanje nalog.
8. **člen**

**(mandat članov sveta Zavoda)**

1. Mandat članov sveta Zavoda traja štiri leta in se začne z ustanovno sejo sveta Zavoda. Posameznik je lahko imenovan v svet Zavoda največ dvakrat.
2. Članu sveta preneha mandat še pred potekom mandatne dobe v primeru:
3. njegove smrti;
4. prenehanja lastnosti zavarovane osebe;
5. izgube pogojev za članstvo;
6. ugotovitve konflikta interesov;
7. odpovedi mandatu;
8. odpoklica;
9. drugih razlogov, ki jih določa zakon.
10. Če članu sveta Zavoda preneha mandat pred potekom mandatne dobe, interesna skupina imenuje novega člana z mandatom za čas do izteka mandata prejšnjega člana.
11. **člen**

**(odgovornost članov sveta Zavoda)**

1. Člani sveta Zavoda pri opravljanju svojih nalog ravna v skladu s standardom dobrega strokovnjaka. Član sveta Zavoda je solidarno odgovoren Zavodu za škodo, ki bi jo ta imel zaradi kršitve njihovih obveznosti iz 361. člena tega zakona. Član sveta Zavoda je prost odškodninske odgovornosti, če dokaže, da so pri izpolnjevanju svojih obveznosti ravnali z dolžno skrbnostjo.
2. Član sveta Zavoda se pri opravljanju svojega dela izogiba nasprotju interesov. Vsako morebitno nasprotje interesov prijavi predsedniku sveta Zavoda. Predsednik sveta Zavoda zadevo predloži svetu Zavoda, ki lahko odloča o izločitvi posameznega člana sveta Zavoda.
3. **člen**

**(naloge sveta Zavoda)**

1. Svet Zavoda opravlja naslednje naloge:
2. sprejema strateški razvojni program Zavoda za obdobje najmanj petih let;
3. sprejema finančni načrt Zavoda;
4. sprejema letno poročilo Zavoda po opravljeni reviziji Računskega sodišča;
5. potrjuje program ukrepov za sanacijo primanjkljaja;
6. imenuje in razrešuje generalnega direktorja Zavoda;
7. odloča o načinu uporabe sredstev, odpisu, prodaji in odtujitvi premoženja ter sprejema poročilo o popisu sredstev;
8. sprejema statut Zavoda;
9. daje soglasje k seznamu standardnih zdravstvenih storitev iz 253. člena;
10. sprejme splošni akt Zavoda o natančnejšem načinu izvrševanja pravic in natančnejšem postopku uveljavljanja pravic v skladu s tem zakonom;
11. sprejme splošni akt Zavoda o natančnejšem načinu uveljavljanja izjemne odobritve iz 143. člena tega zakona;
12. sprejme splošni akt Zavoda o posebni pravici do pripomočka v višjem standardu iz petega odstavka 209. člena tega zakona;
13. sprejme splošni akt Zavoda o vključitvi zdravil med pravice iz 285. člena tega zakona;
14. sprejme splošni akt Zavoda o vključitvi živil med pravice iz 303. člena tega zakona;
15. sprejme splošni akt Zavoda o Seznamu pripomočkov iz četrtega odstavka 316. člena tega zakona;
16. sprejme splošni akt Zavoda o izhodiščih za vrednosti pripomočkov iz drugega odstavka 317. člena tega zakona;
17. sprejme druge splošne akte Zavoda, za katere ni pristojen generalni direktor;
18. določi najvišjo priznano vrednost za zdravila z receptne liste, za skupino zdravil z ambulantne in bolnišnične liste zdravil in za živila;
19. določi vrste pripomočkov in Seznam pripomočkov;
20. sprejema Plan zdravstvenih storitev in Pogoje zagotavljanja pripomočkov;
21. določa organizacijo zavoda glede dostopnosti zavarovanih oseb do storitev, ki jih zagotavlja;
22. imenuje predstavnika uporabnikov v svete javnih zdravstvenih zavodov, kjer je ustanovitelj Republika Slovenija;
23. daje mnenje k Nacionalnemu programu zdravstvenega varstva in predlogom zakonov v sistemu zdravstvenega varstva in zavarovanja, kot tudi pobude za spremembe in dopolnitve predpisov s tega področja;
24. sklepa kolektivno pogodbo Zavoda z reprezentativnimi sindikati Zavoda;
25. opravlja druge naloge, ki jih določata ta zakon in statut Zavoda.
26. Svet Zavoda lahko pooblasti generalnega direktorja Zavoda za izvedbo naloge iz 16. točke prejšnjega odstavka.
27. **člen**

**(statut Zavoda)**

1. Statut Zavoda opredeljuje najmanj naslednje vsebine:
2. organiziranost in naloge Zavoda;
3. način izvolitve ter mandat predsednika in podpredsednika sveta Zavoda;
4. vodilne delavce in njihova pooblastila;
5. organe in komisije za posamezna področja dejavnosti Zavoda ter njihove pristojnosti;
6. izvajanje nadzorstvene funkcije.
7. Vlada poda soglasje k:
8. finančnemu načrtu in letnemu poročilu Zavoda;
9. strateškemu razvojnemu načrtu Zavoda;
10. statutu Zavoda
11. Višino sejnin in povračila drugih stroškov dela članov sveta Zavoda določi statut Zavoda.
12. **člen**

**(odločanje sveta Zavoda)**

1. Svet Zavoda veljavno odloča, če je na seji navzočih večina vseh članov.
2. Statut, splošne akte iz naslova OZZ, finančni načrt in letno poročilo, Plan zdravstvenih storitev in Pogoje zagotavljanja pripomočkov in strateški razvojni program Zavoda sprejema svet z večino glasov vseh članov sveta.
3. O drugih vprašanjih odloča svet Zavoda z večino glasov navzočih članov.
4. **pododdelek**

**GENERALNI DIREKTOR ZAVODA**

1. **člen**

**(generalni direktor Zavoda)**

1. Poslovodni organ Zavoda je generalni direktor Zavoda.
2. Generalni direktor Zavoda načrtuje, organizira in vodi delo ter poslovanje Zavoda, predstavlja in zastopa Zavod in je odgovoren za zakonitost dela Zavoda.
3. Natančnejši način imenovanja generalnega direktorja Zavoda določa statut Zavoda.
4. **člen**

**(pogoji za imenovanje generalnega direktorja Zavoda)**

1. Generalni direktor Zavoda je lahko oseba, ki:
2. ima izobrazbo, pridobljeno po študijskem programu druge stopnje, oziroma izobrazbo, ki ustreza ravni izobrazbe, pridobljene po študijskih programih druge stopnje, v skladu z zakonom, ki ureja slovensko ogrodje klasifikacij;
3. ima najmanj 15 let delovnih izkušenj, od tega najmanj pet let na vodstvenem položaju in najmanj pet let delovnih izkušenj na področju zdravstva;
4. ne sme biti pravnomočno obsojen zaradi naklepnega kaznivega dejanja, ki se preganja po uradni dolžnosti;
5. ima aktivno znanje najmanj enega tujega jezika;
6. v postopku kandidiranja prijavi predloži program dela in vizije razvoja Zavoda.
7. Generalni direktor Zavoda pri opravljanju svojih nalog ravna v skladu s standardom dobrega strokovnjaka. Generalni direktor Zavoda je odgovoren za škodo, ki bi jo ta imel zaradi kršitve svojih obveznosti iz 368. člena tega zakona. Generalni direktor Zavoda je prost odškodninske odgovornosti, če dokaže, da je pri izpolnjevanju svojih obveznosti ravnal z dolžno skrbnostjo.
8. Generalni direktor Zavoda se pri opravljanju svojega dela izogiba nasprotju interesov. Vsako morebitno nasprotje interesov generalni direktor Zavoda prijavi predsedniku sveta Zavoda. Predsednik sveta Zavoda zadevo predloži svetu Zavoda, ki v primeru izločitve generalnega direktorja Zavoda odloči o zadevi.
9. **člen**

**(imenovanje generalnega direktorja Zavoda)**

1. Javni razpis za imenovanje generalnega direktorja Zavoda se objavi najpozneje šest mesecev pred iztekom mandata generalnega direktorja Zavoda.
2. Generalnega direktorja Zavoda v soglasju z Državnim zborom imenuje svet Zavoda na podlagi javnega razpisa iz prejšnjega odstavka, in sicer za dobo petih let. Imenovanje učinkuje z dnem podanega soglasja Državnega zbora.
3. Posameznik je za generalnega direktorja Zavoda lahko imenovan največ dvakrat.
4. Če Državni zbor ne da soglasja k imenovanju generalnega direktorja Zavoda, svet Zavoda v 30 dneh od odklonitve soglasja k imenovanju generalnega direktorja Zavoda objavi javni razpis.
5. **člen**

**(imenovanje vršilca dolžnosti generalnega direktorja Zavoda)**

1. Vršilec dolžnosti generalnega direktorja Zavoda je lahko oseba, ki izpolnjuje enake pogoje za imenovanje kot generalni direktor Zavoda. Vršilca dolžnosti generalnega direktorja Zavoda imenuje Svet Zavoda.
2. Vršilec dolžnosti generalnega direktorja Zavoda je imenovan za dobo največ dvanajstih mesecev in je lahko največ še enkrat ponovno imenovan.
3. **člen**

**(naloge generalnega direktorja Zavoda)**

1. Naloge generalnega direktorja Zavoda so predvsem:
2. vodenje in poslovodenje Zavoda;
3. priprava strateškega razvojnega načrta Zavoda, finančnega in poslovnega načrta Zavoda;
4. izvajanje nalog za uresničevanje sklepov sveta Zavoda;
5. priprava aktov za obravnavo na svetu Zavoda;
6. sprejemanje aktov potrebnih za poslovanje Zavoda;
7. vodenje kadrovske politike Zavoda in sprejemanje kadrovskega načrta Zavoda ob upoštevanju obsega nalog;
8. priprava strokovnih podlag za sprejem Plana zdravstvenih storitev in Pogojev zagotavljanja pripomočkov;
9. priprava primerjalne analize stroškov izvajalcev;
10. sprejme splošni akt Zavoda iz sedmega odstavka 105. člena tega zakona;
11. imenuje Komisije za izjemno odobritev Zavoda iz 137. in 139. člena tega zakona;
12. sprejme splošni akt Zavoda iz 163. člena tega zakona;
13. sprejme splošni akt Zavoda iz 172. člena tega zakona;
14. sprejme Seznam skupin zdravil z ambulantne in bolnišnične liste zdravil iz tretjega odstavka 283. člena tega zakona;
15. določi datum začetka uporabe elektronske storitve Zavoda;
16. sklepanje pogodb z izvajalci, dogovorov o financiranju zdravila z imetniki dovoljenja za promet z zdravilom in izdelovalci galenskega zdravila, dogovorov o financiranju živila s proizvajalci živila, pogodb z dobavitelji in s proizvajalci pripomočka;
17. organiziranje nadzora nad uresničevanjem Plana zdravstvenih storitev in Pogojev zagotavljanja pripomočkov ter pogodb z izvajalci, z imetniki dovoljenja za promet z zdravilom, s proizvajalci živila, z dobavitelji in s proizvajalci pripomočka;
18. imenuje predstavnika uporabnikov ali Zavoda v svete javnih zdravstvenih zavodov, kjer je ustanovitelj lokalna skupnost;
19. poročanje svetu Zavoda o izvajanju OZZ ter predlaganje ustreznih ukrepov;
20. druge naloge, ki se opredelijo v statutu Zavoda.
21. Generalni direktor Zavoda opozori svet Zavoda na njihove sklepe in ravnanja, ki ne bi bila v skladu z zakonom in drugimi predpisi in zadrži njihovo izvrševanje.
22. **člen**

**(prenehanje mandata generalnega direktorja Zavoda)**

Mandat generalnega direktorja Zavoda preneha:

1. s pretekom časa za katerega je bil imenovan;
2. z odpovedjo mandatu;
3. z dnem, ko mu je bila s pravnomočno sodno odločbo izrečena kazen zapora;
4. z razrešitvijo;
5. s smrtjo;
6. z izgubo pogojev za imenovanje;
7. zaradi bistvenih kršitev postopka imenovanja.
8. **člen**

**(razrešitev generalnega direktorja Zavoda)**

1. Delo generalnega direktorja Zavoda za vsako leto ob obravnavi zaključnega računa Zavoda ocenjuje svet Zavoda. Generalni direktor je lahko razrešen, če ni izvajal razvojnih programov, poslovnega načrta ali sklepov sveta Zavoda, ali je neupravičeno privedel do primanjkljaja.
2. Generalni direktor Zavoda je lahko poleg razlogov, navedenih v prejšnjem odstavku razrešen pred potekom časa, za katerega je imenovan, tudi:
3. če krši pogodbene ali druge obveznosti;
4. če ne izpolnjuje nalog, določenih v zakonu, statutu in splošnih aktih Zavoda ali mu je bilo prepovedano opravljati določena dela;
5. če opravlja zasebno zdravstveno ali drugo dejavnost, ki ni združljiva s funkcijo generalnega direktorja Zavoda;
6. če z nevestnim ali nepravilnim delom povzroči večjo škodo Zavodu ali malomarno opravlja svoje dolžnosti, tako da lahko nastanejo ali bi lahko nastale hujše motnje pri opravljanju dejavnosti.
7. Generalnega direktorja razreši svet Zavoda iz razlogov, navedenih v prvem in drugem odstavku, v soglasju z Državnim zborom. Razrešitev učinkuje z dnem podanega soglasja Državnega zbora.
8. Zoper sklep o razrešitvi je možen upravni spor.
9. **poglavje**

**NADZOR**

1. **oddelek**

**NADZOR NAD ZAVODOM**

1. **člen**

**(vrste nadzora)**

1. Nadzor nad zakonitostjo delovanja Zavoda in namembnostjo rabe sredstev za financiranje zdravstvenih programov in storitev izvaja ministrstvo.
2. Če se pri nadzoru ugotovijo nepravilnosti minister določi ukrepe in roke za njihovo odpravo.
3. **člen**

**(končanje nadzornega postopka)**

1. Nadzorni postopek iz prejšnjega člena se konča z izdajo poročila.
2. Pred izdajo poročila se Zavod povabi na razčiščevalni sestanek, kjer lahko zastopnik Zavoda izpodbija posamezne ugotovitve v osnutku poročila in poda pojasnila k ugotovitvam. V ta namen se mu vroči osnutek poročila.
3. Če se zastopnik Zavoda ne udeleži razčiščevalnega sestanka, se šteje, da Zavod ne izpodbija nobene ugotovitve v osnutku poročila.
4. Če ministrstvo spozna, da je izpodbijanje ugotovitve utemeljeno, izpodbijano ugotovitev izloči iz poročila.
5. Rok za ugovor zoper ugotovitve v predlogu poročila je petnajst dni in začne teči naslednji dan po vročitvi predloga poročila Zavodu.
6. Poročilo o nadzoru se vroči Zavodu.
7. Če je Zavod vložil ugovor zoper ugotovitve v predlogu poročila, se Zavodu ob vročitvi poročila vroči tudi odgovor na ugovor.
8. **oddelek**

**NADZOR ZAVODA**

1. **člen**

**(nadzor Zavoda pri izvajalcih)**

1. Zavod je pristojen za izvajanje nadzora pri izvajalcih, in sicer nad:
2. izpolnjevanjem pogodb, sklenjenih z izvajalci glede izvajanja storitev, spoštovanja pravil o evidentiranju in obračunavanju storitev ter predpisov in drugih aktov v sistemu OZZ, ki urejajo uresničevanje pravic;
3. skladnostjo obračunanih storitev glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe in strokovne smernice;
4. upravičenostjo napotovanja med istimi ali različnimi ravnmi zdravstvene dejavnosti;
5. predpisovanjem, izdajanjem in zaračunavanjem zdravil, živil in medicinskih in drugih pripomočkov;
6. skladnostjo podeljevanja in uporabe pooblastil za dostop do podatkov s kartico zdravstvenega zavarovanja.
7. Pri izvajanju nadzora se ne uporabljajo določbe zakona, ki ureja splošni upravni postopek.
8. Zavod opravlja nadzor iz prejšnjega odstavka na podlagi akta Zavoda.
9. Pri nadzoru uporablja zavod:
10. metodo naključnega vzorčenja storitev preteklega leta;
11. metodo ciljanega nadzora obračunanih storitev..
12. Pri metodi naključnega vzorčenja Zavod ugotavlja odstotek oškodovanja glede na obračunano vrednost storitev v vzorcu in ta odstotek uporabi za izrek pogodbene kazni na naslednji način:
13. pri prvem ugotovljenem oškodovanju se izreče kazen v višini 20% ugotovljenega odstotka oškodovanja na celotno letno obračunano vrednost storitev, ki so bile podlaga za vzorčenje;
14. pri naslednjih zaporednih kršitvah se kazen povišuje za 20% do največ 100%;
15. leto brez kršitve vrne način izrekanja kazni na začetek.
16. Pri metodi ciljanega nadzora izreče Zavod izvajalcu pogodbeno kazen v višini 10% zneska nepravilno obračunanih storitev, vendar ne manj kot 50 eurov in ne več kot 50.000 eurov.
17. V primeru drugih kršitev pogodbe, ki nimajo neposrednih finančnih posledic, pogodbena kazen znaša 400 eurov za vsak posamičen primer kršitve.
18. Če izvajalec krši pogodbo več kot petkrat, lahko Zavod pogodbo odpove.
19. Natančnejše določbe o višinah pogodbene kazni se lahko določijo v Planu zdravstvenih storitev.
20. **člen**

**(nadzor pri uresničevanju pravic in obveznosti)**

1. Zavod po tem zakonu opravlja nadzor nad:
2. uresničevanjem pravic in obveznosti delodajalcev in drugih zavezancev za prijavo v zavarovanje, zlasti glede prijave in odjave zavarovanih oseb v zavarovanje;
3. uresničevanjem pravic in obveznosti zavarovanih oseb v OZZ, zlasti glede ravnanja med začasno zadržanostjo od dela v delu, za katerega Zavod zagotavlja denarno nadomestilo;
4. plačilom vnaprejšnje pavšalne odškodnine pri zavarovalnicah, ki zavarujejo avtomobilsko odgovornost.
5. Zavod opravlja nadzor iz prejšnjega odstavka na podlagi aktov Zavoda.
6. Zavod o obsegu in vsebini izvedenega nadzora enkrat letno poroča ministrstvu.
7. **člen**

**(pridobivanje podatkov)**

Izvajalci, dobavitelji, proizvajalci pripomočkov, delodajalci in druge osebe za izvajanje nadzora Zavodu posredujejo vse potrebne podatke in so nadzornemu organu dolžni omogočiti izvajanje nadzora.

1. **člen**

**(laični nadzor)**

1. Zavod lahko izvaja nadzor, ali se zavarovanec ravna po navodilu o ravnanju med začasno zadržanostjo od dela, ko ima zavarovanec pravico do denarnega nadomestila (v nadaljnjem besedilu: laični nadzor).
2. Laični nadzor lahko naroči imenovani zdravnik na podlagi lastne pobude ali pobude drugih organov Zavoda, osebnega zdravnika, pravnih in fizičnih oseb.
3. Laični nadzor opravlja izvajalec laičnega nadzora (v nadaljnjem besedilu: laični nadzornik).
4. Laični nadzornik nima pravice do vpogleda v zdravstveno dokumentacijo.
5. Laični nadzornik se pri opravljanju laičnega nadzora izkaže s službeno izkaznico.
6. Ne glede na določbe o varstvu osebnih podatkov se zavarovanec, pri katerem se opravlja laični nadzor, na zahtevo laičnega nadzornika identificira z osebnim dokumentom.
7. Če laični nadzornik ugotovi kršitev ravnanja zavarovanca glede na navodilo o ravnanju med začasno zadržanostjo od dela, imenovani zdravnik odloči, ali so še podani razlogi za začasno zadržanost od dela.
8. Službeno izkaznico laičnega nadzornika izda Zavod.
9. **člen**

**(vrste ukrepov za odpravo kršitev)**

V primeru ugotovljenih nepravilnosti Zavod:

1. določi ukrepe in roke za odpravo nepravilnosti;
2. izvede postopke v skladu z zakonom, ki ureja prekrške.
3. **poglavje**

**NACIONALNA KONTAKTNA TOČKA ZA ČEZMEJNO ZDRAVSTVENO VARSTVO**

1. **člen**

**(naloge Zavoda kot Nacionalne kontaktne točke)**

1. Zavod opravlja naloge Nacionalne kontaktne točke za čezmejno zdravstveno varstvo (v nadaljnjem besedilu: NKT) iz 6. člena Direktive 2011/24/EU, ki zagotavlja pacientom naslednje informacije in jih objavi na svojih spletnih straneh o:
2. izvajalcih zdravstvene dejavnosti;
3. dovoljenju za opravljanje zdravstvene dejavnosti;
4. elementih, ki jih morajo vsebovati recepti in naročilnice;
5. standardih in smernicah glede kakovosti in varnosti, ki jih morajo izvajalci zdravstvene dejavnosti izpolnjevati in kateri izvajalci zdravstvene dejavnosti jih izpolnjujejo;
6. nadzoru in oceni izvajalcev zdravstvene dejavnosti;
7. dostopnosti bolnišnic za invalidne osebe;
8. pravicah pacientov v skladu z zakonom, ki ureja pacientove pravice;
9. pritožbenih postopkih v primeru kršitev pravic pacientov v skladu z zakonom, ki ureja pacientove pravice;
10. razpoložljivih pravnih sredstvih za ugotavljanje kazenske in odškodninske odgovornosti;
11. kontaktnih podatkih NKT drugih držav članic EU.
12. NKT zagotovi tudi informacije o pravici do zdravstvene storitve na podlagi 193., 194. in 195. člena tega zakona, zlasti informacije o:
13. obsegu povračila stroškov zdravstvene storitve;
14. pravici in postopku uveljavljanja pravice do zdravstvene storitve v tujini.
15. Informacije iz prejšnjega odstavka morajo jasno razmejiti pravico do zdravstvene storitve v tujini na podlagi 193., 194. in 195. člena zakona.
16. NKT se:
17. posvetuje z organizacijami pacientov, izvajalci zdravstvene dejavnosti in nosilci zdravstvenega zavarovanja;
18. sodeluje z NKT drugih držav članic EU in Evropsko komisijo;
19. izmenjuje informacije iz prvega odstavka tega člena z NKT drugih držav članic EU.
20. Informacije iz prvega odstavka tega člena, s katerimi Zavod ne razpolaga, posredujejo Zavodu zavezanci, ki te informacije obdelujejo na podlagi zakonov ali drugih predpisov.
21. **člen**

**(obveznosti izvajalcev)**

1. Izvajalci zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji zagotavljajo pacientom informacije o:
2. zdravstvenih storitvah in obravnavah, ki jih izvajajo**;**
3. čakalnih dobah za posamezno zdravstveno storitev ter zagotovljeni kakovosti in varnosti zdravstvene dejavnosti;
4. cenah zdravstvenih storitev, ki jih zagotavljajo, in pravici do predložitve računa za opravljeno zdravstveno storitev;
5. obsegu povračila stroškov zdravstvene obravnave na podlagi 194. in 195. člena tega zakona;
6. pravici do zdravstvene storitve v tujini in postopku njenega uveljavljanja;
7. zavarovanju poklicne odgovornosti zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev;
8. dovoljenju za opravljanje zdravstvene dejavnosti.
9. Izvajalci zdravstvene dejavnosti do 15. januarja za preteklo koledarsko leto ministrstvu sporočijo podatke o uveljavljanju zdravstvenih storitev pacientov iz drugih držav članic EU.

**OSMI DEL**

**ZBIRKE PODATKOV OZZ**

1. **poglavje**

**UVODNE DOLOČBE**

1. **člen**

**(zbirke podatkov OZZ)**

1. Zbirke podatkov OZZ so zbirke podatkov, določene s tem zakonom, ki se obdelujejo za namen izvajanja OZZ, uveljavljanja pravic iz OZZ, vodenja in odločanja v postopkih po tem zakonu, izvajanja nadzora in obračunavanja storitev ter sodelovanja v odškodninskih postopkih, kjer je Zavod stranka ali udeleženec v postopku.
2. Zbirke podatkov OZZ vsebujejo osebne, občutljive osebne in druge podatke (v nadaljnjem besedilu: podatek).
3. Obdelava podatkov po tem zakonu je obdelava podatkov, kot je izraz opredeljen v zakonu, ki ureja varstvo osebnih podatkov, ne glede na vrsto podatka.
4. Zavod obdeluje podatke, katerih upravljavec zbirk podatkov je, kot tudi podatkov, ki jih pridobi iz drugih zbirk podatkov drugih upravljavcev.
5. **člen**

**(upravljavec zbirk podatkov OZZ)**

Upravljavec zbirk podatkov OZZ je Zavod.

1. **člen**

**(uporaba določb zakona o varstvu osebnih podatkov)**

1. Za zbiranje, obdelavo in posredovanje podatkov, vsebovanih v zbirkah podatkov OZZ, se uporabljajo določbe zakona o varstvu osebnih podatkov, če ni s tem zakonom za posamezne primere drugače določeno.
2. Občutljiv osebni podatek po tem zakonu je tudi podatek o zdravstveni obravnavi in obravnavi zavarovane osebe, ki kaže na njeno zdravstveno stanje.
3. **poglavje**

**OBDELAVA PODATKOV**

1. **člen**

**(vodenje zbirk podatkov OZZ)**

1. Zbirke podatkov OZZ se vodijo tako, da se vanje vnašajo pridobljeni podatki o zavarovanih osebah in izvajalcih zdravstvenih storitev na podlagi:
2. prijav podatkov, ki so jih po tem zakonu zavezani sporočati zavezanci za vlaganje prijav;
3. posredovanih podatkov upravljavcev zbirk podatkov;
4. izvedenih postopkov po tem zakonu za zagotavljanje pravilnosti podatkov in postopkov ugotavljanja lastnosti zavarovane osebe in za izvajanje nadzornih postopkov;
5. izvedenih postopkov uveljavljanja pravic in drugih zahtev iz OZZ ter posebnih pravic do zdravstvenega varstva, o katerih odloča Zavod;
6. izvedenih postopkov za uveljavljanje postopkov povračila škode.
7. Zbirke podatkov OZZ se vodijo v elektronski ali fizični obliki.
8. Zbirke podatkov OZZ se lahko vodijo v informacijskem sistemu Zavoda, ki zagotavlja neposredno izmenjevanje podatkov med informacijskim sistemom Zavoda in informacijskimi sistemi zavezancev za posredovanje podatkov in uporabnikov podatkov (v nadaljnjem besedilu: on-line sistem Zavoda).
9. V primerih posrednega zbiranja podatkov, posameznika ni treba predhodno seznaniti s tem, da se bodo podatki pridobili iz že obstoječe zbirke podatkov.
10. **člen**

**(povezovalni znak)**

1. Za namene enotne opredelitve, pridobivanja podatkov za zbirke podatkov OZZ, povezovanja in druge obdelave podatkov v teh zbirkah in njihove povezave s podatki iz zbirk podatkov drugih upravljavcev se kot povezovalni znak uporabljajo naslednje enolične identifikacijske številke:
2. EMŠO;
3. davčna številka za fizične osebe ter davčna ali matična številka poslovnega subjekta iz Poslovnega registra Slovenije za pravne osebe;
4. ZZZS številka, ki je enolična identifikacijska številka zavarovane osebe in druge osebe v sistemu OZZ, ki jo določi Zavod (v nadaljnjem besedilu: ZZZS številka);
5. registrska številka.
6. Zavod lahko le z uporabo enolične identifikacijske številke posameznika in pravne osebe pridobiva podatke za zbirke podatkov OZZ, obdeluje podatke iz teh zbirk in združuje osebne podatke iz teh zbirk z osebnimi podatki, ki jih pridobiva po tem ali drugem zakonu.
7. Zavod lahko za namene izvajanja nadzora pridobiva, združuje in obdeluje podatke iz zbirk podatkov po tem ali drugem zakonu.
8. **člen**

**(zavezanec za posredovanje podatkov)**

1. Zavezanec za posredovanje podatkov je zavezanec za prijavo, izvajalec, dobavitelj, proizvajalec pripomočka, drug upravljavec zbirke podatkov in druga fizična in pravna oseba, ki je zavezana Zavodu posredovati podatke v skladu s tem zakonom.
2. Zavezanec za posredovanje podatkov posreduje Zavodu podatke brezplačno.
3. Zavezanec za posredovanje podatkov odgovarja za popolnost, pravilnost in ažurnost podatkov, ki jih posreduje Zavodu.
4. Dopolnitev, popravek ali sprememba podatka se izvede tako, da omogoča vpogled v prejšnji podatek, pri čemer mora biti razvidno kdo, kdaj in zakaj je dopolnil, popravil ali spremenil podatek.
5. **člen**

**(uporabnik podatkov)**

1. Uporabnik podatkov je fizična ali pravna oseba, ki ima na podlagi zakona pravico pridobiti osebne podatke od Zavoda.
2. Zavod posreduje uporabniku podatkov le tiste podatke in le za tiste namene, ki so določeni z zakonom.
3. Če uporabnik podatkov meni, da je podatek nepopoln, nepravilen ali neažuren, o tem obvesti Zavod, ki podatek preveri in uporabnika podatkov obvesti o popolnosti, pravilnosti in ažurnosti podatka oziroma mu posreduje dopolnitve ali popravke podatka, če mu teh ne posreduje že zavezanec.
4. **člen**

**(povezovanje zbirk podatkov OZZ)**

1. Zbirke podatkov OZZ se lahko povezujejo z zbirkami podatkov od upravljavcev zbirk podatkov iz 402. člena.
2. Zavod z upravljavci zbirk podatkov iz prejšnjega odstavka s pogodbami dogovori postopek in način izmenjave podatkov.
3. Ne glede na določbe zakona, ki ureja varstvo osebnih podatkov, lahko Zavod brez predhodnega dovoljenja državnega nadzornega organa za varstvo osebnih podatkov povezuje zbirke podatkov OZZ tudi le z uporabo ene enolične identifikacijske številke identifikacijske številke kot istega povezovalnega znaka.
4. **člen**

**(podlage za obdelavo podatkov)**

1. Zavod določi pogoje in postopek upravljanja zbirk podatkov OZZ, pridobivanja podatkov od zavezancev za posredovanje podatkov in posredovanja podatkov uporabnikom podatkov, razen glede vodenja zbirke podatkov zavarovanih osebah in zbirke podatkov o zavezancih za prijavo, kjer pogoje in postopek upravljanja zbirk podatkov uskladi z ostalimi nosilci socialnih zavarovanj, FURS in SURS.
2. Podrobnejša navodila o obliki obdelave podatkov po tem zakonu za posamezne zbirke podatkov OZZ in o razporeditvi vsebine po posameznih zbirkah določi Zavod.
3. **poglavje**

**VRSTE ZBIRK PODATKOV OZZ**

1. **oddelek**

**VRSTE ZBIRK PODATKOV OZZ**

1. **člen**

**(vrste zbirk podatkov OZZ)**

Zbirke podatkov OZZ so:

1. zbirke podatkov o urejanju OZZ:

* zbirka podatkov zavarovanih oseb;
* zbirka podatkov o zavezancih za prijavo v zavarovanje;
* zbirka podatkov tujih nosilcev zavarovanj;

1. zbirka podatkov o pravicah OZZ:
2. zbirke podatkov o izvajanju OZZ:

* zbirka podatkov o izvajalcih, dobaviteljih in proizvajalcih pripomočka;
* zbirka podatkov o prejemnikih receptov za osebno rabo;
* zbirka podatkov o zdravilih;
* zbirka podatkov o živilih;
* zbirka podatkov o povzročenih škodnih primerih;
* zbirka podatkov o imetnikih kartic zdravstvenega zavarovanja;
* zbirka podatkov o uporabnikih elektronskih storitev Zavoda.

1. **oddelek**

**ZBIRKE PODATKOV O UREJANJU OZZ**

1. **člen**

**(zbirka podatkov zavarovanih oseb)**

Podatki, ki se zbirajo v zbirki podatkov zavarovanih oseb so:

1. osebno ime;
2. ZZZS številka;
3. EMŠO;
4. davčna številka;
5. državljanstvo;
6. datum rojstva;
7. datum smrti;
8. podatki o naslovu (stalno in začasno prebivališče, naslov za vročanje);
9. zakonski stan;
10. podatki o nosilcu zavarovanja pri osebah, zavarovanih kot družinski član (EMŠO nosilca zavarovanja in razmerje družinskega člana do nosilca zavarovanja);
11. podatki o prijavljenem začasnem odhodu v tujino (datum odhoda in datum prihoda);
12. podatki o prijavi prebivanja in dovoljenjih za prebivanje (številka,vrsta , razlog ali namen, zaradi katerega je bilo izdano in obdobje veljavnosti prijave prebivanja oziroma dovoljenja);
13. podatki o fizični osebi, ki je družbenik družbe ali ustanovitelj zavoda in poslovodna oseba(v kateri družbi ali zavodu ima tak status, datum pridobitve in datum prenehanja tega statusa);
14. podatki o priznani pravici do plačila prispevka za OZZ v skladu s predpisi, ki urejajo uveljavljanje pravic iz javnih sredstev (obdobje, za katerega je priznana pravica, identifikator odločbe, s katero je bila pravica priznana in podatek, kateri center za socialno delo je pravico priznal ali začel postopek za priznanje pravice);
15. podatki o priznani pravici do plačila zdravstvenega nadomestila v skladu s predpisi, ki urejajo uveljavljanje pravic iz javnih sredstev (obdobje, za katerega je priznana pravica, identifikator odločbe, s katero je bila pravica priznana in podatek, kateri center za socialno delo je pravico priznal ali začel postopek za priznanje pravice);
16. podatki o šolanju za zavarovane osebe, pri katerih je pogoj za urejenost zavarovanja, da se šolajo (šolsko ali študijsko leto, obdobje statusa šolajoče se osebe);
17. podlaga za zavarovanje;
18. datum začetka zavarovanja;
19. datum in vzrok spremembe zavarovanja;
20. datum in vzrok prenehanja zavarovanja;
21. tedensko številu ur delovnega časa po pogodbi o zaposlitvi ali zavarovalnega časa (samo cela števila);
22. tedensko številu ur polnega delovnega ali zavarovalnega časa zavezanca za prijavo (samo cela števila);
23. podatki o dovoljenju za delo (številka in obdobje veljavnosti dovoljenja);
24. podatki o invalidnosti pri zavarovancih, za katere je tako določeno s predpisi o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov;
25. podatki o državi napotitve na delo v tujino;
26. podatki o državi pristojnega tujega nosilca zavarovanja;
27. podatki o državi, v kateri oseba opravlja dejavnost zaposlene ali samozaposlene osebe;
28. podatki o poklicu, ki ga opravlja;
29. podatki o vpisu v evidenco brezposelnih oseb (obdobje vpisa).
30. **člen**

**(zbirka podatkov o zavezancih za prijavo)**

1. Podatki, ki se zbirajo v zbirki podatkov o zavezancih za prijavo so:
2. firma ali osebno ime;
3. ZZZS številka;
4. matična številka poslovnega subjekta ali EMŠO;
5. davčna številka;
6. registrska številka;
7. naslov (sedež poslovnega subjekta, naslov stalnega in začasnega prebivališča ter naslov za vročanje fizične osebe);
8. šifra dejavnosti;
9. datum vpisa v sodni ali poslovni register poslovnega subjekta, datum rojstva fizične osebe;
10. datum izbrisa iz sodnega ali poslovnega registra poslovnega subjekta, datum smrti fizične osebe;
11. datum začetka in datum prenehanja zavezanosti za prijavo.
12. Registrska številka iz 5. točke prejšnjega odstavka je 10-mestna registrska številka, ki jo zavezancu za prijavo dodeli Zavod, in ga enolično označuje v evidencah obveznih socialnih zavarovanj.
13. Registrska številka se dodeli pravni osebi in fizični osebi, ki je poslovni subjekt, v navezavi z matično številko poslovnega subjekta, fizični osebi, ki ni poslovni subjekt, v navezavi z EMŠO in drugemu subjektu v navezavi z davčno številko tega subjekta.
14. Že dodeljena registrska številka se ne more dodeliti drugemu zavezancu niti po prenehanju poslovanja ali po smrti zavezanca.
15. **člen**

**(zbirka podatkov tujih nosilcev zavarovanj)**

V zbirki podatkov tujih nosilcev zavarovanja se vodijo naslednji podatki:

1. naziv poslovnega subjekta;
2. naslov;
3. identifikacijska številka;
4. akronim;
5. država;
6. datum začetka in datum konca veljavnosti.
7. **člen**

**(metodološka načela)**

Za zagotovitev enotnega sistema vodenja zbirk podatkov iz 390. in 391. člena tega zakona se pri vodenju zbirk podatkov uporabljajo enotna metodološka načela, enotni podatkovni standardi (obeležja, definicije, klasifikacije in šifranti) ter standardni postopki oblikovanja in pošiljanja statističnih poročil.

1. **člen**

**(prijavno odjavna služba)**

1. Zavod proti plačilu opravlja prijavno odjavno službo za nosilce obveznega pokojninskega in invalidskega zavarovanja, zavarovanja za primer brezposelnosti in zavarovanja za starševsko varstvo. Povračilo stroškov za vodenje prijavno – odjavne službe se uredi s pogodbo.
2. Podatki o obveznih zavarovanjih iz prejšnjega odstavka se evidentirajo v zbirko podatkov o zavarovanih osebah in o zavezancih za prijavo ter v skladu z dogovorom posredujejo nosilcem socialnih zavarovanj v dogovorjenih rokih.
3. **oddelek**

**ZBIRKA PODATKOV O PRAVICAH OZZ**

1. **člen**

**(zbirka podatkov o pravicah OZZ)**

1. Zbirka podatkov o pravicah OZZ vsebuje podatke o pravicah zavarovanih oseb in drugih upravičencev po tem zakonu, izjemnih odobritvah in drugih zahtevah iz OZZ ter posebnih pravicah do zdravstvenega varstva, o katerih odloča Zavod.
2. Zbirka podatkov o pravicah OZZ vsebuje poleg podatkov iz 390. člena tega zakona naslednje podatke o zavarovani osebi o:
3. osebnem zdravniku (osebno ime, izvajalec, pri katerem dela osebni zdravnik, službena telefonska številka, služben elektronski naslov, številka zdravstvenega delavca, datum izbire, zamenjave in prekinitve izbire osebnega zdravnika;
4. postopkih, v katerih odloča Zavod;
5. postopkih, v katerih odloča ZPIZ in drug pristojni organ, če je podatek potreben za odločanje v postopkih, v katerih odloča Zavod (izvršljive odločbe o invalidnosti in podobno);
6. uveljavljenih zdravstvenih storitvah;
7. predpisanih in izdanih zdravilih in živilih;
8. predpisanih in prejetih pripomočkih;
9. uveljavljeni pravici do sobivanja;
10. denarnem nadomestilu, povračilu prevoznih stroškov, stroškov nastanitve in stroškov prehrane ter drugih denarnih dajatvah, o katerih odloča Zavod in drug pristojni organ, če je podatek potreben za odločanje Zavoda;
11. zdravstvenem stanju, vključno z diagnozo;
12. razlogu obravnave;
13. začasni zadržanosti od dela, ki jo je ugotovil osebni zdravnik, ali o kateri je odločil Zavod;
14. izjemni odobritvi zdravstvenih storitev v Republiki Sloveniji in tujini, zdravil, živil ter medicinskih in drugih pripomočkov;
15. transakcijskem računu zavarovane osebe in zavezanca za prijavo;
16. vrsti izdane in prejete listine;
17. osebni identifikacijski številki (PIN številki);
18. državi pristojnega nosilca;
19. državi nosilca, pristojnega po kraju stalnega ali začasnega prebivališča;
20. datumu izdaje listine;
21. datumu prejema listine;
22. obdobje veljavnosti;
23. imenu poslovnega subjekta ali osebno ime osebe v državi, v kateri opravlja dejavnost zaposlene ali samozaposlene osebe;
24. naslovu poslovnega subjekta ali osebe v državi, v kateri oseba opravlja dejavnost zaposlene ali samozaposlene osebe;
25. zdravstvenih storitvah, opravljenih v tujini (država uveljavljanja zdravstvene storitve, podatki o tujem nosilcu zavarovanja, naziv in sedež tujega izvajalca, datum in vrsta odločitve).
26. Zbirka podatkov o pravicah OZZ vsebuje podatke iz prejšnjega odstavka o drugem upravičencu po tem zakonu, ki so potrebni v postopkih, v katerih odloča Zavod, in ki so nastali v teh postopkih.
27. **oddelek**

**ZBIRKE PODATKOV O IZVAJANJU OZZ**

1. **člen**

**(zbirka podatkov o izvajalcih, dobaviteljih in proizvajalcih pripomočka)**

Zbirka podatkov o izvajalcih in dobaviteljih in proizvajalcih pripomočka vsebuje naslednje podatke:

1. ZZZS številka;
2. davčna številka;
3. EMŠO ali matična številka iz Poslovnega registra Slovenije;
4. šifra izvajalca, dobavitelja in proizvajalca pripomočka;
5. naziv (polni in skrajšani) in sedež;
6. naziv (polni in skrajšani) in sedež za podružnice oziroma zastopnike in pooblaščene predstavnike, če ima proizvajalec pripomočka sedež izven Republike Slovenije;
7. tip izvajalca, dobavitelja in proizvajalca pripomočka;
8. pravni status;
9. vrsto zdravstvene dejavnosti (šifra in naziv);
10. datum začetka in prenehanja poslovanja;
11. številka poslovnega računa;
12. dovoljenje za opravljanje dejavnosti;
13. podatki o koncesijskem aktu in koncesijski pogodbi, če obstajajo;
14. podatki o sklenjeni pogodbi z Zavodom;
15. podatki o nadzorih nad izvajalcem, dobaviteljem in proizvajalcem pripomočka po tem zakonu in zakonu, ki ureja zdravstveno dejavnost;
16. podatke o licencah za zdravnike po zakonu, ki ureja zdravniško službo;
17. osebno ime, služben elektronski naslov, službena telefonska številka in poklicna kvalifikacija zdravstvenih delavcev pri izvajalcu;
18. osebno ime, službeni elektronski naslov in službena telefonska številka o pooblačenih osebah pri izvajalcu, dobavitelju in proizvajalcu pripomočka za dostop do določenih podatkov v informacijskem sistemu Zavoda;
19. podatke o izvajalcih iz zbirk podatkov, ki se vodijo v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnost, zakonom, ki ureja zdravniško službo, in zakonom, ki ureja zbirke podatkov s področja zdravstvenega varstva.
20. **člen**

**(zbirka podatkov o prejemnikih receptov za osebno rabo)**

Zbirka podatkov o prejemnikih receptov za osebno rabo vsebuje:

1. podatke o datumu vročitve receptov;
2. osebno ime pooblaščenca ter naslov, če ima prejemnik recepta pooblaščenca za dvig;
3. podatek o vnosu omejitve izdaje ter razlog omejitve;
4. podatek o številu izdanih receptov;
5. podatek o zaporednih številkah receptov (od do);
6. podatek o načinu vročitve receptov (osebno, po pošti);
7. podatek o statusu vročitve (vročeno, vrnjeno);
8. podatek o izdaji potrdila o vročitvi.
9. **člen**

**(zbirka podatkov o zdravilih)**

1. Zbirka podatkov o zdravilih vsebuje naslednje podatke o:
2. zdravilih;
3. imetnikih dovoljenj za promet z zdravilom in njihovih kontaktnih osebah (firma in sedež, osebno ime in naslov, pravno organizacijska oblika, služben elektronski naslov, službena telefonska številka).
4. Zavod določi obseg in način objave podatkov iz prejšnjega odstavka in kateri izmed njih se vodijo v centralni bazi zdravil poleg podatkov, ki se v njej vodijo v skladu s predpisi, ki urejajo zdravila.
5. **člen**

**(zbirka podatkov o živilih)**

1. Zbirka podatkov o živilih vsebuje naslednje podatke o:
2. živilih;
3. proizvajalcih živil in njihovih kontaktnih osebah (firma in sedež, osebno ime in naslov, pravno organizacijska oblika, služben elektronski naslov, službena telefonska številka).
4. Zavod določi obseg in način objave podatkov iz prejšnjega odstavka in kateri izmed njih se vodijo v centralni bazi zdravil.
5. **člen**

**(zbirke podatkov o povzročenih škodnih primerih)**

Zbirka podatkov o povzročenih škodnih primerih vsebuje poleg podatkov iz 391. in 392. člena tega zakona tudi naslednje podatke:

1. število zaposlenih pri delodajalcu;
2. datum in čas ter kraj nezgode;
3. mesto nastanka nezgode;
4. vrsta poškodbe;
5. kolektivna nezgoda (število poškodovanih);
6. narava poškodbe;
7. vzrok nezgode;
8. opis nezgode;
9. poročilo zdravnika o poškodbi;
10. vrsta dela in delovno mesto.
11. **člen**

**(zbirka podatkov o uporabnikih elektronskih storitev Zavoda)**

Zbirka uporabnikov elektronskih storitev Zavoda vsebuje naslednje podatke:

1. identifikacijska številka;

2. ZZZS številka;

3. EMŠO;

4. davčna številka;

5. številka zdravstvenega delavca ali delavca v zdravstvu;

6. osebno ime;

7. podatki o poslovnem subjektu in enoti poslovnega subjekta (ZZZS številka, matična številka, davčna številka, polno ime, skrajšano ime, naslov);

8. uporabniško ime;

9. elektronski naslov;

10. opis uporabnika;

11. mobilna telefonska številka;

12. geslo;

13. digitalno potrdilo;

14. pravice dostopa;

15. status uporabnika;

16. podatki o dostopih (elektronska storitev, vsebina znotraj storitve, vir dostopa, način dostopa, čas dostopa, uspešnost dostopa, napake);

17. podatki o vlogi in obravnavi vloge za dodelitev, spremembo in ukinitev dostopa;

18. podatki o kontaktni osebi pri poslovnem subjektu (osebno ime, funkcija, elektronski naslov, telefonska številka);

19. čas dostopa;

20. viri dostopa.

1. **člen**

**(pridobivanje podatkov in povezovanje zbirk podatkov)**

1. Zavod pridobiva podatke, ki jih potrebuje za izvajanje svojih pristojnosti v skladu z zakonom, od zavarovancev, zavezancev za prijavo v zavarovanje in drugih upravljavcev zbirk podatkov, ki vodijo uradne evidence.
2. Zavod brezplačno pridobiva podatke iz zbirk podatkov naslednjih upravljavcev:
   * + 1. ministrstva, pristojnega za notranje zadeve – EMŠO, davčno številko, osebno ime, datum rojstva, datum smrti, državljanstvo, podatke o naslovu (stalno in začasno prebivališče, naslov za vročanje), podatke o prijavljenem začasnem odhodu v tujino (datum odhoda in datum prihoda), zakonski stan, EMŠO matere, EMŠO očeta, EMŠO zakonca, EMŠO partnerja v sklenjeni partnerski zvezi, EMŠO otrok, podatke o dovoljenju za prebivanje;
       2. Agencije Republike Slovenije za javnopravne evidence in storitve - podatke o enotah poslovnega registra in podatke iz 13. točke 390. člena tega zakona, podatke o transakcijskih računih zavezancev za prijavo in zavarovanih osebah, če uveljavljajo pravice iz OZZ;
       3. ministrstva, pristojnega za socialne zadeve – podatke iz 14. in 15. točke 390. člena tega zakona;
       4. ministrstva, pristojnega za šolstvo - podatke o vključitvi v izobraževalni oziroma visokošolski zavod (šolsko oziroma študijsko leto in obdobje statusa šolajoče se osebe ter podatki o vstopu v prvi razred osnovne šole);
       5. ZRSZ - podatek iz 23. in 29. točke 390. člena tega zakona, podatke o podanih soglasjih in dovoljenjih za zaposlovanje državljanov Bosne in Hercegovine.
       6. ministrstva ­ podatke o koncesijski pogodbi in koncesijskem aktu;
       7. ZPIZ - podatke o izvršljivih odločbah, ki se nanašajo na invalidnost zavarovanca;
       8. Finančne uprave RS – podatke, potrebne za izplačilo in odvzem pravice do denarnega nadomestila;
       9. osebnega zdravnika zavarovane osebe - podatke o začasni zadržanosti od dela;
       10. Zdravniške zbornice Slovenije - podatke o licencah za zdravnike po zakonu, ki ureja zdravniško službo.
       11. izvajalcev - osebno ime, služben elektronski naslov, službena telefonska številka in poklicna kvalifikacija zdravstvenih delavcev pri izvajalcu;
       12. dobaviteljev in proizvajalcev pripomočka - osebno ime, služben elektronski naslov in službena telefonska številka o pooblačenih osebah pri izvajalcu, dobavitelju in proizvajalcu pripomočka za dostop do določenih podatkov v informacijskem sistemu Zavoda;
       13. izvajalcev, dobaviteljev in proizvajalcev pripomočka - podatke o izvajalcih iz zbirk podatkov, ki se vodijo v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnost, zakonom, ki ureja zdravniško službo, in zakonom, ki ureja zbirke podatkov s področja zdravstvenega varstva.
3. **poglavje**

**HRAMBA IN ARHIVIRANJE PODATKOV**

1. **člen**

**(hramba podatkov)**

Podatki iz zbirk podatkov OZZ, razen iz zbirke podatkov iz 387. člena tega zakona, se hranijo v skladu s predpisi, ki urejajo varstvo dokumentarnega in arhivskega gradiva.

1. **člen**

**(arhiviranje)**

1. Po poteku roka hrambe se zdravstvena dokumentacija in osebni podatki, vsebovani v zbirkah podatkov OZZ, uničijo oziroma zbrišejo ali anonimizirajo, če pristojni arhiv ne določi, da imajo lastnost arhivskega gradiva v skladu s predpisi, ki urejajo varstvo dokumentarnega in arhivskega gradiva.
2. Arhivsko gradivo, ki se odbere iz zbirke podatkov OZZ se hrani pri Zavodu v izvirniku, dokler se ne izroči pristojnemu arhivu.

**DEVETI DEL**

**POVRNITEV POVZROČENE ŠKODE IN NEUPRAVIČENO PRIDOBLJENIH SREDSTEV**

1. **člen**

**(odgovornost posameznika za škodo Zavodu)**

1. Zavod zahteva povrnitev povzročene škode od tistega, ki je namenoma ali iz malomarnosti povzročil poškodbo, bolezen ali smrt zavarovane osebe.
2. Za škodo, ki jo povzroči v primerih iz prejšnjega odstavka delavec pri delu ali v zvezi z delom, je odgovoren delodajalec.
3. Zavod lahko zahteva povrnitev povzročene škode iz prejšnjega odstavka tudi neposredno od delavca, če je povzročil bolezen, poškodbo ali smrt zavarovane osebe s kaznivim dejanjem.
4. Kadar Zavod zahteva povrnitev škode zaradi istega dogodka od več oseb hkrati, odgovarjajo vse osebe solidarno.
5. **člen**

**(odgovornost delodajalca za škodo)**

1. Zavod zahteva povrnitev povzročene škode od delodajalca, če je zavarovančeva poškodba, bolezen ali smrt posledica tega, ker ni bil opravljen zdravniški pregled, ki je po zakonu obvezen ali niso bili izvedeni ukrepi za varnost in zdravje pri delu ali drugi ukrepi, predpisani ali odrejeni za varnost ljudi.
2. Zavod ima pravico zahtevati povrnitev povzročene škode od delodajalca, če je škoda nastala zato, ker mu delodajalec ni dal podatkov ali je dal neresnične podatke o dejstvih, od katerih je odvisna pridobitev, odmera ali izguba pravic iz OZZ.
3. Kot delodajalec v smislu zakona šteje vsaka pravna ali fizična oseba, za katero zavarovanec opravlja delo na podlagi pogodbe o zaposlitvi ali opravlja delo na kakršnikoli drugi pravni podlagi kot tudi samozaposleni in posameznik, ki samostojno opravlja dejavnost.
4. **člen**

**(domneva nastanka škode)**

V primerih iz 405. in 406. člena tega zakona se šteje, da je imel Zavod škodo, ne glede na to, če je zavarovani primer pokrit z zavarovanjem po tem zakonu.

1. **člen**

**(odgovornost izvajalca zdravstvene dejavnosti za škodo)**

1. Zavod zahteva povrnitev povzročene škode od izvajalca in tujega izvajalca, ki jo ta povzroči Zavodu pri opravljanju ali v zvezi z opravljanjem svoje dejavnosti.
2. Izvajalec ali tuj izvajalec odgovarja za škodo, ki jo povzroči zavarovancu pri opravljanju ali v zvezi z opravljanjem svoje dejavnosti, v skladu z določbami predpisov, ki urejajo obligacijska razmerja.
3. Primere povzročene škode in način povračila škode lahko Zavod in izvajalec uredita v pogodbi.
4. Zavodu za škodo odgovarja tudi izdajatelj neresničnega zdravniškega potrdila, če je posledica le-tega sklenitev delovnega razmerja iz prvega odstavka 406. člena.
5. **člen**

**(plačilo odškodnine iz naslova prometnih nesreč)**

1. Zavod ima pravico, da zahteva povrnitev povzročene škode od zavarovalnice, pri kateri ima tisti, ki je s prometnim sredstvom povzročil bolezen, okvaro ali smrt zavarovane osebe, sklenjeno obvezno avtomobilsko zavarovanje po zakonu, ki ureja OZZ v prometu.
2. Zavarovalnice, ki zavarujejo avtomobilsko odgovornost po zakonu, ki ureja OZZ v prometu Zavodu za primere iz prvega odstavka plačajo vnaprejšnjo pavšalno odškodnino za škodo, ki mu nastane zaradi smrti ali poškodb zavarovanih oseb v prometnih nesrečah.
3. Vnaprejšnja pavšalna odškodnina iz prejšnjega odstavka znaša 8,5 % od obračunane kosmate zavarovalne premije za obvezno avtomobilsko zavarovanje.
4. Zavarovalnice plačajo Zavodu pavšalno odškodnino iz prejšnjega odstavka do 15. dne v mesecu, za zavarovalne premije, ki so bile obračunane v predhodnem mesecu.
5. S plačilom vnaprejšnje pavšalne odškodnine iz prejšnjega odstavka se šteje za poravnano vsa škoda, ki nastane Zavodu zaradi smrti ali poškodb zavarovanih oseb v prometnih nesrečah.
6. Zavod ima pravico, da zahteva povrnitev povzročene škode tudi od tujega povzročitelja škode oziroma od tuje zavarovalnice, pri kateri ima tisti, ki je s prometnim sredstvom povzročil bolezen, okvaro ali smrt zavarovane osebe, sklenjeno zavarovanje.
7. **člen**

**(posebni primeri odgovornosti)**

1. Zavod zahteva povrnitev povzročene škode od zavarovanca, ki je sam zavezan dajati podatke v zvezi z zavarovanjem, če je škoda nastala zato, ker ni dal podatkov ali je dal neresnične podatke.
2. Za povrnitev povzročene škode je solidarno odgovorna tudi oseba, ki je kot priča s pravnomočno sodbo obsojena za kaznivo dejanje krive izpovedbe, če so bile na podlagi takšne izpovedbe komu priznane pravice iz OZZ in so bile na podlagi takšne izpovedbe uveljavljene pravice po tem zakonu, do katere tisti, ki jih je dobil, ni imel pravice.
3. **člen**

**(ugotavljanje odškodnine)**

1. Pri ugotavljanju pravice do povrnitve škode, povzročene Zavodu, se uporabljajo določbe zakona, ki ureja obligacijska razmerja, če ni s tem zakonom drugače določeno.
2. Odškodnina, ki jo ima Zavod pravico zahtevati po tem zakonu, obsega nastale stroške zdravstvenih in drugih storitev, medicinskih pripomočkov, zdravil in živil ter celotne zneske denarnih nadomestil in drugih dajatev, ki jih izplačuje Zavod, ne glede na omejitve, določene v drugih zakonih.
3. **člen**

**(povračilo škode in zastaranje škode)**

1. Če Zavod ugotovi, da je nastala škoda, zahteva od odgovorne osebe, da jo povrne v določenem roku. Če škoda ni povrnjena v določenem roku, uveljavlja Zavod odškodninski zahtevek pred pristojnim sodiščem.
2. Škoda zastara v treh letih od vsakokratnega izplačila posamičnega zneska.
3. **člen**

**(obveznost posredovanja podatkov)**

1. Zavod je upravičen, da pridobiva podatke neposredno od osebe, na katero se nanašajo podatki o škodi, od delodajalcev, zavarovalnic ter od drugih pravnih in fizičnih oseb, od izvajalcev zdravstvene dejavnosti ter od upravljavcev evidenc kot so zdravstveni zavodi, inšpektorati, inštituti, tožilstvo, sodišča, policija in drugi državni organi, ki na podlagi zakona ali v okviru svojih pristojnosti zbirajo podatke, ki lahko vplivajo na OZZ zavarovane osebe.
2. V primeru nesreče ali poškodbe pri delu je delodajalec dolžan posredovati vso dokumentacijo, zlasti oceno tveganja, izjavo o varnosti, opis delovnega mesta, podatke o obdobnih pregledih in preizkusih delovne ter varovalne opreme, dokumentacijo v zvezi z usposabljanjem za varno delo ter preizkuse usposobljenosti, potrdila o zdravstvenih pregledih delavcev, zapisnike oziroma podatke o nezgodah pri delu, kolektivnih nezgodah, poklicnih boleznih ter boleznih, povezanih z delom in podatke o nevarnih snoveh.
3. Osebe in upravljavci zbirk osebnih in drugih podatkov iz prejšnjega odstavka Zavodu brezplačno posredujejo podatke v 14 dneh.
4. Zavod in upravljavci zbirk osebnih in drugih podatkov se lahko s pogodbo dogovorijo tudi o elektronski izmenjavi podatkov.
5. **člen**

**(povrnitev preplačil)**

1. Oseba, ki ji je bil na račun Zavoda izplačan denarni znesek, do katerega ni imela pravice, vrne prejeti znesek v skladu z določbami zakona, ki ureja obligacijska razmerja.
2. Izplačani denarni znesek ali preveč izplačani znesek iz prejšnjega odstavka lahko oseba pobota s terjatvami, ki jih ima ta do Zavoda.
3. Terjatev Zavoda iz tega naslova zastara v petih letih od vsakokratnega izplačila posameznega zneska.

**DESETI DEL**

**KAZENSKE DOLOČBE**

1. **člen**

**(Zavod kot prekrškovni organ)**

1. Nadzor nad izvrševanjem določb tega zakona kot prekrškovni organ izvaja Zavod.
2. Zavod odloča o prekrških za kršitve tega zakona kot prekrškovni organ v skladu z zakonom, ki ureja prekrške.
3. Prekrškovni organ po tem zakonu sme v hitrem postopku izreči tudi globo v znesku, ki je višji od najnižje predpisane globe, določene s tem zakonom. Če s tem zakonom ni drugače določeno, uporablja prekrškovni organ za prekrške določbe zakona, ki ureja prekrške.
4. Globe izrečene po tem zakonu so prihodek Zavoda.
5. **člen**

**(prekrški zaradi zamude roka za prijavo v zavarovanje in odjavo iz zavarovanja)**

Z globo 1.000 eurov se za prekršek kaznuje delodajalec, če v predpisanem roku ne vloži prijave v zavarovanje in odjave iz zavarovanja v skladu s 42. in 44. členom tega zakona.

1. **člen**

**(prekrški v zvezi z uveljavljanjem pravic)**

1. Z globo od 1.000 do 5.000 eurov se za prekršek kaznuje pristojnega zdravnika, pristojnega zdravstvenega delavca ali drugo pooblaščeno osebo izvajalca, dobavitelja in proizvajalca pripomočka, če:
2. opravi iz sredstev OZZ storitev, ki ni pravica ali naloga iz OZZ;
3. zavarovani osebi ali drugi osebi omogoči iz sredstev OZZ uveljavljanje pravice, do katere ni upravičena;
4. zavarovani osebi ali drugi osebi onemogoči uveljavljanje pravice;
5. zavarovani osebi omogoči iz sredstev OZZ uveljavljanje pravice v višjem ali drugačnem standardu kot je standard pravice ali po drugačnem postopku, po katerem se uveljavlja pravica;
6. opravi zdravstveno storitev ali drugo nalogo iz OZZ, čeprav ni pristojni zdravnik ali pristojni zdravstveni delavec;
7. odkloni izbiro zavarovane osebe v nasprotju s tem zakonom;
8. brez utemeljenih razlogov ne zagotovi nadomestnega zdravnika;
9. ne posreduje dokumentacije ali nepravočasno posreduje dokumentacijo drugemu pristojnemu zdravniku ali pristojnemu zdravstvenemu delavcu;
10. ne izda listine Zavoda ali izda nepopolno izpolnjeno listino Zavoda;
11. ne posreduje zahteve za presojo ugotovitve osebnega zdravnika o začasni zadržanosti od dela iz 158. člena tega zakona ali jo nepravočasno posreduje ali jo posreduje nepopolno;
12. ne vloži predloga imenovanemu zdravniku ali območni enoti Zavoda ali ga nepravočasno vloži ali ga vloži nepopolnega;
13. po navodilu imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije osebni zdravnik ne poda predloga pristojnemu organu ZPIZ zaradi uveljavljanja pravic zavarovanca iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja;
14. ne opredeli razloga obravnave, ga opredeli napačno ali neskladno z načinom, ki ga določi Zavod;
15. v postopku, v katerem odloča Zavoda, ne poda zahtevanega strokovnega mnenja v roku;
16. v zdravstveno dokumentacijo zavarovane osebe ne vpiše podatkov, ki so nastali pri uveljavljanju pravic ali so potrebni za uveljavljanje pravic in obveznosti zavarovane osebe iz OZZ, ali podatkov, ki so potrebni za izvajanje in nadzor nad izvajanjem njegovih pristojnosti in nalog iz OZZ;
17. v skladu s pooblastilom za dostop do podatkov zavarovane osebe v zbirkah podatkov OZZ ne uporablja teh podatkov pri uveljavljanju pravic in izvrševanju obveznosti iz OZZ.
18. ne posreduje dokumentacije ali nepravočasno posreduje dokumentacijo, ki je potrebna za odločanje v postopku, v katerem odloča Zavod.
19. Z globo od 5.000 do 50.000 eurov se za prekršek iz prejšnjega odstavka kaznuje tudi izvajalca, dobavitelja in proizvajalca pripomočka, pri katerem dela pristojni zdravnik, pristojni zdravstveni delavec ali druga pooblaščena oseba iz prejšnjega odstavka.
20. Z globo od 3.000 do 10.000 eurov se za prekršek iz drugega odstavka tega člena kaznuje tudi odgovorno osebo izvajalca, dobavitelja in proizvajalca pripomočka iz prejšnjega odstavka.
21. Z globo od 1.000 do 5.000 eurov se za prekršek kaznuje zdravnik, ki predpiše zdravilo na recept za osebno rabo drugi osebi, ki ni njegov družinski član.
22. **člen**

**(prekrški v zvezi s kartico zdravstvenega zavarovanja)**

1. Z globo od 1.000 do 5.000 eurov se za prekršek kaznuje posameznika, če:
2. svojo kartico zdravstvenega zavarovanja da, proda ali posodi drugi osebi ali jo zastavi z namenom zavarovanja kakšne koristi ali pravice oziroma vzame, kupi ali uporabi tujo kartico zdravstvenega zavarovanja kot svojo ali jo vzame z namenom zavarovanja kakšne koristi ali pravice;
3. na kartici zdravstvenega zavarovanja spremeni, dopiše ali briše kateri koli podatek.
4. Z globo od 1.000 do 5.000 eurov se za prekršek kaznuje pristojnega zdravnika, pristojnega zdravstvenega delavca ali drugo pooblaščeno osebo izvajalca, dobavitelja in proizvajalca pripomočka, če:
5. omogoči, da oseba uveljavi pravico s tujo kartico;
6. omogoči, da oseba uveljavi pravico brez kartice zdravstvenega zavarovanja, čeprav ne gre za uveljavljanje nujne zdravstvene storitve ali druge zdravstvene storitve v primerih, ki jih določi Zavod;
7. ne zahteva osebnega dokumenta imetnika kartice zdravstvenega zavarovanja ali ga ne kopira ali najpozneje naslednji delovni dan ne vloži prijave organom pregona ali o tem pisno ne obvesti Zavoda;
8. ne dostopa do podatkov v zbirkah podatkov OZZ s svojim pooblastilom;
9. dostopa do podatkov zavarovane osebe v zbirkah podatkov OZZ brez kartice zdravstvenega zavarovanja v nasprotju s splošnimi akti Zavoda.
10. Z globo od 5.000 do 50.000 eurov se za prekršek iz prejšnjega odstavka kaznuje tudi izvajalca, dobavitelja in proizvajalca pripomočka, pri katerem dela pristojni zdravnik, pristojni zdravstveni delavec ali druga pooblaščena oseba iz prejšnjega odstavka.
11. Z globo od 3.000 do 10.000 eurov se za prekršek iz drugega odstavka tega člena kaznuje tudi odgovorno osebo izvajalca, dobavitelja in proizvajalca pripomočka iz prejšnjega odstavka.
12. Z globo od 1.000 do 5.000 eurov se kaznuje tudi izvajalca, dobavitelja in proizvajalca pripomočka, če:
13. podeli pooblastilo ali omogoči uporabo pooblastila v nasprotju s tem zakonom ali splošnimi akti Zavoda ali ne poskrbi za interni nadzor nad podelitvijo ali uporabo pooblastil v skladu s tem zakonom in splošnimi akti Zavoda;
14. na zahtevo Zavoda nemudoma ne opravi internega nadzora nad podelitvijo in uporabo pooblastil v skladu s tem zakonom in splošnimi akti Zavoda ali o ugotovitvah internega nadzora nemudoma ne obvesti Zavoda.
15. Z globo od 3.000 do 10.000 eurov se za prekršek iz prejšnjega odstavka kaznuje tudi odgovorno osebo izvajalca, dobavitelja in proizvajalca pripomočka iz prejšnjega odstavka.
16. **člen**

**(prekrški v zvezi z NKT)**

1. Z globo od 3.000 do 10.000 eurov se za prekršek kaznuje izvajalec zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji, če:
2. ne zagotavlja pacientom informacij iz prvega odstavka 379. člena tega zakona;
3. do 15. januarja za preteklo koledarsko leto ministrstvu ne sporoči podatkov o uveljavljanju zdravstvenih storitev pacientov iz drugih držav članic EU.
4. Z globo od 1.000 do 5.000 eurov se za prekršek iz prejšnjega odstavka kaznuje tudi odgovorno osebo izvajalca zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji.
5. **člen**

**(prekrški v zvezi s postopki povrnitve škode in nadzora)**

1. Z globo od 2.000 do 20.000 eurov se kaznuje za prekršek pravna oseba, ki:
2. Zavodu ne posreduje podatkov, ki jih ta potrebuje za izvajanje postopkov povračila škode;
3. Zavodu ne posreduje podatkov, ki jih ta potrebuje za izvajanje nadzorne funkcije.
4. Z globo od 1.000 do 5.000 eurov se za prekršek iz prejšnjega odstavka kaznuje tudi odgovorna oseba pravne osebe.
5. Z globo od 1.000 do 10.000 eurov se za prekršek kaznuje podjetnik, ki:
6. Zavodu ne posreduje podatkov, ki jih ta potrebuje za izvajanje postopkov povračila škode;
7. Zavodu ne posreduje podatkov, ki jih ta potrebuje za izvajanje nadzorne funkcije;
8. v postopku obravnave pred imenovanim zdravnikom ne predloži delovne dokumentacije.

**ENAJSTI DEL**

**PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE**

1. **poglavje**

**PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE O OBVEZNO ZAVAROVANIH OSEBAH**

1. **člen**

**(uskladitev določb o zavarovanih osebah)**

1. Zavod z dnem uveljavitve tega zakona po uradni dolžnosti uredi prijavo v zavarovanje zavarovanih oseb, ki opravljajo kmetijsko dejavnost, in so se v obvezno pokojninsko in invalidsko zavarovanje vključili prostovoljno, v OZZ pa za enak obseg pravic kot zavarovana oseba iz druge alinee četrtega odstavka 15. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C in 47/15 – ZZSDT; v nadaljnjem besedilu: ZZVZZ). Zavod o spremembi obvesti zavarovano osebo.
2. Zavarovane osebe, ki so na dan uveljavitve tega zakona obvezno zavarovane po drugi alineji četrtega odstavka 15. člena ZZVZZ, 8. točki prvega odstavka 15. člena ZZVZZ, 12. točki prvega odstavka 15. člena ZZVZZ ali 13. točki prvega odstavka 15. člena ZZVZZ, uskladijo lastnost zavarovane osebe po določbah tega zakona do 31. januarja 2018. Če zavarovane osebe ne uskladijo lastnosti zavarovanca v predpisanem roku, Zavod po uradni dolžnosti vloži odjavo iz zavarovanja z dnem izteka roka in o vloženi odjavi iz zavarovanja obvesti zavarovano osebo.
3. Zavarovane osebe, ki so na dan uveljavitev tega zakona obvezno zavarovane na podlagi 21. člena ZZVZZ, in ne izpolnjujejo pogojev za zavarovanje po 38. členu tega zakona, uskladijo lastnost zavarovane osebe po ustrezni zavarovalni podlagi do 31. maja 2018. Če zavarovane osebe ne uskladijo lastnosti zavarovanca v predpisanem roku, Zavod po uradni dolžnosti vloži odjavo iz zavarovanja z dnem izteka roka in o vloženi odjavi iz zavarovanja obvesti zavarovano osebo.
4. Zavarovane osebe, ki so na dan uveljavitve tega zakona obvezno zavarovane na podlagi 3. podtočke točke b) 20. člena ZZVZZ, ohranijo lastnost zavarovane osebe družinskega člana do prenehanja pogojev za OZZ določenih v podtočki b) 20. člena ZZVZZ.
5. Z uveljavitvijo tega zakona preneha veljati tretji odstavek 413. člena Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (Uradni list RS, št. 96/12, 39/13, 99/13 – ZSVarPre-C, 101/13 – ZIPRS1415, 44/14 – ORZPIZ206, 85/14 – ZUJF-B, 95/14 – ZUJF-C, 90/15 – ZIUPTD in 102/15).
6. Z uveljavitvijo tega zakona preneha veljati drugi odstavek 30. člena Zakona o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev (Uradni list RS, št. 62/10, 40/11, 40/12 – ZUJF, 57/12 – ZPCP-2D, 14/13, 56/13 – ZŠtip-1, 99/13, 14/15 – ZUUJFO, 57/15, 90/15, 38/16 – odl. US in 51/16 – odl. US). Upravičencem do plačila prispevka za OZZ Zavod po uradni dolžnosti uskladi lastnost zavarovanca po 30. členu tega zakona do 31. januarja 2018 in o vloženi prijavi v zavarovanje obvesti zavarovano osebo.
7. **člen**

**(podatek o pravici do kritja razlike do polne vrednosti)**

Do uveljavitve 461. člena tega zakona se v 14. točki 390. člena tega zakona v zbirki podatkov zavarovanih oseb vodi podatek o priznani pravici do kritja razlike do polne vrednosti priznana v skladu s predpisi, ki urejajo uveljavljanje pravic iz javnih sredstev (obdobje, za katerega je priznana pravica, identifikator odločbe, s katero je bila pravica priznana in podatek, kateri center za socialno delo je pravico priznal oziroma začel postopek za priznanje pravice).

1. **člen**

**(uporaba prejšnjih predpisov)**

1. Zbirke podatkov zavarovanih oseb, ki je bila uvedena in vodena v skladu s predpisi, veljavnih do uveljavitve tega zakona, se od začetka uporabe tega zakona vodi na način, ki ga določa ta zakon.
2. Postopki ugotavljanja lastnosti zavarovane osebe, začeti pred uveljavitvijo tega zakona, se izvedejo v skladu s predpisi, ki so veljali do uveljavitve tega zakona, lastnost zavarovane osebe pa oseba pridobi v skladu z veljavnim zakonom.
3. **Poglavje**

**PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE O PRAVICAH**

1. **člen**

**(splošni akti Zavoda o natančnejšem načinu izvrševanja pravic, postopku uveljavljanja pravic in načinu uveljavljanja izjemne odobritve)**

1. Svet Zavoda sprejme splošne akte Zavoda o natančnejšem načinu izvrševanja pravic in natančnejšem postopku uveljavljanja pravicv enem letu po uveljavitvi tega zakona.
2. Svet Zavoda sprejme splošni akt Zavoda o natančnejšem načinu uveljavljanja izjemne odobritve iz 143. člena tega zakona v enem letu po uveljavitvi tega zakona.
3. **člen**

**(pravica do zdravstvenih storitev do razvrstitve na Seznam zdravstvenih storitev OZZ)**

Do uveljavitve Seznama zdravstvenih storitev iz 61. člena tega zakona ima zavarovana oseba pravico do zdravstvenih storitev, ki jih Zavod zagotavlja na podlagi predpisov ob uveljavitvi tega zakona in njihovih poznejših sprememb.

1. **člen**

**(predpis zdravila na recept s splošnim imenom)**

Prvi odstavek 99. člena in četrti odstavek 101. člena tega zakona se začneta uporabljati v enem letu po uveljavitvi tega zakona.

1. **člen**

**(predpis magistralnega zdravila na recept do razvrstitve na liste zdravil)**

Do odločitve Zavoda iz 441. člena tega zakona se magistralno zdravilo predpisuje na recept z imenom sestavin v skladu s predpisi, ki urejajo predpisovanje in izdajanje zdravil za uporabo v humani medicini, in Seznamom magistralnih zdravil, ki je Priloga Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanj (Uradni list RS, št. 30/03 – prečiščeno besedilo, 35/03 – popr., 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 – popr., 64/07, 33/08, 7/09, 88/09, 30/11, 49/12, 106/12, 99/13 – ZSVarPre-C, 25/14 in 85/14; v nadaljnjem besedilu: Pravila OZZ).

1. **člen**

**(recept za osebno rabo)**

Generalni direktor Zavoda sprejme splošni akt Zavoda iz sedmega odstavka 105. člena tega zakona v enem mesecu po uveljavitvi tega zakona.

1. **člen**

**(višina denarnega nadomestila)**

Določbe tretjega odstavka 165. člena tega zakona se začnejo uporabljati 1. 1. 2019.

1. **člen**

**(uporaba doslej veljavnih predpisov in sprejem predpisa za tehnične pripomočke)**

1. Splošni akti iz 10. in 11. točke drugega odstavka 483. člena tega zakona ter 5. točka prvega odstavka 66. člena, 4., 5. in. 6. točka prvega odstavka in tretji odstavek 84. člena, 94. člen, 10., 11. in 21. točka tretjega odstavka 114. člena, 1. in 2. točka 115. člena in 214. člen Pravil OZZ se uporabljajo do ureditve zagotavljanja psa vodiča slepih, predvajalnika zvočnih zapisov, Brajevega pisalnega stroja, Brajeve vrstice, bele palice za slepe in ultrazvočne palice iz državnega proračuna.
2. Dogovor z aneksom iz 484. člena tega zakona se, v kolikor ni v nasprotju s tem zakonom in drugimi predpisi, uporablja do uveljavitve Pogojev zagotavljanja pripomočkov in drugih splošnih aktov, sprejetih na podlagi tega zakona.
3. Predpisa iz 4. točke prvega odstavka 483. člena in iz 12. točke drugega odstavka 483. člena tega zakona se uporablja do uveljavitve splošnega akta Zavoda iz 114. člena tega zakona.
4. Minister, pristojen za invalide, sprejme splošni akt o zagotavljanju tehničnih pripomočkov iz prvega odstavka tega člena v roku šestih mesecev od uveljavitve tega zakona.
5. Ne glede na prejšnji odstavek se od uveljavitve tega zakona tehnični pripomočki iz prvega odstavka tega člena v 100 % deležu zagotavljajo iz sredstev državnega proračuna.
6. Oseba, ki je tehnični pripomoček pridobila iz OZZ:
7. ima iz sredstev državnega proračuna pravico do predvajalnika zvočnih zapisov, bele palice za slepe in ultrazvočne palice po izteku trajnostne dobe predhodno prejetega istovrstnega pripomočka;
8. ima iz sredstev državnega proračuna pravico do psa vodiča slepih po poteku delovne dobe predhodno pridobljenega;
9. nima iz sredstev državnega proračuna pravice do Brajevega pisalnega stroja ali Brajeve vrstice.
10. Pes vodič slepih, ki je bil zavarovani osebi dan v uporabo na podlagi določb Pravil OZZ, z dnem uveljavitve tega zakona postane last zavarovane osebe. Zavod prevzame stroške glede psa vodiča slepih do konca njegove delovne dobe v obsegu določb pogodbe o zagotovitvi psa vodiča (za obdobje najmanj šestih let od dodelitve, oziroma dokler je pes sposoben opravljati vodenje slepe osebe).
11. **člen**

**(izbira osebnega zdravnika zavarovanih oseb od 18. leta starosti)**

Zavarovana oseba od 18. leta starosti, ki ima na dan uveljavitve tega zakona za izbranega osebnega zdravnika izbranega pediatra, izbere novega izbranega osebnega zdravnika v enem letu od uveljavitve tega zakona.

1. **člen**

**(način in postopek za obračun in izplačilo denarnega nadomestila)**

Generalni direktor Zavoda sprejme splošni akt Zavoda iz 172. člena tega zakona v enem letu po uveljavitvi tega zakona.

1. **člen**

**(začetek elektronskega vlaganja zahtevkov za povračilo in izplačilo denarnega nadomestila)**

Zavod na svoji spletni strani objavi datum začetka uporabe prvega odstavka 173. člena tega zakona najmanj 30 dni pred tem datumom.

1. **člen**

**(začetek elektronske izstavitve listine o začasni zadržanosti od dela)**

1. Generalni direktor Zavoda sprejme splošni akt Zavoda iz četrtega odstavka 163. člena tega zakona v enem letu po uveljavitvi tega zakona.
2. Zavod na svoji spletni strani objavi datum začetka uporabe tretjega odstavka 163. člena tega zakona najmanj 30 dni pred tem datumom.
3. **člen**

**(posebna pravica do pripomočka v višjem standardu)**

Svet Zavoda sprejme splošni akt Zavoda iz petega odstavka 209. člena tega zakona v enem letu po uveljavitvi tega zakona.

1. **člen**

**(listine Zavoda za uveljavljanje pravic)**

Svet Zavoda sprejme splošni akt Zavoda iz 227. člena tega zakona v enem letu po uveljavitvi tega zakona.

1. **člen**

**(kartica zdravstvenega zavarovanja)**

Svet Zavoda sprejme splošni akt Zavoda iz 231. člena tega zakona v enem letu po uveljavitvi tega zakona.

1. **člen**

**(prijava poškodbe pri delu)**

1. Minister v soglasju z ministrom, pristojnim za delo, izda listino za prijavo poškodbe pri delu iz petega odstavka 251. člena tega zakona v treh mesecih po uveljavitvi tega zakona.
2. Svet Zavoda sprejme splošni akt Zavoda iz šestega odstavka 251. člena tega zakona v enem letu po uveljavitvi tega zakona.
3. **poglavje**

**PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE O VKLJUČITVI ZDRAVSTVENIH STORITEV, ZDRAVIL IN ŽIVIL V SISTEM OZZ**

1. **člen**

**(Seznam zdravstvenih storitev OZZ)**

Seznam zdravstvenih storitev iz OZZ se vzpostavi v treh letih po uveljavitvi tega zakona.

1. **člen**

**(razvrstitev magistralnih zdravil na liste zdravil in Seznam magistralnih zdravil)**

Zavod v skladu s tem zakonom odloči o razvrstitvi magistralnih zdravil s Seznama magistralnih zdravil, ki je Priloga Pravil OZZ, na liste zdravil in Seznam magistralnih zdravil v treh letih od uveljavitve tega zakona.

1. **člen**

**(razvrstitev zdravil in živil s pozitivne in z vmesne liste na receptno listo)**

Z dnem ukinitve prostovoljnega dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja se zdravila s pozitivne in z vmesne liste zdravil ter živila s pozitivne in z vmesne liste živil razvrstijo na receptno listo.

1. **člen**

**(postopki vključitve zdravil in živil v OZZ, začeti pred uveljavitvijo zakona)**

Postopki za razvrščanje, prerazvrščanje in za določitev ali spremembo omejitve predpisovanja ali izdajanja zdravil in živil, ki so se začeli pred uveljavitvijo tega zakona, se zaključijo po določbah tega zakona.

1. **člen**

**(vzpostavitev portala eLista zdravil)**

1. Zavod vzpostavi portal eLista zdravil v treh letih po uveljavitvi tega zakona.
2. Zavod na svoji spletni strani objavi datum začetka uporabe posamezne funkcije portala eLista zdravil najmanj 30 dni pred tem datumom.
3. Do datuma začetka uporabe posamezne funkcije portala eZdravila za elektronsko vročanje, se dokumenti vročajo po pošti.
4. Zavod določi natančnejši način vročanja iz prejšnjega odstavka.
5. **člen**

**(splošni akt Zavoda glede vključitve zdravil med pravice)**

Svet Zavoda sprejme splošni akt Zavoda iz 285. člena tega zakona v enem letu po uveljavitvi tega zakona.

1. **člen**

**(splošni akt Zavoda glede vključitve živil med pravice)**

Svet Zavoda sprejme splošni akt Zavoda iz 303. člena tega zakona v enem letu po uveljavitvi tega zakona.

1. **poglavje**

**PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE O UREJANJU ODNOSOV MED ZAVODOM TER IZVAJALCI, DOBAVITELJI IN PROIZVAJALCI PRIPOMOČKA**

1. **člen**

**(plan zdravstvenih storitev)**

1. Zavod pripravi prvi Plan zdravstvenih storitev iz 308. člena na podlagi zadnjega sprejetega Splošnega dogovora za pogodbeno leto, Akcijskega načrta zdravstvenega varstva iz 11. člena ter izvedenega povpraševanja iz 312. člena.
2. Z uveljavitvijo tega zakona preneha veljati zadnji veljavni Splošni dogovor za pogodbeno leto in aneksi k temu Splošnemu dogovoru.
3. Do začetka uporabe Plana zdravstvenih storitev se uporablja zadnji sprejeti Splošni dogovor za pogodbeno leto in aneksi k temu Splošnemu dogovoru.
4. **člen**

**(uradna evidenca medicinskih pripomočkov na nacionalni ravni in Seznam pripomočkov)**

1. Minister sprejme predpis o vzpostavitvi uradne evidence medicinskih pripomočkov na nacionalni ravni iz tretjega odstavka 316. člena tega zakona v šestih mesecih po uveljavitvi tega zakona.
2. Minister vzpostavi celotno uradno evidenco iz prejšnjega odstavka v enem letu po uveljavitvi predpisa iz prejšnjega odstavka.
3. Svet Zavoda sprejme Seznam pripomočkov v enem letu po vzpostavitvi uradne evidence iz prejšnjega odstavka.
4. Postopki za vzpostavitev Seznama pripomočkov, ki so že začeti, se lahko zaključijo, ne da bi se čakalo na uradno evidenco iz drugega odstavka tega člena. Seznam pripomočkov, ki bo veljaven v času vzpostavitve uradne evidence iz drugega odstavka tega člena, Zavod z uradno evidenco uskladi v šestih mesecih.
5. **člen**

**(splošni akti Zavoda o Seznamu pripomočkov in izhodiščih za vrednosti pripomočkov)**

1. Svet Zavoda sprejme splošni akt Zavoda iz četrtega odstavka 316. člena tega zakona v enem letu po uveljavitvi tega zakona.
2. Svet Zavoda sprejme splošni akt Zavoda iz drugega odstavka 317. člena tega zakona v enem letu po uveljavitvi tega zakona.
3. **poglavje**

**PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE O ZAGOTAVLJANJU SREDSTEV OZZ**

1. **člen**

**(Zakon o prispevkih za socialno varnost)**

Z uveljavitvijo tega zakona prenehajo veljati določbe 2., 3., 4., 5., 6., 11., 12., 15., 16., 17., 17.b in 18. člena Zakona o prispevkih za socialno varnost (Uradni list RS, št. [5/96](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=1996-01-0277), [18/96](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=1996-01-1062) – ZDavP, [34/96](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=1996-01-2200), [87/97](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=1997-01-4010) – ZDavP-A, [3/98](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=1998-01-0137), [7/98](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=1998-01-0343) – odl. US, [106/99](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=1999-01-4965) – ZPIZ-1, [81/00](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2000-01-3711) – ZPSV-C, [97/01](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2001-01-4794) – ZSDP-1, [97/01](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2001-01-4797), [62/10](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2010-01-3396) – odl. US, [40/12](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2012-01-1700) – ZUJF, [96/12](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2012-01-3693) – ZPIZ-2, [91/13](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2013-01-3306) – ZZVZZ-M, [99/13](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2013-01-3549) – ZSVarPre-C in [26/14](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2014-01-1068) – ZSDP-1), ki se nanašajo na prispevke za OZZ.

1. **člen**

**(financiranje izobraževalne in raziskovalne dejavnosti)**

Financiranje izobraževalne in raziskovalne dejavnost izvajalcev zdravstvene dejavnosti na terciarni ravni zdravstvene dejavnosti se iz sredstev državnega proračuna zagotavlja od 1. 1. 2021.

1. **člen**

**(pobiranje prispevkov)**

Finančna uprava začne izvajati aktivnosti nadzora nad obračunavanjem, plačevanjem in pobiranjem prispevkov za zavarovane osebe iz sedmega odstavka 29. člena, 31. in 34. člena tega zakona s 1. januarjem 2019. Do prenosa teh pooblastil na Finančno upravo vodi postopek obračuna in pobiranja prispevkov Zavod.

1. **člen**

**(prispevek delodajalca za zavarovance iz 26. člena tega zakona)**

Ne glede na določbo 2. točke prvega odstavka 334. člena tega zakona je do ureditve v predpisih, ki urejajo kmetijstvo, zavezanec za plačilo prispevka delodajalca iz 2. točke prvega odstavka 334. člena tega zakona za zavarovance iz 26. člena tega zakona Republika Slovenija.

1. **člen**

**(spreminjanje prispevne stopnje za zavarovanje za poklicna tveganja)**

Določbe tega zakona, ki se nanašajo na spremenjeno stopnjo za zavarovanje za poklicna tveganja se začnejo uporabljati s 1. januarjem 2022.

1. **člen**

**(plačilo nadomestila prejemka za dan darovanja krvi)**

Nadomestilo prejemka za dan darovanja krvi iz 210. člena tega zakona se na podlagi 3. točke prvega odstavka 346. člena tega zakona zagotavlja iz državnega proračuna za zavarovanca, ki je odsoten z dela zaradi darovanja krvi od 1. 1. 2021.

1. **člen**

**(uporaba določb o zdravstvenem doplačilu)**

1. Določbe tega zakona, ki urejajo zdravstveno doplačilo, se uporabljajo od 1.  
   1. 2020 dalje. Do uporabe določb, ki urejajo zdravstveno doplačilo, se  
   uporablja 78.a člen Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem  
   zavarovanju (Uradni list RS, št. Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C in 47/15 – ZZSDT).
2. Z dnem uveljavitve tega zakona se zavarovalne pogodbe o dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju razdrejo brez odpovednega roka. Zavarovalnice, ki izvajajo dopolnilno zdravstveno zavarovanje pod pogoji iz Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT in 61/17 – ZUPŠ), imajo pravico izterjati neplačane premije za obdobja, za katere so zagotavljale zavarovalno kritje in dolžnost zavarovancem vrniti tiste premije oziroma dele obračunanih premij, ki s nanašajo na zavarovalno kritje za zavarovalno obdobje po datumu začetka veljavnosti tega zakona.
3. Osebe, ki so zavarovane na podlagi sklenjene pogodbe o dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju s katerokoli od zavarovalnic, ki do dneva pričetka veljavnosti tega zakona izvaja dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ne smejo, razen v primerih, ko po Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT in 61/17 – ZUPŠ) več niso zavezane plačevati razlike med polno vrednostjo zdravstvenih storitev in deležem te vrednosti, ki ga v skladu s 23. členom Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT in 61/17 – ZUPŠ) krije obvezno zdravstveno zavarovanje, prekiniti obstoječe pogodbe o dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju po določbah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT in 61/17 – ZUPŠ). Osebe, ki bi v času od datuma sprejetja pa do datuma veljavnosti tega zakona postale zavezane plačevati razliko med polno vrednostjo zdravstvenih storitev in deležem te vrednosti, ki ga v skladu s 23. členom Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT in 61/17 – ZUPŠ) krije obvezno zdravstveno zavarovanje, lahko sklenejo pogodbo o dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju s katerokoli od zavarovalnic, ki izvajajo to zavarovanje, vendar se jim zavarovanje razdre skladno s drugim odstavkom tega člena.
4. Kršitev prvega in drugega odstavka tega člena se šteje kot hujša kršitev v skladu s predpisi, ki urejajo zavarovalništvo. Za člane uprave zavarovalnice kršitev prvega in drugega odstavka tega člena pomeni, da v skladu s predpisi, ki urejajo zavarovalništvo, šteje, da niso osebe dobrega ugleda in integritete.
5. Od dneva uveljavitve tega zakona morajo zavarovalnice, ki izvajajo dopolnilno zdravstveno zavarovanje, prenehati z vsemi trženjskimi aktivnostmi, ki se kakorkoli nanašajo na dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Trženjske aktivnosti med drugim zajemajo kakršnokoli oglaševanje povezano z dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem in sklepanje pogodb o dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju, razen sklepanje pogodb o dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju za osebe, ki bi v času od dneva uveljavitve tega zakona do dneva uporabe določb, ki se nanašajo na zdravstveno doplačilo, postale zavezane plačevati razliko med polno vrednostjo zdravstvenih storitev in deležem te vrednosti, ki ga v skladu s 23. členom Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT in 61/17 – ZUPŠ) krije OZZ. Prav tako zavarovalnice od dneva uveljavitve tega zakona ne smejo uporabljati osebnih podatkov pridobljenih z dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem.
6. Od dneva uveljavitve tega zakona zavarovalnice, ki izvajajo dopolnilno zdravstveno zavarovanje v skladu z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT in 61/17 – ZUPŠ), ne smejo spreminjati premije dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja brez utemeljenega razloga. Vsako zvišanje mora biti utemeljeno z izračuni, prav tako pa mora biti potrjeno s strani nosilca aktuarske funkcije zavarovalnice, preveri in odobri pa ga prav tako aktuar iz agencije, pristojne za zavarovalni nadzor. V primeru, da vendarle pride do utemeljenega zvišanja, se lahko zavarovanci odločijo za prekinitev dopolnilnega zavarovanja in ga, če želijo, sklenejo pri drugi zavarovalnici.
7. V skladu s predpisi, ki urejajo zavarovalništvo, zavarovalnice oblikujejo zavarovalno-tehnične rezervacije, katerih vrednost je enaka vsoti najboljše ocene in dodatka za tveganje. Pri izračunu najboljše ocene, zavarovalnica pri projekciji prihodnjih denarnih tokov za dopolnilno zdravstveno zavarovanje ne sme upoštevati premijskih prilivov za obdobja, ki sledijo datumu uveljavitve tega zakona, mora pa upoštevati vse ostale pričakovane prihodnje denarne tokove, tudi pričakovane denarne tokove iz izravnalnih shem v skladu z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT in 61/17 – ZUPŠ).
8. V skladu z mednarodnimi računovodskimi standardi in mednarodnimi standardi računovodskega poročanja zavarovalnica poroča knjigovodsko vrednost svojih obveznosti. Za potrebe tega zakona mora biti knjigovodska vrednost obveznosti zavarovalnice enaka vrednosti zavarovalno-tehničnih rezervacij izračunani v skladu s predpisi, ki urejajo zavarovalništvo in prejšnjim odstavkom. Zavarovalno-tehnične rezervacije za dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ki so oblikovane za poplačilo obveznosti iz zavarovalnih pogodb dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, se uporabijo za poplačilo obveznosti iz zavarovalnih pogodb nastalih do dneva uveljavitve tega zakona.
9. Ustreznost višine zavarovalno-tehničnih rezervacij na en dan pred dnem uveljavitve tega zakona za dopolnilno zdravstveno zavarovanje, za tiste zavarovalnice, ki izvajajo dopolnilno zdravstveno zavarovanje, do datuma uveljavitve tega zakona, preveri aktuar, ki ga imenuje minister in ki izpolnjuje pogoje v skladu z zakonom, ki ureja zavarovalništvo. Aktuar ne sme, na dan uveljavitve tega zakona, biti zaposlen, ali kakorkoli pogodbeno vezan s katerokoli od zavarovalnic, katerim preverja ustreznost višine zavarovalno-tehničnih rezervacij.
10. Premoženje družbe za vzajemno zavarovanje na dan, ki je en dan pred dnevom uveljavitve veljavnosti tega zakona, ki je namenjeno izvajanju dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja in ostane po poplačilu obveznosti do dneva uveljavitve tega zakona in oblikovanju zavarovalno-tehničnih rezervacij, se razdeli osebam, ki so na dan, ki je en dan pred dnevom uveljavitve tega zakona, člani družbe za vzajemno zavarovanje skladno s statutom družbe za vzajemno zavarovanje. Razdelitev premoženja družbe se izvede v roku 30 dni po dnevu uveljavitve tega zakona.
11. Družba za vzajemno zavarovanje se lahko odloči za merila za razdelitev premoženja iz prvega odstavka tega člena. Razdelitev lahko opravi ali po merilih, ki jih statut družbe za vzajemno zavarovanje določa za razdelitev dobička članom ali pa po poenostavljenih merilih iz četrtega odstavka tega člena. Če se družba za vzajemno zavarovanje odloči za delitev po merilih, ki jih statut družbe za vzajemno zavarovanje določa za razdelitev dobička članom, mora še vedno upoštevati članstvo opredeljeno v prvem odstavku tega člena.
12. Če se družba za vzajemno zavarovanje odloči za razdelitev premoženja iz desetega odstavka tega člena po poenostavljenih merilih iz prejšnjega odstavka, postopa takole:

* določi skupni znesek premoženja, ki se razdeli, skladno s prvim odstavkom tega člena;
* pripravi spisek vseh članov na dan, ki je en dan pred datumom začetka veljavnosti tega zakona, pri čemer spisek vsebuje vsaj naslednje podatke: ime in priimek člana, naslov stalnega bivališča člana, številko TRR člana, skupno trajanje v mesecih (zaokroženo na nič decimalnih mest) dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja od prve vključitve pa do dneva, ki je en dan pred datumom začetka veljavnosti tega zakona;
* znesek, ki pripada vsakemu posameznemu članu se izračuna tako, da se količnik, ki se izračuna kot količnik trajanja v mesecih za vsakega posameznega člana s vsoto trajanja v mesecih vseh članov, pomnoži s skupnim zneskom premoženja.

1. Uprava družbe za vzajemno zavarovanje mora čimprej, najkasneje pa v 30 dneh, po dnevu uveljavitve tega zakona sklicati volitve v skupščino, razen če dokaže, da sestava članstva in skupščine še vedno odražata spremenjeno sestavo članstva.
2. Postopek razdelitve premoženja preveri in nadzoruje aktuar iz devetega odstavka tega člena.
3. **člen**

**(prispevek od dohodka iz kapitala in dohodka iz oddajanja premoženja v najem)**

Prispevek od osnove, določene v 4. točki prvega odstavka 331. člena tega zakona se plačuje od 1. 1. 2019.

1. **člen  
   (prispevek zavarovanca in delodajalca za zaposlene v invalidskih podjetjih in zaposlitvenih centrih)**

Na podlagi 5. točke prvega odstavka 347. člena tega zakona zagotavlja Republika Slovenija z državnega proračuna prispevek zavarovanca in delodajalca za zaposlene v invalidskih podjetjih in zaposlitvenih centrih od 1. 1. 2019.

1. **poglavje**

**PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE O ZAVODU**

1. **člen**

**(delovanje Zavoda)**

1. Skupščina in upravni odbor Zavod, ki delujeta ob uveljavitvi tega zakona, delujeta še naprej v isti sestavi do konstituiranja prvega sveta Zavoda po tem zakonu.
2. Svet Zavod se konstituira v treh mesecih po uveljavitvi tega zakona.
3. Zavod uskladi statut in druge splošne akte Zavoda v šestih mesecih od uveljavitve tega zakona.
4. Statut in drugi splošni akti Zavod, ki so se uporabljali do uveljavitve tega zakona, se uporabljajo še naprej, do sprejema novih, če niso v nasprotju z določbami tega zakona.
5. Obstoječe pogodbe o izvajanju zdravstvenih storitev veljajo do sklenitve novih pogodb na podlagi tega zakona.
6. **člen**

**(nepremično premoženje Zavoda)**

1. Z uveljavitvijo tega zakona Zavod postane lastnik nepremičnega premoženja Republike Slovenije, ki ga je uporabljala Republiška uprava za zdravstveno varstvo do sprejema Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 9/92), od tedaj dalje pa Zavod in do uveljavitve tega zakona še ni bila vpisana lastninska pravica v zemljiško knjigo v korist Zavoda.
2. Vpis lastninske pravice na zavod se v zemljiško knjigo vpiše po uradni dolžnosti ali na predlog Zavoda.
3. **poglavje**

**PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE O ZBIRKAH PODATKOV OZZ**

1. **člen**

**(vzpostavitev zbirk podatkov OZZ)**

Zavod vzpostavi ali dopolni zbirke podatkov iz 390. člena tega zakona v roku 3 mesecev po uveljavitvi tega zakona.

1. **poglavje**

**POSTOPKI, ZAČETI PRED UVELJAVITVIJO TEGA ZAKONA**

1. **člen**

**(postopki, začeti pred uveljavitvijo tega zakona)**

1. Postopki, začeti pred dnevom uveljavitve tega zakona, se zaključijo v skladu z dosedanjimi predpisi.
2. Ne glede na prejšnji odstavek se postopki odločanja o pravici do povračila potnih stroškov za potovanja, ki so bila opravljena do vključno zadnjega dne v mesecu, v katerem začne veljati ta zakon, končajo po predpisih, ki so veljali pred uveljavitvijo tega zakona.
3. **poglavje**

**USKLADITEV DRUGIH ZAKONOV**

1. **člen**

**(Zakon o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev)**

V Zakonu o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev (Uradni list RS, št. 62/10, 40/11, 40/12 – ZUJF, 57/12 – ZPCP-2D, 14/13, 56/13 – ZŠtip-1, 99/13, 14/15 – ZUUJFO, 57/15, 90/15, 38/16 – odl. US, 51/16 – odl. US in 88/16) se:

* naslov poglavja "8. Pravica do kritja razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev" spremeni tako, da glasi "8. Pravica do plačila zdravstvenega doplačila";
* 29. člen se spremeni tako, da se glasi:

"29. člen

1. Pravico do plačila zdravstvenega doplačila imajo zavarovanci in po njih zavarovani družinski člani na podlagi upravičenja do denarne socialne pomoči oziroma ob izpolnjevanju pogojev za pridobitev denarne socialne pomoči, razen v primeru, če upravičenec izpolnjuje pogoje za pridobitev varstvenega dodatka.
2. Zavarovanec oziroma po njem zavarovan družinski član izkazuje izpolnjevanje pogojev iz prejšnjega odstavka z odločbo centra za socialno delo. O pravici iz prejšnjega odstavka center za socialno delo odloči po uradni dolžnosti, če je oseba upravičena do denarne socialne pomoči, in je, kadar oseba uveljavlja pravico do denarne socialne pomoči, ni treba posebej uveljavljati, razen če oseba na vlogi izrecno izjavi, da te pravice ne želi.
3. Osebe iz prvega odstavka tega člena so upravičene do plačila zdravstvenega nadomestila največ za obdobje, za katero se jim lahko dodeli denarna socialna pomoč.
4. Ministrstvo obvesti o številki, datumu in obdobju veljavnosti izdane odločbe za posameznega upravičenca iz prvega odstavka tega člena Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki te podatke vodi v evidenci zavarovanih oseb.";

* četrti odstavek 30. člena črta.

1. **člen**

**(Zakon o urejanju trga dela)**

V Zakonu o urejanju trga dela (Uradni list RS, št. [80/10](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2010-01-4304), [40/12](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2012-01-1700) – ZUJF, [21/13](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2013-01-0785), [63/13](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2013-01-2512), [100/13](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2013-01-3600), [32/14](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2014-01-1320) – ZPDZC-1 in [47/15](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2015-01-1930) – ZZSDT) se v prvem odstavku 54. člena druga alineja spremeni tako, da se glasi:

"- osebe, ki jim Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije izplačuje denarno nadomestilo zaradi poškodbe pri delu ali poklicne bolezni po prenehanju pravnega razmerja, v okviru katerega je nastala poškodba pri delu ali poklicna bolezen, po predpisih, ki urejajo zdravstveno zavarovanje;".

1. **člen**

**(Zakon o starševskem varstvu in družinskih prejemkih)**

V Zakonu o starševskem varstvu in družinskih prejemkih (Uradni list RS, št. [26/14](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2014-01-1068) in [90/15](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2015-01-3502)) se v 8. členu 10. točka spremeni tako, da se glasi:

"10. osebe, ki jim Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije izplačuje denarno nadomestilo zaradi poškodbe pri delu ali poklicne bolezni po prenehanju pravnega razmerja, v okviru katerega je nastala poškodba pri delu ali poklicna bolezen, po predpisih, ki urejajo zdravstveno zavarovanje;".

1. **člen**

**(Zakon o matični evidenci zavarovancev in uživalcev pravic iz obveznega pokojninskega in invalidskega zavarovanja)**

V Zakonu o matični evidenci zavarovancev in uživalcev pravic iz obveznega pokojninskega in invalidskega zavarovanja (Uradni list RS, št. [111/13](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2013-01-4125) in [97/14](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2014-01-4072)) se:

* 37. člen spremeni tako, da se glasi:

"(1) ZZZS vlaga za zavarovance, ki jim izplačuje denarno nadomestilo zaradi poškodbe pri delu ali poklicne bolezni po prenehanju pravnega razmerja, v okviru katerega je nastala poškodba pri delu ali poklicna bolezen:

* prijavo v zavarovanje, odjavo iz zavarovanja in prijavo sprememb med zavarovanjem,
* prijavo podatkov o denarnih nadomestilih, o obračunanih in plačanih prispevkih in obdobju zavarovanja v preteklem koledarskem letu ter prijavo sprememb teh podatkov.

(2) ZZZS vlaga prijave podatkov o denarnih nadomestilih, ki jih zavarovancem izplačuje neposredno, po predpisih o delovnih razmerjih in predpisih o zdravstvenem zavarovanju.";

* v drugem odstavku 83. člena besedilo "nadomestila zaradi začasne nezmožnosti za delo po prenehanju delovnega razmerja" nadomesti z besedilom "denarnega nadomestila zaradi poškodbe pri delu ali poklicne bolezni po prenehanju pravnega razmerja, v okviru katerega je nastala poškodba pri delu ali poklicna bolezen,".

1. **člen**

**(Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju)**

V Zakonu o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (Uradni list RS, št. [96/12](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2012-01-3693), [39/13](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2013-01-1516), [99/13](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2013-01-3549) – ZSVarPre-C, [101/13](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2013-01-3675) – ZIPRS1415, [44/14](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2014-01-1808) – ORZPIZ206, [85/14](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2014-01-3442) – ZUJF-B, [95/14](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2014-01-3951) – ZUJF-C, [90/15](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2015-01-3499) – ZIUPTD in [102/15](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2015-01-4087)) se;

1. tretji odstavek 19. člena spremeni tako, da se glasi:

"(3) Obvezno se zavarujejo osebe, ki jim Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije izplačuje denarno nadomestilo zaradi poškodbe pri delu ali poklicne bolezni po prenehanju pravnega razmerja, v okviru katerega je nastala poškodba pri delu ali poklicna bolezen, po predpisih, ki urejajo zdravstveno zavarovanje, če niso obvezno zavarovane na drugi podlagi.";

1. **člen**

**(Zakon o zdravstveni dejavnosti)**

V Zakonu o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, [77/08](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200877&stevilka=3448) – ZDZdr, 40/12 – ZUJF in 14/13) se:

1. v 1. členu doda nov drugi odstavek, ki se glasi:

"Zdravstvena dejavnost obsega tudi medicinsko izvedenstvo in zavarovalniško medicino."

Dosedanji drugi odstavek postane tretji odstavek.;

1. v 3. členu:

* tretji odstavek spremeni tako, da se glasi:

"Dejavnost klinik, kliničnih inštitutov ali kliničnih oddelkov, dejavnost javnega zdravja, lekarniška dejavnost, dejavnost medicinskega izvedenstva in zavarovalniške medicine, preskrba s krvjo, krvnimi pripravki in z organi za presajanje ter mrliško pregledna služba se opravljajo samo kot javna služba.";

* za tretjim odstavkom doda nov četrti odstavek, ki se glasi:

"Republika Slovenija zagotavlja iz proračuna sredstva za načrtovanje, zagotavljanje in nadzorovanje izvajanja javne zdravstvene službe.";

1. v drugem odstavku 5. člena za prvim stavkom doda nov drugi stavek, ki se glasi:

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

1. v 17. členu

za tretjim odstavkom doda nov četrti odstavek, ki se glasi:

"Republika Slovenija zagotavlja iz proračuna sredstva za izobraževalno in raziskovalno dejavnost izvajalcev zdravstvene dejavnosti na terciarni ravni zdravstvene dejavnosti, ki ni financirana iz drugih virov, neposredno ali preko državnih agencij ali drugih oblik.";

1. za 21. členom doda naslov novega podpoglavja, ki se glasi "Dejavnost medicinskega izvedenstva in zavarovalniške medicine" in novi 21.a, 21.b in 21.c člen, ki se glasijo:

"21.a člen

Dejavnost medicinskega izvedenstva obsega:

* presojo o začasni nezmožnosti za delo;
* presojo o upravičenosti zavarovanih oseb do zdraviliške rehabilitacije;
* presojo o upravičenosti zavarovanih oseb do nekaterih medicinskih pripomočkov;
* presojo o upravičenosti zavarovanih oseb do storitev v skladu s predpisi, ki urejajo pravice obveznega zdravstvenega zavarovanja;
* podajo izvedenskega mnenja o nezmožnosti za delo, invalidnosti, potrebi po stalni pomoči in postrežbi ter telesni okvari ter;
* podajo izvedenskega mnenja o drugih okoliščinah, na podlagi drugih predpisov, ki zahtevajo podajo medicinskega izvedenskega mnenja.

21.b člen

Dejavnost zavarovalniške medicine obsega:

* spremljanje in vrednotenje obračuna izvedenih zdravstvenih storitev na vseh treh ravneh zdravstvenega varstva;
* spremljanje in vrednotenje obračuna predpisanih zdravil, živil in medicinskih pripomočkov;
* izvajanje finančno medicinskih nadzorov (nadzorov obračuna zdravstvenih storitev, zdravil, živil in medicinskih pripomočkov s pregledom zdravstvene dokumentacije);
* presojo skladnosti obračunanih storitev glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe in strokovnih smernic;
* prepoznavanje problematike obračunskih modelov v zdravstvu, njihovega vpliva na izvajanje zdravstvenih storitev, predpisovanje zdravil, živil, medicinskih pripomočkov in predlaganje sistemskih rešitev.

21.c člen

Dejavnost medicinskega izvedenstva in zavarovalniške medicine kot javno službo izvajajo Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenijeter drugi javni Zavodi, ki opravljajo to dejavnost na podlagi zakona.

Dejavnost iz prejšnjega odstavka se kot javna služba opravlja v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje, zakonom, ki ureja pokojninsko in invalidsko zavarovanjeter drugimi zakoni, ki urejajo izvajanje dejavnosti iz prejšnjega odstavka.";

1. v 23.b členu edini odstavek postane prvi odstavek, za katerim se doda nov drugi odstavek, ki se glasi:

"Republika Slovenija zagotavlja iz proračuna sredstva za opravljanje nalog iz prejšnjega člena.";

1. v 23.č členu edini odstavek postane prvi odstavek, za katerim se doda nov drugi odstavek, ki se glasi:

"Republika Slovenija zagotavlja iz proračuna sredstva za opravljanje nalog iz prejšnjega člena.";

1. v 31. členu edini odstavek postane prvi odstavek, za katerim se dodata nov drugi in tretji odstavek, ki se glasita:

"Republika Slovenija zagotavlja iz proračuna sredstva za javne zdravstvene zavode, ki jih je ustanovila, in sicer za investicije in druge obveznosti, določene z zakonom.

Lokalna skupnost zagotavlja iz proračuna sredstva za javne zdravstvene zavode, ki jih je ustanovila, in sicer za investicije in druge obveznosti, določene z zakonom. Če je ustanovitelj javnega zdravstvenega zavoda več lokalnih skupnosti, se kritje razdeli na ustanoviteljice glede na število prebivalcev.";

1. v 54. členu za četrtim odstavkom doda nov peti odstavek, ki se glasi:

"Republika Slovenija zagotavlja iz proračuna sredstva za načrtovanje, upravljanje, zagotavljanje razvoja in nadziranje zdravstvenega informacijskega sistema.".

1. v 57. členu za prvim odstavkom doda nov drugi odstavek, ki se glasi:

"Republika Slovenija zagotavlja iz proračuna sredstva za izvajanje poskusnih in raziskovalnih projektov za hitrejšo uvedbo novih zdravstvenih tehnologij.".

1. **člen**

**(Zakon o zdravniški službi)**

V Zakonu o zdravniški službi (Uradni list RS, št. [72/06](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200672&stevilka=3076) – uradno prečiščeno besedilo, [15/08](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200815&stevilka=455) – ZPacP, [58/08](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200858&stevilka=2482), [107/10](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=2010107&stevilka=5581) – ZPPKZ ,[40/12](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=201240&stevilka=1700) – ZUJF, [88/16](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2016-01-3927) – ZdZPZD in 40/17) se 50. člen spremeni tako, da se glasi:

"50. člen

Zdravnik vodi zdravstveno dokumentacijo pacienta in druge zbirke podatkov v skladu s posebnimi zakoni in na njihovi podlagi sprejetimi predpisi in splošnimi akti nosilcev javnih pooblastil.".

1. **člen**

**(Zakon o pacientovih pravicah)**

V Zakonu o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08 in 55/17) se:

1. drugi odstavek 9. člena spremeni tako, da se glasi:

"(2) Ne glede na prejšnji odstavek, si pacient, ki želi uveljaviti pravice iz OZZ, v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe prosto izbere zdravnika, drugega zdravstvenega delavca, zdravstvenega sodelavca in izvajalca zdravstvene dejavnosti v skladu s predpisi s področja zdravstvenega zavarovanja.";

1. šesti odstavek 40. člena črta.
2. **člen**

**(Zakon o voznikih)**

V Zakonu o voznikih (Uradni list RS, št. [85/16](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2016-01-3686)) se v drugem odstavku 79. člena besedilo "Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije" nadomesti z besedilom "državni proračun".

1. **člen**

**(Zakon o športu)**

V Zakonu o športu (Uradni list RS, št. 29/17) se v 35. členu:

1. v prvem odstavku v 5. točki besedilo "v skladu s predpisi, ki urejajo zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje" črta;
2. za osmim odstavkom doda nov deveti odstavek, ki se glasi:

"Vrhunski športnik ima pravico do preventivnih zdravstvenih pregledov, katerih natančnejši način izvrševanja določi minister, pristojen za zdravje, in se zagotavljajo iz sredstev državnega proračuna."

1. **člen**

**(Zakon o izvrševanju kazenskih sankcij)**

V Zakonu o izvrševanju kazenskih sankcij (Uradni list RS, št. [110/06](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2006-01-4665) – uradno prečiščeno besedilo, [76/08](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2008-01-3346), [40/09](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2009-01-1916), [9/11](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2011-01-0318) – ZP-1G, [96/12](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2012-01-3693) – ZPIZ-2, [109/12](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2012-01-4318) in [54/15](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2015-01-2228)) se 58. člen spremeni tako, da se glasi:

"58. člen

Obsojenci na prestajanju kazni zapora, mladoletniškega zapora in mladoletniki na prestajanju vzgojnega ukrepa oddaje v prevzgojni dom imajo pravice iz OZZ v skladu z zakonom, ki ureja OZZ.

1. **člen**

**(Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva)**

V Zakonu o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (Uradni list RS, št. 65/00 in 47/15) se:

1. v 1.a členu za drugim doda nov tretji odstavek, ki se glasi:

Pojem "ZZZS številka zavarovane osebe" ima enak pomen, kot je opredeljen v zakonu, ki ureja zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje.

1. četrti odstavek 4. člena spremeni tako, da se glasi:

"Upravljavci zbirk podatkov imajo pravico uporabe ZZZS številke kot povezovalnega znaka za zbiranje, obdelovanje in posredovanje podatkov, opredeljenih v zbirkah podatkov po tem zakonu.".

1. v drugem odstavku 9. člena drugi stavek spremeni tako, da se glasi:

"Upravljavci zbirk podatkov, ki zagotavljajo iz svojih zbirk podatke za zbirke podatkov eZdravja, so dolžni zagotavljati razvidnost v svojih zbirkah podatkov.".

1. **člen**

**(Zakon o delovnih razmerjih)**

V Zakonu o delovnih razmerjih (Uradni list RS, št. [21/13](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2013-01-0784), [78/13 – popr.](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2013-21-2826), [47/15](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2015-01-1930) – ZZSDT, [33/16](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2016-01-1428) – PZ-F, [52/16](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2016-01-2296) in 15/17 – odl. US) se:

1. v 137. členu:

* deseti odstavek spremeni tako, da se glasi:

"(10) Če delodajalec delavcu ne izplača nadomestila plače v zakonsko določenem ali pogodbeno dogovorjenem roku, se mu denarno nadomestilo izplača v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje.";

* enajsti odstavek črta;

1. v drugem odstavku 167. člena v drugem stavku besedilo "zdravstvenega zavarovanja" nadomesti z besedilom "državnega proračuna".
2. **člen**

**(Zakon o varnosti in zdravju pri delu)**

V Zakonu o varnosti in zdravju pri delu (Uradni list RS, št. [43/11](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2011-01-2039)) se tretji in četrti odstavek 33. člena spremenita tako, da se glasita:

"(3) Pri opravljanju svojih nalog izvajalec medicine dela sodeluje z osebnim zdravnikom delavca, izvedenskimi organi invalidskega in pokojninskega in organi Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije zaradi izmenjave podatkov o zdravstvenem stanju delavcev ter pomoči pri ugotavljanju upravičenosti do začasne nezmožnosti za delo, trajne zadržanosti z dela in ocenjevanja delovne zmožnosti.

(4) Izvajalec medicine dela od osebnega zdravnika delavca pridobi oziroma vpogleda podatke o zdravstvenem stanju delavca in njegovi zdravstveni obravnavi. Izvajalec medicine dela osebnemu zdravniku posreduje informacije o obremenitvah delavca na delovnem mestu in o zahtevah njegovega delovnega mesta.".

1. **člen**

**(Zakon o mednarodni zaščiti)**

V Zakonu o mednarodni zaščiti (Uradni list RS, št. 22/16) se v prvem odstavku 86. člena osma alineja 2. točke spremeni tako, da se glasi:

"- zdravila z receptne liste in s Seznama magistralnih zdravil za zdravstveno obravnavo zdravstvenih stanj iz te točke,".

1. **člen**

**(Zakon o začasni zaščiti razseljenih oseb)**

V Zakonu o začasni zaščiti razseljenih oseb mednarodni zaščiti (Uradni list RS, št. 65/05) se v prvem odstavku 27. člena osma alineja 2. točke spremeni tako, da se glasi:

"- zdravila z receptne liste in s Seznama magistralnih zdravil za zdravstveno obravnavo zdravstvenih stanj iz te točke".

1. **člen**

**(Zakon za uravnoteženje javnih financ)**

V Zakonu za uravnoteženje javnih financ (Uradni list RS, št. [40/12](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2012-01-1700), [96/12](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2012-01-3693) – ZPIZ-2, [104/12](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2012-01-3990) – ZIPRS1314, [105/12](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2012-01-4001), [25/13](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2013-01-0892) – odl. US, [46/13](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2013-01-1756) – ZIPRS1314-A, [56/13](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2013-01-2139) – ZŠtip-1, [63/13](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2013-01-2519) – ZOsn-I, [63/13](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2013-01-2520) – ZJAKRS-A, [99/13](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2013-01-3548) – ZUPJS-C, [99/13](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2013-01-3549) – ZSVarPre-C, [101/13](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2013-01-3675) – ZIPRS1415, [101/13](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2013-01-3676) – ZDavNepr, [107/13](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2013-01-3887) – odl. US, [85/14](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2014-01-3442), [95/14](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2014-01-3951), [24/15](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2015-01-1001) – odl. US, [90/15](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2015-01-3504), [102/15](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2015-01-4084) in [63/16](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2016-01-2686) – ZDoh-2R) se 200. člen črtajo.

1. **člen**

**(Zakon o pravdnem postopku)**

V Zakonu o pravdnem postopku (Uradni list RS, št. 73/07 – uradno prečiščeno besedilo, 45/08 – ZArbit, 45/08, 111/08 – odl. US, 57/09 – odl. US, 12/10 – odl. US, 50/10 – odl. US, 107/10 – odl. US, 75/12 – odl. US, 40/13 – odl. US, 92/13 – odl. US, 10/14 – odl. US, 48/15 – odl. US, 6/17 – odl. US, 10/17 in xx/17) se v drugem odstavku 115. člena:

* besedilo "izdano na obrazcu v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno varstvo" nadomesti z besedilom "izdano na obrazcu, ki ga predpiše minister, pristojen za zdravje";
* besedilo "pri imenovanem zdravniku Zavoda za zdravstveno zavarovanje v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno varstvo" nadomesti z besedilom " pri posebni zdravniški komisiji, ki jo imenuje minister, pristojen za zdravje, v skladu z zakonom, ki ureja izvrševanje kazenskih sankcij ";
* besedilo "bremenijo Zavod za zdravstveno zavarovanje" nadomesti z besedilom "bremenijo proračun".

1. **člen**

**(Zakon o kazenskem postopku)**

V Zakonu o kazenskem postopku (Uradni list RS, št. [32/12](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2012-01-1405) – uradno prečiščeno besedilo, [47/13](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2013-01-1782), [87/14](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2014-01-3503), [8/16](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2016-01-0293) – odl. US, [64/16](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2016-01-2762) – odl. US, [65/16](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2016-01-2798) – odl. US in xx/17) se v šestem odstavku 193. člena:

* besedilo "izdano na obrazcu, v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno varstvo" nadomesti z besedilom "izdano na obrazcu, ki ga predpiše minister, pristojen za zdravje";
* besedilo "pri imenovanem zdravniku Zavoda za zdravstveno zavarovanje v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno varstvo" nadomesti z besedilom " pri posebni zdravniški komisiji, ki jo imenuje minister, pristojen za zdravje, v skladu z zakonom, ki ureja izvrševanje kazenskih sankcij ";
* besedilo "bremenijo Zavod za zdravstveno zavarovanje" nadomesti z besedilom "bremenijo proračun".

1. **člen**

**(Zakon o delovnih in socialnih sodiščih)**

V Zakonu o delovnih in socialnih sodiščih (Uradni list RS, št. [2/04](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2004-01-0070), [10/04 – popr.](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2004-21-0016), [45/08](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2008-01-1979) – ZArbit, [45/08](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2008-01-1983) – ZPP-D, [47/10](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2010-01-2364) – odl. US, [43/12](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2012-01-1780) – odl. US in [10/17](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2017-01-0463) – ZPP-E) se v prvem odstavku 7. člena 2. točka spremeni tako, da se glasi:

"2. na področju OZZ:

a) o pravicah in drugih zahtevah iz OZZ, izjemnih odobritvah in posebnih pravicah do zdravstvenega varstva, o katerih se odloča na podlagi zakona, ki ureja zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje, ter plačevanju prispevkov in zdravstvenega nadomestila za OZZ;".

1. **poglavje**

**KONČNE DOLOČBE**

1. **člen**

**(prenehanje veljavnosti predpisov in splošnih aktov Zavoda)**

1. Z dnem uveljavitve tega zakona prenehajo veljati:
2. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, [114/06](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2006-01-4833) – ZUTPG, [91/07](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2007-01-4489), [76/08](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2008-01-3348), [62/10](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2010-01-3387) – ZUPJS, [87/11](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2011-01-3723), [40/12](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2012-01-1700) – ZUJF, [21/13](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2013-01-0785) – ZUTD-A, [91/13](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2013-01-3306), [99/13](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2013-01-3548) – ZUPJS-C, [99/13](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2013-01-3549) – ZSVarPre-C, [111/13](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2013-01-4125) – ZMEPIZ-1, [95/14](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2014-01-3951) – ZUJF-C in [47/15](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2015-01-1930) – ZZSDT);
3. Sklep o sestavi in načinu dela Sveta za zdravje Republike Slovenije (Uradni list RS, št. [97/00](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2000-01-4074));
4. Odredba o seznamu zdravstvenih storitev, za katere se zahteva predhodna odobritev (Uradni list RS, št. [6/14](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2014-01-0127));
5. Odredba o določitvi seznama medicinskih pripomočkov, pri katerih je potrebna timska obravnava zavarovane osebe, individualna izdelava in individualna aplikacija (Uradni list RS, št. [19/15](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2015-01-0727)).
6. Z dnem uveljavitve tega zakona prenehajo veljati naslednji splošni akti Zavoda:
7. Statut Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (Uradni list RS, št. [87/01](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2001-01-4452) in [1/02 – popr.](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2002-21-0006));
8. Pravila OZZ (Uradni list RS, št. 30/03 – prečiščeno besedilo, 35/03 – popr., 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 – popr., 64/07, 33/08, 7/09, 88/09, 30/11, 49/12, 106/12, 99/13 – ZSVarPre-C, 25/14 in 85/14; v nadaljnjem besedilu: Pravila OZZ);
9. Pravilnik o obrazcu zdravniškega potrdila o upravičeni odsotnosti z naroka glavne obravnave ali drugega procesnega dejanja pred sodiščem (Uradni list RS, št. [118/08](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2008-01-5137));
10. Pravilnika o razvrščanju živil za posebne zdravstvene namene na listo (Uradni list RS, št. 110/10);
11. Sklep o določitvi odstotkov vrednosti zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. [1/13](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2013-01-0006));
12. Pravilnika o razvrščanju zdravil na listo (Uradni list RS, št. 35/13);
13. Pravilnik o obrazcih in listinah za uresničevanje OZZ (Uradni list RS, št. [104/13](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2013-01-3779), [8/15](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2015-01-0228) in 1/16);
14. Pravilnik o kartici zdravstvenega zavarovanja, profesionalni kartici in pooblastilih za branje in zapisovanje podatkov v zalednem sistemu (Uradni list RS, št. 12/17);
15. Sklep o določitvi seznama zahtevnejših medicinsko tehničnih pripomočkov, o upravičenosti katerih z odločbo odloča imenovani zdravnik Zavoda št. 9001-15/2007-DI/2, Sklep o spremembah in dopolnitvah Sklepa št. 9001-15/2007-DI/2, št. 9001-24/2008-DI/7, Sklep o spremembah in dopolnitvah Sklepa št. 9001-15/2007-DI/2, št. 9001-36/2009-DI/4 in Sklep o spremembah in dopolnitvah Sklepa št. 9001-15/2007-DI/2, št. 9001-6/2014-DI/10;
16. Sklep o kriterijih za dodelitev psa vodiča slepih, št. 9001-16/2011-DI/8 z dne 19. 5. 2011 in št. 9001-10/2013-DI/16 z dne 16. 10. 2013;
17. Pravilnik o vsebini preizkusa psa vodiča slepih, št. 5504-44/2005/11 z dne 13. 9. 2005;
18. Sklep o določitvi seznama pooblaščenih zdravnikov za predpisovanje medicinskih pripomočkov, št. 9001-8/2014-DI/12 z dne 13. 5. 2014, s spremembami in dopolnitvami št. 9001-12/2014-DI/12 z dne 18. 6. 2014, št. 9001-21/2014-DI/10 z dne 20. 11. 2014, št. 9001-23/2014-DI/6 z dne 8. 12. 2014, št. 9001-8/2015-DI/7 z dne 26. 2. 2015, št. 9001-12/2015-DI/8 z dne 5. 5. 2015, št. 9001-14/2015-DI/9 z dne 18. 6. 2015, št. 9001-1/2016-DI/11 z dne 25. 1. 2016, št. 9001-18/2016-DI/10 z dne 15. 9. 2016 in št. 9001-19/2016-DI/13 z dne 17. 10. 2016.
19. Minister in Zavod izdata podzakonske akte po tem zakonu v enem letu od dneva uveljavitve tega zakona.
20. Do uveljavitve podzakonskih aktov se uporabljajo podzakonski akti, izdani na podlagi Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, [114/06](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2006-01-4833) – ZUTPG, [91/07](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2007-01-4489), [76/08](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2008-01-3348), [62/10](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2010-01-3387) – ZUPJS, [87/11](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2011-01-3723), [40/12](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2012-01-1700) – ZUJF, [21/13](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2013-01-0785) – ZUTD-A, [91/13](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2013-01-3306), [99/13](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2013-01-3548) – ZUPJS-C, [99/13](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2013-01-3549) – ZSVarPre-C, [111/13](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2013-01-4125) – ZMEPIZ-1, [95/14](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2014-01-3951) – ZUJF-C in [47/15](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2015-01-1930) – ZZSDT), v kolikor niso v nasprotju s tem zakonom.
21. **člen**

**(veljavnost Dogovora o preskrbi z medicinskimi in tehničnimi pripomočki)**

Z dnem uveljavitve tega zakona prenehajo veljati Dogovor o preskrbi z medicinskimi in tehničnimi pripomočki za obdobje 2009 – 2011, št. 1721-17/2009-DI/1, z dne 14. 7. 2009, z Aneksom št. 1, št. 1721-17/2009-DI/2, z dne 21. 1. 2011.

1. **člen**

**(začetek veljavnosti)**

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

**III. OBRAZLOŽITVE ČLENOV**

**K 1. členu (vsebina zakona)**

Člen opredeljuje vsebine, ki jih zakon ureja. Zakon ureja sistem javnega zdravstvenega varstva, posebej del, ki se nanaša na OZZ. Prav tako opredeljuje proistojnosti in odgovornosti, ki jih v sklopu zagotavljanja zdavstvenega varstva ima Republika Slovenija in lokalne skupnosti.

**K 2. členu (direktive in uredbi Evropske unije)**

Člen navaja direktive, ki se z določbami tega zakona implementirajo v nacionalni pravni red. Zakon podrobneje predvideva tudi izvedbene doočbe dveh Uredb Evropske unije.

**K 3. členu (pomen izrazov)**

Člen razlaga pomen izrazov, na katere se nanašajo določila tega zakona. Pomen posameznega izraza upošteva njegovo strokovno definicijo, kadar le-ta obstaja, njegov prvenstveni namen pa je izraz opisati tako, da zajema vse pomene, ki jih zajemajo zakonska določila, ki se nanašajo na ta izraz.

**K 4. členu (definicija zdravstvenega varstva)**

Zdravstveno varstvo predstavlja skupek družbenih in individualnih aktivnosti in ukrepov na področju krepitve zdravja, preprečevanja, odkrivanja in zdravljenja nastale bolezni. Prav tako v sklop zdravstvenega varstva sodi zdravstvena nega in rehabilitacija ter paliativna oskrba.

**K 5. členu (temeljna načela sistema zdravstvenega varstva)**

Člen našteva in opisuje sedem načel, na katerih temelji zdravstveno varstvo: univerzalnost, solidarnost, enakost, dostopnost, kakovost in na posameznika osredotočena zdravstvena obravnava.

Pojem univerzalnosti v OZZ pomeni popolno pokrivanje prebivalstva z zdravstvenim zavarovanjem in posledično dostopnost do zdravstvenih pravic, ki jih zavarovanje nudi, za vse prebivalce, vendar se je temu cilju mogoče približati le v idealnem primeru, saj je v vsakem trenutku nekaj ljudi iz različnih razlogov vsaj kratek čas nezavarovanih, na primer ob spremembi zaposlitve.

Solidarnost je v tem zakonu mišljena kot ekonomska solidarnost, torej solidarnost med ljudmi z različnimi ekonomskimi zmožnosti, ki prispevajo za zdravstveno zavarovanje v skladu v skladu svojimi ekonomskimi zmožnostmi, deležni pa so vseh zdravstvenih storitev, ki jih potrebujejo.

Načelo enakosti zagotavlja pacientov enako dostopnost do zdavstvenih storitev, zdravil in medicisnkih pripomočkov.

Načelo dostopnosti se nanaša na enakomerno razporejenost kapacitet zdravstvenega sistema po celotnem območju Republike Slovenije, z namenom, da je pacientom zagotovljena dostopnost do zdravstvenih storitev. Geografska oddaljenost zdravstvenih storitev za pacienta ne sme predstavljati prekomerne finančne obremenitve.

Načelo kakovosti pomeni dolžnost izvajanja zdravstvenih storitev v skladu z zadnjimi dognanji medicinske stroke. Na ravni posameznika pomeni to individualno načrtovanje zdravljenja.

Načelo na posameznika osredotočene obravnave pomeni približanje zdravljenja posameznim karakteristikam pacienta.

**K 6. členu (temeljni cilj sistema zdravstvenega varstva)**

Določba opredeljuje temeljni cilj, ki ga zasledujejo rešitve zakona na področju zagotavljanja zdravstvenega varstva. Rešitve zakona so usmerjene v zagotovitev najvišje možne stopnje zdravja prebivalstva. Aktivnosti, ki bodo prispevale k zasledovanemu cilju so med vključitev v sistem OZZ ter posledično manjše tveganje za nastanek finančnega tveganja, ki bi rezultiral v slabšem zdravstvenem stanju posameznika. Nadalje med aktivnosti uvrščamo krepitev zdravja s poudarkom na promociji zdravja in preventivnih programih, razvoj zdravstvenih storitev, s poudarkom na realnih potrebah prebivalstva in zagotavljanje dostopnosti do zdravstvenih storitev ob upoštevanju finančne vzdržnosti zdravstvenega sistema.

**K 7. členu (naloge Republike Slovenije v sistemu zdravstvenega varstva)**

Člen zakona določa ključne naloge na področju zdravstvenega varstva, ki so v pristojnosti Republike Slovenije (v nadaljnjem besedilu: RS). Med te naloge sodijo načrtovanje, usklajevanje, spremljanje in vrednotenje sistema zdravstvenega varstva ter sprejemanje predpisov in nadzor nad njihovimi izvajanjem. Člen zavezuje vse vladne resorje, da v okviru svojih pristojnosti s svojimi politikami in ukrepi vplivajo na determinante zdravja s ciljem zagotavljanja pogojev za izboljanje zdravja prebivalcev in zmanjševanja neenakosti v zdravju. Člen zavezuje k spremljanju dostopnosti prebivalcev do zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja in k oblikovanju učinkovitih ukrepov za vključevanje nezavarovanih oseb in zmanjševanje razlik v dostopnosti vključno z zagotavljanjem dodatnih sredstev za izvajanje primarnega zdravstvenega varstva na demografsko ogroženih območjih. Ena od ključnih nalog na področju zdravstvenega varstva je urejanje sistema OZZ, njegovo financiranje in nadzor nad njegovim delovanjem, vklučno z urejanjem sistema prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj. Novost v zakonu je določilo o nalogi usmerjanja in določitvi obveznosti lokalnih skupnosti in delodajalcev pri ohranjanju in krepitvi zdravja ter obveza podpore izvajanju skupnostnega pristopa na področju preventive, saj je za učinkovitost preventivne dejavnosti pomembno, da se njene aktivnosti izvajajo tudi izven zdravstvene dejavnosti. Zakon določa tudi načrtovanje in zagotavljanje razvoja ter kontinuiranega usposabljanja zdravstvenih delavcev vseh profilov in na vseh ravneh zdravstvenega varstva z namenom razvijanja na posameznika osredotočene zdravstvene oskrbe, kar je ključnega pomena za dologoročno načrtovanje kadrov ter kakovostno in varno zdravstveno obravnavo. V zakonu je določeno, da RS zagotavlja finančna sredstva za naloge iz svoje pristojnosti, ki so določene s predpisi.

V členu so naštete naloge, ki jih RS financira iz državnega proračuna. Iz državnega proračuna se financira izvajanje javne službe na področju javnega zdravja, kot jo opredeljuje zakon, ki ureja zdravstveno dejavnost. Vsebina nalog in obseg financiranja se določita v letnem programu in med pomembne nove naloge na tem področju se uvrščajo akrivnosti za strokovno podporo izvajanju programov promocije zdravja na delovnem mestu s ciljem povečanja funkcionalne sposobnosti zaposlenih v luči podaljševanja delovne dobe, zmanjševanja absentizma ter preprečevannja in obvladovanja kroničnih bolezni. S sredstvi državnega prračuna se financira načrtovanje, izvajanje, spremljanje in vrednotenje zdravstvenih ukrepov ob naravnih nesrečah in grožnjah zdravju, ki so v interesu varovanja javnega zdravja (biološki, kemični, radiološki in drugi vplivi, ki ogrožajo javno zdravje), ter drugih izrednih razmerah. Na področju javnega zdravja člen določa, da se s sredstvi državnega proračuna financira sofinanciranje nevladnih in neprofitnih organizacij ter druge aktivnosti, s katerimi se uresničujejo cilji sprejetih strateških dokumentov.

**K 8. členu (naloge lokalnih skupnosti v sistemu zdravstvenega varstva)**

Člen določa naloge lokalne skupnosti v sistemu zdravstvenega varstva med katerimi so načrtovanje ukrepov za ohranjanje zdravja in zmanjševanje neenakosti v zdravju s ciljem izboljševanja kazalnikov zdravja v občinah. Lokalne skupnosti so zavezane k izvajanju skupnostnega pristopa, ki pomeni tesno sodelovanje primarnega zdravstvenega varstva z drugimi pristojnim inštitucijami in nevladnimi organizacijam s ciljem krepitve zdravja in zmanjševanja neenakosti v zdravju. Lokalna skupnost zagotavlja zdravstveno varstvo pripadnikov Civilne zaščite ter gasilskih in drugih splošnih reševalnih služb ter zagotavlja sredstva iz proračuna za te namene. Lokalna skupnost ustanavlja javne zdravstvene zavode na primarni ravni ter zagotavlja sredstva iz proračuna za investicije in druge obveznosti, določene z zakonom. Lokalna skupnost zagotavlja sredstva iz proračuna za plačilo prispevkov za skupine zavarovancev, ki jih določa ta zakon.

**K 9. členu (Svet za zdravje)**

Svet za zdravje je organ Vlade, zadolžen za medresorsko koordiniranje in usklajevanje na področju zdravstvenega varstva. Njegova naloga je spremljati in vrednotiti vplive regulatornih in drugih aktivnosti vladnih resorjev, ki bi utegnili imeti vpliv na zdravje prebivalstva ali skupin ljudi, predlagati ukrepe, ki bi odpravljali negativne učinke teh politik na zdravje, ter dajati pobude vladnim resorjem za ukrepe z njihovega področja, ki bi prispevali k izboljševanju zdravja prebivalstva.

**K 10. členu (nacionalni program)**

Člen opredeljuje nacionalni plan zdravstvenega varstva kot ključni strateški dokument sistema zdravstvenega varstva, ki načrtuje zdravstveno politiko za srednjeročno obdobje 5 in 10 let. Nacionalni plan na podlagi analize zdravstvenega stanja prebivalstva, potreb prebivalstva po zdravstvenem varstvu in zmogljivosti sistema zdravstvenega varstva določi strategijo razvoja zdravstvenega varstva, njegove temeljne usmeritve, cilje in prioritete, iz njih izhajajoče ukrepe in aktivnosti ter razvojne usmeritve na posamezni ravni in po posamezni vrsti zdravstvene dejavnosti. Nacionalni plan je podlaga za pripravo akcijskega načrta zdravstvenega varstva.

Predlog nacionalnega programa pripravi ministrstvo, pristojno za zdravje (v nadaljnjem besedilu: ministrstvo) do 30. aprila v letu, v katerem se izteče prejšnji petletni program.

Člen ne navaja institucij, ki sodelujejo pri pripravi nacionalnega programa, saj bi njihovo naštevanje lahko celo zožilo njihov nabor. Izbor je prepuščen ministrstvu, vendar je samoumevno, da mora pri pripravi tega strateškega dokumenta sodelovati z vsemi deležniki v zdravstvenem sistemu in izven njega, ki mu lahko posredujejo potrebno znanje, izkušnje, podatke in analize, z nosilci in izvajalci tekoče zdravstvene politike, z drugimi vladnimi resorji in s predstavniki uporabnikov.

**K 11. členu (akcijski načrt zdravstvenega varstva)**

Akcijski načrt je izvedbeni dokument, ki na izhodiščih ekonomske, zdravstvene in socialne politike ter makroekonomskih izhodiščih Vlade RS začrtuje na ravni države potrebne aktivnosti in ukrepe za uresničevanje nacionalnega programa ter krovne usmeritve glede vsebine, količine in vrste storitev ali programov iz OZZ po ravneh in vrstah zdravstvene dejavnosti. Pripravi se vsako leto za naslednji dve leti.

Predlog Akcijskega načrta pripravi ministrstvo v sodelovanju z Zavodom, NIJZ in Zdravstvenim svetom ter na podlagi predlogov in mnenj pristojnih zbornic s področja zdravstvene dejavnosti, združenj izvajalcev in združenj uporabnikov.

Priprava akcijskega načrta je ključno obdobje za dogovarjanja med plačnikom in izvajalci, saj se z njim začrta obseg programov po ravneh in vrstah zdravstvene dejavnosti. Pri tem so vsi sodelujoči pri dogovarjanju dolžni upoštevati okvir, ki ga je za razvoj posamezne dejavnosti predvidel nacionalni program. Končno vsebino akcijskega načrta določi minister.

**K 12. členu (OZZ)**

Člen definira OZZ kot socialno zavarovanje oseb pod pogoji, ki jih določa ta zakon, za finančna tveganja zaradi bolezni in poškodb ter za preventivne storitve in programe na področju varovanja zdravja in preprečevanja bolezni in poškodb. Določa tudi, da se OZZ izvaja kot javna služba.

**K 13. členu (obseg OZZ)**

Člen opredeljuje obseg OZZ. OZZ obsega zavarovanja za splošna tveganja in za poklicna tveganja. Med zavarovanja za splošna tveganja sodi zavarovanje za bolezni in poškodbe izven dela ter zavarovanje za preventivne zdravstvene programe. Zavarovanja za poklicna tveganja pa obsegajo zavarovanje za poškodbe pri delu, poklicne bolezni ter ugotavljanje poklicnih bolezni in zavarovanje za preventivni zdravstveni program, ki se izvaja na delovnem mestu.

Člen definira tudi obseg kritja za zgoraj navedena zavarovanja. OZZ krije stroške zdravstvene obravnave osebe in z njo povezanih storitev, kamor v primeru zavarovanja za poklicne bolezni sodi tudi postopek ugotavljanja poškodb pri delu in poklicnih bolezni. OZZ za splošna tveganja krije stroške preventivnih zdravstvenih programov za splošno populacijo, OZZ za poklicna tveganja pa krije stroške preventivnega zdravstvenega programa za delavce, ki prispeva k zmanjšanju bolniškega staleža in pojavnosti dejavnikov tveganja za kronične bolezni ter obolevnosti za kronične bolezni. OZZ krije tudi izplačilo denarnih dajatev.

**K 14. členu (temeljna načela OZZ)**

Temeljna načela OZZ so načelo obveznosti, solidarnosti, nepridobitnosti, načelo zaščite pravic in zaščita javnega interesa, načelo stalnega napredka kakovosti OZZ ter načelo učinkovitosti in gospodarnosti OZZ.

**K 15. členu (načelo obveznosti)**

V OZZ je krog oseb, ki potrebujejo zaščito in so temu primerno vključene v OZZ opredeljen z zakonom. Ker gre za jasno določene kategorije zavarovanih oseb, zanje že po samem zakonu nastanejo jasne pravice, pa tudi obveznosti. V sistem obveznega zavarovanje so v skladu s tem zakonom vključeni vsi državljani Republike Slovenije s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji ter pod pogoji, ki jih določa ta zakon tudi druge osebe.

**K 16. členu (načelo solidarnosti)**

Sistem OZZ pomeni vzdrževanje skupnosti oziroma množice zavarovanih oseb, med njimi gre tudi za zavestno prerazporeditev rizika, in sicer na temelju zagotavljanja solidarnosti med posamezniki, ki so vključeni v OZZ.

**K 17. členu (načelo nepridobitnosti)**

Omenjeno načelo pomeni izvajanje OZZna način, da cilj izvajanja ne sme biti ustvarjanje dobička.

**K 18. členu (načelo zaščite pravic in zaščite javnega interesa)**

Načelo zaščite pravic zavarovanih oseb in zaščite javnega interesa se uresničuje z ukrepi, ki omogočajo, da interes zavarovanih oseb, utemeljen na pravični dostopnosti, predstavlja temelj sistema OZZ.

**K 19. členu (načelo stalnega napredka kakovosti OZZ)**

Omenjeno načelo se uresničuje tako, da se pri izvajanju zavarovanja teži k spremljanju sodobnih dosežkov na področju zavarovanj in se zagotavlja ter izvaja ukrepe, ki omogočajo učinkovito uveljavljenje pravic iz OZZ.

**K 20. členu (načelo učinkovitosti in gospodarnosti OZZ)**

Obe načeli se v sklopu izvajanja OZZ uresničujeta na način, da se zagotavlja najvišja kakosvost zdravstvenih storitev, dravil in medicnskih pripomočkov ter, da Zavod in izvajalci zdravstvene dejavnosti slednjo izvajajo z gospodarno uporabo finančnih in drugih sredstev.

**K 21. členu (razmerje med obveznim in prostovoljnim zavarovanjem)**

Člen definira prostovoljno zavarovanje in določa njegov odnos z OZZ. Določa, da oseba ne more terjati povračila stroškov iz obveznega zavarovana za storitve, ki so sicer pravica iz OZZ, vendar jih je uveljavila v okviru prostovoljnega zavarovanja. Do take okoliščine pride zlasti v primeru, ko oseba zaradi daljše čakalne dobe opravi storitev v okviru prostovoljnega zavarovanja, ker mu le-to nudi krajšo čakalno dobo ali izbiro drugega izvajalca doma ali v tujini. Oseba, ki kljub OZZuveljavlja storitev v okviru prostovoljnega zavarovanja, namreč izrablja prednost, ki ji ga to zavarovanje daje: krajšo čakalno dobo ali širši izbor izvajalcev. Če bi na tak način opravljeno storitev krilo OZZ, bi to pomenilo preskakovanje čakalne vrste v javnem sistemu.

Zaradi prostovoljnega zavarovanja oseba ni izločena iz OZZ, kar pomeni, da lahko kadarkoli nadaljuje zdravstveno obravnavo istega ali drugega zdravstvenega stanja v javni zdravstveni mreži na račun OZZ.

**K 22. členu (zavarovane osebe)**

Krog oseb, zavarovanih v obveznem zdravstvenem zavarovanju, je določen v členih 23. do 37. Zavarovane osebe so obvezno zdravstveno zavarovane neodvisno od njihove volje. Obveznost zavarovanja veže zakon na obstoj določenega razmerja, dejavnosti, pravice ali dejstva, zato zakon opredeljuje pravno razmerje, ki je podlaga za zavarovanje. Zavarovanec je izraz za osebe, ki so obvezno zavarovane po določbah 23. do 35. člena zakona, iz naslova delovnega razmerja, opravljanja dejavnosti, pravice, statusa in drugih pravnih razmerij. Zavarovana oseba pa je skupen izraz za zavarovance in njihove družinske člane, za katere zakon določa obveznost zavarovanja kot družinski član.

S predlagano določbo drugega odstavka 22. člena se ureja predvsem zavarovanje oseb iz 23., 24., 25., 26. in 27. člena tega zakona, kadar se te osebe gibljejo znotraj držav članic. Koordinacija sistemov socialne varnosti je pomembno področje sodelovanja med državami članicami. Na področju urejanja socialne varnosti se od 1. 1. 2010 uporabljata Uredba 833/2004/ES in Uredba 987/2009/ES, ki med drugim opredeljujeta »določitev zakonodaje, ki se uporablja«, kadar je oseba zaposlena oziroma opravlja dejavnost v dveh ali več državah članicah Evropske unije (v nadaljnjem besedilu: EU), Evropskega gospodarskega prostora (v nadaljnjem besedilu: EGP), in Švicarski konfederaciji. V skladu z navedenima uredbama smo zavarovani samo po zakonodaji ene države članice. Za zaposlene in samozaposlene osebe se navadno uporablja zakonodaja države članice, v kateri delujejo (načelo: lex loci laboris). Tudi za osebe, ki prejemajo določene kratkoročne denarne dajatve, na podlagi svoje zaposlitve ali samozaposlitve, se uporablja zakonodaja države članice, v kateri delujejo. Za vse druge osebe se uporablja zakonodaja države članice stalnega prebivališča (lex domicilii). V posebnih okoliščinah pa se uporabljajo druga merila, in sicer takrat, ko oseba dela v dveh ali več državah članicah, ter nekaterih kategorijah delavcev, kot so javni uslužbenci. Sočasne aktivnosti se nanašajo na situacijo, ko je zavarovana oseba zaposlena ali opravlja dejavnost v RS in je hkrati zaposlena ali pa opravlja dejavnost v dveh ali več državah članicah EU, EGP in Švicarski konfederaciji. Usklajevanje temelji na načelu uporabe ene zakonodaje, v našem primeru slovenske zakonodaje s področja socialne varnosti, vključno s tem zakonom, v primeru zaposlitve oziroma opravljanja dejavnosti v dveh ali več državah članicah, in sicer v primerih, ki jih opredeljujejo gornja določila uredb. Gre za primere, ko:

* oseba znaten del dejavnosti, tj. vsaj 25 %, opravlja v državi prebivališča, zato veljajo zanjo predpisi te države.
* oseba dela za več delodajalcev, ki imajo sedež v različnih državah, zato velja zanjo zakonodaja države prebivališča, tudi če v njej ne opravlja znatnega dela dejavnosti.
* je oseba samozaposlena in v državi prebivališča ne opravlja dobršnega dela svoje dejavnosti, zato zanjo veljajo predpisi države, v kateri je središče njene dejavnosti.
* je oseba hkrati zaposlena in samozaposlena v različnih državah, zato se oseba zavaruje v državi, v kateri je zaposlena.

Podrobnejši kriteriji, v katerih primerih se v skladu s pravnim redom EU uporabi zakonodaja RS, določata 13. člen Uredbe 833/2004/ES in 14. člen Uredbe 987/2009/ES, kar je podrobneje obrazloženo tudi v "Praktičnem vodniku o zakonodaji, ki se uporablja v Evropski uniji (EU), Evropskem gospodarskem prostoru (EGP) in Švici (december 2013)".

**K 23. členu (osebe v delovnem razmerju)**

V RS so obvezno zavarovani delavci v delovnem razmerju na območju RS, izvoljeni ali imenovani nosilci javne ali druge funkcije v organih zakonodajne, izvršilne ali sodne oblasti v RS ali v organih lokalne samouprave in prejemajo za to funkcijo plačo. Prav tako so zavarovani delavci v delovnem razmerju pri delodajalcu s sedežem v RS, ki so poslani na delo v tujino in ki niso obvezno zavarovani po predpisih države, v katero so poslani, če z mednarodno pogodbo ni drugače določeno, kot tudi delavci v mednarodnih organizacijah in ustanovah ter diplomatskih in konzularnih predstavništvih na območju RS.

Delovno razmerje je opredeljeno v 4. členu Zakona o delovnih razmerjih (Uradni list RS, št. 21/13, 78/13 – popr., 47/15 – ZZSDT, 33/16 – PZ-F, 52/16 in 15/17 – odl. US; v nadaljnjem besedilu ZDR-1). Gre za razmerje med delavcem in delodajalcem, v katerem se delavec prostovoljno vključi v organiziran delovni proces delodajalca in v njem za plačilo, osebno in nepretrgano opravlja delo po navodilih in pod nadzorom delodajalca. Delavec je vsaka fizična oseba, ki je v delovnem razmerju na podlagi sklenjene pogodbe o zaposlitvi. Delodajalec je pravna in fizična oseba ter drug subjekt, kot je državni organ, lokalna skupnost, podružnica tujega podjetja ter diplomatsko in konzularno predstavništvo, ki zaposluje delavca na podlagi pogodbe o zaposlitvi.

Obvezno socialno zavarovanje nastopi z datumom nastopa dela, ki je določen v pogodbi o zaposlitvi. Če datum nastopa dela ni določen, se kot datum nastopa dela šteje datum sklenitve pogodbe o zaposlitvi. To velja tudi v primeru, če delavec tega dne iz opravičenih razlogov dejansko ne začne opravljati dela.

S sklenitvijo delovnega razmerja po zakonu nastopi obveznost vključitve v obvezna socialnega zavarovanja, ki traja do prenehanja pogodbe o zaposlitvi. Zakon določa izjemo v primeru nastopa suspenza pogodbe o zaposlitvi, ki nastopi po predpisih o delovnih razmerjih. Ker med suspenzom pogodbe o zaposlitvi mirujejo pravice in obveznosti iz delovnega razmerja, je v tem času določena prekinitev obveznega socialnega zavarovanja. Enaka ureditev je določena tudi v pokojninskem in invalidskem zavarovanju in zavarovanju za primer brezposelnosti.

Na obveznost zavarovanja ne vpliva dejstvo, ali je pogodba o zaposlitvi sklenjena za določen ali nedoločen čas, prav tako ne oblika delovnega časa (krajši ali polni delovni čas) in tudi ne višina plače, ki jo delavec prejema za opravljanje svojega dela.

Obveznost zavarovanja je določena tudi za osebe, ki niso v klasičnem delovnem razmerju, so pa kot nosilci družbene ali javne funkcije v RS po svojem družbeno-ekonomskem položaju izenačene z osebami v delovnem razmerju pod pogojem, da za to funkcijo prejemajo plačo. S tem je določena pravna podlaga za OZZ funkcionarjev zakonodajne, izvršilne in sodne veje oblasti ter funkcionarjev v organih lokalne samouprave.

Obvezno so zavarovani tudi delavci, ki so v delovnem razmerju pri delodajalcu s sedežem v RS in so poslani na delo v tujino, če niso obvezno zavarovani po predpisih države, v katero so poslani in ni z mednarodnim sporazumom drugače določeno. Trajanje napotitve je odvisno od potreb delodajalca in države, v katero je delavec napoten. Če je delavec napoten v drugo državo članico EU , EGP, Švicarsko konfederacijo ali v državo, s katero ima RS sklenjen mednarodni sporazum, je obdobje napotitve časovno omejeno. Če je delavec napoten v državo, s katero RS nima sklenjenega mednarodnega socialnega sporazuma, trajanje napotitve ni časovno omejeno.

OZZ se zagotavlja tudi osebam s prijavljenim prebivališčem v RS, ki so zaposleni v tujini, pa tam niso obvezno zdravstveno zavarovani. Osebam, ki se zaposlijo v tujini, dejansko pa bivajo v RS, jim v drugi državi ni omogočena vključitev v OZZ bodisi iz razloga, da takšnega sistema ne poznajo, bodisi da presegajo cenzus za vključitev v OZZ.

**K 24. členu (samozaposlene osebe)**

Med samozaposlene osebe sodijo osebe, ki samostojno opravljajo pridobitno dejavnost in osebe, ki samostojno opravljajo drugo dovoljeno dejavnost.

Osebe, ki opravljajo pridobitno dejavnost so samostojni podjetniki posamezniki, med osebe, ki samostojno opravljajo drugo dovoljeno dejavnost pa sodijo osebe, ki opravljajo dejavnost kot poklic, kot na primer osebe, ki opravljajo umetniško ali drugo kulturno dejavnost, dejavnost na področju medijev, dejavnost s področja zdravstva ali socialne varnosti, odvetniško ali notarsko dejavnost in drugo dovoljeno dejavnost.

Osebe, ki opravljajo pridobitno ali drugo dovoljeno dejavnost, pridobijo status samozaposlene osebe z vpisom v predpisan vpisnik oziroma register. OZZ praviloma traja od vpisa do izbrisa iz registra. Obveznost zavarovanja preneha pred prenehanjem statusa samozaposlene osebe, če oseba sklene delovno razmerje s polnim delovnim časom (prednostni vrstni red zavarovanja), z dnem, ko postane odločba o ugotovljeni I. kategoriji invalidnosti ali o pridobitvi pravice do invalidske pokojnine pravnomočna (drugi odstavek 39. člena zakona) oziroma z dnem pred začetkom osebnega stečaja po zakonu o finančnem poslovanju, postopkih zaradi insolventnosti in prisilnem prenehanju (387. člen ZFPPIPP).

Samozaposlena oseba se obvezno zavaruje za razliko po polnega delovnega oziroma zavarovalnega časa, če je v delovnem razmerju s krajšim delovnim časom, če je pridobila pravico do delne pokojnine oziroma pravico do sorazmernega dela pokojnine ali pravico do dela s krajšim delovnim časom od polnega po predpisih o starševskem varstvu.

**K 25. členu (družbeniki in ustanovitelji, ki so poslovodne osebe)**

Obvezno se zavarujejo osebe, ki so družbeniki osebnih družb, družbeniki družb z omejeno odgovornostjo in ustanovitelji zavodov v RS, ki so hkrati poslovodne osebe v družbi oziroma zavodu.

Obveznost zavarovanja nastopi z dnem vpisa kot družbenik družbe in poslovodna oseba v predpisan register oziroma kot ustanovitelj zavoda in poslovodna oseba v predpisan register. OZZ traja do dne izbrisa kot družbenik družbe oziroma ustanovitelj zavoda ali poslovodna oseba iz predpisanega registra. Obveznost zavarovanja preneha pred izbrisom iz predpisanega, če oseba sklene delovno razmerje s polnim delovnim časom (prednostni vrstni red zavarovanja) ali z dnem, ko postane odločba o ugotovljeni I. kategoriji invalidnosti ali o pridobitvi pravice do invalidske pokojnine pravnomočna (drugi odstavek 39. člena zakona).

Glede na prednostni vrsti red zavarovanja, se družbenik oziroma ustanovitelj, ki je poslovodna oseba, obvezno zavaruje le, če ni prednostno zavarovan iz naslova delovnega razmerja za polni delovni čas ali kot samozaposlena oseba. Za razliko do polnega delovnega oziroma zavarovalnega časa pa se zavaruje, če je v delovnem razmerju s krajšim delovnim časom, če je pridobil pravico do delne pokojnine oziroma pravico do sorazmernega dela pokojnine ali pravico do dela s krajšim delovnim časom od polnega po predpisih o starševskem varstvu (prednostni vrstni red zavarovanja).

**K 26. členu (osebe, ki opravljajo kmetijsko dejavnost)**

Nosilec in člani kmetije se iz naslova opravljanja kmetijske in kmetijsko gozdarske dejavnosti obvezno zdravstveno zavarujejo, če so iz tega naslova obvezno ali prostovoljno vključeni v pokojninsko in invalidsko zavarovanje. Pogoj za vključitev v pokojninsko in invalidsko zavarovanje je izpolnjen, če nosilec ali član kmetije izkaže zdravstveno sposobnost, se ne šola in ni uživalec starostne, predčasne ali invalidske pokojnine. Poleg navedenih pogojev mora nosilec oziroma član kmetije izpolnjevati tudi predpisan premoženjski cenzus. Cenzus za vstop v obvezno pokojninsko in invalidsko zavarovanje je izpolnjen, če dohodek kmetije iz kmetijske dejavnosti na zavarovanega člana presega znesek, ki ga določi minister, pristojen za kmetijstvo. Če je cenzus manjši od predpisanega zneska, se član kmetijskega gospodarstva lahko prostovoljno vključi v pokojninsko in invalidsko zavarovanje.

Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju določa, da je obvezno zavarovana tudi fizična oseba, ki je vpisana v evidenco ribičev – fizičnih oseb in opravlja dejavnost gospodarskega ribolova pod pogoji in na način, določen s predpisi o morskem ribištvu, dohodek, dosežen z gospodarskim ribolovom pa se šteje kot dohodek iz kmetijske dejavnosti, in je iz tega naslova vključena v obvezno ali prostovoljno pokojninsko in invalidsko zavarovanje.

Glede na prednostni vrsti red zavarovanja, se nosilec oziroma član kmetije zavaruje iz naslova opravljanja kmetijske dejavnosti, če ni zavarovan iz naslova delovnega razmerja za polni delovni čas, kot samozaposlena oseba ali družbenik oziroma ustanovitelj, ki je poslovodna oseba. Obveznost zavarovanja preneha, če oseba sklene delovno razmerje s polnim delovnim časom (prednostni vrstni red zavarovanja) ali z dnem, ko postane odločba o ugotovljeni I. kategoriji invalidnosti ali o pridobitvi pravice do invalidske pokojnine pravnomočna (drugi odstavek 37. člena zakona).

Oseba, ki opravlja kmetijsko dejavnost, se obvezno zavaruje za razliko po polnega delovnega oziroma zavarovalnega časa, če je v delovnem razmerju s krajšim delovnim časom ali je pridobila pravico do dela s krajšim delovnim časom od polnega po predpisih o starševskem varstvu in družinskih prejemkih (36. člen prednostni vrstni red zavarovanja).

V novem zakonu se izenačuje krog oseb, ki so obvezno zdravstveno zavarovani iz naslova opravljanja kmetijske dejavnosti, s krogom oseb, ki so obvezno ali prostovoljno pokojninsko in invalidsko zavarovane. Ukinja se kategorija kmetov, ki so le obvezno zdravstveno zavarovani in možnost zavarovanja za ožji obseg pravic kmetov, ki so prostovoljno pokojninsko in invalidsko zavarovani.

V trenutno veljavni ureditvi obstajajo tri osnovne kategorije oseb, ki opravljajo kmetijsko dejavnost (kmet, ki je obvezno pokojninsko in invalidsko zavarovan, kmet, ki je prostovoljno pokojninsko in invalidsko zavarovan ter kmet, ki je le obvezno zdravstveno zavarovan), za katere so predpisane najmanj tri različne osnove za plačilo prispevkov (zavarovalna osnova, ki je odvisna od dobička za kmete, ki so obvezno pokojninsko in invalidsko zavarovani, zavarovalna osnova za kmete, ki so prostovoljno pokojninsko in invalidsko zavarovani ter katastrski dohodek za kmete, ki so le obvezno zdravstveno zavarovani) ter štiri različne stopnje za plačilo prispevkov glede na obliko zavarovanja. Zakon za posamezno obliko zavarovanja določa tudi različen obseg pravic v obveznem zdravstvenem zavarovanju: širši obseg pravic, ki poleg pravice do zdravstvenih storitev in pravice do povračila potnih stroškov vključuje tudi pravico do nadomestila plače zaradi zadržanosti od dela in ožji obseg, ki vključuje le pravice do zdravstvenih storitev in pravice do povračila potnih stroškov. Pri osebah, ki so zgolj obvezno zdravstveno zavarovane, je posebej problematična ureditev plačevanja prispevkov. Osnovo za plačilo prispevka predstavlja katastrski dohodek iz kmetijske in gozdarske dejavnosti, iz naslova katerega se v povprečju plačuje približno 2 eura na mesec.

Predlog zakona izenačuje položaj vseh oseb, ki opravljajo kmetijsko dejavnost:

* z vidika enakega obsega pravic – po predlogu zakona so vsi kmetje obvezno zdravstveno zavarovani za vse pravice, vključno s pravico do nadomestila plače v primeru zadržanosti od dela zaradi bolezni, poškodbe, poškodbe pri delu, poklicen bolezni, nege ali spremstva;
* z vidika enakih pogojev za vključitev v zavarovanje – po veljavni ureditvi je pogoj za vključitev le v OZZ obstoj premoženjskega cenzusa, ki je predpisan z zakonom, ne upošteva pa se tudi dejstva ali za opravljanje del na kmetiji zmožna kot to določa predpis o pokojninskem in invalidskem zavarovanju. Ocenjuje se, da je primernejša ureditev v pokojninskem in invalidskem zavarovanju, po kateri se kmet obvezno zavaruje, če poleg premoženjskega cenzusa izkaže zdravstveno sposobnost za opravljanje kmetijske dejavnosti. Prav tako se ocenjuje, da je smotrno slediti pogojem v pokojninskem in invalidskem zavarovanju, v katerem je kmet izključen iz OZZ iz naslova opravljanja kmetijske dejavnosti, če se šola ali je pridobil pravico do pokojnine (17. člen ZPIZ-2).
* z vidika enake obremenitve plačila prispevkov - v predlogu je kot osnova za plačilo prispevkov določena enotna osnova, kot je določena v pokojninskem in invalidskem zavarovanju, prav tako je predvidena enaka stopnja zavarovanca na 6,36%.

S predlagano ureditvijo se spodbuja ekonomska samostojnost kmetov, ki bodo vključeni v obvezno pokojninsko in invalidsko ter zdravstveno zavarovanje in zavarovanje za starševsko varstvo. To jim omogoča upravičenje do pravic iz obveznih socialnih zavarovanj ob nastopu zavarovalnega primera kot denimo pravice do denarnega nadomestila v primeru bolezni, poškodbe, nege družinskega člana ali spremstva v obveznem zdravstvenem zavarovanju; pravic do denarnih dajatev v primeru starosti in invalidnosti po predpisih o pokojninskem in invalidskem zavarovanju in pravic iz naslova starševskega varstva po predpisih o starševskem varstvu in družinskih prejemkih.

**K 27. členu (osebe, ki opravljajo rejniško ali versko dejavnost)**

Rejništvo je posebna oblika varstva in vzgoje otrok, nameščenih v rejniško družino na podlagi zakona, ki ureja družinska razmerja ali drugega zakona, in je namenjeno otrokom, ki začasno ne morejo prebivati v biološki družini. Rejnik, ki želi izvajati rejniško dejavnost kot poklic, mora imeti dovoljenje in ne sme biti v delovnem razmerju, družbenik zasebne družbe ali zavoda v RS, ki je hkrati poslovodna oseba, opravljati druge dejavnosti, na podlagi katere je vključen v obvezno pokojninsko in invalidsko zavarovanje v skladu s predpisi, ki urejajo pokojninsko in invalidsko zavarovanje. Oseba, ki izvaja rejniško dejavnost kot poklic, je vpisana v register izvajanja rejniške dejavnosti kot poklic, ki ga vodi Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. Navedena kategorije oseb se od samozaposlenih oseb in oseb, ki opravljajo versko dejavnost, razlikuje po tem, da niso sami zavezanci za prijavo v zavarovanje temveč, da jih v OZZ prijavi Center za socialno delo. Ta sprememba je bila določena leta 2013 z uveljavitvijo Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (ZPIZ-2). Ker rejnik ne sme biti v delovnem razmerju, samozaposlen ali družbenik družbe ali zavoda, ki je hkrati poslovodna oseba, kombinacije obveznih zavarovanj kot so določene za samozaposlene osebe niso mogoče.

Za osebe, ki opravljajo versko dejavnost, ni predpisan vpis v vpisnik ali register, zato se pogoji za vključitev v OZZ ugotavljajo neposredno ob prijavi v zavarovanje. Po Zakonu o verski svobodi (Uradni list RS, št. [14/07](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2007-01-0599), [46/10](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2010-01-2334) – odl. US, [40/12](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2012-01-1700) – ZUJF in [100/13](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2013-01-3604)) je verski uslužbenec cerkve ali druge verske skupnosti pripadnik registrirane cerkve ali druge verske skupnosti, ki se v svoji verski skupnosti izključno in v celoti posveča versko-obredni, versko-dobrodelni, versko-izobraževalni in versko-organizacijski dejavnosti v skladu z ureditvijo, predpisi, zahtevano izobrazbo in pooblastili vrhovnega organa svoje cerkve oziroma druge verske skupnosti. Oseba, ki opravlja versko dejavnost, se mora obvezno zavarovati za razliko do polnega delovnega oziroma zavarovalnega časa, če je v delovnem razmerju s krajšim delovnim časom, če je pridobila pravico do delne pokojnine oziroma pravico do sorazmernega dela pokojnine ali pravico do dela s krajšim delovnim časom od polnega po predpisih o starševskem varstvu in družinskih prejemkih.

**K 28. členu (vojaki)**

Po zakonu o izvajanju vojaške službe je omogočeno služenje vojaškega roka naborniku na podlagi prostovoljne odločitve (62.č člen Zakona o izvajanju vojaške službe). Z izbranim kandidatom Ministrstvo za obrambo sklene pogodbo o prostovoljnem služenju vojaškega roka, ki je podlaga za vključitev v OZZ. OZZ traja do prenehanja pogodbe. Vojaki prostovoljci so v času prostovoljnega služenja vojaškega roka vključeni tudi v obvezno pokojninsko in invalidsko zavarovanje.

**K 29. členu (uživalci pravic)**

OZZ nastopi v primeru, da je oseba pridobila pravico, ki je podlaga za OZZ. Če je oseba pridobila dve ali več pravic, ki so podlaga za zavarovanje, se glede na prednostni vrstni red zavaruje iz naslova tiste pravice, ki je v zakonu prej navedena.

Uživalci pravic so naslednji:

1. Pravica do denarnega nadomestila po prenehanju OZZ

Oseba, ki ji je med začasno zadržanostjo od dela zaradi poklicne bolezni ali poškodbe pri delu prenehalo OZZ iz naslova delovnega razmerja, samozaposlitve, družbeništva in poslovodenja ali opravljanja kmetijske dejavnosti, je upravičena do denarnega nadomestila po prenehanju OZZ, če je razlog zadržanosti od dela poškodba pri delu ali poklicna bolezen. OZZ traja za čas priznane pravice do denarnega nadomestila.

2. Denarno nadomestilo za primer brezposelnosti

Obvezno je zavarovana oseba, ki je v skladu s predpisi, ki urejajo trg dela, upravičena do denarnega nadomestila za primer brezposelnosti. Brezposelni osebi pripada pravica do denarnega nadomestila, če je bila pred nastankom brezposelnosti določeno obdobje obvezno zavarovana za primer brezposelnosti in ji ni zavarovanje prenehalo po lastni volji ali krivdi. Pravico do denarnega nadomestila oseba pridobi s prvim naslednjim dnem po nastanku brezposelnosti, če pravico uveljavi v 30 dneh po prenehanju zavarovanja za primer brezposelnosti.

3. Pravice iz naslova starševskega varstva

Obvezno so zavarovane osebe, ki so v skladu s predpisi, ki urejajo starševsko varstvo, upravičene do pravice do starševskega nadomestila, pravice do starševskega nadomestila po prenehanju delovnega razmerja, pravice do dela s krajšim delovnim časom zaradi varstva in nege otroka za razliko do polnega delovnega časa, pravice do delnega plačila za izgubljeni dohodek ali pravice do plačila prispevkov za socialno varnost v primeru štirih ali več otrok.

Pravico do starševskega nadomestila imajo osebe, ki nimajo pravice do dopusta, če so bile zavarovane za starševsko varstvo najmanj 12 mesecev v zadnjih treh letih pred uveljavljanjem pravice do nadomestila. Pravico do starševskega nadomestila po prenehanju delovnega razmerja imajo osebe, ki jim je delovno razmerje prenehalo v času priznane pravice do dopusta. Pravico do plačila sorazmernega dela prispevkov in do dela s krajšim delovnim časom zaradi varstva in nege otroka za razliko do polnega delovnega časa imajo osebe v delovnem razmerju, samozaposlene osebe, družbeniki in poslovodne osebe ter kmetje do tretjega leta starosti otroka, če imajo dva ali več otrok, pa do končanega prvega razreda osnovne šole najmlajšega otroka. Če starš neguje ali varuje zmerno ali težje gibalno oviranega otroka ali otroka z zmerno ali težjo motnjo v duševnem razvoju, ima pravico do dela s krajšim delovnim časom od polnega do 18. leta starosti otroka. Pravico do plačila prispevkov v primeru štirih ali več otrok pa ima eden od staršev, ki zapusti trg dela zaradi nege in varstva štirih ali več otrok, s katerimi ima skupno stalno prebivališče v RS ter je bil zavarovan za starševsko varstvo vsaj 12 mesecev v zadnjih treh letih ali je bil iskalec zaposlitve v skladu z zakonom, ki ureja trg dela, vsaj 12 mesecev v zadnjih treh letih, do končanega prvega razreda osnovne šole najmlajšega otroka, v skladu s predpisi, ki urejajo osnovno šolo.

4. Družinski pomočnik in pravica do delnega plačila za izgubljeni dohodek

Institut družinskega pomočnika je pravica invalidne osebe do institucionalnega varstva, da lahko namesto celodnevnega institucionalnega varstva izbere družinskega pomočnika, ki mu nudi pomoč v domačem okolju. Status družinskega pomočnika se vzpostavi z odločbo o priznanju pravice do družinskega pomočnika in o izbiri družinskega pomočnika. O pravici do izbire družinskega pomočnika odloča invalidska komisija Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje.

Pri statusu družinskega pomočnika ne gre za vzpostavitev delovnega razmerja, kot ga ureja delovnopravna zakonodaja, zato tudi nima pravic iz delovnega razmerja (ni regresa, dopusta) in v tem razmerju tudi ni formalnega delodajalca. Družinski pomočnik je oseba, ki invalidni osebi nudi pomoč, ki jo potrebuje. To je lahko oseba, ki ima isto stalno prebivališče kot invalidna oseba, oziroma eden od družinskih članov invalidne osebe (denimo oče ali mati, sin ali hči, brat ali sestra, stric ali teta, stari oče ali stara mama). Oseba, ki namerava postati družinski pomočnik, se odjavi iz evidence brezposelnih oseb oziroma zapusti trg dela ali je v delovnem razmerju s krajšim delovnim časom od polnega delovnega časa.

Družinski pomočnik je obvezno zavarovan za čas, ko je upravičen do delnega plačila za izgubljeni dohodek. Ta pravica mu pripada od dneva izvršljivosti odločbe, s katero je ugodeno izbiri določene osebe za družinskega pomočnika. Če je izbrani družinski pomočnik zapustil trg dela ali se odjavil iz evidence brezposelnih oseb kasneje, pa mu pravica do delnega plačila za izgubljeni dohodek pripada s prvim naslednjim dnem po dnevu, ko je zapustil trg dela oziroma se odjavil iz evidence brezposelnih oseb. Zavarovanje se lahko kombinira z zavarovanjem iz naslova delovnega razmerja s krajšim delovnim časom.

5. Poklicna rehabilitacija

Poklicna rehabilitacija je celostni proces, v katerem se zavarovanec strokovno, fizično in psihosocialno usposobi za drug poklic ali delo, tako da se lahko ustrezno zaposli oziroma ponovno vključi v delovno okolje. Poklicna rehabilitacija je tudi usposobitev za opravljanje istega poklica ali dela, tako da se zavarovancu prilagodi delovno mesto z ustreznimi tehničnimi pripomočki. Pravico do poklicne rehabilitacije pridobi zavarovanec pri katerem je nastala II. kategorija invalidnosti, ki na dan nastanka invalidnosti še ni dopolnil 55 let starosti, ali ki se glede na preostalo delovno zmožnost lahko usposobi za drugo delo, ki ga bo opravljal s polnim delovnim časom. Pravico do poklicne rehabilitacije pridobi tudi zavarovanec, pri katerem je nastala II. kategorija invalidnosti, ki na dan nastanka invalidnosti še ni dopolnil 50 let starosti, ali ki se glede na preostalo delovno zmožnost lahko usposobi za drugo delo, ki ga bo opravljal s krajšim delovnim časom od polnega, najmanj štiri ure dnevno.

Delovni invalid, ki je bil ob nastanku invalidnosti ni zaposlen, in pridobi pravico do poklicne rehabilitacije, je iz tega naslova obvezno zavarovan po petem odstavku 29. člena. Zavezanec za prijavo v zavarovanje je Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije.

Če je na poklicno rehabilitacijo poslan delavec v delovnem razmerju, v času poklicne rehabilitacije ostane v delovnem razmerju pri delodajalcu. Čeprav v tem času ne prejema plače, temveč nadomestilo za čas poklicne rehabilitacije, ostaja obvezno zavarovan iz naslova delovnega razmerja po prvem odstavku 23. člena tega zakona.

6. Pravica do pokojnine

Obvezno se zavarujejo osebe s prijavljenim prebivališčem, ki prejemajo pokojnino v skladu s predpisi, ki urejajo pokojninsko in invalidsko zavarovanje, ali preživnino v skladu s predpisi, ki urejajo preživninsko varstvo kmetov. Za pokojnino se šteje pokojnina iz obveznega pokojninskega in invalidskega zavarovanja ter poklicna pokojnina iz obveznega dodatnega zavarovanja. Pogoj za vključitev v zavarovanje je poleg pridobljene pravice do pokojnine tudi pogoj prijavljenega prebivališča v RS.

Po predpisih o pokojninskem in invalidskem zavarovanju poznamo več vrst pokojnin: starostna in predčasna pokojnina, invalidska pokojnina, vdovska pokojnina, družinska pokojnina in delna pokojnina.

Starostna in predčasna pokojnina je pokojnina, ki osebi pripada ob dopolnitvi določene starosti in pokojninske dobe. Delna pokojnina je del starostne ali predčasne pokojnine, ki se izplačuje zavarovancu, ki ostane v OZZ, v višini sorazmerja s skrajšanjem ur opravljanja dela. Pravico do invalidske pokojnine pridobi zavarovanec, pri katerem je nastala invalidnost I. kategorije; invalidnost II. kategorije in ni zmožen za drugo delo s polnim delovnim časom brez poklicne rehabilitacije, ta pa mu ni zagotovljena, ker je star nad 55 let; invalidnost II. kategorije in ni zmožen za drugo delo s krajšim delovnim časom od polnega najmanj štiri ure dnevno brez poklicne rehabilitacije, ta pa mu ni zagotovljena, ker je star nad 50 let ali invalidnost II. ali III. kategorije in mu ni zagotovljena ustrezna zaposlitev, ker je dopolnil 65 let starosti. Vdovska pokojnina je pokojnina, ki pripada preživeli zakonski partnerici ali partnerju po umrlem zavarovancu ali uživalcu pokojnine, če izpolnjuje pogoje, ki jih določa ZPIZ-2. Družinska pokojnina je pokojnina, ki pripada družinskim članom, otrokom umrlega zavarovanca.

Obvezno so zavarovane tudi osebe, ki so upravičene do preživnine skladno s predpisi, ki urejajo preživninsko varstvo kmetov. Po Zakonu o preživninskem varstvu kmetov (Uradni list SRS, št. 1/79, 1/86 in Uradni list RS, št. [114/06](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2006-01-4833) – ZUTPG) je kmet, ki je oddal svoje zemljišče družbeni pravni osebi pridobil pravico do mesečnega denarnega prejemka – preživnine.

Poklicno zavarovanje predstavlja obliko obveznega dodatnega pokojninskega zavarovanja, v katero se vključijo zavarovanci, ki opravljajo posebno težka dela ter dela, ki jih človek fizično ali psihično ni več sposoben opravljati po določeni starosti (vojaki, policisti, vozniki, gozdarji, železničarji, piloti in drugi). Poklicna pokojnina se izplačuje v obliki poklicne pokojnine v skladu z zakonom, ki ureja pokojninsko in invalidsko zavarovanje.

Uživalce pokojnin in preživnin iz obveznega pokojninskega in invalidskega zavarovanja v OZZ prijavi Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, ki je tudi zavezanec za plačilo prispevka. Uživalci poklicne pokojnine pa so sami zavezanci za prijavo in plačilo prispevka.

7. Pravica do pokojnine od tujega nosilca zavarovanja

V veljavnem ZZVZZ je urejeno OZZ za osebe s stalnim prebivališčem, ki prejemajo pokojnino od tujega nosilca pokojninskega zavarovanja, če ni z mednarodno pogodbo drugače določeno. Navedeni pogoj stalnega prebivališča ne omogoča zavarovanja oseb, katerih center bivanja je v RS. Glede na navedeno se spreminja pogoj stalnega prebivališča v prijavljeno prebivališče.

8. Pravica do nadomestila iz invalidskega zavarovanja po predpisih o pokojninskem in invalidskem zavarovanju

Obvezno se zavarujejo osebe s prijavljenim prebivališčem, ki so v skladu s predpisi, ki urejajo pokojninsko in invalidsko zavarovanje, upravičene do nadomestila iz invalidskega zavarovanja. Do nadomestila iz invalidskega zavarovanja je oseba upravičena, če je kot iskalec zaposlitve prijavljena na zavodu za zaposlovanje.

9. Pravica do invalidnine, priznavalnine in drugih pravic po posebnih predpisih

Obvezno se zavarujejo osebe s stalnim prebivališčem v RS, ki so upravičene do invalidnine, priznavalnine ter drugih pravic po predpisih, ki urejajo pravice vojnih invalidov, civilnih invalidov vojne, vojnih veteranov, žrtev vojnega nasilja in udeležencev drugih vojn, republiške priznavalnine ter predpisi, ki urejajo varstvo udeležencev vojn.

10. Pravica do priznavalnine

Obvezno se zavarujejo osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki so v skladu s predpisi, ki urejajo varstvo udeležencev vojn, upravičene do priznavalnine.

11. Pravica do nadomestila za invalidnost duševno in telesno prizadetih oseb

Obvezno se zavarujejo osebe, ki so v skladu s predpisi, ki urejajo družbeno varstvo duševno in telesno prizadetih oseb, upravičene do nadomestila za invalidnost. Po Zakonu o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb (Uradni list SRS, št. 41/83, Uradni list RS, št. [114/06](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2006-01-4833) – ZUTPG, [122/07](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2007-01-6200) – odl. US, [61/10](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2010-01-3350) – ZSVarPre in [40/11](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2011-01-1911) – ZSVarPre-A) so do nadomestila upravičeni invalidi z dopolnjenim 18 letom starosti oziroma z dnem ugotovitve invalidnosti, če je bila ta ugotovljena kasneje.

12. Pravica do trajne denarne socialne pomoči

Obvezno se zavarujejo osebe, ki so v skladu s predpisi, ki urejajo socialno varstvene prejemke, upravičene do trajne denarne socialne pomoči. Do trajne denarne socialne pomoči je skladno z Zakonom o socialno varstvenih prejemkih (Uradni list RS, št. 61/10, 40/11, 14/13, 99/13, 90/15 in 88/16) upravičena oseba, ki je trajno nezaposljiva ali trajno nezmožna za delo, ali ki je nezaposlena in starejša od 63 let za ženske in od 65 let za moške ter je brez premoženja, ki se upošteva po zakonu, ki ureja uveljavljanje pravic iz javnih sredstev, ali je v institucionalnem varstvu in tudi njegovi družinski člani izpolnjujejo navedene pogoje.

**K 30. členu (begunci in osebe s subsidiarno zaščito)**

Po Zakonu o mednarodni zaščiti (Uradni list RS, št. [22/16](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2016-01-0830) in [5/17](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2017-01-0223) – ZTuj-2D) izraz mednarodna zaščita pomeni status begunca in status subsidiarne zaščite. Status begunca se prizna državljanu tretje države, ki se zaradi utemeljenega strahu pred preganjanjem iz razloga pripadnosti določeni rasi ali etnični skupini, določeni veroizpovedi, narodni pripadnosti, pripadnosti posebni družbeni skupini ali političnemu prepričanju, nahaja zunaj države, katere državljan je, in ne more ali zaradi takega strahu noče uživati varstva te države; ali osebi brez državljanstva, ki se nahaja zunaj države, kjer je imela običajno prebivališče, in se zaradi utemeljenega strahu ne more ali noče vrniti v to državo. Subsidiarna zaščita pa se prizna osebi, ki ne izpolnjuje pogojev za priznanje statusa begunca, vendar izkaže utemeljene in verodostojne razloge, da bi ji bila ob vrnitvi v matično državo povzročena resna škoda (smrtna kazen ali usmrtitev, mučenje ali nehumano ali poniževalno ravnanje). Prav tako priznamo subsidiarno zaščito zaradi resne in individualne grožnje zoper življenje ali svobodo prosilca zaradi samovoljnega nasilja v situacijah mednarodnega ali notranjega oboroženega spopada v izvorni državi. Odločba o priznanju subsidiarne zaščite z dnem vročitve velja tudi kot dovoljenje za začasno prebivanje v RS, dokler traja ta zaščita.

Če otrok pridobi status begunca ali status subsidiarne zaščite, se obvezno zavaruje iz naslova pridobljenega statusa begunca oziroma osebe s subsidiarno zaščito, in ne kot otrok po 32. členu zakona.

**K 31. členu (tujci, ki se izobražujejo)**

Obvezno se zavarujejo tujci, ki se izobražujejo ali izpopolnjujejo v RS. in sicer z začetkom študijskega leta oz. izpopolnjevanja. Zavarovanje ni omejeno s starostjo osebe, saj gre lahko tudi za osebe na študijskem programu 3. stopnje. Zavarovanje ni omejeno s pogojem prijavljenega prebivališča ter je prednostno pred zavarovanje po 32. členu zakona.

**K 32. členu (otroci)**

Dosedanja ureditev OZZ otrok določa primarno ureditev zavarovanja otroka kot družinskega člana. Zakon loči med ožjim in širšim družinskim članom in različne pogoje za zavarovanje. Pogoji za zavarovanje širših družinskih članov so določeni strožje od pogojev za ožje družinske člane, saj je poleg pogoja stalnega prebivanja predpisan še pogoj preživljanja med nosilcem zavarovanja in otrokom. Če otrok ne more biti obvezno zavarovan prek staršev, ker le ta zanj ne skrbi ali ne more biti zavarovanj po njem, se obvezno zavaruje kot samostojni zavarovanec prek občine stalnega prebivališča, vendar največ do dopolnitve starosti 18 let in pod pogojem, da se šola. Slabost veljavne ureditve je, da določa različne pogoje za zavarovanje otrok glede na to ali je otrok zakonski, nezakonski, posvojen, pastorek, brez staršev, s čimer otroka postavlja v neenak položaj glede dostopa do OZZ in obsega pravic iz OZZ. Poleg tega je OZZ otrok kot družinskih članov odvisno od ureditve zavarovanja njihovih staršev. Če starši nimajo urejenega zavarovanja, posledično nimajo urejenega zavarovanja tudi njihovi otroci.

S predlogom zakona, da so otroci samostojna kategorija zavarovancev, se vsem otrokom zagotavlja enak dostop do OZZ ne glede na pravni položaj njihovih staršev oziroma oseb, ki zanje skrbijo in enak obseg pravic. Otrok je obvezno zavarovan do 18 leta starosti brez pogoja šolanja, po tej starosti pa, če se šola, a najdlje do zaključka programa druge bolonjske stopnje ali programa enovitega bolonjskega študija, vendar največ do konca študijskega leta, v katerem dopolni 26. leto starosti. Ker študijski program do zaključka programa druge bolonjske stopnje ali programa enovitega bolonjskega študija lahko traja do 7 let z upoštevanjem možnosti prepisa, enega leta ponavljanja ali absolventskega letaje s to ureditvijo vsem študentom pod enakimi pogoji omogočeno OZZ kot otrok za čas študija ne glede na vpisano smer študijskega programa.

Kot otrok je obvezno zavarovan tudi otrok, ki postane popolnoma nezmožen za delo do 18 leta starosti oziroma v času šolanja, ko je bil obvezno zavarovan kot otrok. Pri zavarovanju otrok, ki so nezmožni za delo, ni starostne omejitve, kot otrok ostaja obvezno zavarovan dokler traja nezmožnost za delo.

Pri določitvi samostojne kategorije zavarovancev otrok je bilo zasledovano temeljno ustavno načelo in pravilo enakosti pred zakonom in temeljno načelo socialne pravičnosti, ki se uresničujeta z enakim obravnavanjem v enakih primerih oziroma stanjih in različno v različnih. Predlagana ureditev bistveno odstopa od ureditev OZZ otrok, ki se praviloma ureja kot družinski član, ki je izvedeno, subsidiarno zavarovanje po nosilcu zavarovanja, praviloma staršu. S tem se razbremenjuje nosilce zavarovanja (starše, rejnike, skrbnike) vlaganja prijav v zavarovanje. Zavezanec za prijavo bo Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki bo na podlagi zbirke podatkov zavarovanih oseb ažurno urejal zavarovanje otrok.

OZZ kot otrok preneha pred iztekom pogojev, ki so določeni v prvem odstavku 32. člena, če otrok sklene zakonsko ali partnersko zvezo. OZZ preneha z dnem sklenitve te zveze.

OZZ kot otrok tudi preneha, če se otrok šteje za družinskega člana in se zanj uporablja zakonodaja države, v kateri velja pravni red EU, ali države, s katero je sklenjen mednarodni sporazum. V 3. členu zakona je za namen izvajanja pravnega reda EU in mednarodnih sporazumov določeno, da se za družinskega člana poleg partnerja, štejejo tudi mladoletni otroci in vzdrževani polnoletni otroci, ki izpolnjujejo pogoje iz 32. člena tega zakona.

**K 33. členu (upravičenci do plačila prispevka za OZZ)**

Po 33. členu zakona so zavarovani državljani RS in tujci, ki imajo dovoljenje za stalno prebivanje, in so upravičeni do pravice do plačila prispevka za OZZ na podlagi 30. člena Zakona o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev (Uradni list RS, št. 62/10, 40/11, 40/12 – ZUJF, 57/12 – ZPCP-2D, 14/13, 56/13 – ZŠtip-1, 99/13, 14/15 – ZUUJFO, 57/15, 90/15, 38/16 – odl. US, 51/16 – odl. US in 88/16). Do pravice do plačila prispevka za OZZ so upravičeni osebe, ki so upravičene do denarne socialne pomoči ali izpolnjujejo pogoje za pridobitev denarne socialne pomoči, pri čemer se krivdni razlogi ne upoštevajo, in imajo stalno prebivališče v RS ter niso zavarovanci iz drugega naslova. Pravica se prizna s prvim dnem naslednjega meseca po vložitvi vloge. Če je oseba v času priznanja pravice zavarovana po drugi podlagi zavarovanja, se iz naslova pridobljene pravice zavaruje s prvim naslednjim dnem po prenehanju OZZ iz drugega naslova. Obvezno zavarovanja traja do izteka priznane pravice oziroma do dne, ko se oseba obvezno zavaruje iz prednostne podlage zavarovanja. Zavezanec za vložitev prijave v zavarovanje je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, zavezanec za plačilo prispevkov za občina stalnega prebivališča upravičenca.

**K 34. členu (oseba s prebivališčem v Republiki Sloveniji)**

Oseba, ki ima stalno prebivališče v RS, in ne izpolnjuje pogojev za OZZ po nobeni predhodno navedeni podlagi zavarovanja, se obvezno zavaruje po določbi, ki ureja osebe s prebivališčem v RS. Zaradi omejitev pogojev za zavarovanje kot družinski član partner, se je navedena kategorija zavarovancev razširila s tujci, ki imajo v RS prijavljeno prebivališče zaradi združitve z družino. Krog zavarovancev je razširjen tudi na tujce, ki imajo v RS prijavljeno prebivališče, in so vpisani v evidenco brezposelnih oseb pri Zavodu RS za zaposlovanje.

Obveznost zavarovanja nastopi s prvim naslednjim dnem po prenehanju OZZ ali z dnem izpolnitve pogojev za OZZ (na primer prva prijava v OZZ), če je oseba vložila prijavo v zavarovanje v roku 60 dni od dneva izpolnitve pogojev za zavarovanje. Če oseba zamudi rok za prijavo v zavarovanje, pridobi lastnost zavarovanca z dnem vložitve prijave v zavarovanje.

Če se zavarovanec vključi v OZZ v državah izven EU, EGP in Švicarske konfederacije, ali se začasno odseli v tujino, obveznost zavarovanja po navedeni določbi še nadalje obstaja. Zavarovanec lahko prekine OZZ, če predloži dokazilo o vključitvi v OZZ v drugi državi, ali če je prijavil začasni odhod z območja RS v skladu s predpisi, ki urejajo prijavo prebivališča. Zavarovanje se prekine z dnem vložitve odjave iz OZZ in traja največ do prenehanja razlogov za prekinitev.

Če se zavarovanec vključi v OZZ v drugi državi članici EU, EGP in Švicarski konfederaciji in zanj skladno s pravnim redom EU velja zakonodaja druge države, pogoji za OZZ v RS niso več izpolnjeni.

**K 35. členu (priporniki in obsojenci)**

Oseba, ki ima ob nastopu pripora urejeno OZZ, ne izpolnjuje pogojev za zavarovanje kot pripornik. Pripornik ostane obvezno zdravstveno zavarovan po zavarovalni podlagi kot pred nastopom pripora, ki se po zakonu prekine po izteku šestih mesecev od nastopa pripora. S prvim naslednjim dnem po prekinitvi zavarovanja, nastopi obveznost zavarovanja kot pripornik. Obveznost zavarovanja kot pripornik nastopi pred iztekom šestmesečnega pripora, če pravno razmerje, ki je bilo podlaga za zavarovanje, v času prestajanja pripora preneha (na primer prenehanje statusa samozaposlene osebe, prenehanje pravice iz socialnega zavarovanja, ki je bila podlaga za OZZ).

Zakon izrecno določa obveznost zavarovanja s prvim dnem prestajanja kazni, vzgojnega ukrepa oziroma zdravljena za obsojence na prestajanju kazni zapora, mladoletniškega zapora, mladoletnike na prestajanju vzgojnega ukrepa oddaje v prevzgojni dom, osebe, ki jim je izrečen varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu ter obvezno zdravljenje odvisnosti od alkohola in drog. Zavarovanec, ki je ob nastopu kazni zapora, vzgojnega oziroma varnostnega ukrepa obvezno zavarovan po drugi zavarovalni podlagi, se glede prednostni vrstni red zavarovanja zavaruje iz naslova prestajanja kazni oziroma ukrepa (četrti odstavek 36. člena zakona).

Če je obsojenec skladno s predpisi, ki urejajo izvrševanje kazenskih sankcij, na prestajanju kazni zapora ob koncu tedna ali na domu, ostane obvezno zavarovan po zavarovalni podlagi kot pred nastopom prestajanja te kazni.

**K 36. členu (prednostni red OZZ)**

Če oseba hkrati izpolnjuje pogoje za OZZ iz več pravnih razmerij, ki so podlaga za OZZ (oseba je na primer v delovnem razmerju in samozaposlena oseba), med njimi pride do konkurence zavarovalnih podlag. Ker se iz vseh pravnih razmerij ne more sočasno obvezno zavarovati, je potrebno določiti prednostni vrstni red zavarovanja, ki pove, iz katerega pravnega razmerja se oseba prednostno zavaruje.

Prednostni vrstni red je določen v naslednjem zaporedju:

* aktivni zavarovanci (zaposleni, samozaposlene osebe, družbeniki družb in zavodov, ki so poslovodne osebe, osebe, ki opravljajo kmetijsko dejavnost, osebe, ki opravljajo rejniško in versko dejavnost),
* uživalci pravic iz socialnih zavarovanj oziroma osebe, ki so iz naslova določenega statusa obvezno zavarovane (prejemniki nadomestil, uživalci pravice do pokojnine, invalidnine, trajne denarne socialne pomoči, begunci in osebe s subsidiarno zaščito, tujci, ki se izobražujejo),
* otroci, ki niso zavarovani kot družinski člani otroci,
* uživalci pravice do plačila prispevka za OZZ ter
* osebe, ki si same plačujejo prispevek.

Če je zavarovana oseba po prednostni zavarovalni podlagi obvezno zavarovana za manj kot polni delovni ali zavarovalni čas, se do polnega delovnega oziroma zavarovalnega časa zavaruje po prednostni zavarovalni podlagi iz 23. do 29. člena tega zakona. Za polni delovni čas šteje polni delovni čas v skladu s predpisi o delovnih razmerjih, polni zavarovalni čas pa znaša 40 ur na teden. Polni zavarovalni čas je določen v predpisih o pokojninskem in invalidskem zavarovanju.

Če je oseba v delovnem razmerju s polnim delovnim časom in je pridobila pravico do dela s krajšim delovnim časom, v skladu s predpisi, ki urejajo starševsko varstvo, se za razliko do polnega delovnega časa zavaruje po tretji alineji tretjega odstavka 29. člena tega zakona, ne glede na dejstvo, da ima status samozaposlene osebe ali status družbenika oziroma ustanovitelja, ki je poslovodna oseba. Iz naslova samozaposlitve je oseba obvezno zavarovana le za poškodbo pri delu in poklicno bolezen (10. točka drugega odstavka 243. člena zakona). Če zakon ne določi navedene izjeme, bi se moral zavarovanec, glede na konkurenco pravnih razmerij in prednostni vrstni red, za razliko do polnega delovnega časa prednostno zavarovati kot samozaposlena oseba (24. člen) ali družbenik oziroma ustanovitelj, ki je poslovodna oseba (25. člen), in bi se pridobljena pravica iz starševskega varstva *izničila*. Enaka izjema je določena za samozaposlene osebe iz 24. člena zakona, ki pridobijo pravico do dela s krajšim delovnim časom, in imajo hkrati status družbenika oziroma ustanovitelja in poslovodne osebe. Samozaposlena oseba se v primeru pridobljene pravice do dela s krajšim delovnim časom, za razliko do polnega delovnega časa obvezno zavaruje po 3. alinei tretjega odstavka 29. člena zakona, in ne kot družbenik oziroma ustanovitelj in poslovodna oseba kot bi se glede na prednostni vrstni red morala.

Čeprav je ob uvedbi pravice do dela s krajšim delovnim časom od polnega (Zakon o starševskem varstvu in družinskih prejemkih, 2004) veljal prednosti vrstni red zavarovanja v predpisih o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (25. člen ZPIZ-1), je veljalo pravilo, da ima zavarovanje na podlagi pridobljene pravice prednost pred statusom samozaposlene osebe oziroma statusom družbeništva in poslovodenja. Zaradi zagotavljanja pravne varnosti zavarovancev, se pravilo izvajanja OZZ določa kot zakonsko pravilo.

Ne glede na navedena pravila prednostnega vrstnega reda urejanja OZZ zakon izrecno določa, da se prednostno zavarujejo pred vsemi navedenimi pravnimi razmerji obsojenci na prestajanju kazni zapora, mladoletniškega zapora, mladoletniki na prestajanju vzgojnega ukrepa oddaje v prevzgojni dom ter osebe, ki jim je izrečen varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu ter obvezno zdravljenje odvisnosti od alkohola in drog. Prednostno zavarovanje iz tega naslova je določeno tudi v primeru, če je oseba obvezno zavarovana kot družinski član partner (37. člen zakona). Prednostno zavarovanje je določeno zaradi omejenega obsega pravic navedene kategorije zavarovancev v obveznem zdravstvenem zavarovanju. Izjema velja za obsojence, ki prestajajo kazen zapora ob koncu tedna ali na domu v skladu s predpisi, ki urejajo izvrševanje kazenskih sankcij. Te osebe ostanejo obvezno zavarovani po zavarovalni podlagi kot pred nastopom prestajanja te kazni.

**K 37. členu (partner kot družinski član)**

V predlogu zakona se ohranja zavarovanje družinskega člana zakonca in zunajzakonskega partnerja, krog pa se v skladu z veljavnim Zakonom o partnerski zvezi razširi s partnerjem iz partnerske zveze in partnerjem iz nesklenjene partnerske zveze.

Navedeni družinski člani se lahko obvezno zdravstveno zavarujejo, če imajo prijavljeno prebivališče v RS, niso zavarovanci in izpolnjujejo enega od naštetih pogojev:

* vzgoja in varstvo otroka do vstopa v prvi razred osnovne šole,
* vzgoja in varstvo otroka telesno ali duševno prizadetega otroka, dokler traja takšna nezmožnost;
* vpis v evidenco brezposelnih oseb, če je izbrisana iz evidence pa še največ 30 dni po izbrisu ali
* nezmožnost za delo.

Omejitev na strani otroka do vpisa v prvi razred osnovne šole je določena, ker vpis otroka v vrtec ni obvezen. V primeru dveh ali več otrok, partner izpolnjuje pogoje za zavarovanje kot družinski član do vstopa v prvi razred osnovne šole zadnjega otroka. V primeru vzgoje in varstva telesno ali duševno prizadetega otroka, ki ni sposoben sam skrbeti zase, za svoje koristi in pravice, starost otroka ni predpisana. Pogoj za zavarovanje kot družinski član je izpolnjen dokler traja nezmožnost otroka.

Kot družinski član je lahko zavarovan partner, ki je vpisan v evidenco brezposelnih oseb pri Zavodu RS za zaposlovanje oziroma še največ 60 dni po izbrisu iz evidence, ali če je nezmožen za delo. Definicija nezmožnosti za delo je povzeta po Zakonu o urejanju trga dela, ki opredeljuje osebe, ki so zmožne za delo in izpolnjujejo pogoje za vpis v evidenco brezposelnih oseb. Za osebo, ki je nezmožna za delo, se šteje osebo, ki je starejša od 65 let, osebo pri kateri je ugotovljena popolna nezmožnost za delo po predpisih o pokojninskem in invalidskem zavarovanju ali osebo, pri kateri je ugotovljena nezaposljivost po predpisih o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov.

S predlagano ureditvijo zavarovanja družinskih članov partnerjev se določa pravičnejša izravnava načela solidarnosti in se posameznika spodbuja k večji ekonomski aktivnosti in neodvisnosti. Upoštevaje načelo celostne ekonomske obravnave posameznika in načela prispevanja po lastnih ekonomskih zmožnostih se takšna ureditev kaže kot primerna in pravična, hkrati pa partnerja v pridobitni dejavnosti osamosvaja kot neodvisno osebo. Zato predlog zakona od partnerja zavarovanca zahteva, da je ta pridobitno aktiven oziroma, da aktivno išče zaposlitev. Vključevanje v obvezna socialna zavarovanja partnerju nudijo socialno varnost ob nastopu zavarovalnih primerov kot so bolezen, poškodba, starost, invalidnost, starševstvo in podobno. Posebej se opozarja na socialni položaj partnerja, ko ne more več opravljati dela in ustvarjati dohodka zaradi starosti. Partner, ki ni pokojninsko in invalidsko zavarovan, ni upravičen do pravice do pokojnine in še nadalje ostaja (ekonomsko) odvisen od svojega partnerja.

Ta predlog vsebuje dve izjemi, kjer bi kot družinski član bila zavarovana oseba, ki je nezmožna za delo (oseba, ki je nezmožna za delo in ni zavarovana na drugi podlagi, ki bi izvirala prav iz te nezmožnosti, na primer kot invalid; oseba, starejša od 65 let) in ko vzgaja otroke.

**K 38. členu (trajanje OZZ)**

OZZ po podlagi zavarovanja iz 23. do 35. člena ter 37. člena tega zakona traja od začetka pravnega razmerja, ki je podlaga za OZZ, do prenehanja takšnega razmerja, če zakon ne določa drugače.

Zavarovanje po posamezni podlagi zavarovanja preneha pred prenehanjem pravnega razmerja, če je vzpostavljeno pravno razmerje, po katerem se mora oseba prednostno zavarovati (36. člen zakona) oziroma če tako določa drug zakona. Tak primer je denimo prenehanje zavarovanja za samozaposlene osebe, za katere je po Zakonu o finančnem poslovanju, postopkih zaradi insolventnosti in prisilnem prenehanju določeno, da obveznost plačila prispevka za OZZ preneha z dnem pred začetkom osebnega stečaja (387. člen ZFPPIPP).

Pravnomočnost odločbe o ugotovljeni I. kategoriji invalidnosti (čeprav zavarovanec ne izpolnjuje pogojev za priznanje pravice do invalidske pokojnine) in pravnomočnost odločbe o pridobitvi pravice do invalidske pokojnine, je podlaga za prenehanje OZZ po samem zakonu za zavarovance iz 24., 25., 26. in 27. člena. Dan pravnomočnosti odločbe je dan, s katerim preneha OZZ. Pravnomočnost odločbe o ugotovljeni I. kategoriji invalidnosti in pravnomočnost odločbe o pridobitvi pravice do invalidske pokojnine je podlaga za prenehanje pogodbe o zaposlitvi po samem zakonu po predpisih o delovnih razmerjih, zato se prenehanje zavarovanja za osebe v delovnem razmerju iz tega naslova posebej ne ureja.

**K 39. členu (prekinitev OZZ)**

Zakon določa obvezno prekinitev zavarovanja, ki nastopi za osebe v delovnem razmerju, z dnem, ko nastopi suspenz pogodbe o zaposlitvi po predpisih, ki urejajo delovna razmerja, in za ostale zavarovane osebe z dnem poteka šestih mesecev od uvedbe pripora. V primeru prekinitve OZZ z dnem poteka šestih mesecev od uvedbe pripora, nastopi obveznost zavarovanja kot pripornik po prvem odstavku 35. člena zakona.

Za zavarovance iz 34. člena zakona (osebe s prebivališčem v RS) zakon omogoča prekinitev OZZ, če zavarovanec predloži dokazilo o vključitvi v OZZ v državi, ki ni članica EU, EGP ali Švicarske konfederacije. Če je zavarovanec hkrati vključen v OZZ v državi, v kateri velja pravni red EU, obveznost zavarovanja preneha z dnem pred vključitvijo osebe v zavarovanje v drugi državi. Skladno s pravnim redom EU, za osebo v istem časovnem obdobju velja ena socialna zakonodaja, ki se določi skladno s kolizijskimi pravili Uredbe o koordinaciji sistemov socialne varnosti. Zavarovanec lahko prekine OZZ tudi, če prijavi začasni odhod z območja RS v skladu s predpisi, ki urejajo prijavo prebivališča. Zavarovanje se prekine z dnem vložitve odjave iz OZZ in traja največ do prenehanja razlogov za prekinitev.

**K 40. členu (zavezanec za prijavo v OZZ)**

Zakon določa zavezance za prijavo v zavarovanje, ki so hkrati tudi zavezanci za sporočanje sprememb podatkov med zavarovanjem in zavezanci za odjavo iz zavarovanja.

Zavezanec za prijavo v zavarovanje je praviloma tudi zavezanec za plačilo prispevka. Izjeme so določene za naslednje kategorije zavarovancev:

* pri osebah, ki so pridobile pravico do plačila prispevka za OZZ (33. člen zakona) je zavezanec za prijavo Zavod, zavezanec za plačilo prispevka občina stalnega prebivališča upravičenca;
* pri družinskih pomočnikih (četrti odstavek 29. člena zakona) je zavezanec za prijavo center za socialno delo, ki je priznal pravico do delnega plačila za izgubljeni dohodek, zavezanec za plačilo prispevka občina stalnega prebivališča upravičenca.

Posebno pravilo je določeno za osebe, ki so v delovnem razmerju pri delodajalcu v državi, v kateri velja pravni red EU. Če v skladu s pravnim redom EU za osebo velja slovenska zakonodaja, je zavarovanec sam zavezanec za prijavo in odjavo iz zavarovanja. Prav tako je tudi sam zavezanec za plačilo prispevka. Za ostale kategorije oseb, za katere skladno s pravnim redom EU velja slovenska zakonodaja, so zavezanci za prijavo v zavarovanje enaki kot so določeni v točki 2. do 12. drugega odstavka 40. člena zakona.

**K 41. členu (način posredovanja podatkov)**

Prijave in odjave podatkov ter spremembe podatkov zavezanec za prijavo sporoča na predpisanih obrazcih, ki so objavljeni v Pravilniku o obrazcih prijav podatkov o pokojninskem in invalidskem ter zdravstvenem zavarovanju, zavarovanju za starševsko varstvo in zavarovanju za primer brezposelnosti (Uradni list RS, št. 19/015). Pravilnik določa tudi način posredovanja podatkov in vrste podatkov, ki jih mora zavezanec za prijavo sporočiti na predpisanem obrazcu.

Prijave v zavarovanje se vlagajo v elektronski ali papirni obliki. Zavezanci za prijavo v zavarovanje, ki so poslovni subjekti, vlagajo prijave, odjave in spremembe podatkov iz prijave v zavarovanje v elektronski obliki prek e-VEM sistema. Vsa dokazila, ki jih zavezanci predložijo ob urejanju zavarovanja, se shranjujejo v Centralni elektronski hrambi. Zavezanci za prijavo, ki so fizične osebe, vlagajo prijave v papirni obliki neposredno na Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije ali po pošti.

**K 42. členu (prijava v zavarovanje)**

Prijavo v zavarovanje je dolžan vložiti zavezanec za prijavo v predpisanem roku. Splošni rok za vložitev prijave v zavarovanje je 8 dni po nastanku pravnega razmerja, ki je podlaga za OZZ.

Izjema je določena za naslednje kategorije zavarovancev:

1. Za osebe v delovnem razmerju je zavezanec za prijavo (delodajalec) dolžan vložiti prijavo v zavarovanje z dnem nastopa dela, ki je določen v pogodbi o zaposlitvi. Zamuda roka za prijavo v zavarovanje je opredeljena kot prekršek.
2. Osebe s prebivališčem v RS (34. člen zakona) vložijo prijavo v zavarovanje v 60 dneh po prenehanju OZZ oziroma po nastanku z zakonom predpisanih pogojev za vključitev v OZZ. Če je oseba odjavljena iz OZZ po izteku 8 dnevnega roka za odjavo iz zavarovanja (44. člen zakona), prične teči 60 dnevni rok s prvim naslednjim dnem, ko je zavezanec za prijavo vložil odjavo iz zavarovanja, če oseba to zahteva.

**K 43. členu (prijava sprememb podatkov iz prijave v zavarovanje)**

Zavezanec za prijavo sporoči spremembo podatkov iz prijave v zavarovanje v 8 dneh od dneva nastanka spremembe podatkov.

**K 44. členu (odjava iz zavarovanja)**

Zavezanec za prijavo mora vložiti odjavo iz zavarovanja v 8 dneh po prenehanju pravnega razmerja, ki je podlaga za OZZ. Pri odjavi iz zavarovanja ni določenih izjem. Če delodajalec zamudi rok za odjavo iz zavarovanja in zavarovana oseba nima urejenega OZZ iz drugega naslova, ji Zavod pošlje obvestilo o odjavi iz OZZ iz naslova delovnega razmerja.

**K 45. členu (lastnost zavarovane osebe)**

Dan pridobitve lastnosti zavarovane osebe in s tem trenutek vključitve v krog zavarovanih oseb je določen z zakonom in ni odvisen od volje posameznika.Pogoj za pridobitev lastnosti zavarovane osebe je vložena prijava v zavarovanje in evidentiranje prijave v zbirki podatkov zavarovanih oseb.

Osebe pridobijo lastnost zavarovane osebe z dnem nastanka pravnega razmerja, ki je podlaga za zavarovanje, tudi v primeru, če zavezanec vloži prijavo v zavarovanje po roku iz 42. člena tega zakona. Izjema velja za osebe iz 34. člena zakona, ki v primeru zamude 60 dnevnega roka pridobijo lastnost zavarovane osebe z dnem vložitve prijave v zavarovanje.

Zavarovani osebi preneha lastnost zavarovanca z dnem prenehanja pravnega razmerja, ki je podlaga za zavarovanje, če zakon ne določa drugače. Lastnost zavarovane osebe preneha z dnem prenehanja pravnega razmerja, ki je podlaga za zavarovanje, tudi v primeru, če zavezanec vloži odjavo v zavarovanja po preteku osem dnevnega roka za odjavo iz zavarovanja.

**K 46. členu (sprememba zavarovalne podlage)**

Pri konkurenci več pravnih razmerij je treba nedvoumno določiti, da je dopustno spreminjanje pravne podlage za zavarovanje upoštevajoč prednostni red zavarovanja tudi za nazaj.

Če je zavarovanec prijavljen v OZZ v nasprotju s 36. členom zakona, oseba pridobi lastnost zavarovane osebe po prednostni zavarovalni podlagi z dnem nastanka pravnega razmerja, ki je podlaga za OZZ, vendar največ od 1. januarja preteklega leta pred koledarskim letom v katerem se sporoča sprememba zavarovalne podlage.

Izjema je določena za primere, ko ima oseba hkrati status samozaposlene osebe, družbenika družbe oziroma ustanovitelja zavoda, ki je poslovodna oseba in/ali kmeta. Zavarovanec pridobi lastnost zavarovane osebe po prednostni podlagi zavarovanja z dnem vložitve prijave v zavarovanje. Če na primer zavarovana oseba iz 25. člena (družbenik ali ustanovitelj, ki je poslovodna oseba) izpolnjuje pogoje za OZZ po prednostni podlagi iz 24. člena (samozaposlena oseba), pridobi lastnost zavarovane osebe kot samozaposlena oseba z dnem vložitve prijave v zavarovanje.

**K 47. členu (ugotavljanje lastnosti zavarovane osebe)**

Zakon taksativno našteva primere kdaj se ugotavlja lastnost zavarovane osebe.

Lastnost zavarovane osebe se ugotavlja, ko zavezanec za prijavo vloži prijavo in odjavo iz zavarovanja. Dan pridobitve oziroma prenehanja lastnosti zavarovane osebe, ki ga zavezanec za prijavo navede na predpisanem obrazcu, se ugotavlja na podlagi predloženih dokazil, ki jih zavezanec za prijavo predloži ob prijavi podatkov, oziroma iz zbirk podatkov Zavoda. Če so pogoji za zavarovanje izpolnjeni, zavod sprejeme prijavo v zavarovanje in podatki se evidentirajo v zbirki podatkov zavarovanih oseb. Če pogoji za zavarovanje niso izpolnjeni, Zavod zavrne prijavo v zavarovanje oziroma odjavo iz zavarovanja. Če se zavezanec za prijavo oziroma oseba ne strinja z zavrnitvijo prijave v zavarovanje oziroma odjave iz zavarovanja, ker meni, da je datum pridobitve oziroma prenehanja lastnosti zavarovane osebe, ki ga je navedel na obrazcu pravilen, lahko zahteva izdajo odločbe po drugem odstavku 48. člena zakona.

Lastnost zavarovane osebe se ugotavlja tudi, če ni vložena prijava v zavarovanje, oseba pa po zakonu izpolnjuje pogoje za OZZ, če ni vložena odjava iz zavarovanja, oseba pa po zakonu ne izpolnjuje več pogojev za OZZ, oziroma če je zavarovanec prijavljen v OZZ v nasprotju s 36. členom zakona ali bi kot družinski član moral biti zavarovan kot zavarovanec razen po 34. členu zakona.

**K 48. členu (postopek ugotavljanja lastnosti zavarovane osebe)**

Postopek za ugotavljanje lastnosti zavarovane osebe se uvede na zahtevo osebe ali zavezanca za prijavo ali po uradni dolžnosti. Zavod o lastnosti zavarovane osebe odloči z odločbo.

Če je postopek uveden na podlagi 3. točke 46. člena zakona (če ni vložena prijava v zavarovanje, oseba pa po zakonu izpolnjuje pogoje za OZZ), oseba pridobi lastnost zavarovane osebe z dnem nastanka pravnega razmerja, ki je podlaga za OZZ. Zakon določa dve izjemi. Če je po uradni dolžnosti uveden postopek ugotavljanja lastnosti zavarovane za osebe s prijavljenim prebivališčem po 33. členu zakona, oseba pridobi lastnost zavarovane osebe z dnem dokončnosti odločbe. Če pravno razmerje, ki je podlaga za OZZ, ne obstaja več, pa se postopek ugotavljanja lastnosti zavarovane osebe po uradni dolžnosti ne uvede.

Če je postopek uveden na podlagi 4. točke 47. člena zakona (če ni vložena odjava iz zavarovanja, oseba pa po zakonu ne izpolnjuje več pogojev za OZZ), zavarovani osebi preneha lastnost zavarovanca z dnem prenehanja pravnega razmerja, ki je podlaga za zavarovanje.

Če je postopek uveden na podlagi 5. točke 47. člena, oseba pridobi lastnost zavarovane osebe po prednostni zavarovalni podlagi z dnem nastanka pravnega razmerja, ki je podlaga za OZZ, vendar največ od 1. januarja preteklega leta pred koledarskim letom izdaje odločbe. Izjema je določena za primere, ko ima oseba hkrati status samozaposlene osebe, družbenika družbe oziroma ustanovitelja zavoda, ki je poslovodna oseba in/ali kmeta. Zavarovanec pridobi lastnost zavarovane osebe po prednostni podlagi zavarovanja z dnem izdaje odločbe. Če na primer zavarovana oseba iz 25. člena (družbenik ali ustanovitelj, ki je poslovodna oseba) izpolnjuje pogoje za OZZ po prednostni podlagi iz 24. člena (samozaposlena oseba), pridobi lastnost zavarovane osebe po prednostni podlagi z dnem izdaje odločbe.

Zavezanec za prijavo vloži prijavo v zavarovanje in odjavo iz zavarovanja v 8 dneh po dokončnosti odločbe.

**K 49. členu (vložitev prijave in odjave iz zavarovanja po uradni dolžnosti)**

Zavod po uradni dolžnosti vloži prijavo v zavarovanje in odjavo iz zavarovanja, če je pridobitev ali prenehanje lastnosti zavarovane osebe ugotovljena z dokončno odločbo, pa zavezanec za prijavo ni vložil prijave v zavarovanje oziroma odjave iz zavarovanja v 8 dneh od dokončnosti odločbe.

Zavod vloži odjavo iz zavarovanja po uradni dolžnosti tudi v primeru, če zavezanec za prijavo ne obstaja več. Tak primer so na primer zavarovanci v delovnem razmerju, katere delodajalec ni odjavil pred prenehanjem statusa poslovnega subjekta, primeri ko je delodajalec kot fizična oseba umrl, dediči pa ne nadaljujejo z opravljanjem dejavnosti.

Zavod po uradni dolžnosti vloži prijavo v zavarovanje in odjavo iz zavarovanja v primerih iz 52. in 53. člena zakona, ko po uradni dolžnosti ugotavlja pravilnost podatka v zbirki podatkov zavarovanih oseb.

**K 50. členu (uporaba določb o postopku)**

Za odločanje v postopku ugotavljanja lastnosti zavarovane osebe se uporabljajo določbe zakona, ki ureja splošni upravni postopek, če ni s tem zakonom drugače določeno. Posebna pravila urejanja zavarovanja in vročanja so določena v 52. in 53. členu zakona.

**K 51. členu (preverjanje pravilnosti podatkov pred vnosom v zbirko podatkov zavarovanih oseb)**

Točnost in popolnost podatkov je temeljna dolžnost upravljavca zbirke podatkov, saj se izpisi podatkov iz evidenc štejejo za javne listine. Zakon zato določa, da lahko Zavod preveri pravilnost podatka, ki ga zavezanec za prijavo sporoča na predpisanih obrazcih, pred vnosom podatka v zbirko zavarovanih oseb. Enako pooblastilo daje upravljavcu zbirk podatkov tudi zakon, ki ureja varstvo osebnih podatkov. Zavezanci za prijavo Zavodu predložijo listine, ki so potrebne za preverjanje pravilnosti sporočenega podatka. Zavezanec za prijavo je dolžan predložiti tista dokazila, ki jih zavod ne more pridobiti iz zbirk podatkov, ki jih vodijo državni organi, lokalne skupnosti in drugi nosilci javnih pooblastil. To so na primer dokazila o obstoju delovnega razmerja (pogodba o zaposlitvi, suspenz pogodbe o zaposlitvi, dokazilo o prenehanju pogodbe o zaposlitvi). Podatke, ki jih v zbirkah podatkov vodijo državni organi, lokalne skupnosti in drugi nosilci javnih pooblastil, pridobi Zavod sam, če jih zavezanec za prijavo sam ne predloži.

**K 52. členu (nadzor nad pravilnostjo, popolnostjo in ažurnostjo podatkov v zbirki podatkov zavarovanih oseb)**

Urejanje zavarovanja po uradni dolžnosti na podlagi zbirk podatkov zagotavlja ažurne in točne podatke, ter posledično razbremenjuje zavezance za prijavo ter nosilce socialnih zavarovanj. S tem namenom so v zakonu dana posebna pooblastila zavodu, da po uradni dolžnosti ažurno ureja podatke v zbirki zavarovanih oseb.

Podatki zbirk podatkov imajo dolgoročen značaj, v daljšem obdobju zavarovanja pa se lahko spreminjajo standardi, ki se nanašajo na šifrante, definicije ali obeležja za posamezne podatke. V izogib obremenjevanju zavezancev z vlaganjem prijav sprememb podatkov v takšnih primerih je dano pooblastilo zavodu, da po uradni dolžnosti prilagodi podatke novim metodološkim standardom, vendar le ob pogoju, da ne poseže v obstoj in trajanje zavarovanja ali v osnovo, na podlagi katere se odmerjajo pravice.

Zakon nadalje pooblašča zavod, da po uradni dolžnosti uredi spremembo podatka o zavarovalnem času za zavarovance iz 24., 25., 26. in 27. člena zakona, če na podlagi zbirk podatkov ugotovi, da je sprememba podatka nastala, zavezanec za prijavo pa v osem dnevnem roku spremembe ni sporočil. Tak primer je denimo, ko samozaposlena oseba pridobi pravico do dela s krajšim delovnim časom po predpisih o starševskem varstvu in družinskih prejemkih za 20 ur na teden (tretja alinea tretjega odstavka 29. člena zakona), in v predpisanem roku ne sporoči spremembo ur zavarovalnega časa iz naslova samozaposlitve (iz 40 ur na 20 ur). Predlagana določba razbremenjuje zavod, da poziva navedene zavezance za prijavo k sporočanju spremembe podatka o zavarovalnem času, ki neposredno izhaja iz zbirke podatkov, in hkrati zagotavlja ažuren in točen podatek.

Zakon tudi pooblašča zavod, da ne glede na določbo 48. člena zakona, po uradni dolžnosti vloži prijavo v zavarovanje z dnem nastanka pravnega razmerja, ki je podlaga za zavarovanje oziroma odjavo iz zavarovanja, z dnem prenehanja pravnega razmerja, ki je podlaga za zavarovanje, če na podlagi zbirk podatkov ugotovi, da so izpolnjeni pogoji za OZZ oziroma so prenehali pogoji za OZZ. Tak primer je denimo ugotovitev, da je oseba, ki je obvezno zavarovana kot družinski član partner, priglasila opravljanje dejavnosti kot samostojni podjetnik posameznik, in v predpisanem roku ni vložila prijave v zavarovanje. Prav tako bo zavod po uradni dolžnosti vložil odjavo iz zavarovanja, če se je zavarovanec izbrisal iz predpisanega registra kot samozaposlena oseba, in ni v predpisanem roku vložil odjave iz zavarovanja. Po navedeni določbi ni mogoče vlagati prijav v zavarovanje oziroma odjav iz zavarovanja, če je potreben ugotovitveni postopek, v katerem je potrebno na podlagi dokazil ugotoviti obstoj ali prenehanje pravnega razmerja, ki je podlaga za zavarovanje. Tak primer je ugotavljanje obstoja oziroma prenehanja delovnega razmerja. V tem primeru zavod skladno s 48. členom zakona uvede postopek ugotavljanja lastnosti zavarovane osebe.

V primeru, ko zavod po uradni dolžnosti uredi spremembo zavarovalnega časa (tretji odstavek 52. člena zakona) ali vlaga prijavo v zavarovanje oziroma odjavo iz zavarovanja (peti odstavek 52. člena zakona) je dolžan obvestiti zavezanca za prijavo in zavarovano osebo. Obvestilo se vroči z navadno vročitvijo, vročitev pa se šteje za opravljeno osmi dan od dneva odpreme. Zavezanec za prijavo ali zavarovana oseba lahko v 15 dneh od dneva vročitve obvestila zahtevata izdajo odločbe.

**K 53. členu (odprava prekrivanja zaključenih obdobij OZZ)**

Če je zavarovana osebe v istem obdobju obvezno zavarovana iz dveh pravnih razmerij, ki se glede na prednostni red zavarovanja med seboj izključujeta, Zavod uredi obdobja OZZ upoštevajoč prednostni vrstni red zavarovanja po 36. členu zakona in o tem obvesti zavezanca za prijavo in zavarovano osebo. Prekrivanje obdobij zavarovanj se uredi z uporabo predpisanih obrazcev, tako so o spremembi trajanja OZZ obveščeni tudi uporabniki podatkov.

**K 54. členu (pravice iz OZZ za splošna tveganja)**

Člen določa vrste pravic, ki se krijejo iz sredstev OZZ (v nadaljnjem besedilu: OZZ) za splošna tveganja, to je za tveganja, ki ne izvirajo iz delovnega mesta). Pravice, ki se krijejo iz sredstev OZZ za poklicna tveganja (to je v primeru poškodbe pri delu in poklicne bolezni) ureja poseben, četrti del predloga zakona.

Izhodišča za predlagane rešitve na področju zakonske ureditve pravic iz OZZ so določene usmeritve in ugotovitve naslednjih dokumentov:

* Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja« (Uradni list RS, št. [25/16](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2016-01-0999); v nadaljnjem besedilu: ReNPZV16–25);
* Analiza zdravstvenega sistema v RS, Povzetek in ključne ugotovitve (Januar 2016 v nadaljnjem besedilu: Analiza zdravstvene, ga sistema);
* Koalicijski sporazum o sodelovanju v Vladi RS za mandatno obdobje 2014–2018 (v nadaljnjem besedilu: Koalicijski sporazum).

Osnovna usmeritev predlaganih rešitev zakonske ureditve pravic iz OZZ je ohranitev široke košarice pravic iz OZZ, ki zagotavljajo sodobno, kakovostno in na dokazih temelječo obravnavo vseh zdravstvenih stanj, ki so ali utegnejo prizadeti zavarovance, ob tem pa je košarica očiščena vsebin, ki vanjo ne sodijo.

Analiza zdravstvenega sistema je pokazala, da dosedanja košarica pravic nudi visoko stopnjo zdravstvene varnosti in zagotavlja relativno nizko stopnjo neenakosti. Tako je v letu 2013 na primer 99,8 % populacije izjavilo, da nima nezadovoljenih zdravstvenih potreb, kar je posledica obsežne košarice zdravstvenih storitev. V okviru analize zdravstvenega sistema je zato dano priporočilo, da nabor pravic ostane čim obsežnejši in tako olajša doseganje pravičnosti v dostopu do zdravstvenih storitev oziroma da se naj trenutna košarica pravic ne zmanjša ali delil na več delov, temveč, da se več pozornosti nameni kakovosti oskrbe in načinom obravnave znotraj same košarice.

S predlaganimi rešitvami OZZ ohranja svojo univerzalnost in dostopnost do obsežnega nabora pravic, ob tem pa so v skladu z ustavo veljavne podzakonske ureditve pravic iz OZZ ustrezno prenesene na zakonsko raven. Zakon določa vrste pravic ter pogoje, omejitve in osnove postopka za njihovo uveljavljanje.

Dosedanja pravna ureditev pravic iz OZZ je ustavnopravno sporna. Posamezni pogoji za uveljavljanje nekaterih pravic oziroma njihove omejitve in postopki njihovega uveljavljanja so namreč urejeni pretežno na podzakonski ravni - bodisi s predpisi ministra (na primer s Pravilnikom za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni) bodisi s splošnimi akti Zavoda (na primer s Pravili OZZ; v nadaljnjem besedilu: Pravila OZZ).

Izhajajoč iz Ustave (prvi odstavek 51. člena v povezavi z drugim odstavkom 50. člena) in ustavnosodne prakse (npr. št. Up-1303/11-21, U-I-25/14-8 z dne 21. 3. 2014) je določitev pogojev uveljavljanja pravice do zdravstvenega varstva in način izvrševanja pravice izrecno pridržana zakonu Tudi iz splošnih načel, ki urejajo možnosti omejevanja in določanje načina izvrševanja človekovih pravic in temeljnih svoboščin (drugi in tretji odstavek 15. člena Ustave), izhaja enako. Zato lahko sistem pravic in v tem okviru tudi njihove omejitve ureja le zakon, ki mora v temelju urediti tudi način izvrševanja pravic. Pravica do zdravstvenega varstva iz prvega odstavka 51. člena Ustave je človekova pravica pozitivnega statusa, ki od države zahteva aktivno delovanje. Država mora z ustreznimi ukrepi zagotoviti učinkovito uresničevanje te človekove pravice. Zdravje je ena najpomembnejših človekovih vrednot. Zato je pravica do zdravstvenega varstva dana vsakomur. Zaradi uresničevanja te pravice so z Ustavo določene dolžnosti države na socialnem in zdravstvenem področju. V prvem odstavku 51. člena Ustave je določeno, da ima vsakdo pravico do zdravstvenega varstva pod pogoji, ki jih določa zakon, kar pomeni, da Ustava navedeno pravico zagotavlja s t. i. zakonskim pridržkom. Tako oblikovan zakonski pridržek zakonodajalca pooblašča, da uredi pravico do zdravstvenega varstva, pri čemer lahko vzpostavi tudi ustavno dopustne omejitve te pravice (tretji odstavek 15. člena in 2. člen Ustave), pričakuje pa se tudi, da uredi način njenega izvrševanja (drugi odstavek 15. člena Ustave), ker je to glede na naravo take pravice nujno. Na podlagi prvega odstavka 51. člena Ustave mora zakonodajalec določiti vsebino pravice do zdravstvenega varstva z zakonom. Opredeliti mora subjekte ter vrsto in obseg pravic, ki tem subjektom pripadajo iz OZZ. Z zakonom pa mora določiti tudi pravice iz zdravstvenega varstva iz javnih sredstev (drugi odstavek 51. člena Ustave), zlasti katere vrste oziroma kolikšen obseg zdravstvenega varstva se zagotavlja iz javnih (državnih) sredstev. Iz drugega odstavka 50. člena Ustave izhaja obveznost države, da skrbi tudi za delovanje zdravstvenega zavarovanja, preko katerega se uresničuje pravica do socialne varnosti in s tem tudi pravica do zdravstvenega varstva. Država mora organizirati sistem OZZ, za delovanje katerega je tudi odgovorna. Z zakonom mora urediti tudi, katere pravice do zdravstvenega varstva zagotavlja OZZ (prvi odstavek 51. člena v zvezi z drugim odstavkom 50. člena Ustave).

Glede na zakonsko ureditev pravic bodo podzakonski akti razčlenili zakonsko normo le do te mere, da s tem sami ne bodo opredelili izvirno pravic in obveznosti in da zlasti z zakonom urejenih pravic in obveznosti ne bodo zožili. Predmet urejanja podzakonskih aktov bo natančnejši način izvrševanja pravic, izvirno določenih že v zakonu (vključno z opredelitvami, ki pomenijo strokovna, medicinska in tehnična vprašanja, ki niso primerna za zakonsko urejanje), in natančnejši postopek njihovega uveljavljanja.

Na podlagi veljavnega 13. člena ZZVZZ se z OZZ zavarovanim osebam zagotavlja:

* plačilo zdravstvenih storitev,
* nadomestilo plače med začasno zadržanostjo od dela in
* povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev.

Poleg teh pravic ZZVZZ-1 posebej ureja:

* pravico do spremstva, ki je v veljavnem zakonu urejena v okviru pravice do nadomestila med začasno zadržanostjo od dela;
* pravico do sobivanja, ki je v veljavnem zakonu urejena v okviru pravice do zdravstvenih storitev in pravice do nadomestila med začasno zadržanostjo od dela;
* povračilo prevoznih stroškov, ki je v veljavnem zakonu urejena v okviru pravice do povračila potnih stroškov;
* povračilo stroškov nastanitve, ki je v veljavnem zakonu urejena v okviru pravice do povračila potnih stroškov;
* pravico do zdravstvenih storitev v tujini in druge pravice v primeru uveljavljanja pravice do zdravstvenih storitev v tujini, ki so v veljavnem zakonu urejene v okviru pravice do zdravstvenih storitev in pravice do povračila potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev.

Povračilo stroškov prehrane ostaja pravica iz OZZ, če zavarovana oseba uveljavi zdravstveno storitev v tujini zaradi izčrpanih možnosti v RS ali predolgih čakalnih dob v RS, torej v primeru, ko država ne more zavarovani osebi zagotoviti učinkovitega uveljavljanja pravice do zdravstvenih storitev v RS. Za razliko od veljavnega zakona pa predlog zakona kot pravice iz OZZ ne določa več povračila stroškov prehrane, če zavarovana oseba uveljavi zdravstveno storitev v RS. Ta je v veljavnem zakonu urejena v okviru pravice do povračila potnih stroškov, če mora zavarovana oseba zaradi uveljavljanja pravice do zdravstvenih storitev v RS potovati in bivati v drugem kraju in je zato odsotna od doma več kot 12 ur. Po predlogu zakona se ti stroški ne bodo več krili iz sredstev OZZ, če zavarovana oseba uveljavi zdravstveno storitev v RS. Pravica do povračila stroškov prehrane zaradi uveljavljanja zdravstvene storitve je namreč po svoji naravi socialna pravica in ne "zdravstvena pravica", ki bi neposredno temeljila na zdravstvenem stanju zavarovane osebe. Določena je bila zaradi učinkovitega izvrševanja pravice do zdravstvenih storitev. Zaradi bistveno boljše prometne infrastrukture in razvoja javnega prometa in s tem bistveno boljših povezav med kraji v RS ter zaradi ureditev čakalnega časa v okviru pravice do spoštovanja pacientovega časa v skladu z ZPacP, uveljavljanje zdravstvenih storitev v drugem kraju v RS ne terja več kot 12 urne odsotnosti zavarovane osebe od kraja njenega prijavljenega prebivališča oziroma kraja zaposlitev. Navedeno izhaja tudi iz dejstva, da je v zadnjih letih le nekaj zavarovanih osebi uveljavilo povračilo stroškov prehrane zaradi uveljavljanja zdravstvenih storitev v RS.

Pravica do zdravstvenih storitev v tujini in druge pravice, ki so vezane na uveljavljanje načrtovane zdravstvene storitve v tujini, so urejene ločeno, v posebnem poglavju zakona zaradi njihove drugačne ureditve, kot ta velja, če zavarovana oseba uveljavi zdravstveno storitev v RS. V posebnem poglavju so tako za primer načrtovane zdravstvene storitve v tujini (to je zdravljenje in izdelava pripomočkov v tujini zaradi izčrpane možnosti v RS ter zdravstvene storitve v drugi državi, v kateri velja pravni red EU, zaradi preseganja najdaljše dopustne čakalne dobe ali razumnega časa) urejene tudi pravica do spremstva, denarnega nadomestila, povračila prevoznih stroškov, povračila stroškov prehrane in nastanitve.

**K 55. členu (narava pravic)**

Člen določa načelo neodtujljivosti pravic. Načelo je značilno za sistem OZZ, ki zavarovanim osebam zagotavljajo socialno varnost.

Pravice iz OZZ so neodtujljive, zato niso v pravnem prometu in zavarovana oseba z njimi ne more prosto razpolagati. Te pravice so osebne, zato jih ne more pridobiti nihče, razen zavarovane osebe. Pravic iz OZZ ni mogoče podedovati.

Izjema so dospele denarne dajatve, ki so pravica iz OZZ, to je denarno nadomestilo, povračilo stroškov zdravstvene storitve, prevoznih stroškov, stroškov nastanitve in stroškov prehrane. Denarne dajatve se pravilom izplačujejo za nazaj. Zato obstaja možnost, da zavarovani osebi pred smrtjo niso bile izplačane in pripadajo po njeni smrti njenim dedičem. Smiselno enako velja za povračilo dospelega neizplačanega denarnega nadomestila delodajalcu, ki ga lahko zahteva njegov pravni naslednik.

Le če dospele neizplačane denarne dajatve ne uveljavi niti dedič zavarovane osebe, predlog zakona določa (215. člen), da lahko dospelo neizplačano denarno dajatev iz naslova pravice do povračila prevoznih stroškov, ki so nastali spremljevalcu zavarovane osebe in upravičencu do sobivanja, uveljavi ta oseba sama, čeprav gre za pravico zavarovane osebe. Enako velja za uveljavljanje dospele denarne dajatve iz naslova pravice do povračila stroškov nastanitve, ki so nastali upravičencu do sobivanja. Subsidiarno uveljavljanje dospelih denarnih dajatev s strani spremljevalca (če jih ne uveljavi niti zavarovana oseba niti njen dedič) iz naslova pravice do povračila prevoznih stroškov in pravice do povračila stroškov nastanitve velja le v primeru, če je zavarovana oseba uveljavila zdravstveno storitev v RS. Če je zavarovana oseba uveljavila zdravstveno storitev v tujini, ima njen spremljevalec in oseba, ki je plačala prevozne stroške posmrtnih ostankov zavarovane osebe v RS, samostojni zahtevek za povračilo denarne dajatve iz naslova stroškov, ki so nastali tej osebi.

**K 56. členu (upravičenost do zdravstvenih storitev in drugih pravic)**

Določbi tega člena ne predstavljata novosti v sistemu OZZ. Smiselno enako ureditev določajo tako Pravila OZZ kot tudi ZPacP.

Določa objektivne meje uresničevanja zdravstvenih storitev, ki so pravica iz OZZ. Določba sledi temeljni določbi 4. člena ZPacP, ki v okviru uresničevanja in omejevanja pacientovih pravic tudi določa, da se pacientove pravice, ki jih določa ta zakon, pri vseh izvajalcih zdravstvene dejavnosti uveljavljajo v okviru sodobne medicinske doktrine, strokovnih standardov in normativov ter razvitosti zdravstvenega sistema v RS. Z navedeno določbo predloga zakona se uresničuje tudi pravica pacienta do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe v skladu z medicinsko doktrino, ki jo določa 11. člen ZPacP. V tesni zvezi z obravnavano pravico so tudi pogoji, kdaj je pacient upravičen do izbranega medicinskega posega oziroma metode zdravljenja. Predlog zakona zato smiselno enak kot 12. člen ZPacP, določa osnovni pogoj, pod katerim je zavarovana oseba sploh upravičena do zdravstvene storitve, ki je pravica iz OZZ.

Enako kot po ZPacP morata biti izpolnjeni naslednji predpostavki:

* zdravstvena storitev mora biti po pravilih medicinske stroke potrebna glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe. Če je ugotovljeno, da je zdravstvena pravica nepotrebna, se jo mora zavrniti (na primer zgolj lepotni poseg; izvedba zdravstvene storitev po metodi, ki ni potrebna glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe);
* se glede na sodobno medicinsko doktrino upravičeno pričakuje, da bo zavarovani osebi koristna in je razmerje med pričakovano koristjo na eni strani in tveganjem ter obremenitvijo za zavarovano osebo na drugi strani ugodno. Obremenitev se tukaj nanaša na zdravstveno stanje zavarovane osebe, in ne finančno breme OZZ.

Prav tako že Pravila OZZ v 105. členu določajo, da so standardi zdravstvenih storitev v vseh zdravstvenih dejavnostih strokovno – doktrinarno utemeljene storitve glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe, skladno s presojo zavarovančevega osebnega ali napotnega zdravnika.

Določa subjekte, ki so pristojni ugotoviti oziroma odločiti, ali je zavarovana oseba upravičena do določene zdravstvene storitve in drugih pravic iz OZZ. Enako kot v veljavnem sistemu OZZ je to lahko le pristojni zdravnik ali pristojni zdravstveni delavec oziroma le pooblaščena oseba Zavoda ali njegov pristojni organ, če o upravičenosti do zdravstvene storitve ali druge pravice v skladu s predlogom zakona odloča Zavod. Smiselno enako določa že prvi odstavek 24. člena Pravil OZZ. Pristojni zdravniki in pristojni zdravstveni delavci so zdravniki, drugi zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci, ki delajo pri izvajalcu (torej pri pogodbenem partnerju Zavoda) in so že na podlagi predloga zakona ali bodo na podlagi splošnega akta Zavoda pristojni izvesti določeno zdravstveno storitev ali drugo storitev iz OZZ (gl. opredelitev izraza "pristojni zdravnik", "pristojni zdravstveni delavec" in "zdravstveni delavec" v 3. členu). Kateri izvajalec je pristojen za opravljanje določene zdravstvene storitve in druge storitve iz OZZ bo določeno s splošnim aktom Zavoda, ki bo izdan na podlagi 232. člena predloga zakona, seveda ob upoštevanju druge zakonodaje, na primer ZZDej. Pristojni izvajalec bo lahko določen na ravni zdravstvene dejavnosti, po vrsti ali podvrsti zdravstvene dejavnosti, za posamezno zdravstveno storitev ali vrsto zdravstvenih storitev, na ravni izvajalca ali njegove organizacijske enote (oddelek in podobno). Smiselno enako velja za določitev pristojnega zdravnika in pristojnega zdravstvenega delavca, pri čemer se bo prav tako upoštevala druga zakonodaja, na primer tudi Zakon o zdravniški službi (v nadaljnjem besedilu: ZZdrS). Oba bosta lahko določena z opredelitvijo poklica, vrste specializacije, kvalifikacije, delovnega področja ali poklicne dejavnosti (kompetence), na ravni zdravstvene dejavnosti, po vrsti ali podvrsti zdravstvene dejavnosti, za posamezno zdravstveno storitev in drugo storitev iz OZZ ali vrsto zdravstvenih storitev in drugih storitev iz OZZ, na ravni izvajalca ali njegove organizacijske enote (oddelek in podobno), individualno ali skupinsko (tim, konzilij in podobno).

**K 57. členu (zavarovanje kot pogoj za uveljavljanje pravic)**

Pravice iz OZZ ima in jih lahko uveljavi le oseba, ki je obvezno zavarovana. Člen podrobneje določa čas oziroma obdobje, v katerem mora biti oseba obvezno zavarovana, da lahko uveljavi pravice.

Določa, da mora biti oseba, ki želi uveljaviti pravico (razen denarne dajatve) obvezno zavarovana tako v času, ko pridobi pravico kot tudi v času, ko pravico uveljavi (na primer tako v času, ko je zavarovani osebi predpisana napotnica in ko jo zavarovana oseba predloži izbranemu izvajalcu in ko je zavarovani osebi opravljena zdravstvena storitev na podlagi te napotnice, ko je zavarovani osebi predpisan recept kot tudi v času, ko zavarovana oseba prevzame zdravilo v lekarni). Navedeno pravilo velja tudi v primeru odloženega roka uveljavitve pravice (npr. z odločbo o zdraviliškem zdravljenju ali odločbo o zdravljenju v tujini) in je brez izjem, tudi v primeru prekoračenih čakalnih dob. Izjema je določena za pripomočke, ki so individualno izdelani za zavarovano osebo. Pri njih je ureditev specialnejša. Lahko se namreč zgodi, da so dobavni roki dobaviteljev in proizvajalcev (npr. ob izdelavi nekaterih protez) več mesecev. V takem primeru je bistveno, da je oseba v smislu uveljavitve pravice do pripomočka zavarovana tedaj, ko mu bo izročila naročilnico. Oseba na dolžino obdobja med dnem predložitve naročilnice in dnem prevzema takega pripomočka v last in posest nima praktično nobenega vpliva, zato menimo, da ni potrebno, da bi imela status zavarovane osebe tudi na dan prejema zanjo posebej izdelanega pripomočka.

Predlog zakona pri tem ne dopušča več tako kot veljavni zakon določitve pogoja trajanja predhodnega zavarovanja za uveljavljanje posameznih pravic iz OZZ. S predlagano ukinitvijo bo prenehala veljavna zakonska ureditev, da lahko Zavod določi pogoj predhodnega zavarovanja do šest mesecev za pravice do zobnoprotetičnih in medicinskih pripomočkov, razen za pravice iz 1. točke prvega odstavka 23. člena ZZVZZ (četrti odstavek 23. člena ZZVZZ). Posledično bo prenehala tudi podzakonska ureditev predhodnega zavarovanja iz Pravil OZZ.

Predlog zakona prav tako ne določa več instituta zadržanja pravic, ki ga določa 78.a člen ZZVZZ. To pomeni, da bodo imele vse zavarovane osebe vse pravice iz OZZ, ne glede na to, ali bodo zanje plačani vsi prispevki za OZZ.

Denarna dajatev se pravilom izplačujejo za nazaj. Zato jo lahko oseba uveljavi, če je imela lastnost zavarovane osebe v obdobju, za katerega uveljavlja denarno dajatev (npr. v obdobju začasne zadržanosti od dela, če uveljavlja denarno nadomestilo; v času potovanja, če uveljavlja povračilo prevoznih stroškov).

Določa izjemo od prvega odstavka, in sicer glede uveljavljanja zdravstvenih storitev. Te lahko zavarovana oseba uveljavi še osem dni po dnevu, ko ji preneha lastnost zavarovane osebe. Prav tako izjemo od prvega odstavka predstavlja primer, ko gre za novorojenega otroka.

**K 58. členu (uveljavljanje pravic pri izvajalcu, dobavitelju, proizvajalcu pripomočka ali Zavodu)**

Prvi odstavek tega člena določa t. i. sistem vratarja, ki pomeni obveznost izbire osebnega zdravnika v mreži javne zdravstvene službe v RS kot pogoj za uveljavljanje pravic iz OZZ. Če zavarovana oseba želi uveljaviti te pravice, mora imeti izbranega osebnega zdravnika pri izvajalcu v mreži javne zdravstvene službe v RS v skladu z Zakonom o zdravstveni dejavnosti (v nadaljnjem besedilu: ZZDej), ki ima z Zavodom sklenjeno pogodbo. S to ureditvijo se uveljavljanje pravic iz OZZ ureja na način, da je izbrani osebni zdravnik v mreži javne zdravstvene službe v RS vstopna točka, vratar ("gatekeeper") za uveljavljanje pravic iz OZZ. Posledično zavarovana oseba ne bo mogla več uveljavljati v breme OZZ zdravstvenih storitev, ki se opravlja na sekundarni ali terciarni ravni zdravstvene dejavnosti, na podlagi t. i. bele napotnice, ki jo je v dosedanjem sistemu lahko izdal osebni zdravnik, ki dela pri samoplačniškem izvajalcu, torej pri izvajalcu, ki v skladu z ZZDej ni v mreži javne zdravstvene službe v RS.

Z uvedbo sistema vratarja se v sistemu OZZ krepi vloga izbranega osebnega zdravnika. Poleg tega se s tem sistemom vzpostavlja enaka obravnava zavarovanih oseb, saj vse vstopajo v sistem OZZ na enak način, to je preko izbranega osebnega zdravnika pri izvajalcu v mreži javne zdravstvene službe v RS. Prav tako je namen predlagane ureditve večji nadzor nad izvajanjem osnovne zdravstvene dejavnosti in manj napotitev na sekundarno in terciarno raven zdravstvene dejavnosti ter s tem zmanjšanje stroškov in večji nadzor nad stroški zdravstvenih storitev.

Predlagana ureditev sledi ciljem ReNPZV16–25. Ta v poglavju "6.3.3 Javno-zasebno partnerstvo" med drugim določa, da morajo biti storitve, ki se opravljajo v okviru javne zdravstvene službe, jasno razmejene od zasebne zdravstvene dejavnosti. V tej zvezi določa tudi Ukrep 5: Postavitev pravil, po katerem pacient lahko od izvajalcev zasebne zdravstvene dejavnosti prestopi v sistem javnega zdravstva zdravstvene službe samo ob ustrezni napotitvi s strani izbranega osebnega zdravnika kot vratarja v sistem zdravstvenega varstva.

S predlagano ureditvijo sistema vratarja se usklajuje drugi odstavek 9. člena ZPacP.

Določbe tega člena ne predstavljajo novosti v sistemu OZZ. Vsebinsko enaka ureditev je bila določena tudi v prejšnjem ZZVZZ in Pravilih OZZ.

Drugi odstavek tega člena je posledica dejstva, da so pravice in postopek njihovega uveljavljanja določeni v zakonu in natančneje v podzakonskih aktih. Pravice, ki vključujejo tako plačilo zdravstvenih storitev kot izplačilo denarnih dajatev, lahko zavarovana oseba uveljavi le, če izpolnjuje z zakonom in podzakonskimi akti določene pogoje za njihovo uveljavljanje in le, če jih uveljavi po predpisanem postopku. Tako jih lahko uveljavi le pri pogodbenih partnerjih Zavoda (izvajalcih, dobaviteljih in proizvajalcih pripomočka) ali pri Zavodu, če uveljavlja pravico, o kateri v skladu s predlogom zakona odloča imenovani zdravnik ali območna enota Zavoda.

Za razliko od dosedanje ureditve zakon glede uveljavljanja pravice do pripomočka na novo določa možnost, da določene vrste pripomočkov zagotavljajo tudi proizvajalci pripomočkov, ki bodo imeli sklenjeno pogodbo z Zavodom. Na ta način se zavarovanim osebam povečuje in olajšuje dostop do pripomočkov ter zmanjšuje število posrednikov, ki sicer glede na določila Zakona o medicinskih pripomočkov (v nadaljnjem besedilu: ZMedPri) lahko sodelujejo v celoti verigi preskrbe medicinskih pripomočkov (veletrgovci, lekarne oz. specializirane prodajalne). Določene pripomočke bo namesto pri Zavodovem pogodbenem dobavitelju (lekarni oz. specializirani prodajalni) zavarovana oseba po novem lahko na naročilnico prejela neposredno pri pogodbenem proizvajalcu, tudi če ta ni posebej registriran za prodajo pripomočkov na drobno, kot je sicer zahteva glede na ZMedPri. To je mišljeno npr. za izdajo plenic. Gre za kasnejšo (lex posterior) in posebno (lex specialis) ureditev glede na ZMedPri, ki posebej ureja proizvajalca, trgovca na debelo in trgovino na drobno z MP. Taka ureditev je v določenih primerih (za npr. plenice) za zavarovane osebe povsem ustrezna, saj razen ob prvi izdaji, potem v nadaljevanju ni potrebno nikakršno posebno svetovanje, ki je sicer predvideno po ZMedPri za izdajo MP. Hkrati na ta način pričakujemo prihranek na strani Zavoda, saj bodo cenovni standardi oz. cene za te pripomočke lahko nižje (zmanjšanje skupne razlike v ceni glede na to, da kot posrednika ne bosta nastopala veletrgovec in lekarna oz. specializirana prodajalna). Ostale medicinske pripomočke pa bodo še vedno izdajale lekarne oz. specializirane prodajalne, ki bodo imele sklenjeno pogodbo z Zavodom.

Tretji odstavek tega člena pomeni izpeljavo drugega odstavka tega člena. Določa pravico zavarovane osebe, da sme v RS uveljaviti zdravstveno storitev le pri izvajalcu, to je pri izvajalcu javne zdravstvene službe v RS, ki ima z Zavodom sklenjeno pogodbo za opravljanje določenih zdravstvenih storitev. Pri tem sme pri določenem izvajalcu uveljavljati le tisto zdravstveno storitev, ki je po vrsti in obsegu predmet pogodbe med Zavodom in izvajalcem. Glede na vrsto zdravstvene storitve ali druge pravice, ki jo uveljavlja, zavarovana oseba uveljavi pravico bodisi pri pristojnem zdravniku bodisi pri pristojnem zdravstvenem delavcu. Pristojni zdravnik je osebni zdravnik, napotni zdravnik ali drug zdravnik pri izvajalcu, ki je na podlagi tega zakona ali splošnega akta Zavoda pristojen izvesti določeno zdravstveno storitev ali drugo storitev iz OZZ. Pristojni zdravstveni delavec je zdravstveni delavec pri izvajalcu, ki ni zdravnik, je pa na podlagi tega zakona ali splošnega akta Zavoda pristojen izvesti določeno zdravstveno storitev ali drugo storitev iz OZZ. Pri tem se za zdravstvenega delavca po tem zakonu šteje tako zdravstveni delavec kot zdravstveni sodelavec.

Četrti odstavek tega člena prav tako pomeni izpeljavo drugega odstavka tega člena. Določa pravico zavarovane osebe, da sme v RS uveljaviti pravico do pripomočka le pri dobavitelju ali proizvajalcu pripomočka, ki ima z Zavodom sklenjeno pogodbo. Dobavitelj je lekarna ali specializirana prodajalna za izvajanje prometa na drobno s pripomočki, ki ima z Zavodom sklenjeno pogodbo o izdaji ali izposoji pripomočkov ali pogodbo o izdaji in izposoji pripomočkov. Za proizvajalca pripomočka šteje tako proizvajalec medicinskega pripomočka in njegov pooblaščen predstavnik kot tudi proizvajalec drugega pripomočka in njegov zastopnik, ki ima z Zavodom sklenjeno pogodbo o zagotavljanju pripomočkov v breme OZZ. Pri tem sme zavarovana oseba pri določenem dobavitelju in proizvajalcu pripomočka uveljaviti le tisti pripomoček, ki je po vrsti predmet pogodbe med Zavodom in dobaviteljem oziroma med Zavodom in proizvajalcem pripomočka. Dobavitelj oziroma proizvajalec pripomočka bo moral imeti tak pripomoček oziroma (konkretni) artikel določen v pogodbi o zagotavljanju pripomočkov z Zavodom, da ga bo lahko izdajal v breme OZZ. V nasprotnem primeru, enako kot doslej, to ne bo možno.

Peti odstavek tega člena določa izjemo od tretjega odstavka tega člena. Uveljavljanje zdravstvenih storitev pri samoplačniških izvajalcih v RS, ki nimajo z Zavodom sklenjene pogodbe (in torej niso izvajalci v smislu opredelitve izrazov v 3. členu zakona) je dopustno le za nujne zdravstvene storitve in to le izjemoma, če zavarovana oseba teh zdravstvenih storitev ne more uveljaviti pri izvajalcu.

Uveljavljanje zdravstvenih storitev pri samoplačniškem izvajalcu predlog zakona razširja na t. i. neodložljivo zdravljenje. Zavarovana oseba lahko tako pri samoplačniškem izvajalcu uveljavi ne le nujno medicinsko pomoč in nujno zdravljenje (kar velja že v dosedanji ureditvi OZZ), temveč tudi neodložljivo zdravljenje. Vse tri vrste zdravljenja zakon poimenuje s skupnim izrazom "nujne zdravstvene storitve". Za uveljavljanje nujne zdravstvene storitve zakon določa nekatere posebnosti, na primer krajši rok za predložitev recepta, dopustnost njenega uveljavljanja brez kartice zdravstvenega zavarovanja in brez napotnice ter pravico do povračila njenih stroškov, če so ji bili zaračunani, pod pogojem, da jo je zavarovana oseba uveljavila pri samoplačniškem izvajalcu v skladu s tem odstavkom 57. člena tega zakona, torej da gre za zdravstveno storitev, ki sodi v nujno zdravstveno storitev in je zavarovana oseba zaradi svojega zdravstvenega stanja ni mogla uveljaviti pri izvajalcu.

**K 59. členu (pravice pripornika in obsojenca)**

V predlaganem členu so določene omejitve pravic iz OZZ za pripornike in obsojence, pri čemer so omejitve določene različno za posamezen skupine le-teh glede na naravo odvzema svobode.

**K 60. členu (pravice do zdravstvenih storitev)**

Uvodni člen II. poglavja ZZVZZ-1 (Pravice do zdravstvenih storitev) našteva v prvem odstavku osem glavnih skupin zdravstvenih storitev, ki se zavarovanim osebam krijejo iz sredstev OZZ, če jih potrebujejo glede na svoje zdravstveno stanje. To so preventivne zdravstvene storitve, storitve zdravljenja, rehabilitacijske storitve, storitve zdravstvene nege, storitve paliativne oskrbe, zdravila in živila, medicinski in drugi pripomočki ter reševalni prevozi. Naslednji členi tega poglavja obravnavajo podskupine zdravstvenih storitev.

Drugi odstavek tega člena določa storitve, ki so pravica iz OZZ kot del lekarniške dejavnosti. Obseg lekarniške dejavnosti določa Zakon o lekarniški dejavnosti (v nadaljnjem besedilu: ZLD-1). Vse storitve, ki so del lekarniške dejavnosti, niso sestavni del zdravstvenih storitev in tako tudi ne sestavni del zdravstvenih storitev, ki so krite iz sredstev OZZ. Pravica iz OZZ so le tiste storitve v lekarniški dejavnosti, ki so vključene v druge zdravstvene storitve, ki so pravica iz OZZ. Izjema so reševalni prevozi, ki zaradi svoje narave ne vključujejo zdravstvenih storitev v lekarniški dejavnosti.

Tretji odstavek tega člena je pojasnilne narave, ker izraz »zdravstvene storitve« zajema tudi zobozdravstvene storitve in so le-te prisotne med storitvami pod točkami 1., 2. in 3. prvega odstavka.

**K 61. členu (vrsta in obseg zdravstvenih storitev, ki so pravica)**

Člen določa, da so posamezne zdravstvene storitve, ki so pravica iz OZZ, opredeljene v podzakonskih aktih. Glede na to, da gre za več deset tisoč storitev, ki jih je že zaradi števila nemogoče uvrstiti v zakon, poleg tega pa se zaradi razvoja medicinske znanosti nenehno spreminjajo, se posamezne zdravstvene storitve iz 1. do 7. alinee prvega odstavka prejšnjega člena opredelijo v Seznamu zdravstvenih storitev. Seznam zdravstvenih storitev ne bo vključeval le tistih vrst zdravstvenih storitev, za določanje katerih je v skladu z zakonom pooblaščen Zavod. Gre za zdravstvene storitve, ki jih je že doslej določal Zavod (zdravila in živila z receptne liste, magistralna zdravila s Seznama magistralnih zdravil, zdravila z ambulantne liste in bolnišnične liste ter medicinski in drugi pripomočki).

**K 62. členu (preventivni zdravstveni programi)**

Prvi odstavek opredeljuje preventivne zdravstvene programe kot celovite sklope posameznih preventivnih zdravstvenih storitev, namenjenih posamezniku. Preventivne zdravstvene storitve, namenjene izvajanju posameznega preventivnega programa, so preventivni zdravstveni pregledi in različne zdravstvenovzgojne aktivnosti. Za učinkovito in kakovostno izvajanje programa je potrebno tudi njegovo vodenje, koordiniranje in spremljanje izvajanja.

Drugi odstavek opredeljuje vrste preventivnih zdravstvenih programov, do katerih ima zavarovana oseba po tem zakonu pravico. Gre za preventivne zdravstvene storitve v okviru preventivnih zdravstvenih programov na področju varstva pred nalezljivimi boleznimi ter spolnega in reproduktivnega zdravja, preventivne zdravstvene storitve, namenjene otrokom, osnovnošolcem, dijakom, študentom in odraslim, na področju zobozdravstva in na področju presejanja in zgodnjega odkrivanje predrakavih sprememb in raka, ki so nato natančneje zapisane v členih od 62. do 67.

Člen določa, da cilje in ciljno skupino, vsebino, način izvajanja in spremljanje kakovosti ter doseganja ciljev preventivnih zdravstvenih programov in preventivnih zdravstvenih storitev predpiše minister v podzakonskem aktu.

**K 63. členu (preventivni zdravstveni programi na področju varstva pred nalezljivimi boleznimi)**

Člen določa, da imajo zavarovane osebe pravico do preventivnih zdravstvenih storitev in ukrepov za preprečevanje nalezljivih bolezni v skladu z veljavnim Zakonom o nalezljivih boleznih.

**K 64. členu (preventivni zdravstveni programi na področju spolnega in reproduktivnega zdravja)**

Preventivni zdravstveni programi na področju spolnega in reproduktivnega zdravja se nanašajo na načrtovanje družine, preprečevanje neplodosti ter preventivno zdravstveno varstvo v času nosečnosti, poroda in po porodu.

**K 65. členu (preventivni zdravstveni programi za otroke, osnovnošolce, dijake in študente)**

Člen opredeljuje pravice zavarovanih oseb otrok od rojstva do dopolnjenega 19 leta starosti oziroma do konca rednega šolanja do preventivnih zdravstvenih programov in iz njih izhajajočih storitev. Te starostne skupine imajo skladno s potrebami, ki izhajajo iz njihove starosti in ugotovljenih tveganj, pravico do sistematičnih preventivnih pregledov, vključno s pregledi za namen izvajanja preventivnega zdravstvenega varstva športnikov, pravico do zdravstvene vzgoje ter individualnega in skupinskega svetovanja, sodelovanja v programih nemedikamentozne obravnave oseb, ki imajo veliko tveganje za kronične bolezni ali že prisotne kronične bolezni, ter pravico do patronažnih obiskov.

Programi nemedikamentozne obravnave za osebe z velikim tveganjem za kronične bolezni ali že prisotne kronične bolezni potekajo v centrih za krepitev zdravja in nudijo podporo spremembi vedenjskega sloga, opuščanju tveganih vedenj in podporo duševnemu zdravju.

Zdravstveno letovanje je preventivni program za šoloobvezne otroke, ki so pogosto bolni in izpostavljeni nezdravemu in tveganemu načinu življenja, socialni izključenosti in kroničnim boleznim, z namenom, da bi s pomočjo naravnih dejavnikov klime, gibanja, prehrane in socialnih učinkov druženja okrepili njihovo zdravje in preprečili razvoj kroničnih bolezni.

**K 66. členu (preventivni zdravstveni programi za odrasle)**

Člen opredeljuje pravico zavarovanih odraslih oseb do preventivnih zdravstvenih pregledov za zgodnje odkrivanje dejavnikov tveganja in zgodnjih oblik kroničnih bolezni ter zdravstvene vzgoje, individualnega in skupinskega svetovanja ter preventivne zdravstvene obravnave glede urejenosti kroničnih bolezni, ki se izvajajo v referenčnih ambulantah, vključno z zdravstvenimi pregledi športnikov. Med pravice zavarovanih oseb štejejo tudi preventivne nemedikamentozne obravnave oseb, ki imajo veliko tveganje za kronične bolezni ali pa so te že prisotne, v programih centrov za krepitev zdravja ter paronažni obiski tistih, ki se ne odzivajo na vabila v presejalne in preventivne programe.

**K 67. členu (preventivni zobozdravstveni programi)**

Zavarovane osebe do 18 leta imajo pravico do preventivnih zobozdravstvenih pregledov in zobozdravstvene vzgoje ter individualnega in skupinskega svetovanja. Osebe, starejše od 18. let, imajo pravico do preventivnih zobozdravstvenih pregledov in higienske obravnave.

**K 68. členu (preventivni programi za presejanje in zgodnje odkrivanje predrakavih sprememb in raka)**

Člen določa pravico zavarovanih oseb do preventivnih zdravstvenih storitev v okviru organiziranih populacijskih programov za presejanje in zgodnje odkrivanje predrakavih sprememb in raka.

**K 69. členu** **(vrste storitev zdravljenja s področja zdravstvene dejavnosti)**

Člen navaja vrste storitev zdravljenja, do katerih ima pravico zavarovana oseba.

**K 70. členu (diagnostične storitve)**

Člen  navaja vrste diagnostičnih zdravstvenih storitev, do katerih ima pravico zavarovana oseba.

**K 71. členu (terapevtske zdravstvene storitve)**

Člen navaja vrste terapevtskih zdravstvenih storitev, do katerih ima pravico zavarovana oseba.

**K 72. členu (zdravstvene storitve s področja reprodukcije)**

Člen navaja vrste zdravstvenih storitev s področja reprodukcije, do katerih ima pravico zavarovana oseba.

Drugi odstavek 72. člena določa, da se pri uveljavljanju storitev preprečevanje zanositve in umetni prekinitvi nosečnosti upoštevajo določbe zakona, ki ureja zdravstvene ukrepe pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok, tretji odstavek pa določa, da je pravica do zdravljenja neplodnosti z biomedicinsko pomočjo ženske omejena po starosti in številu postopkov zunaj in znotraj telesne oploditve za prvi porod živorojenega otroka in za vsakega nadaljnjega otroka.

**K 73. členu (zobozdravstvene storitve)**

Člen  navaja vrste zobozdravstvenih storitev, do katerih ima pravico zavarovana oseba.

**K 74. členu (kriteriji za določanje vrste in obsega zobozdravstvenih storitev, ki so pravica)**

Člen našteva kriterije za upravičenost do posameznih zobozdravstvenih storitev in standarde teh storitev, ki se vsebinsko določijo v Seznamu zdravstvenih storitev. Gre za kriterije starosti zavarovane osebe, obsega storitev, kakovosti in življenjske dobe uporabljenih materialov, garancijske roke in druge strokovne opredelitve, ki vplivajo na upravičenost do zobozdravstvenih storitev, ki so plačane iz OZZ.

**K 75. členu (diagnostične zobozdravstvene storitve)**

Člen  navaja diagnostične zobozdravstvene storitve, do katerih ima pravico zavarovana oseba.

**K 76. členu (terapevtske zobozdravstvene storitve)**

Člen  navaja vrste terapevtske zobozdravstvene storitve, do katerih ima pravico zavarovana oseba.

**K 77. členu (stomato-protetično zdravljenje)**

V tem členu so opredeljene stomato-protetične storitve in stomato-protetični pripomočki, do katerih ima zavarovana pravico v primeru zdravljenja in nadgrajevanja zob, ali pri boleznih v ustni votlini.

Tretji odstavek določa, da se bo v primerih, ko bo zavarovana oseba samoplačniško na lastno željo in stroške opravila vsaditev zobnega vsadka, pri uveljavljanju pravice do stomato-protetičnega pripomočka le-ta štel kot lastni zob.

**K 78. členu (stomato-protetična rehabilitacija s pomočjo zobnih vsadkov)**

Pravica do stomato-protetične rehabilitacije s pomočjo zobnih vsadkov je nova pravica in obsega protetično in kirurško zobozdravstveno oskrbo.

Pogoja za uveljavljanje te pravice sta:

* da je v konkretnem primeru zavarovani osebi mogoče zagotoviti funkcionalno ustrezno rehabilitacijo le z zobnimi vsadki, in ne na drug način. Stomato-protetična rehabilitacija z zobnim vsadki je v teh primerih torej edina možna oskrba zavarovane osebe in
* da je pri zavarovani osebi prisotno določeno zdravstveno stanje, ki predstavlja indikacijo za tovrstno rehabilitacijo, pri čemer so zdravstvena stanja, ki predstavljajo indikacijo v zakonu okvirno določena, njihova bolj natančna opredelitev pa bo določena v Seznamu zdravstvenih storitev.

V drugem odstavku je določena tudi pravica do stomato-protetične rehabilitacije s pomočjo zobnih vsadkov pri zdravstvenih stanjih, pri katerih zaradi kompleksnega oziroma zelo zahtevnega zdravstvenega stanja prav tako ni mogoče zagotoviti funkcionalno ustreznega zdravljenja na drug način, temveč le z zobnimi vsadki. Ker gre za izjemno zahtevna stanja, je za opredelitev zdravljenja s pomočjo zobnih vsadkov kot edine možne oskrbe zavarovane osebe potrebno mnenje protetično kirurškega konzilija terciarne ustanove.

Tretji in četrti odstavek določata omejitve stomato-protetične rehabilitacije s pomočjo zobnih vsadkov in sicer:

- pri zavarovanih osebah z oligodontijo ali razvojno anomalijo kosti - shizo je potrebno stomato-protetično rehabilitacijo začeti zgodaj (pred 24. letom starosti), saj se tako doseže najboljši učinek;

- pravica je pri nespremenjenem zdravstvenem stanju opredeljena kot enkratna pravica. To pomeni, da ima zavarovana oseba po že zaključeni stomato-protetični rehabilitaciji s pomočjo zobnih vsadkov pravico do nove oziroma ponovne stomato-protetične rehabilitacije s pomočjo zobnih vsadkov le, če to narekuje drugačno zdravstveno stanje oziroma, če je prišlo do nastanka drugega razloga za tovrstno rehabilitacijo.

**K 79. členu (ortodontsko zdravljenje)**

V prvem in drugem odstavku tega člena je določeno, pod katerimi pogoji ima zavarovana oseba pravico do ortodontskega zdravljenja.

V tretjem odstavku je določeno, s katerimi ortodontskimi aparati se izvaja tovrstno zdravljenje.

V četrtem odstavku je na novo določeno, da ima zavarovana oseba pravico do ortodontskega zdravljenja, če je to potrebno kot priprava na ortognatski poseg, če ima težko nepravilnost obraznega skeleta. V tem primeru se ne upošteva starostna omejitev iz prvega in drugega odstavka tega člena. Pri težkih nepravilnostih obraznega skeleta nastajajo funkcionalne nepravilnosti, ki se odražajo na različnih nivojih. Tako lahko nastanejo problemi v zvezi z dihanjem, hranjenjem, v zvezi s požiranjem, grizenjem in žvečenjem. Posledično prihaja do težav z zobmi (preobremenjenost določenih zob oziroma zobnih skupin) in do težav z čeljustnim sklepom. Skeletna nepravilnost obraza se obravnava kombinirano, pred operacijo je potrebno z ortodontskim zdravljenjem urediti skladnost obeh zobnih lokov in postavitev zob, šele nato sledi kirurško zdravljenje.

Enako, kot to izhaja iz trenutno veljavnih pravil, je določena obveznost ortodonta, da zavarovano osebo seznani z načrtom ortodontskega zdravljenja in pridobi njeno pisno soglasje (peti odstavek), določene pa so tudi posledice, če se zavarovana oseba ne ravna po navodilih ortodonta (prekinitev zdravljenja), kar izhaja iz šestega in sedmega odstavka.

**K 80. členu (postopek odobritve stomato-protetične rehabilitacije)**

Člen določa, da je pred začetkom izdelave stomato-protetičnih pripomočkov potrebno Zavodu v potrditev predložiti predlog njihove izdelave, razen če gre za prilagoditve in popravila stomato-protetičnih pripomočkov, izdelavo največ treh posamičnih prevlek v obdobju enega leta in stomato-protetično rehabilitacijo s pomočjo zobnih vsadkov.V slednjem primeru gre za zahtevna zdravstvena stanja, ki jih praviloma obravnava terciarna ustanova oziroma specialisti ustrezne specialnosti in ki zahtevajo hitro odzivnost. Morebitna predhodna presoja Zavoda bi tako, poleg podaljševanja rehabilitacije, pomenila le dodatno administrativno breme in stroške za izvajalce.

**K 81. členu (vrste nujnih zdravstvenih storitev)**

Člen  navaja vrste nujnih zdravstvenih storitev, do katerih ima pravico zavarovana oseba.

Dosedanji zakon je opredeljeval med pravicami do nujnih zdravstvenih storitev nujno medicinsko pomoč in nujno zdravljenje. V službah nujne medicinske pomoči se obravnava veliko pacientov, ki jih ne moremo vključiti v omenjeni definiciji, pa vseeno potrebujejo zdravstveno oskrbo prej, kot bi jo lahko dobili pri osebnem zdravniku. ZZVZZ-1 uvaja še eno vrsto nujne zdravstvene storitve: neodložljive zdravstvene storitve.

**K 82. členu (storitve nujne medicinske pomoči)**

Člen zajema pravico do nujne medicinske pomoči v primeru neposredne grozeče življenjske ogroženosti. Gre za najbolj nujne zdravstvene storitve, ki se morajo pričeti takoj. Zajemajo storitve oživljanja, ohranjanja življenja ter zdravljenje stanj, ki se morajo pričeti v najkrajšem možnem času za preprečitev možnih življenjsko ogrožajočih zapletov. Te storitve se izvajajo v okviru služb nujne medicinske pomoči, v primeru nepričakovane potrebe po nujni medicinski pomoči pa je le – to dolžan v okviru svoje usposobljenosti začeti nuditi vsak zdravstveni delavec.

**K 83. členu (storitve nujnega zdravljenja)**

V 83. členu so zajete storitve nujnega zdravljenja stanj, v katerih pacient ni neposredno življenjsko ogrožen, bi se pa njegovo zdravstveno stanje brez zdravljenja lahko v kratkem poslabšalo. Gre za bolezenska in poškodbena stanja, ki običajno nastanejo hitro in nepričakovano in so toliko huda, da zaradi same narave stanja in v izogib poslabšanju ali zapletom potrebujejo oskrbo v kratkem času. Primeri nujnih stanj so večje poškodbe, ki potrebujejo kirurško oskrbo, akutna stanja s sistemsko prizadetostjo, stanja, ki zahtevajo takojšnje zdravljenje na sekundarnem nivoju. Vključena so tudi stanja, ki potrebujejo bolnišnično obravnavo zaradi nujne diagnostike in/ali terapije v prvih 24 urah od nastanka. Storitve nujnega zdravljenja se morajo začeti najkasneje v 6 urah po stiku pacienta z zdravstvenim osebjem in so namenjene preprečevanju poslabšanj bolezni, okvare organa ali njegove funkcije ter pravočasni oskrbi ran in zlomov. Storitve iz 83. člena se izvajajo v okviru služb nujne medicinske pomoči in v urgentnih centrih.

V primerjavi s 84. členom gre za vsebinsko strokovno razliko v stanjih, ki so res nujna in potrebujejo tudi drugačen pristop in drugačne ukrepe od stanj v 84. členu.

Člen 83. zajema stanja, ki potrebujejo oskrbo s strani specialista urgentne medicine ali kliničnega specialista in v veliki večini primerov oskrbo na sekundarnem nivoju/v bolnišnici.

**K 84. členu (storitve neodložljivega zdravljenja)**

84. člen zajema stanja, ki niso nujna oziroma se pri njih ne pričakuje poslabšanja v kratkem času, pa vendar pacient potrebuje zdravstveno oskrbo prej, kot jo lahko dobi pri osebnem zdravniku v okviru redne dejavnosti. Primeri takih stanj so akutna vročinska in bolečinska stanja, manjše poškodbe, ki ne potrebujejo kirurške oskrbe in poslabšanja kroničnih stanj, katerih oskrba ne more biti odložena do ordinacijskega časa osebnega izbranega zdravnika. Storitve neodložljivega zdravljenja se morajo začeti najkasneje v 12 urah od stika zavarovane osebe s pristojnim zdravnikom ali pristojnim zdravstvenim delavcem. Ta pravica se uveljavlja predvsem v času odsotnosti izbranega osebnega zdravnika in v času dežurne službe.

84. člen omogoča ločitev dela služb nujne medicinske pomoči od dela v nadomestni ali dežurni službi: storitve nujne medicinske pomoči in nujnega zdravljenja iz 82. in 83. člena so delo služb nujne medicinske pomoči, neodložljive zdravstvene storitve iz 84. člena pa se izvajajo pri nadomestnem zdravniku ali v dežurni službi v primarnem zdravstvenem varstvu. Ta ločitev je potrebna tudi zaradi razvoja nove specializacije urgentne medicine, katere področje dela so urgentna in življenje ogrožajoča stanja iz 82. in 83. člena in zaradi zahteve družinskih zdravnikov po ločitvi dela v družinski in urgentni medicini. 84. člen je smiselen tudi zaradi potreb gospodarstva in sodobnega načina življenja in omogoča večjo dostopnost do zdravnika brez nepotrebne odsotnosti z dela in hitrejši začetek zdravljenja.

Med storitve neodložljivega zdravljenja spadajo tudi hišni obiski pri pacientih, ki zaradi svojega zdravstvenega ali splošnega stanja ne morejo sami priti k zdravniku, a njihovo stanje ne zahteva storitev nujne medicinske pomoči ali nujnega zdravljenja.

Člen 84. zajema stanja in storitve, ki so lahko oskrbljena na primarnem nivoju s strani specialistov splošne/družinske medicine/pediatrije.

**K 85. členu (rehabilitacijska obravnava)**

Zavarovana oseba ima pravico do rehabilitacijske obravnave, ki poteka multi-profesionalno in interdisciplinarno v obsegu, kot jo zahteva njeno klinično in funkcijsko stanje ne glede na diagnozo.

**K 86. členu (vrsta rehabilitacijskih storitev)**

Zavarovana oseba ima pravico do rehabilitacijskih storitev, ki obsegajo storitve rehabilitacijske medicine vključno s celostno oceno potreb po rehabilitaciji; storitve fizikalne medicine in fizikalne terapije vključno s souporabo naravnih zdravilnih sredstev; storitve delovne terapije; storitve logopedije, surdopedagogike in tiflopedagogike; storitve klinične psihologije; storitve rehabilitacijske zdravstvene nege; oskrbo z ustreznimi pripomočki; prilagoditve domačega in delovnega okolja in storitve zgodnje poklicne rehabilitacije v sklopu interdisciplinarne rehabilitacijske obravnave.

**K 87. členu (pravica do rehabilitacije v zdravilišču)**

Prvi odstavek tega člena opredeljuje rehabilitacijo v zdravilišču kot vrsto, ki obsega storitve fizikalne medicine in fizikalne terapije s souporabo naravnih zdravilnih sredstev v naravnih zdraviliščih pri zdravstvenih stanjih, pri katerih se od te vrste rehabilitacije pričakuje povrnitev funkcionalnih sposobnosti.

Drugi odstavek določa načina izvajanja zdraviliške rehabilitacije glede na to, ali zavarovana oseba v času izvajanja zdraviliške rehabilitacije biva v zdravilišču ali prihaja od zunaj. Pri bivanju v zdravilišču gre za stacionarni način izvajanja rehabilitacije, ki vključuje prehrano in nastanitev. Če zavarovana oseba na zdraviliško rehabilitacijo prihaja ob dnevih, ko se ta izvaja, gre za ambulantni način izvajanja rehabilitacije; le-ta je mogoč, če osebi, ki je na rehabilitaciji, njeno zdravstveno stanje in bližina bivališča to omogočata.

Tretji odstavek tega člena opredeljuje zdraviliško rehabilitacijo glede na časovno oddaljenost od končanega zdravljenja zdravstvenega stanja, ki je predstavljalo indikacijo za zdraviliško rehabilitacijo. Če se začne neposredno po končani bolnišnični obravnavi ali najpozneje pet dni od izdaje odločbe o odobritvi zdraviliške rehabilitacije, gre za nadaljevanje bolnišnične obravnave, v nasprotnem primeru pa gre za zdraviliško rehabilitacijo, ki ni nadaljevanje bolnišnične obravnave.

Opredeljeno je, kaj obsega tip zdraviliške rehabilitacije, ki pa je bolj natančno določen v Seznamu zdravstvenih storitev (86.člen).

**K 88. členu** (**način izvedbe rehabilitacije v zdravilišču)**

Prvi odstavek našteva kriterije za določanje natančnejši način izvrševanja pravice do zdraviliške rehabilitacije, ki se določijo v Seznamu zdravstvenih storitev.

Drugi odstavek tega člena pooblašča Zavod, da določa standarda prehrane in nastanitve med stacionarno zdraviliško rehabilitacijo. Zavarovana oseba bo imela možnost, da ob doplačilu koristi drugačen ali višji standard prehrane ali nastanitve, kot ju krije OZZ (prva alineja 2. točke prvega odstavka 235. člena predloga zakona).

Predlog za podaljšanje zdraviliške rehabilitacije je strokovno utemeljen le pri določenih zdravstvenih stanjih. Pri njihovi določitvi gre za strokovno-medicinsko opredelitev. Zato bodo zdravstvena stanja, pri katerih se pričakuje dodatno izboljšanje funkcionalne sposobnosti v skladu s tem odstavkom, tudi v bodoči ureditvi opredeljena na podzakonski ravni s Seznamom zdravstvenih storitev, saj niso primerna za zakonsko urejanje zaradi razvoja in napredka medicinske stroke.

**K 89. členu** (**predlog za rehabilitacijo v zdravilišču)**

Člen ureja predlog za zdraviliško rehabilitacijo, na podlagi katerega Zavod izda odločbo.

Prvi odstavek tega člena je pojasnjevalne narave. Predlog za zdraviliško rehabilitacijo lahko vloži le pristojni zdravnik. Kateri pristojni zdravnik je pooblaščen za vložitev tega predloga bo določeno s podzakonskim aktom iz 232. člena predloga zakona. V veljavni ureditvi sta na podlagi Pravil OZZ pristojna za vložitev predloga za zdraviliško rehabilitacijo zdravnik, ki zavarovano osebo zdravi v bolnišnici (v primeru zdraviliške rehabilitacije, ki je nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja) in osebni zdravnik za zdravstvena stanja s svojega delovnega področja (v primeru zdraviliške rehabilitacije, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja).

Drugi odstavek tega člena ureja primer vložitve predloga za zdraviliško rehabilitacijo za zavarovano osebo, ki je na bolnišničnem zdravljenju. Pri določenih zdravstvenih stanjih je namreč iz strokovno-medicinskih razlogov potrebno, da se zdraviliška rehabilitacija opravi v čim krajšem obdobju po koncu bolnišnične obravnave. Zato je nujno, da se predlog za zdraviliško rehabilitacijo vloži čim prej. Včasih je pravna ureditev za takšna zdravstvena stanja določala pogoj zdraviliškega zdravljenja, ki se je lahko izvedlo le neposredno po bolnišničnem zdravljenju. Ureditev ni več primerna, saj se čas bolnišnične obravnave skrajšuje, posledično pa zavarovana oseba še ni takoj sposobna za zdraviliško rehabilitacijo. zato že veljavna Pravila OZZ določajo, da je tudi pri teh zdravstvenih stanjih zdraviliško zdravljenje možno izvesti tudi po bolnišničnem zdravljenju (v roku treh mesecev od odpusta iz bolnišnice, če gre za poškodbe in operacije na lokomotornem sistemu). veljavna ureditev Pravil OZZ se zato ustrezno prenaša na zakonsko raven. Pri opredelitvi zdravstvenih stanj, ki terjajo čim prejšnji začetek zdraviliške rehabilitacije gre za strokovno-medicinsko opredelitev. Zato bodo tudi v bodoči ureditvi ta zdravstvena stanja in obdobje, v katerem je treba vložiti predlog za zdraviliško rehabilitacijo po koncu bolnišnične obravnave, določena na podzakonski ravni s Seznamom zdravstvenih storitev. Izjema od tako določenega obdobja za vložitev predloga za zdraviliško rehabilitacijo velja le za tisto zavarovano osebo, ki zaradi zdravstvenega stanja ne more začeti zdraviliške rehabilitacije v tem obdobju. V tem primeru velja, da se predlog za zdraviliško rehabilitacijo lahko vloži tudi po preteku določenega obdobja.

Tretji odstavek tega člena določa pristojnost imenovanega zdravnika oziroma zdravstvene komisije, da v odločbi o odobritvi zdraviliške rehabilitacije določi drugo vrsto zdraviliške rehabilitacije ali drug način izvajanja zdraviliške rehabilitacije, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, kot je to predlagal pristojni zdravnik, ki je podal predlog za zdraviliško rehabilitacijo. Ne glede na njegov predlog lahko namreč imenovani zdravnik oziroma zdravstvena komisija oceni, da zavarovana oseba ne more nastopiti zdraviliške rehabilitacije, ki je nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja. V tem primeru se lahko v odločbi o odobritvi zdraviliške rehabilitacije določi drugo vrsto zdraviliške rehabilitacije, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja.

**K 90. členu (trajanje in omejitve rehabilitacije v zdravilišču)**

Člen ureja trajanje zdraviliške rehabilitacije, odlog njenega začetka in njeno prekinitev.

Prvi odstavek tega člena določa trajanje zdraviliške rehabilitacije, ki je enako za vse starostne skupine zavarovanih oseb. Stacionarna zdraviliška rehabilitacija traja do 14 dni. Zdraviliška rehabilitacija, ki se izvaja na ambulantni način, traja do 10 dni: to so dnevi, ko zavarovana oseba v zdravilišču dejansko izvaja potrebne zdravstvene storitve. Trajanje zdraviliške rehabilitacije je določeno izkustveno kot čas, v katerem je mogoče pričakovati pozitiven učinek in ki glede na omejena finančna sredstva omogoča zdraviliško rehabilitacijo čim večjemu številu zavarovanih oseb.

Drugi odstavek tega člena določa primere, ko je zdraviliško rehabilitacijo možno podaljšati do skupnega trajanja 21 dni. Dosedanja praksa je pokazala potrebo po omejitvi števila dni odobrene zdraviliške rehabilitacije in smiselnost odobritve večjega števila dni, če je pri določeni osebi mogoče pričakovati dodatno izboljšanje funkcionalne sposobnosti. Za vložitev tega predloga je pristojno zdravilišče, saj je le v času pred zaključkom zdraviliške rehabilitacije možno predvidevati, ali je z njenim podaljšanjem mogoče pričakovati dodatno izboljšanje. Zdravilišče mora vložiti predlog za podaljšanje najpozneje pet dni pred zaključkom zdraviliške rehabilitacije.

Tretji odstavek tega člena določa, da se zdraviliška rehabilitacija opravi neprekinjeno v odobrenem trajanju.

Četrti odstavek tega člena določa pogoje za odlog začetka zdraviliške rehabilitacije. Dopusten je le, če ga narekuje zdravstveno stanje ali utemeljeni osebni razlogi zavarovane osebe ali če so razlogi na strani izvajalca (npr. zdravilišče v roku, določenem za začetek zdraviliške rehabilitacije, zavarovani osebi ne more zagotoviti nastanitve v zdravilišču), ali na strani Zavoda (npr. kasneje izdana odločba o odobritvi pravice). Odlog zdraviliške rehabilitacije je dopusten ne glede na vrsto zdraviliške rehabilitacije. Predlog za odlog začetka zdraviliške rehabilitacije lahko poda zavarovana oseba, pristojni zdravnik ali zdravilišče.

Peti odstavek tega člena določa pogoje za prekinitev in nadaljevanje prekinjene zdraviliške rehabilitacije. Prekinitev je dopustna le, če zavarovana oseba med zdraviliško rehabilitacijo zboli, se poškoduje ali ima druge resne osebne razloge (npr. smrt v družini). Nadaljevanje prekinjene zdraviliške rehabilitacije je dopustno ne glede na vrsto zdraviliške rehabilitacije. Predlog za nadaljevanje prekinjene zdraviliške rehabilitacije lahko poda zavarovana oseba ali osebni zdravnik.

Šesti odstavek tega člena določa najdaljše obdobje, v katerem je dolžna zavarovana oseba začeti odobreno odloženo zdraviliško rehabilitacijo oziroma odobreno nadaljevanje zdraviliške rehabilitacije. Da bi zdraviliška rehabilitacija dosegla svoj namen (izboljšanje zdravstvenega stanja zavarovane osebe s pričakovano povrnitvijo funkcionalnih sposobnosti) je z medicinskega vidika njen začetek in nadaljevanje prekinjene zdraviliške rehabilitacije strokovno utemeljeno le, če je celotna zdraviliška rehabilitacija opravljena v določenem obdobju. Zato se kot pogoj določa obdobje, v katerem je dolžna zavarovana oseba začeti odobreno odloženo zdraviliško rehabilitacijo oziroma odobreno nadaljevanje prekinjene zdraviliške rehabilitacije. Pri opredelitvi tega obdobja gre za strokovno-medicinsko opredelitev, ki ni primerna za zakonsko urejanje. Zato bo to obdobje tudi v bodoči ureditvi opredeljeno na podzakonski ravni s Seznamom zdravstvenih storitev. V obeh primerih pa se začetek teka tega obdobja šteje od izdaje prvotne odločbe Zavoda, s katero je zavarovani osebi odobrena zdraviliška rehabilitacija, in ne od izdaje odločbe o odobritvi odloga začetka oziroma odobritvi nadaljevanja prekinjene zdraviliške rehabilitacije. Če zavarovana oseba kljub odobritvi odloga začetka zdraviliške rehabilitacije te ne bo mogla začeti v določenem obdobju zaradi zdravstvenega stanja ali razlogov na strani izvajalca oziroma Zavoda, bo lahko zaradi iste bolezni ali poškodbe uveljavljala zdraviliško rehabilitacijo v skladu iz četrtega odstavka tega člena.

**K 91. členu (pravica do zdravstvene nege)**

Prvi odstavek določa skupine storitev zdravstvene nege in način njihovega izvajanja. Zavarovane osebe imajo pravico do storitev zdravstvene nege v okviru ambulantne in stacionarne zdravstvene obravnave. Na primarni ravni zdravstvenega varstva ima zavarovana oseba pravico do zdravstvene nege v okviru patronažnega varstva. Patronažna zdravstvena nega je oblika zdravstvene nege, ki jo izvajajo patronažne medicinske sestre na domu in v lokalni skupnosti ter vključuje tako preventivne kot kurativne storitve. Zavarovana oseba ima tudi pravico do babiške nege, ki jo izvajajo babice in obsega obravnavo ženske med normalno nosečnostjo, porodom, poporodnim obdobjem ter novorojenčka in dojenčka, posega pa tudi na določena področja ginekologije in načrtovanja družine. Stacionarna obravnava vključuje zdravstveno obravnavo v bolnišnici, zdravilišču oziroma v kaki drugi obliki, ki vključuje prehrano in nastanitev.

Drugi odstavek določa, da so poimenske storitve zdravstvene nege in njihova vsebina del Seznama zdravstvenih storitev.

Tretji odstavek določa, kdaj ima zavarovana oseba pravico do nege na domu. Ta pravica ni samodejna, temveč jo mora pridobiti na podlagi odločitve zdravnika.

Četrti odstavek, navaja, da je na sekundarni in terciarni ravni pravica do zdravstvene nege sestavni del zdravljenja, kar pomeni, da pacientu pripada samodejno kot integrirani del zdravstvene obravnave.

**K 92. členu (storitve paliativne oskrbe)**

Prvi odstavek določa pravico do osnovne paliativne oskrbe vsem zavarovanim osebam z neozdravljivo boleznijo ter pomoč njihovim bližnjim na vseh treh ravneh zdravstvene dejavnosti.

Drugi odstavek določa vsebino osnovne paliativne oskrbe, tretji pa vsebino specializirane paliativne oskrebe.

Tretji odstavek uvaja pravico do specialistične paliativne oskrbe, ki vključuje mobilno paliativno enoto in koordinirano vodenje obravnave pacienta z namenom obvladovanja simptomov napredovale neozdravljive bolezni, ki presega osnovno oskrbo (vzdrževanje življenjskih aktivnosti, lajšanje bolečin). Mobilne paliativne enote tvorijo timi strokovnjakov, ki pacientom z napredovalo neozdravljivo boleznijo in težje obvladljivimi simptomi bolezni nudijo specialistično podporo.

Četrti odstavek določa, da so poimenske storitve paliativne oskrbe in njihova vsebina del Seznama zdravstvenih storitev.

Peti odstavek določa, da ima pacient pravico do izbire in informiranega odločanja v povezavi z možnostmi v okviru paliativne oskrbe in zagotovljeno kakovostjo življenja.

**K 93. členu (vrsta reševalnega prevoza)**

V navedenih členih je določena pravica do reševalnega prevoza. Predlagana ureditev sledi sedaj veljavnim ureditvi. Zavarovanim osebam je v OZZ zagotovljena pravica do reševalnega prevoza, kadar iz zdravstvenih razlogov ni mogoče opraviti prevoza z javnim prevoznim sredstvom ali osebnim avtomobilom. Še nadalje velja, da sta možni nujni in nenujni reševalni prevoz.

**K 94. členu (nujni reševalni prevoz)**

Nujni reševalni prevoz je sestavni del storitev nujne medicinske pomoči in nujnega zdravljenja iz 81. in 82. člena zakona in pomeni prevoz zavarovane osebe, ki je zaradi poškodbe ali bolezni neposredno življenjsko ogrožena, oziroma pri kateri bi glede na zdravstveno stanje do takšne ogroženosti lahko v kratkem prišlo. Izvajanje nujnih prevozov je natančneje urejeno s podzakonskimi predpisi.

**K 95. členu (nenujni reševalni prevoz)**

Nenujni reševalni prevoz je prevoz zavarovane osebe, ki zaradi svojega zdravstvenega stanja potrebuje spremstvo ali zdravstveno oskrbo zdravstvenega delavca (npr. nepokretnost, oslabelost, demenca, slabost in bruhanje, potreba po spremljanju stanja pacienta, potreba po kisiku …) in prevoz zavarovane osebe, ki med prevozom ne potrebuje spremstva ali zdravstvene oskrbe zdravstvenega delavca, vendar bi bil prevoz z javnim prevoznim sredstvom ali osebnim avtomobilom za njeno zdravje škodljiv (npr. prevozi dializnih ali onkoloških bolnikov). Nenujni prevoz se opravlja z nenujnim reševalnim vozilom ali s sanitetnim vozilom.

**K 96. členu (postopek uveljavljanja pravice do reševalnega prevoza)**

Enako kot do sedaj velja, da je pravica do reševalnega prevoza zagotovljena do najbližjega ustreznega zdravstvenega zavoda oziroma zdravnika.

V členu je določen postopek uveljavljanja pravice do reševalnega prevoza, in sicer je določeno, da zavarovana oseba pravico do reševalnega prevoza uveljavlja z listino za prevoz, ki izda pristojni zdravnik praviloma v naprej in na njej označi vrsto prevoza.

V 96. členu je določen postopek uveljavljanja pravice do reševalnega prevoza, in sicer je določeno, da zavarovana oseba pravico do reševalnega prevoza uveljavlja z listino za prevoz, ki izda pristojni zdravnik praviloma v naprej in na njej označi vrsto prevoza.

**K 97. členu (pravica do zdravil in živil)**

To poglavje na zakonski ravni ureja pogoje uveljavljanja pravice do zdravil in živil in postopke za njeno uveljavljanje. Predlagana ureditev na zakonsko raven prenaša tudi del materije Pravil OZZ. Pri tem na novo določa:

* predpisovanje s splošnim imenom in uvedbo Seznama zdravil, ki se predpisujejo z imenom;
* liste: receptna, ambulantna, bolnišnična;
* posodobljen postopek o izjemni odobritvi zdravila;
* predpisovanje razvrščenega magistralnega zdravila z nazivom.

Ta člen določa pravico do zdravil in živil kot sestavni del zdravstvene storitve ne glede na to, ali so zdravila in živila vključena v ceno storitve ali pa so financirana posebej (npr. receptna, ambulantna in bolnišnična lista).

**K 98. členu (predpis zdravila na recept)**

Določbe tega člena so prenesene iz Pravil OZZ in že uveljavljene v praksi. Ta člen je pravna podlaga za predpisovanje zdravil na recepte v breme OZZ. Določa, da se zdravila na recept predpisuje le za zunajbolnišnično zdravljenje. Določa, katera zdravila se predpisuje na recept in kdaj to ni dovoljeno. Daje pravno podlago za ureditev podrobnosti v podzakonskem aktu. Člen določa, da zdravnik ob predpisu recepta upošteva predpise, povzetek glavnih znaćilnosti zdravila, strokovne smernice in bolnikove posebnosti, ter zdravila predpisuje v smislenih kombinacijah, najprimernejših odmerkih in primernem obdobju. Upošteva tudi stroškovni vidik zdravljenja ter omejitve predpisovanja. Izjemo od omejitev lahko naredi le, če iz zdravstvenih razlogov enakovredna zdravstvena obravnava ni mogoča z drugim zdravilom.

**K 99. členu (način predpisovanja zdravil na recept)**

Trenutno je v RS možno predpisovati vsa industrijsko proizvedena zdravila z lastniškim ali splošnim imenom, kot določa Pravilnik o razvrščanju, predpisovanju in izdajanju zdravil.

Svetovna zdravstvena organizacija je leta 1953 prvič objavila seznam mednarodnih nelastniških imen (INN – international non-proprietary name) – splošnih imen zdravil, ki ga stalno dopolnjuje. Ta mednarodna standardizacija imen je med drugim olajšala predpisovanje zdravil s splošnim imenom in povečala varnost predpisovanja in izdajanja zdravil. Predpisovanje s splošnim imenom in generična zamenjava sta se razširila v 70. letih prejšnjega stoletja predvsem v Veliki Britaniji (VB) in Združenih državah Amerike (ZDA), ko so se pojavila prva cenejša generična zdravila, sprva v bolnišnicah in nato v zunajbolnišnični dejavnosti. Zakonodaja, ki je podprla generično farmacevtsko industrijo, je k temu močno prispevala. Poročilo angleške NHS (National Health Service)navaja, da je povečanje predpisovanja s splošnim imenom z 20 % v letu 1976 na 84 % v letu 2013 prihranilo več kot 7,1 milijarde funtov in omogočilo predpis in izdajo več kot 490 milijonov dodatnih receptov. Na potencialne milijardne prihranke, ki jih omogoča generično predpisovanje, kaže tudi analiza ameriške Medicare. V sistemih, kjer so razlike v cenah zdravil različnih proizvajalcev manjše ali pa je že večja poraba generikov, so potencialni prihranki manjši, a še vedno signifikantni. Ker generična zdravila pomembno prispevajo k vzdržnemu sistemu zdravstvenega varstva, Svetovna zdravstvena organizacija priporoča, da ima vzpodbujanje predpisovanja/izdaje generičnih zdravil prioriteto v nacionalnih zdravstvenih politikah. Podobno zaključujejo tudi avtorji, ki so objavili kritičen pregled politik na področju zdravil.

Države so se različno odzvale na potencialne prihranke, ki jih omogoča uporaba generičnih zdravil. Generična zamenjava je postala eden najpogostejših ukrepov za obvladovanje izdatkov za zdravila. Obvezna je v številnih evropskih državah in celotnih ZDA, razlike so le v načinu izvedbe, npr. ali je pred zamenjavo potrebno soglasje zdravnika oziroma pacienta. V VB v klinični praksi prevladuje prostovoljno generično predpisovanje, ki ga vzpodbuja NHS, tudi na Irskem je zelo razširjeno, tam je tako predpisanih skoraj polovica receptov. American College of Physician je izdal klinične smernice, v katerih priporoča večjo uporabo generičnih zdravil, kar utemeljuje z ekonomskimi razlogi in boljšim sodelovanjem pri zdravljenju, ker ni doplačil ali pa so ta manjša kot za originalna zdravila. Številne države na različne načine vzpodbujajo večje predpisovanje/izdajo generikov. Pristopi segajo od priporočil, kazalnikov kakovosti, ki vključujejo tudi delež predpisanih receptov s splošnim imenom, obveznih kvot za predpis cenejših zdravil, finančnih stimulacij, do obveznega generičnega predpisovanja. Slednje je uvedeno v Litvi, Latviji, Estoniji, Portugalski, Španiji, Slovaški, Romuniji in Makedoniji.

Za pripravo pravne podlage za generično predpisovanje je bil izbran model Velike Britanije. Vsa zdravila se predpisujejo na generični način, torej s splošnim imenom, razen tistih, ki se jih iz varnostnih razlogov ne sme menjavati. NHS vodi seznam teh zdravil. To je v ZZVZZ Seznam zdravil predpisanih z imenom, določen v 274. členu. V Sloveniji je situacija obratna, Javna agencija za zdravila in medicinske pripomočke vodi seznam medsebojno zamenljivih zdravil, torej tistih zdravil, ki se v lekarni smejo menjati. Zato je temu prilagojen predlog, ki določa, da je potrebno vsako zdravilo ob uvedbi zdravljenja predpisati s splošnim imenom. Uvedba zdravljenja je definirana tako, da v zadnjih 12 mesecih to zdravilo ni bilo izdano v lekarni. Ob predpisu zdravnik na receptu označi "uvedba zdravljenja". Elektronski recept omogoča, da bo novo zdravilo avtomatsko indentificirano, tako da zdravnik zaradi tega ne bo imel dodatnega dela, prejel bo le informacijo, da uvaja zdravilo, ki bo predpisano s splošnim imenom. Zavarovana oseba bo v lekarni prejela zdravilo, ki bo imelo najnižjo ceno. V Zakonu o zdravilih je lastniško ime opredeljeno kot "ime zdravila", zato je ta izraz uporabljen tudi v zakonu. Izjema je le prvi predpis zdravila, pri katerem je smiselno, da so vsa zdravila predpisana s splošnim imenom. Ob nadaljnjem predpisovanju pa je menjava nekaterih zdravil nezaželena, zato bo seznam zdravil z imenom, ki ga bo pripravila in vodila JAZMP, povečal varnost predpisovanja. Z obveznim prvim generičnim predpisom zdravila in nadaljnjo zožitev generičnega predpisovanja le na zdravila, za katera je to varno, bo dosežen ekonomski učinek ob zagotovljeni varnosti.

Na generično predpisan recept se v lekarni izda eno od lastniških zdravil z enakim splošnim imenom, jakostjo, primerljivo farmacevtsko obliko in pakiranjem. Farmacevt v lekarni izda najcenejše zdravilo, razen če zavarovana oseba želi drugo. V tem primeru doplača morebitno razliko v ceni, in sicer med najvišjo priznano vrednostjo in ceno zdravila v lekarni. Če je zdravilo medsebojno zamenljivo (je na seznamu JAZMP medsebojno zamenljivih zdravil), se lahko kasneje tudi menja, npr. na osnovi odločitve zavarovane osebe, če želi doplačevati ali ne, ali če želi vedno ohraniti isto zdravilo, itd. Če zdravilo ni medsebojno zamenljivo, zdravnik predpisuje prvič izdano zdravilo naprej. Pri nadaljnjem zdravljenju lahko zdravnik na recept predpisuje zdravilo z (lastniškim) imenom. V Zakonu o zdravilih je lastniško ime opredeljeno kot "ime zdravila", zato je ta izraz uporabljen tudi v zakonu.

Zdravnik lahko predpiše na recept zdravilo z lastniškim imenom, ko iz zdravstvenih razlogov enakovredna zdravstvena obravnava ni mogoča z drugim zdravilom, pri čemer se za zdravstveni razlog šteje kontraindikacija za zdravilo, alergija na zdravilo ali drug neželeni učinek zdravila, ki poslabšuje zdravje zavarovane osebe. V tem primeru pristojni zdravnik ob predpisu zdravila na receptu označi "ne zamenjuj!". To določilo je že vsebovano v veljavnem ZZVZZ.

Peti odstavek uvaja razvrščanje magistralnega zdravila. Zaradi večje transparentnosti predpisovanja in večje sledljivosti stroškov se bo ob razvrstitvi na listo magistralnemu zdravilu določil naziv zdravila in nacionalni identifikator. Nov način bo omogočal sledljivost porabe magistralnih zdravil po zavarovanih osebah, farmacevtskih oblikah in farmakoloških skupinah, kar sedaj ni možno.

Šesti odstavek določa, da se na recept lahko predpiše tudi magistralno zdravilo, določeno v Seznamu magistralnih zdravil, na kateremu bodo uvrščena tista magistralna zdravila, ki jih zaradi individualno prilagojenih receptur ni mogoče razvrstiti na liste zdravil.

**K 100. členu (rok za predložitev recepta**)

Roki temeljijo na dosedanjih določbah iz Pravil, ki so razumni in strokovno utemeljeni, npr. 3-dnevni rok za izdajo antibiotika za akutno bolezen.

**K 101. členu (izdaja zdravila na recept)**

Prvi in drugi odstavek določata, da se zdravilo na recept izda v skladu s tem zakonom, splošnimi akti Zavoda in predpisi, ki urejajo predpisovanje in izdajanje zdravil za uporabo v humani medicini v okviru omejitve izdaje, ki jo določi Zavod. Tretji odstavek določa izdajo zdravila predpisanega s splošnim imenom. Četrti odstavek določa, da se recept ne sme izdati, če ni predpisan v skladu s tem zakonom, po roku za predložitev recepta, pred predvidenim datumom naslednje izdaje, če predpisane količine niso v skladu s splošnimi akti Zavoda ali pa če je recept vsebinsko podvojen.

**K 102. členu (predpisovanje in izdajanje živila na recept)**

Ta člen opredeljuje, da se živilo predpiše na recept z lastniškim imenom ter da se za predpisovanje in izdajanje živila na recept smiselno uporabljajo določbe tega zakona, ki urejajo predpisovanje in izdajanje zdravila na recept.

**K 103. členu (zdravila in živila, ki jih zagotovi izvajalec)**

Ta člen določa, katera zdravila zagotovi izvajalec zavarovani osebi v okviru svoje dejavnosti. Zakon uvaja oskrbo pacienta z zdravili ob odpustu iz bolnišnice (5. točka prvega odstavka – tako imenovana brezšivna skrb).

Drugi odstavek določa možnost izjem, ko gre za določena zdravila, ki jih bolniki že prejemajo ob sprejemu v bolnišnico in jih morajo uporabljati tudi v času hospitalizacije pa zaradi svoje visoke cene (npr. zelo drago zdravilo v obliki tablet za zdravljenje raka v bolnišnici, ki npr. opravi ortopedski poseg) ali lastnosti (npr. inhalacijska zdravila za astmo, ki so namenjena le enemu uporabniku) ni smiselno, da jih financira izvajalec.

**K 104. členu (natančnejši način izvrševanja pravice do zdravil in živil na recept)**

Ta člen določa, katera področja bodo natančneje urejena v podzakonskem aktu.

**K 105. členu (recept za osebno rabo)**

Pogoji za pridobitev receptov za osebno rabo so se v ZZVZZ-1 v primerjavi z dosedanjimi pogoji, urejenimi v Pravilih OZZ, zaostrili. Člen podrobneje ureja predpis zdravila na "recept za osebno rabo", ki je posebna listina zavoda (obrazec Obr. Rp OR). Njeno vsebino in obliko (enako kot listino recept – Obr. Rp) določa Pravilnik o obrazcih in listinah za uresničevanje OZZ (Uradni list RS, št. [104/13](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2013-01-3779), [8/15](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2015-01-0228) in 1/16).

Prvi odstavek opredeli izraz "recept za osebno rabo". Z odrazom na opredelitev izraza "recept" (se tudi za recept za osebno rabo jasno določa, da gre za listino zavoda za predpisovanje zdravil in živil, ki jih zavod razvrsti na receptno listo in jih zavarovani osebi predpiše pooblaščeni zdravnik (v tem primeru zdravnik, ki izpolnjuje pogoje iz četrtega in petega odstavka tega člena). Zato tudi v primeru predpisa zdravila na recept za osebno rabo praviloma veljajo isti predpisi in splošni akti zavoda, ki veljajo za predpisovanje in izdajanje zdravil na recept (obrazec Obr. Rp). Za ta recept ne veljajo le tiste določbe, za katere tako določa sam predpis ali splošni akt zavoda. Tako na primer Pravilnik o pogojih, rokih, načinu vključitve in uporabe eZdravja za obvezne uporabnike (Uradni list RS, št. [69/15](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2015-01-2772)) v svoji Prilogi določa, da so lahko izjema od predpisovanja e-receptov tudi recepti za osebno rabo. Način uporabe receptov za osebno rabo je tudi izjema od pravila, ki ga določa 5. člen Pravilnika o obrazcih in listinah za uresničevanje OZZ. Na njegovi podlagi lahko listine iz drugega odstavka 2. člena tega pravilnika pri izvajanju zdravstvene dejavnosti, ki je predmet OZZ, uporabljajo le izvajalci. Pri tem jih pri izvajanju zdravstvenih storitev zavarovanim osebam ne smejo uporabljati zasebni zdravniki in drugi zdravstveni delavci, ki za to z zavodom nimajo sklenjene pogodbe, in tudi ne zdravniki in drugi zdravstveni delavci v javnih zavodih, ki zavarovanim osebam nudijo zdravstvene storitve v okviru samoplačniške ambulante.

Drugi odstavek na novo določa, da so recepti za osebno rabo neobnovljivi recepti. Z uveljavitvijo tega zakona teh receptov ne bo več dopustno uporabljati kot obnovljivih receptov. Ta opredelitev izhaja iz namena receptov za osebno rabo. Ti naj se uporabljajo le pri akutnih zdravstvenih stanjih in ne za dolgotrajno zdravljenje, čemur so namenjeni obnovljivi recepti.

Tretji odstavek določa zavarovane osebe, ki jim lahko zdravnik predpiše zdravilo na recept za osebno rabo. Enako kot na podlagi veljavne določbe ga lahko prepiše le sam sebi ali svojim družinskim članom. Pri tem se določba usklajuje s petim odstavkom 96. člena zakona, ki določa zdravnike, pooblaščene za predpis zdravil na recept. Na podlagi veljavnega člena zdravnik ne sme predpisati recepta za osebno rabo svojim družinskim članom, če je njihov osebni ali napotni zdravnik. Izrecna navedba pogoja, da lahko zdravnik sebi, svojim staršem ali svojim družinskim članom predpiše recept za osebno rabo le, če ima sam oziroma če imajo družinski član urejeno OZZ, ni potrebna. Že iz opredelitve izraza "recept" in posledično iz opredelitve izraza "recept za osebno rabo" namreč izhaja, da se lahko zdravilo predpiše le zavarovani osebi. To velja tako v primeru, če ga zdravnik predpiše sebi, kot tudi če ga predpiše svojemu družinskemu članu. S tem se zagotavlja namenska raba sredstev OZZ, da so do pravice kritja vrednosti zdravil upravičene le zavarovane osebe.

Četrti odstavek zaradi jasnosti ureditve na novo določa osebe, ki jim sme zdravnik predpisati osebni recept.

Peti odstavek določa pogoje za pridobitev receptov. Zdravnik mora biti evidentiran v t. i. bazi podatkov o izvajalcih zdravstvenih storitev, katere naziv se usklajuje z Zakonom o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (Uradni list RS, št. 65/00 in 47/15). Nadalje je določen pogoj, da ima zdravnik licenco Zdravniške zbornice Slovenije. Določen je tudi statusni pogoj zdravnika. Ta se veže na opravljanje zdravstvenih storitev javne zdravstvene službe ali na opravljanje dela po pogodbi o zaposlitvi s ključnimi inštitucijami v sistemu zdravstvenega varstva (z Zavodom, Ministrstvom za zdravje, Nacionalnim inštitutom za javno zdravje ali Nacionalnim laboratorijem za zdravje, okolje in hrano, Medicinsko fakulteto) ali z Zavodom za pokojninsko in invalidsko zavarovanje. Poleg tega se lahko osebni recepti dodelijo upokojenim zdravnikom, če so zavarovani na podlagi šestega odstavka 28. člena tega zakona(ker imajo v RS stalno prebivališče in prejemajo pokojnino po predpisih RS), če so imeli neposredno pred upokojitvijo na tej podlagi vsaj enega od predhodno navedenih dveh statusov (da so opravljali zdravstvene storitve v okviru javne zdravstvene službe ali so opravljali delo za navedene inštitucije). Tudi upokojeni zdravniki morajo imeti veljavno licenco in morajo biti evidentirani v bazi podatkov o izvajalcih zdravstvenih storitev.

Šesti odstavek določa možnost zavrnitve dodelitve receptov za osebno rabo, če zdravnik pri predpisu zdravil v breme OZZ ni ravnal v skladu s predpisi in splošnimi akti zavoda. Ta je lahko trajen ali začasen ukrep.

Sedmi odstavek določa, da zavod določi število receptov za osebno rabo na letni ravni, natančnejši postopek dodelitve receptov za osebno in merila, na podlagi katerih se zdravniku trajno ali začasno zavrne njihova dodelitev.

**K 106. členu (pravica do medicinskih in drugih pripomočkov)**

V zakonu so kot pravice iz OZZ (tudi med splošnimi določbami o pravicah do zdravstvenih storitev) določeni pripomočki oz. medicinski pripomočki in drugi pripomočki. Z drugimi pripomočki so mišljeni tisti, ki glede na opredelitev Zakon o medicinskih pripomočkih (ZMedPri) in spodaj navedene uredbe niso MP, so pa povezani z zdravstvenim stanjem zavarovane osebe oz. je njihova uporaba povezana z MP. Tudi ti drugi pripomočki se enako kot MP že ves čas predpisujejo na naročilnico (npr. lasulja), ali pa jih zagotavlja sam izvajalec.

Pojasnjujemo, da med izrazi v 3. členu izraz medicinski pripomoček ni opredeljen, saj ga urejajo drugi (temeljni) predpisi, in sicer ZMedPri, po novem pa v okviru Evropske unije sprejeta in objavljena Uredba (EU) 2017/745 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 5. aprila 2017 o medicinskih pripomočkih, spremembi Direktive 2001/83/ES, Uredbe (ES) št. 178/2002 in Uredbe (ES) št. 1223/2009 ter razveljavitvi direktiv Sveta 90/385/EGS in 93/42/EGS (nadaljnjem besedilu: Uredba 2017/745).

Glede na navedeno Uredbo 2017/745 »medicinski pripomoček[[25]](#footnote-25)« pomeni:

»vsak instrument, aparat, napravo, programsko opremo, vsadek, reagent, material ali drug predmet, za katerega je proizvajalec predvidel, da se uporablja samostojno ali v kombinaciji za ljudi za enega ali več naslednjih specifičnih medicinskih namenov:

* diagnosticiranje, preventivo, spremljanje, predvidevanje, prognozo, zdravljenje ali lajšanje bolezni;
* diagnosticiranje, spremljanje, zdravljenje, lajšanje poškodb ali invalidnosti ali nadomestilo zanje;
* preiskovanje, nadomeščanje ali spreminjanje anatomije ali fiziološkega ali patološkega procesa ali stanja;
* pridobivanje informacij z in vitro preiskavami vzorcev, pridobljenih iz človeškega telesa, vključno z darovanimi organi, krvjo in tkivi,

in ki svojega glavnega predvidenega učinka na človeško telo ne dosega na farmakološki, imunološki ali metabolični način, vendar so mu ti procesi v pomoč pri njegovem delovanju.

Tudi naslednji izdelki se štejejo za medicinske pripomočke:

* pripomočki za nadziranje spočetja ali pomoč pri njem;
* izdelki, posebej namenjeni čiščenju, razkuževanju ali sterilizaciji pripomočkov iz člena 1(4)[[26]](#footnote-26) in pripomočkov iz prvega odstavka te točke«.

Medicinske pripomočke (MP) in druge pripomočke, ki so pravica iz OZZ, za potrebe tega zakona lahko razdelimo na dve kategoriji.

V prvi kategoriji gre za pripomočke, to je tiste MP in druge pripomočke, ki jih pooblaščena oseba zavarovani osebi predpiše na naročilnico – gre za zdravljenje s pripomočki na domu. Te pripomočke zakon bistveno bolj podrobno ureja in se večina naslednjih členov nanaša le nanje. Termin naročilnica je bil predhodno opredeljen v Pravilih, zakon pa jo (v 3. členu) opredeljuje kot listino Zavoda, s katero se predpiše določeno vrsto pripomočka za uporabo na domu. Že iz izraza med drugim izhaja, da se nanjo lahko predpišejo je (medicinski in drugi) pripomočki, ki so potrebni za zdravljenje na domu, ne pa tisti, ki jih mora izvajalec zagotavljati sam. Prav tako tudi predpis tehničnih pripomočkov ni mogoč na naročilnico.

Druga kategorija pa so tisti MP in drugi pripomočki, ki se ne zagotavljajo naročilnico, temveč jih v breme lastnih materialnih sredstev (sami) zavarovanim osebam zagotavljajo izvajalci.

**K 107. členu (predpis pripomočka)**

Pooblaščena oseba za predpis pripomočka je enako kot doslej zdravnik, poleg njega pa je povsem na novo določeno, da ga lahko predpiše tudi pristojni zdravstveni delavec. Tu so mišljene predvsem (diplomirane) medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki, za katere je predvideno, da lahko predpisujejo nekatere ti. potrošne materiale (npr. plenice, obvezilni materiali).

Podrobnejši nabor, katere vrste pripomočkov bodo lahko predpisovali osebni zdravniki, zdravniki specialisti, posebej določeni zdravniki ali (poleg osebnih zdravnikov) tudi zdravstveni delavci, bo določil Zavod s splošnim aktom.

Enako kot po predhodno veljavnih predpisih pristojni zdravnik za predpis pripomočka lahko pooblasti napotnega zdravnika. Pristojni zdravstveni delavec za razliko od zdravnika tovrstnega pooblastila ne more izdati niti ne more postati pooblaščenec.

Pripomoček se predpiše na naročilnico zaradi uporabe na domu, ne pa npr. za uporabo v času bivanja pri izvajalcu. Zakon določa, da se predpiše pripomoček - enako kot doslej - na nivoju vrste (pri nekaterih pripomočkih vključno z navedbo potrebne količine), ne pa npr. konkretni artikel določenega proizvajalca.

Pripomoček se predpiše na posebno Zavodovo listino, naročilnico. Edina izjema je določena pri skupini MP, namenjeni uporabi z zdravili ali živili, kjer se predpis pripomočka podredi predpisu zdravila ali živila in se predpiše na recept.

**K 108. členu (funkcionalno ustrezen pripomoček)**

Podobno kot v predhodno veljavnih Pravilih OZZ ima zavarovana oseba v primeru specifičnega zdravstvenega stanja pravico do ti. funkcionalno ustreznega pripomočka. To pomeni, da če standardni pripomoček (ki je v primeru serijsko izdelanih pripomočkov – artiklov v Seznamu pripomočkov) za tako zavarovano osebo zaradi svojih lastnosti (npr. alergije na določen material) neustrezen, ima zavarovana oseba pravico do drugega istovrstnega najcenejšega dosegljivega (mišljeno dosegljivega na trgu v Sloveniji) funkcionalno ustreznega pripomočka. Tak funkcionalno ustrezni pripomoček praviloma ni pravica iz OZZ, saj je dražji od določenega cenovnega standarda oz. pogodbene cene oz. določene dnevne izposojnine, mora pa imeti enak namen in podobne lastnosti (povsem enakih lastnosti po samem bistvu stvari ne more imeti) – npr. nekoliko drugačen material, na katerega določena zavarovana oseba ni alergična.

Enako kot doslej o pravici do funkcionalno ustreznega pripomočka odloča na prvi stopnji Območna enota Zavoda, na drugi pa Direkcija. V Pravilih sicer ni bilo navedeno, da gre pri tem za odločanje, temveč za predhodno potrditev, kar pa postopka ne spremeni.

Zavarovana oseba bo morala vlogo, skupaj z izdano naročilnico in z obrazloženo prošnjo (izvidom) pristojnega zdravnika ali zdravstvenega delavca, pred nakupom ali izposojo pripomočka predložiti zavodu, ki bo odločil o takem zahtevku.

**K 109. členu (skupine pripomočkov)**

Sistematika pripomočkov od najširšega (najbolj abstraktnega) proti najožjemu (konkretnemu) si sledi v zaporedju:

1. skupina
2. vrsta
3. artikel ali pripomoček, izdelan za posameznega uporabnika

Na zakonski ravni se določa pripomočke le na najbolj abstraktni ravni, torej na ravni skupine pripomočkov. Doslej so bile skupine pripomočkov določene le v posebnem Dogovoru o preskrbi z MP in v Zavodovih internih aktih, ta zakon pa jih določa nekoliko drugače, kot so bile doslej.

Zakon določa 20 skupin pripomočkov (predhodno je bilo 19 skupin), med katerimi kot novost izpostavljamo skupino *medicinski pripomočki, namenjeni uporabi z zdravili ali živili*, za katero je postopkovno pomembna posebnost, da se ne predpisujejo na naročilnico, temveč skupaj z zdravili in živili na recept. Na ta način bo zavarovani osebi omogočeno enostavno zagotavljanje pravice tudi do teh medicinskih pripomočkov hkrati ob izdaji zdravila.

Ker zakon po novem izrecno določa tudi pravico do *drugih pripomočkov*, je po novem vzpostavljeno razlikovanje med skupinama o*stali medicinski pripomočki (potrebni za zdravljenje)* in *drugi pripomočki*. V slednji bodo po novem vse vrste tistih pripomočkov, ki jih ni mogoče opredeliti kot medicinske. Predhodno se je skupina imenovala *ostali tehnični pripomočki*, kar z vidika sistematike po novem ni ustrezno.

Iz zakona je po novem izločena skupina *pripomočki za slepe*, saj gre pri teh za tehnične pripomočke, ki se bodo zagotavljali v smislu druge zakonodaje, *Zakona o izenačevanju možnosti invalidov* in na podlagi navedenega zakona sprejetega *Pravilnika o tehničnih pripomočkih in prilagoditvi vozila*. V prehodnih določbah je predvideno zagotavljanje teh pripomočkov osebam v breme javnih sredstev še vnaprej.

**K 110. členu (vrste pripomočkov)**

Pripomočke se predpisuje na nivoju *vrste*, ne pa na nivoju konkretnega pripomočka (določenega proizvajalca, z oznako modela). Te vrste so poimenovane z nazivom in šifro, v času priprave tega gradiva je to štirimestna številka. V tem delu Zakon predhodno veljavne ureditve ne spreminja.

Sprememba pa je določena v tem, da bo imela zavarovana oseba pri serijsko izdelanih pripomočkih (to je artiklih, kot je izraz opredeljem v 3. členu) pravico samo do tistega artikla, ki bo določen na posebnem Zavodovem Seznamu pripomočkov. Na ta seznam bodo uvrščeni samo tisti artikli, za katere bo predhodno ugotovljeno, da izpolnjujejo osnovne zahteve kakovosti (praviloma bo šlo za določene tehnične zahteve – npr. materiali, vpojnost) in da se izdajajo v breme OZZ v okviru določenega standarda cene.

Zakon nadalje določa pravico do popravil, vzdrževanja ali prilagoditve določenih pripomočkov. Vrste pripomočkov, pri katerih bo obstajala ta pravica, bo s podzakonskim aktom določil Zavod. V delu, ki se nanaša na popravila in vzdrževanje, Zakon predhodno veljavne ureditve iz Pravil ne spreminja, pri pravici do prilagoditev pa doslej ni bilo določeno, za katere pripomočke obstaja.

Ob tem pojasnjujemo še na novo opredeljen izraz *prilagoditev.* Doslej se ta termin ni uporabljal, v pravilih je izraz predelava, ki pa ni ustrezen izraz glede na *Uredbo 2017/745*. Prilagoditev je poseg v pripomoček, ki ga predvidi proizvajalec pripomočka, ali poseg v stomato-protetični pripomoček, ki ga predvidi izvajalec zobozdravstvenih storitev, s katerim dobi ustrezne lastnosti za zavarovano osebo glede na njeno zdravstveno stanje.

Prilagoditev je torej možna, ko v času uporabe pripomočka (ali stomato-protetičnega pripomočka) pride na strani zavarovane osebe, ne pa na strani samega pripomočka, do (funkcionalnih ali anatomskih) sprememb in je zato treba tak pripomoček prilagoditi novemu zdravstvenemu stanju.

**K 111. členu (rok za predložitev naročilnice)**

Določen je 30-dnevni rok, v katerem mora zavarovana oseba predložiti naročilnico dobavitelju.

V tem delu ne gre za novost, predhodno je to bilo urejeno v Pravilih. Navedena določba pomeni, da naročilnica po preteku tega roka ni več veljavna in je dobavitelj (ali proizvajalec) ne more sprejeti in vnesti v Zavodov sistem in mora zavarovana oseba v takem primeru dobiti novo naročilnico, da bi lahko uveljavila pravico do pripomočka.

**K 112. členu (prejem pripomočka)**

Enako kot po predhodni ureditvi je možen prejem pripomočka v *last ali v izposojo* (pri določenih vrstah pripomočkih je v različnih primerih možen prejem tako v last kot v izposojo).

Zakon na novo določa dobo trajanja, ki je poleg doslej edino določene trajnostne dobe lahko opredeljena tudi kot:

* obdobje in količina, ki ju določi ali Zavod v splošnem aktu ali
* količina, ki jo določi pristojni zdravnik ali pristojni zdravstveni delavec, za obdobje, ki ga določi Zavod ali
* kot enkratna pravica.

Po preteku dobe trajanja lahko zavarovana oseba prejme drug pripomoček (v primeru izposoje bo poseben režim, pri enkratni pravici pa pravice do novega pripomočka ni), pod pogojem, da je predhodno prejeti zanjo postal neustrezen. Tako neustreznost pripomočka – mišljeno je predvsem za tiste, pri katerih bo določena trajnostna doba – bo moral zabeležiti ali pojasniti pristojni zdravnik.

Razlika med trajnostno dobo in obdobjem (ter enkratno pravico) je, da ima samo v primeru določene trajnostne dobe zavarovana oseba pravico do novega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe, medtem ko pri določitvi obdobja in količine (npr. pri plenicah ali katetrih) to ni možno. Predhodno je bilo zaradi nedoslednosti v Pravilih to v praksi sporno in je pri nekaterih vrstah pripomočkov prihajalo do neenotne prakse. O pravici do pripomočka pred iztekom trajnostne dobe bo tako kot doslej odločal imenovani zdravnik Zavoda. Pogoj za pravico do pripomočka pred iztekom trajnostne dobe je določen podobno kot predhodno - če je pri zavarovani osebi prišlo do takšnih anatomskih in funkcionalnih sprememb, zaradi katerih predhodno prejetega pripomočka ni mogoče usposobiti za nadaljnjo uporabo. Dodana pa je alternativa temu, da predhodno prejetega pripomočka ni mogoče usposobiti za nadaljnjo uporabo, in sicer če je taka usposobitev povezana z nesorazmernimi stroški.

**K 113. členu (medicinski in drugi pripomočki, ki jih zagotovi izvajalec)**

Ta člen ne navaja pripomočkov (na naročilnico), temveč MP in druge pripomočke, ki jih sam, to je v breme lastnih materialnih stroškov, zagotovi izvajalec. Zato se jih praviloma ne predpisuje na naročilnico. Po smislu naj bi šlo za tiste MP in druge pripomočke, ki jih zavarovana ne potrebuje za zdravljenje na domu (in ki se zato predpisujejo na naročilnico), temveč za naslednje tri kategorije:

* tisti, ki jih izvajalec potrebuje za opravljanje zdravstvene storitve (npr. v bolnišnici, domu starejših občanov);
* tisti, ki jih zavarovana oseba potrebuje med stacionarno zdravstveno obravnavo;
* tisti, ki jih izvajalec na novo predpiše zavarovani osebi med bolnišnično obravnavo in jih zavarovana oseba potrebuje ob odpustu iz bolnišnice (gre tudi za tiste MP, ki so izdani v okviru brezšivne skrbi).

Določba je podobna predhodno veljavni določbi Pravil (65. člen), le da je na zakonski ravni bolj abstraktna. Zavod pa bo s splošnim aktom lahko določil, katere vrste pripomočkov, ki jih zavarovana oseba potrebuje med stacionarno zdravstveno obravnavo, se ne glede na to določbo predpisujejo na naročilnico in jih ni zavezan zagotavljati izvajalec sam.

**K 114. členu (natančnejši način izvrševanja pravice do pripomočkov)**

Ker določitev vrst pripomočkov in artiklov ter izvrševanje oz. konkretizacija pravice do pripomočkov presega zakonsko materijo, zakon nalaga Zavodu, da na ravni vrste pripomočkov določi natančnejši način izvrševanja pravice do pripomočkov.

Zavod je tako s splošnim aktom zavezan določiti vrste pripomočkov in strokovne opredelitve za predpis pripomočka na obnovljivo naročilnico – gre za posebno kategorijo pripomočkov predvsem potrošnega značaja, ki se jih že doslej izdaja za obdobje enega leta. Namen izdaje obnovljive naročilnice je predvsem v razbremenjevanju dela zdravnikov in tudi samih zavarovanih oseb, saj niso potrebni obiski zdravnika za predpisovanje takih pripomočkov na 3 mesece, temveč zgolj na eno leto.

Zavod je zavezan določiti tudi vrste pripomočkov, ki jih zavarovana oseba prejme v last ali izposojo ter pogoje za prejem pripomočka v last ali izposojo, če sta možna oba načina. Slednji primer je predviden npr. pri inzulinski črpalki, ki se praviloma izdaja v last, v primeru ti. nosečniške sladkorne bolezni pa je bila že doslej možna izdaja tega pripomočka.

Zavod je enako kot doslej zavezan na nivoju vrste pripomočkov določiti zdravstvena stanja in druge pogoje (pri drugih pogojih gre npr. za starostno omejitev, pravico do pripomočka druge vrste, redno šolanje, zaposlene osebe) za uveljavljanje pravice do pripomočka.

Še posebej je treba izpostaviti Zavodovo zavezo, da določi osnovne zahteve kakovosti po vrstah pripomočkov. Kot je bilo pojasnjeno že v predhodnih členih, gre ob določanju in ugotavljanju izpolnjevanja osnovnih zahtev kakovosti za povsem nov sistem uvrščanja in posledično tudi uveljavljanja pravice do pripomočkov. Vsi pripomočki – za vse artikla, ki se bodo izdajali v breme OZZ, bo potrebno predhodno ugotoviti, če izpolnjujejo osnovne zahteve kakovosti

Enako kot doslej do Zavod določil omejitve predpisovanja pripomočka. Pri potrošnih materialih te pristojni zdravnik (po novem še drug pristojni zdravstveni delavec) praviloma lahko predpiše največ za 3 mesece, in sicer največ x kosov, kot (če) bo to omejeno z Zavodovimi predpisi.

Dobe trajanja so pojasnjene zgoraj, Zavod pa bo jih bo smiselno enako kot doslej določal po štirih (oz. upoštevaje še čas izposoje po petih) kategorijah.

Enako kot doslej bo Zavod glede pravice do popravila, vzdrževanja ali prilagoditve pripomočkov, določal, katere vrste pripomočkov so predmet pravice do popravila, vzdrževanja ali (po novem) prilagoditve in omejitve popravila, vzdrževanja ali prilagoditve pripomočka (primer: najvišji dovoljeni stroški rednega vzdrževanja znašajo 50 % cene pripomočka, krite iz OZZ).

V prehodnih določbah je določen 12-mesečni rok za Zavodovo izdajo teh predpisov.

**K 115. členu (proizvajalec pripomočka)**

V zakonu so na novo opredeljeni pojmi tako dobavitelj (gre samo za tisto lekarno oz. specializirano prodajalno za promet na drobno s pripomočki, ki ima sklenjeno posebno pogodbo z Zavodom), kot proizvajalec. Proizvajalec pripomočka je opredeljen med izrazi in je naziv, ki je širši od proizvajalca glede na Uredbo 2017/745[[27]](#footnote-27). Za potrebe tega zakona je proizvajalec pripomočka skupni izraz za proizvajalca MP in njegovega pooblaščenega predstavnika ter proizvajalca drugega pripomočka in njegovega zastopnika, ki ima z Zavodom sklenjeno pogodbo o zagotavljanju pripomočkov. Če med Zavodom in »proizvajalcem« ni sklenjene posebne pogodbe, tak subjekt ni proizvajalec v smislu tega, da bi v breme OZZ lahko zagotavljal svoje pripomočke.

Po novem je poleg dobaviteljem dana možnost izdaje pripomočkov zavarovanim osebam tudi s strani proizvajalcev, če bo Zavod tako določil za določene vrste pripomočkov.

**K 116. členu (zdravstvene storitve, ki niso pravica iz OZZ)**

Člen našteva zdravstvene storitve, ki niso pravica iz OZZ.

1. točka navaja zdravstvene storitve v ožjem pomenu (izključena so zdravila, živila ter medicnski in drugi pripomočki), ki niso pravica po tem zakonu ali niso uvrščene na pripadajoče sezname storitev, ki so pravica iz OZZ. Poleg zdravstvenih storitev v ožjem pomenu besede spadajo med te storitve tudi zdravila, živila in pripomočki. Pri tem je potrebno upoštevati, da so seznami teh storitev določeni zelo široko, saj je nanje mogoče in potrebno uvrstiti najmanj eno storitev, ki je dokazano koristna za določeno zdravstveno stanje, saj ima v nasprotnem primeru zavarovana oseba pravico vložiti zahtevek po izjemni odobritvi take storitve. OZZ mora torej nuditi zdravstveno obravnavo vsakega zdravstvenega stanja, če možnost take obravnave obstaja in je dokazano koristna. Po drugi strani pa na sezname ni potrebno uvrstiti vseh možnih načinov obravnave določene bolezni. Naloga IVZT (in v primeru zdravil in pripomočkov Zavoda) je, da med različnimi možnostmi izbere zdravstvene storitve z najboljšim razmerjem med koristjo in ceno. Če seznami vsebujejo najmanj eno dokazano koristno storitev za določeno zdravstveno stanje, zavarovana oseba ne more zahtevati neke druge storitve, ki prav tako prihaja v poštev za njeno zdravstveno stanje, vendar je ni na seznamu. Tudi v takem primeru pa ima možnost, da zaprosi za izjemno odobritev take storitve, saj bo v vsakem trenutku nekaj novih storitev še nerazvrščenih.

2. in 3. točka kot pravico iz OZZ izključujeta zdravila, živila ter medicinske in druge pripomočke, ki jih na podlagi zakonskega pooblastila ne določa Zavod, in tiste, ki ne bodo uvrščeni na Seznam zdravstvenih storitev.

6. točka navaja zdravstvene storitve medicine dela, prometa in športa razen tistih, ki jih ta zakon posebej določa kot pravico iz OZZ. Medicine dela, prometa in športa ni del javne zdravstvene dejavnosti (razlaga) in njene storitve niso krite iz OZZ, vendar Zakon na novo uvaja storitev, ki je pravica iz OZZ: to so pregledi zavarovancev, ki so v bolniškem staležu dlje kot tri koledarske mesece zaradi kostno mišične bolezni, duševne ali vedenjske motnje ali bolezni dihal in obtočil, zaradi ugotavljanja delazmožnosti.

4. točka predvideva zdravstven storitve zaradi ugotavljanja zdravstvenega stanja, ki jo zavarovana oseba uveljavi na drugih področjih ali pri drugih organih (pri zavarovalnici, zavodu, ki izvaja drugo vrsto obveznega socialnega zavarovanja, sodišču ali drugem državnem organu, nosilcu javnih pooblastil, v kazenskem postopku, zaradi izdaje potrdila za voznike motornih vozil, zaradi ukrepa v zvezi z varstvom pri delu in v drugih primerih);

7. točka navaja posege estetske kirurgije, razen če gre za posege, ki so posledica bolezni ali poškodb, in so potrebni za odpravo funkcionalne prizadetosti organa, na katerem se poseg opravlja, ali če je poseg del zdravljenja po bolezni ali poškodbi.

8. točka izključuje iz pravic OZZ kirurško zdravljenje debelosti, razen patološke debelosti, če je indeks telesne mase nad 40 (n.pr. 123 kg pri telesni višini 175 cm) ali če je indeks telesne mase nad 35 (n.pr. 107 kg pri telesni višini 175 cm) in ima zavarovana oseba druge pridružene bolezni. Meja je določena arbitrarno, saj se tveganje bolezni zaradi debelosti povečuje sorazmerno s povečevanjem telesne teže, in upošteva veliko prevalenco prevelike telesne teže v populaciji.

9. točka navaja spremembo spola, razen kadar je sprememba spola potrebna glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe

10. točka uvršča med storitve, ki niso krite iz OZZ, zdravstvene storitve, ki so povezane z iztreznitvijo ob akutnem alkoholnem opoju.

11. točka navaja samopoškodbe, storjene z namenom pridobitve koristi. To pomeni, da so storitve, ki so potrebne zaradi drugih samopoškodb vključno s poskusom samomora, krite iz OZZ.

12. točka navaja reševalne prevoze iz Republike Slovenije v tujino in iz tujine v Republiko Slovenijo, če ni s tem zakonom ali s pravnim redom EU drugače določeno. Gre za arbitrarno določeno mejo med plačanimi in neplačanimi prevozi, ki temelji na oceni sredstrev, ki so na voljo za prevoze.

1. **(uveljavljanje zdravstvenih storitev na treh ravneh zdravstvene dejavnosti)**

Člen določa ravni zdravstvene dejavnosti, na katerih lahko zavarovana oseba uveljavi zdravstvene storitve, ki so pravica iz OZZ. Zdravstvene storitve lahko uveljavi na vseh treh ravneh zdravstvene dejavnosti, na katerih se te izvajajo v skladu z ZZDej. Določba je deklaratorne narave. Zavarovana oseba namreč nima pravice, da bi se sama odločala, na kateri ravni zdravstvene dejavnosti bo uveljavila določeno zdravstveno storitev. Vrste zdravstvenih storitev, ki se opravljajo na določeni ravni zdravstvene dejavnosti, določajo namreč zakoni (na primer ZZDej), podzakonski predpisi in splošni akti Zavoda (na primer Pravila OZZ). Takšnega načina pravnega urejanja glede določanja ravni izvajanja zdravstvene dejavnosti in s tem zdravstvenih storitev predlog zakona ne spreminja.

1. **(uveljavljanje zdravstvene storitve v ambulantni obravnavi)**

Člen določa uveljavljanje zdravstvenih storitev, ki so pravica iz OZZ, v ambulantni obravnavi na vseh treh ravneh zdravstvene dejavnosti, ki jih določa ZZDej. Določa se stopenjsko uveljavljanje zdravstvenih storitev v ambulantni obravnavi. Zdravstvena storitev se lahko uveljavi na višji ravni zdravstvene dejavnosti le, če je ni mogoče opraviti na nižji ravni zdravstvene dejavnosti.

1. **(uveljavljanje zdravstvene storitve v stacionarni bolnišnični obravnavi)**

Člen določa uveljavljanje zdravstvenih storitev, ki so pravica iz OZZ, v stacionarni bolnišnični obravnavi.

Prvi odstavek tega člena določa izvajanje bolnišnične obravnave na obeh ravneh zdravstvene dejavnosti, na katerih se izvaja specialistična bolnišnična dejavnost v skladu z ZZDej. Določa se stopenjsko uveljavljanje bolnišnične obravnave. Zdravstvena storitev se lahko uveljavi na višji ravni zdravstvene dejavnosti le, če je ni mogoče opraviti na nižji ravni zdravstvene dejavnosti ali na način ambulantne obravnave.

Drugi odstavek tega člena ni novost v sistemu OZZ., saj se na zakonsko raven zgolj prenaša veljavna ureditev iz Pravil OZZ.

Tretji odstavek tega člena določa prehrano in nastanitev kot sestavni del bolnišnične obravnave. Standard prehrane in nastanitve med bolnišnično obravnavo bo tudi v bodoče določil Zavod (na podlagi Pravil OZZ je standard nastanitve in prehrane v bolnišnicah, klinikah in inštitutih je nastanitev v tri- ali večposteljni sobi s praviloma najmanj tremi obroki hrane dnevno. V primerih izolacije je standard po strokovni presoji lahko drugačen.). Zavarovana oseba bo imela tudi po predlagani ureditvi še vedno možnost, da ob doplačilu koristi drugačen ali višji standard prehrane ali nastanitve, kot se ta krije iz sredstev OZZ (prva alineja 2. točke prvega odstavka 235. člena predloga zakona).

**K 120. členu (uveljavljanje zdravstvene storitve s hišnim obiskom)**

Člen določa zdravstveno obravnavo na domu zavarovane osebe, ki se izvede, če se s tem lahko enakovredno in vsaj enako gospodarno nadomesti obravnava v zdravstvenem zavodu ali če to zahteva zdravstveno stanje osebe in oseba ne more priti v ambulanto. Hišni obiski so lahko načrtovani vnaprej, v okviru rednega zdravljena, so smiselni in racionalni predvsem pri težko pokretnih starostnikih, drugih nepokretnih osebah in kroničnih pacientih, ki potrebujejo spremljanje in obdobne terapevtske intervencije. Hišni obiski so na drugi strani lahko tudi nenačrtovani, v okviru izvajanja neodložljivega zdravljenja iz 83. člena zakona, ko pacienti zaradi svojega zdravstvenega ali splošnega stanja ne morejo sami priti k zdravniku, potrebujejo oskrbo v roku 12 ur, njihovo stanje pa ne zahteva storitev nujne medicinske pomoči ali nujnega zdravljenja. O hišnem obisku se odloči in ga tudi izvede osebni zdravnik ali zdravnik v NMP ali zdravnik v dežurni službi (pristojni zdravnik). Hišni obisk lahko izvede tudi drug zdravstveni delavec (npr. patronažna medicinska sestra) po naročilu pristojnega zdravnika.

S hišnimi obiski se lahko bistveno zmanjšajo potrebe po nenujnih reševalnih prevozih in do neke mere tudi obravnave na sekundarnem nivoju.

**K 121. členu (uveljavljanje zdravstvene storitve v nezdravstvenem zavodu)**

Določba predvideva situacije, ko lahko zavarovana oseba, ki biva v javnem socialno varstvenem zavodu ali koncesionarju s področja socialnega varstva ali v javnem vzgojno-izobraževalnem zavodu ali pri koncesionarju s navedenega področja, uveljavlja pri navedenih zdravstvene storitve.

**K 122. členu (pravica do proste izbire)**

Zakon določa pravico do proste izbire izvajalca oziroma proste izbire zdravnika pri izvajalcu, pri čemer določba glede pojma izvajalca odklanja na uporabo 56. člena tega zakona (glej komentar pri 56.členu). Ta pravica ni omejena le na primarno, osnovno zdravstveno dejavnost, temveč ima zavarovana oseba pravico tudi do proste izbire napotnega zdravnika pri izbranem izvajalcu, torej velja prosta izbira ne le za primarno raven, temveč tudi za sekundarno raven preko izbranega zdravnika specialista v javni mreži. Pravica do proste izbire se uresničuje glede na zdravnikovo specializacijo oziroma dejavnost v skladu z veljavno medicinsko strokovno doktrino.

V zakonu je na novo določena tudi prosta izbira napotnega zdravstvenega delavca. Prosta izbira torej ne velja za vse zdravstvene delavce, temveč le za zdravstvenega delavca, h kateremu pristojni zdravnik zavarovano osebo napotuje z napotno listino. Kateri zdravstveni delavci so to, določi Zavod v splošnem aktu (npr. klinični psiholog, fizioterapevt, ...).

Zavod bo tudi določil, katere zdravstvene storitve bo zavarovana oseba opravila pri izbranem zdravniku in zdravstvenem delavcu, pr čemer gre za storitve, ki jih le-ti sami opravljajo, kar je bilo do sedaj določeno v 160. členu pravil (npr. predpisane laboratorijske storitve, diagnostične storitve, ...).

**K 123. členu (omejitev pravice do proste izbire)**

Zakon določa tudi omejitve pravice do proste izbire, pri čemer je zaradi bolj jasne ureditve določeno, da zdravnik pri izvajalcu sam sebi ne more biti osebni zdravnik ali napotni zdravnik oziroma drug pristojni zdravnik. Enaka ureditev velja tudi za zdravstvenega delavca. Pravila so do sedaj določala, da lahko zdravnik za svoje potrebe opravlja diagnostiko in zdravljenje, ne more pa sam zase predlagati uveljavljanja denarnih dajatev in zdraviliškega zdravljenja, torej ne more izvrševati vseh nalog, ki jih ima osebni zdravnik (npr. ugotavljanje začasne zadržanosti od dela, ...). Da bi lahko bil zdravnik sam sebi osebni zdravnik je tudi s strokovne plati neutemeljeo. Raziskave so namreč pokazale, da so zdravniki glede svojega zdravstvenega stanja, ko so torej v vlogi pacienta, pogosto nerealni, s samozdravljenjem pa večkar tudi škodujejo sami sebi. Tako nekatere raziskave kažejo na to, da odvisnost zdravnike prizadene bolj kot druge bolezni. Med zdravniki naj bi bilo manj kadilcev, alkoholikov in narkomanov, a zloraba zdravil na recept naj bi bila med zdravniki pogostejša kot med ostalo populacijo. Izgorelost in velike obremenitve, pa tudi relativna osamljenost-posebej v ruralnem okolju, pripomorejo k razvoju zasvojenosti. Zdravstveni delavci naj bi bili pogosto izpostavljeni stresnim situacijam, kar se odraža tudi v številu samomorov in poskusov samomorov. Zdravniki naj bi živeli bolj zdravo kot splošna populacija in s tem tudi živeli dlje, vendar pa že dolgo velja, da je samomorilnost med zdravniki višja kot v splošni populaciji. Med zdravniki so duševne motnje pogostejše kot v splošni populaciji.[[28]](#footnote-28) Pacient pa bi moral biti deležen primerne, kakovostne in varne oskrbe, kar se lahko zagotavlja tudi prek instituta izbire osebnega zdravnika. Vse navedeno govori v prid pravilnosi predlagane ureditve.

Omejitev proste izbire v primeru zavarovacev iz prvega in drugega odstavka 34. člena tega zakona (priporniki, obsojenci) je v skladu z dosedanjo ureditvijo.

**K 124. členu (vrste osebnih zdravnikov)**

Določeno je, kdo je lahko osebni zdravnik za posamezne starostne skupine zavarovanih oseb in za posamezne dejavnosti. Določba je v skladu z dosedanjo ureditvijo. Zavod bo določil vrste specializacij osebnih zdravnikov v okviru posameznih dejavnosti**.**

**K 125. členu (izbira osebnega zdravnika)**

Zaradi večje jasnosti so taksativno naštete osebe, ki opravijo izbiro osebnega zdravnika za zavarovano osebo do 15. leta starosti oziroma za osebo, ki je postavljena pod skrbništvo. Dejstvo, da je oseba postavljena pod skrbništvo se dokazuje z ustreznim aktom, ki ga izda pristojni orgaan.

Določen je tudi postopek izbire osebnega zdravnika (s podpisom listine o izbiri), kar je veljalo tudi do sedaj, prav tako še naprej velja, da si zavarovana oseba izbere osebnega zdravnika praviloma v kraju svojega prijavljenega prebivališča.

Pravica do proste izbire ni absolutna, temveč je v praksi vezana na tudi na zmogljivosti in normative zdravstvene mreže, tako, da lahko npr. osebni zdravnik v določenih primerih odkloni izbiro, in sicer, če:

* pri njem evidentirano število zavarovanih oseb presega število, ki je določeno z mrežo javne zdravstvene službe, in si lahko zavarovana oseba izbere drugega osebnega zdravnika v kraju prijavljenega prebivališča (v tem primeru zdravnik lahko odkloni izbiro le pod pogojem, če ima zavarovana oseba možnost, da si lahko izbere drugega osebnega zdravnika v kraju svojega prijavljenega prebivališča);
* si ga želi zavarovana oseba izbrati v nasprotju s tem zakonom in splošnimi akti Zavoda (navedeni razlog odklonitve izbire je veljal tudi do sedaj);
* zavarovani osebi zaradi oddaljenosti njenega prijavljenega prebivališča ne bi mogel zagotoviti vseh storitev s svojega delovnega področja in si zavarovana oseba lahko izbere drugega osebnega zdravnika bliže svojeg prebivališča. Ta razlog odklonitve izbire je sicer določen na novo, po trenutno veljavnih pravilih pa je oddaljenost prebivališča zavarovane osebe (»preselitev v drug kraj«) razlog za zamenjavo osebnega zdravnika, enako pa je določeno tudi v tem zakonu. Bližina prebivališča zavarovane osebe je pomembna tudi z vidika pravočasne obravnave zavarovanca, kar je tudi bistven element kakovostne oskrbe, do katere je zavarovanec kot pacient upravičen. Dodaten pogoj je, da ima zavarovana oseba možnost, da si lahko izbere drugega osebnega zdravnika bliže svojega prebivališča. Zavarovana oseba torej ne sme priti v položaj, da zaradi odklonitve izbire mora potovati k osebnemu zdravniku v drug kraj.

Zavarovana oseba nima pravice do povračila prevoznih stroškov, če si je izbirala osebnega zdravnika izven kraja njenega prijavljenega prebivanja, kar je veljalo tudi do sedaj.

**K 126. členu (zamenjava osebnega zdravnika)**

Predlog zakona določa možnost zamenjave osebnega zdravnika tako s strani zavarovane osebe, kot tudi na predlog osebnega zdravnika samega. Določba je vsebinsko enaka, kot v dosedanji ureditvi, s tem, da je pri zamenjavi, ki jo predlaga osebni zdravnik posebej naveden razlog zamenjave, »če se zavarovana oseba ali osebni zdravnik preseli v drug kraj«. V tem primeru namreč osebni zdravnik ne more zavarovani osebi zagotoviti primerne, kakovostne in varne oskrbe, tako, da je navedeni razlog za zamenjavo logičen in utemeljen. Posebej je določen rok za posredovanje zdravstvene dokumentacije novo izbranemu osebnemu zdravniku zavarovane osebe, ki do sedaj ni bil določen.

**K 127. členu (prekinitev izbire osebnega zdravnika)**

Za razliko od zamenjave osebnega zdravnika, ki se opravi bodisi na pobudo zavarovane osebe ali osebnega zdravnika, razlogi za prekinitev izbire osebnega zdravnika nastopijo z dnem nastopa določenega dogodka, ki je praviloma izven volje zavarovane osebe in osebnega zdravnika. Izjema je prekinitev izbire na željo zavarovane osebe, če zavarovana oseba pri tem hkrati ne opravi nove izbire (4. točka), torej ne pride do zamenjave zdravnika.

Do prekinitve izbire osebnega zdravnika pride zaradi smrti zavarovane osebe ali njenega osebnega zdravnika, če osebni zdravnik preneha opravljati naloge osebnega zdravnika (npr. upokojitev), če ne izpolnjuje več pogojev za opravljanje nalog osebnega zdravnika (npr. izguba licence na določenem strokovnem področju, ki je vezana na dejavnost, v okviru katere opravlja naloge osebnega zdravnika). Razlog za prekinitev izbire je tudi izgube lastnosti zavarovane osebe za določeno daljše obdobje (60 dni). Zavarovana oseba namreč lahko uveljavlja pravice iz OZZ le, če ima lastnost zavarovane osebe, vključno s pravico do izbire osebnega zdravnika. Izguba lastnosti zavarovane osebe je pogosto izven domene zavarovane osebe (npr. odjava zavezanca za daljše obdobje za nazaj), pri tem pa je rok 60 dni primeren rok, v katerem si lahko zavarovana oseba ustrezno uredi OZZ.

**K 128. členu (pristojnosti in odgovornosti osebnega zdravnika)**

Določbe je vsebinsko enaka, kot v dosedanji ureditvi.

**K 129. členu (posredovanje zdravstvene dokumentacije osebnemu zdravniku)**

Člen na novo določa obveznost posredovanja zdravstvene dokumentacije osebnemu zdravniku. Izraz zdravstvena dokumentacija je opredeljen v 1.a členu Zakona o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (v nadaljnjem besedilu: ZZPPZ). Zdravstvena dokumentacija je izvirno in reproducirano (pisano, risano, tiskano, fotografirano, filmano, fonografirano, magnetno, optično ali kako drugače zapisano) dokumentarno gradivo, ne glede na obliko zapisa in nosilec zapisa podatkov, ki nastane ali je prejeto pri zdravstveni oskrbi, ki je opredeljeno v Osnovni zdravstveni dokumentaciji v Prilogi 1 ali ki je povezano z zdravstvenim stanjem in je nujno potrebno za izvajanje pravic ali obveznosti, priznanih ali določenih z zakonom.

Obveznost se določa z namenom zagotavljanja celovite seznanitve z zdravstvenim stanjem zavarovane osebe in posledičnega zagotavljanja primerne, kakovostne in varne zdravstvene obravnave zavarovane osebe. Na ta način se uresničuje tudi nova vloga osebnega zdravnika kot vratarja v sistemu OZZ in ena njegovih temeljnih nalog, da zbira in hrani zdravstveno dokumentacijo zavarovane osebe (6. točka prvega odstavka 127. člena predloga zakona). Prav tako se z izvršitvijo obveznosti posredovanja zdravstvene dokumentacije v skladu z ZZDej omogoča osebnemu zdravniku kot temeljnemu nosilcu opravljanja zdravstvenih storitev v osnovni zdravstveni dejavnosti, da napoti zavarovano osebo tudi k drugim zdravnikom in usklajuje njihove nasvete ter v tej zvezi tudi vodi zdravstveno dokumentacijo (prvi odstavek 46. člena ZZDej).

Prvi odstavek tega člena tako določa ne le obveznost posredovanja zdravstvene dokumentacije osebnemu zdravniku zavarovane osebe, temveč določa tudi najdaljši sedem dnevni rok za njeno posredovanje. Ta rok je krajši, če tako določa drug predpis (na primer ZPacP). S predlagano določitvijo roka za posredovanje zdravstvene dokumentacije se uresničuje tudi spoštovanje pacientovega časa pri opravljanju zdravstvenih storitev, saj zavezuje izvajalce k upoštevanju razumnega časa tudi pri izdaji izvidov. Osebnemu zdravniku je treba posredovati vso zdravstveno dokumentacijo, ki se tiče uveljavljanja pravic iz OZZ ali ki je je potrebna za nadaljnjo zdravstveno obravnavo, druga zdravstvena dokumentacije pa le, če tako zahteva sama zavarovana oseba ali če to določa drug predpis.

Drugi odstavek tega člena je pojasnilne narave glede na to, da ima zavarovana oseba lahko v sistemu OZZ izbranega osebnega zdravnika različnih specialnosti (splošnega zdravnika oziroma pediatra in zobozdravnika, ženska pa tudi ginekologa). Vsakemu od njih se posreduje zdravstvena dokumentacija z njegovega delovnega področja, torej osebnemu ginekologu, če se nanaša na dejavnost ginekologije, osebnemu zobozdravniku, če se nanaša na zobozdravstveno dejavnost, osebnemu splošnemu zdravniku oziroma osebnemu otroškemu zdravniku, če se nanaša na druge vrste zdravstvene dejavnosti ter tudi dokumentacijo s področja ginekologije ali zobozdravstvene dejavnosti, če je za namene, ki so določeni v prvem odstavku tega člena.

Tretji odstavek tega člena določa zakonsko domnevo o posredovanju zdravstvene dokumentacije kot posledico uvedbe elektronskega poslovanja v zdravstvenem sistemu. Zaradi obveznosti uporabe elektronskih storitev Zavoda in informacijskih rešitev eZdravja (slednje ureja ZZPPZ, ki omogočajo dostop tudi do določenih zdravstvenih podatkov (na primer predpisanih in izdanih zdravilih) se domneva, da so ti podatki posredovani in dostopni vsem osebam, ki se z njimi lahko seznanijo v skladu z določenimi pooblastili za dostop do posameznega podatka.

Četrti odstavek tega člena določa osebe in organe, ki so dolžni posredovati zdravstveno dokumentacijo osebnemu zdravniku.

**K 130. členu (napotitev in napotnica)**

Zaradi večje jasnosti je določeno, da osebni zdravnik izstavi napotnico za zdravstvena stanja, ki jih obravnava na svojem delovnem področju, kar je v skladu s sprejeto zdravstveno doktrino in z vsebino specializacije zdravnika na posameznem strokovnem področju. Glede postopanja v primeru, če je napotnica pomanjlkjivo ali nejasno izpolnjena in glede obveznosti osebnega zdravnika, da pred napotitvijo opravi zdravstvene storitve, ki jih je dolžan zagotoviti, določba odkazuje na uporabo zakona, ki ureja pacientove pravice.

V preostalem je določba vsebinsko enaka, kot je veljalo do sedaj.

**K 131. členu (obseg pooblastila napotnemu zdravniku)**

Predlog določbe poleg do sedaj veljavnih pooblastil, ki jih z napotnico na napotnega zdravnika prenese pristojni zdravnik, predvideva novo pooblastilo – »izstavitev napotnice za kontrolni pregled zavarovane osebe pri napotnem zdravniku«. S tem se želi zmanjšati administrativno breme za zavarovane osebe, ki bi morale v primeru poteka veljavnosti izstavljene napotnice ponovno nazaj k svojemu osebnemu zdravniku, da jim izstavi novo napotnico za predvideni kontrolni pregled. S predlagano ureditvijo se izognemo obremenjevanju osebnega zdravnika z nepotrebnim administriranjem, saj bo napotnico za kontrolni pregled lahko izstavil napotni zdravnik, ki je ob obravnavi zavarovane osebe določil tudi datum kontrolnega pregleda zavarovane osebe. Slednjo napotnico lahko napotni zdravnik izstavi le v obdobju veljavnosti prve napotnice, s katero je prejel tudi pooblastilo za nadaljno napotitev, saj so pristojnosti napotnega zdravnika za morebitno nadaljnje napotovanje vezane na obseg in čas trajanja navedene napotnice osebnega zdravnika. Datum izstavitve napotnic za kontrolni pregled (in ne datum kontrolnega pregleda) torej mora biti v okviru veljavnosti predhodne napotnice

Napotni zdravnik, ki je prejel pooblastilo za nadaljno napotitev, z napotnico, s katero napoti zavarovano osebo na drugo zdravstveno storitev (točka 3. prvega odstavka tega člena) ali na kontrolni pregled (točka 4. prvega odstavka tega člena), ne sme na drugega zdravnika prenesti navedenih pooblastil. To pomeni, da napotni zdravnik, ki je prejel napotnico od prvega napotnega zdravnika, ne more zavarovano osebo napotiti na drugo zdravstveno storitev ali na kontrolni pregled, ni torej t.i. »veriženja napotnic«.

**K 132. členu (veljavnost napotnice)**

Veljavnost napotnice je časovno omejena, in sicer na največ obdobje enega leta, z izjemo napotnice za ortodonta, ki je »trajna«, kar je veljalo tudi do sedaj.

Pravilo – eno zdravstveno stanje, en zdravnik, ena napotnica, sicer velja še naprej, s tem, da je po predlagani ureditvi določeno, da se lahko nova napotnica izstavi največ 15 dni pred iztekom veljavnosti predhodno izstavljene napotnice. S tem se želi doseči, da bi si lahko zavarovane osebe pravočasno zagotovile veljavno napotnico za planirano obravnavo pri napotnem zdravniku, katere datum je neposredno pred potekom veljavnosti prejšnje napotnice.

Pri datumu začetka veljavnosti napotnice je zasledovana sedanja ureditev. Na novo je določeno, da napotnica preneha veljati ne le s potekom obdobja njene veljavnosti, temveč tudi, ko napotni zdravnik opravi zdravstvene storite zaradi katerih je bila napotnica izstavljena.

V praksi se dogaja, da pri zavarovani osebi v času veljavnosti napotnice pride do akutnega poslabšanja zdravstvenega stanja, ki zahteva čim prejšnjo obravnavo pri napotnem zdravniku. Glede na to, da po veljavni ureditvi osebni zdravnik ne sme izstaviti nove napotnice, če že obstaja napotnica za enako zdravstveno stanje pri zdravniku specialistu iste specialnosti, spremenjeno stanje zavarovane osebe pa zahteva takojšnjo obravnavo, se ta situacija ureja s predlaganim petim odstavkom tega člena. Slednji določa, da lahko osebi zdravnik v prej opisanem primeru izstavi novo napotnica (z ustrezno stopnjo nujnosti) in istočasno zaključi predhodno izstavljeno napotnico. Osebni zdravnik o navedenem obvesti zavarovano osebo in izvajalca.

**K 133. členu (rok za predložitev napotnice)**

Zakon do sedaj ni urejal roka, v katerem mora zavarovana oseba predložiti napotnico, sicer le-ta preneha veljati. S to določbo se ta pomanjkljivost odpravlja. Rok za predložitev napotnice je določen glede na stopnjo nujnosti na napotnici in je v skladu z Zakonom o pacientovih pravicah. Na ta način se želi doseči večja skrb zavarovanih oseb za lastno zdravje in hkrati preprečiti zahteve zavarovanih oseb za obravnavo pri napotnem zdravniku tudi po več let po izstavitvi napotnice, čeprav se je zdravstveno stanje v tem času lahko bistveno spremenilo tako, da npr. izvedba zdravstvene storitve sploh ni več utemeljena, kar se je v praksi tudi dogajalo.

Določen je tudi rok za predložitev napotnice, če zavarovana oseba izbere drugega izvajalca, kar je lahko le v primeru stopenj nujnosti »zelo hitro«, »hitro« in »redno«.

**K 134. členu (zamenjava napotnega zdravnika)**

Vsebina določba je enaka glede na sedanjo ureditev. Zavarovana oseba lahko v obdobju veljavnosti napotnice, torej v času dokeler traja veljavnost pooblastila, ki je bilo z napotnco preneseno na napotnega zdravnika, zamenja napotnega zdravnika, pri čemer se za njegovo smiselno uporabljajo določbe, ki sicer veljajo za zamenjavo napotnega zdravnika. To bo lahko npr. v primeru, če med napotnim zdravnikom in zavarovano osebo pride do nesporazumov, ki onemogočajo uspešno izvajanje nalog napotnega zdravnika, če se zavarovana oseba ali napotni zdravnik preselita v drug kraj, če ima zavarovana oseba do napotnega zdravnika neprimeren odnos ali ne spoštuje njegovih navodil glede zdravstvene obravnave.

**K 135. členu (napotni zdravstveni delavec)**

Glede na to, da se po predlagani ureditvi z napotnico prenašajo pooblastila tudi na napotne zdravstvene delavce, slednje pa določi Zavod, je tudi določeno, da se določbe tega zakona, ki veljajo za napotnega zdravnika, smiselno uporabljajo tudi za napotnega zdravstvenega delavca, če Zavod ne določi drugače.

**K 136. členu (izjemna odobritev zdravstvene storitve) in 137. členu (postopek odločanja o izjemni odobritvi zdravstvene storitve)**

ZUP določa, da v upravnih zadevah, v katerih je organ po zakonu ali po predpisu lokalne skupnosti upravičen odločati po prostem preudarku, mora biti odločba izdana v mejah pooblastila in v skladu z namenom, za katerega mu je pooblastilo dano. Upravni organi so pri svojem odločanju po prostem preudarku vezani na načelo zakonitosti, ki je eno od temeljnih načel pravne države (2. člen Ustave), in je za upravne organe izrecno določeno v drugem odstavku 120. člena Ustave. Namen in meje pooblastila za odločanje po prostem preudarku morajo biti določene z zakonom (odločba Ustavnega sodišča št. U-I-69/92 z dne 10. 12. 1992, Uradni list RS, št. 61/92 in OdlUS I, 102). Glede na navedeno se na zakonsko raven prenaša dosedanja ureditev odločanja po prostem preudarku, in sicer tako, da se s predlagano določbi ureja pravica do izjemne odobritve zdravstvenih storitev ter pristojni organ za odločanje. Določba opredeljuje pogoje, pod katerimi Zavod lahko izjemoma odobri plačilo ali povračilo stroškov (delno ali v celoti) zdravstvenih storitev, ki niso na seznamu standardnih ali nadstandardnih storitev, istočasno tudi določa učinek, ki se želi doseči s takšno odobritvijo.

Hkrati je opredeljeno tudi, na kakšen način se ugotavlja višina plačila oziroma povračila zdravstvene storitve, ki je bila odobrena. O izjemni odobritvi na prvi stopnji odloča območna enota in na drugi stopnji Direkcija.

**K 137. členu (postopek odločanja o izjemni odobritvi zdravstvene storitve)**

**K 138. členu (izjemna odobritev zdravila in živila)**

Z vidika načela zakonitosti in enakopravnosti zavarovanih oseb se na zakonski ravni ureja odločanje ZZZS po prostem preudarku v izjemnih primerih, saj je sedaj ureditev presplošno določena v tretjem odstavku 259. člena Pravil OZZ. Členi podrobneje urejajo pogoje za izjemno odobritev zdravil zdravila ali živila, ki sicer niso pravica.

Določbe so delno prenesene iz Pravil OZZ in dopolnjene.

V prvem odstavku tega člena je določeno, da o izjemni odobritvi odloča zavod po prostem preudarku. Predmet izjemne odobritve so zdravila in živila, ki sicer niso pravica. To so zdravila, ki v RS nimajo dovoljenja za promet ali ga imajo pa ga imetnik dovoljenja ni pripeljal na slovenski trg, imajo dovoljenje za promet v RS in je na trgu, ni pa razvrščeno na listo ali pa ni razvrščeno za določeno indikacijo in ga zavarovana oseba potrebuje za zdravljenje bolezni ali motnje, ki ogroža njeno zdravje, se pa upravičeno pričakuje, da bo z izjemoma odobrenim zdravilom prišlo do ozdravitve ali izboljšanja zdravstvenega stanja ali preprečitve ali upočasnitve njegovega poslabšanja, kar pa ni mogoče doseči z zdravstveno storitvijo, ki je pravica. To velja smiselno tudi za živila. Povračilo je lahko delno ali v celoti. Namen izjemnih odobritev je, da zdravljenje zavarovane osebe poteka optimalno in se prepreči, da bi zaradi nedostopnosti do zdravila prišlo do hudih poslabšanj zdravstvenega stanja, kar bi lahko vodilo do višjih stroškov zdravljenja.

Drugi odstavek na novo določa merila, na osnovi katerih odloča Zavod. Gre za merila, ki se uporabljajo pri oceni zdravil v postopku razvrščanja zdravil na listo.

V tretjem odstavku se na novo določa, da predmet povračil ne more biti zdravilo ali živilo za zdravstvene težave, ki se lahko odpravijo s spremenjenim načinom življenja ali prehrano, ter zdravila in živila, ki so namenjena za blažitev simptomov ali zdravljenje bolezni ali motnje, ki je iz javnozdravstvenega vidika manj pomembna. Prav tako predmet povračil ne morejo biti zdravila, ki jih komisija ni razvrstila na listo zaradi pomanjkljivih dokazov o učinkovitosti ali imajo slabšo učinkovitost kot primerjalno zdravilo ter nova zdravila ali živila, ki so že v postopku razvrščanja.

S četrtim odstavkom se določa, da je izjemna odobritev lahko enkratna, kar pomeni za enkraten nakup zdravila in živila po priloženih računih, lahko pa je za določeno obdobje naprej in nazaj, vendar ne dlje kot za obdobje ki je določeno v tem zakonu. Zavod ob upoštevanju meril iz drugega odstavka tega člena določi ali bo odobril plačilo in povračilo stroškov zdravila in živilo v celoti ali le delno.

**K 139. členu (postopek odločanja o izjemni odobritvi zdravila in živila)**

V tem členu se na novo določa, da postopek o izjemni odobritvi zdravila in živila vodi in o njem odloči uradna oseba na Oddelku za zdravila Direkcije. Z odločanjem na enem mestu se skrajša čas obravnave vlog in zagotovi enaka obravnava za vse zavarovane osebe. Na novo se določa, da o pritožbi zoper te odločbe odloča Komisija za izjemno odobritev, katere član ne more biti oseba, ki je zadevo vodila in o njej odločala na prvi stopnji. Tako je urejena pravica do pritožbe in nepristranosti.

**K 140. členu (izjemna odobritev medicinskega in drugega pripomočka)**

Predhodno je bila v Pravilih določena Zavodova možnost (prosti preudarek oz. diskrecijsko odločanje) izjemne odobritve MP oziroma celotnega ali delnega povračila stroškov, ki niso pravica.

Tovrstno ureditev ni bila (poleg tega, da mora biti diskrecijsko odločanje določeno v Zakonu) vsebinsko ustrezna, saj gre pri MP in drugih pripomočkih za več možnosti, o kakšnih pripomočkih se sploh diskrecijsko lahko odloča, pogoji niso bili jasno določeni ne glede zavarovanih oseb ne glede pripomočkov, postopek pa je bil opredeljen le z Zavodovim internim navodilom.

Uvodoma iz določbe Zakona izhaja, da se lahko diskrecijsko odloča tako o pripomočkih, ki se sicer izdajajo na naročilnico, kot o preostalih MP in drugih pripomočkih, ki se ne, najsi bo to tak, ki se ga sicer izdaja v breme materialnih stroškov izvajalca ali tak, ki ga v breme OZZ sploh ni možno prejeti, in celo, če je na trgu RS nedosegljiv.

Določbe v Zakonu so zato v pretežnem delu povsem nove.

Zakon določa tri kategorije MP in drugih pripomočkov, o katerih Zavod lahko odloča po tem postopku:

* tistih, ki sploh niso pravica (na naročilnico),
* tistih, ki sicer so pravica, pa zavarovana oseba ne izpolnjuje predpisanega pogoja zdravstvenega stanja ali drugega pogoja (gre predvsem za situacijo, ko je pogoj zdravstvenega stanja zapisan za »običajno« zdravstveno stanje, konkretna oseba pa ima zelo redko bolezen in posledično nepredvideno zdravstveno stanje),
* tistih, ki sicer so pravica, vendar zavarovana oseba zaradi (specifičnega, izjemnega) zdravstvenega stanja rabi večjo količino pripomočka, kot je standard.

Vsebinsko se je že pred določitvijo teh treh možnih situacij izjemoma odobravalo vse tovrstne MP in druge pripomočke.

Pogoji za možnost izjemne odobritve so določeni tako na strani zavarovane osebe kot na strani predlaganega MP ali drugega pripomočka. Pri zavarovani osebi mora iti za izjemno zdravstveno stanje (v praksi to pomeni redko stanje z možnostjo hujših posledic), ob tem pa se mora z odobritvijo pričakovat ozdravitev oz. izboljšanje ali preprečitev ali vsaj upočasnitev nadaljnjega poslabšanja zdravstvenega stanja (pri čemer pri odobravanju MP ali drugega pripomočka, ki ni pravica, tega ni mogoče doseči s pripomočkom, ki je pravica). Poleg teh dveh mora biti kumulativno izpolnjen še tretji pogoj, daje s strani proizvajalca naveden takega pripomočka ustrezen (indiciran) za konkretno zdravstveno stanje zavarovane osebe.

Pri pripomočkih, ki so pravica, se tega lahko odobri do standardne cene. Pri tistih MP, ki niso pravica na naročilnico, je potrebno upoštevati najnižjo dogovorjeno ceno med Zavodom in pooblaščenimi prodajalci (ni nujno, da gre samo za Zavodove dobavitelje ali proizvajalce), in sicer mora Zavod pridobiti vsaj tri ponudbe. Praviloma bo v teh primerih šlo sicer za take MP, kjer bo samo eden ali kvečjemu dva pooblaščena prodajalca, zato bo Zavod pridobil (oz. vsaj zahteval) edino ali obe ponudbi.

**K 141. členu (postopek odločanja** **o izjemni odobritvi medicinskega in drugega pripomočka)**

Za razliko od predhodne Zavodove interne določitve postopka po tem Zakonu na prvi stopnji o izjemni odobritvi MP in drugega pripomočka odloča pooblaščena uradna oseba organizacijske enote Direkcije Zavoda, ki je pristojna za medicinske in druge pripomočke, na drugi pa posebna na novo določena Komisija za izjemno odobritev Zavoda, ki jo določi generalni direktor Zavoda.

Zavarovana oseba po podala vlogo, ki ji bo praviloma priložila ustrezno medicinsko dokumentacijo z jasno navedenim zahtevkom za vrsto MP ali drugega pripomočka in njegovo količino in morebitnim obdobjem, za katero se bo odobritev predlagala, pri čemer Zavod enako kot doslej lahko izjemoma odobri MP ali drug pripomoček za naprej največ za 24 mesecev od izdaje odločbe, za nazaj pa največ za 12 mesecev pred dnem vložitve popolne vloge.

1. **(uveljavljanje izjemne odobritve)**

Člen določa skupne elemente postopkov uveljavljanja izjemne odobritve iz predhodnih členov tega zakona.

Prvi odstavek tega člena določa subsidiarno uporabo določb predloga zakona, ki urejajo postopek uveljavljanja pravic iz OZZ.

Drugi odstavek tega člena določa način začetka postopka za odločanje o izjemni odobritvi. Postopek za izjemno odobritev se vedno začne na vlogo zavarovane osebe. Sestavine vloge bodo določene s podzakonskim aktom iz 112. člena predloga zakona.

Tretji in četrti odstavek tega člena določa obdobje, za katero se lahko odobri izjemna odobritev plačila ali povračila stroškov zdravstvene storitve v RS ali tujini, zdravila, živila, medicinskega ali drugega pripomočka. Najdaljše 24 mesečno obdobje, ki je določeno za primer, ko se plačilo ali povračilo stroškov odobri za naprej, je določeno zaradi možnosti odobritve zdravstvene storitve, zdravila, živila, medicinskega ali drugega pripomočka v primeru predvidenega dolgotrajnega zdravljenja. Najdaljše 12 mesečno obdobje, ki je določeno za primer, ko se plačilo ali povračilo stroškov odobri za nazaj, je določeno zaradi smiselno enake ureditve enoletnega roka za uveljavljanje denarnih dajatev, ki so pravica. Če se plačilo ali povračilo stroškov na podlagi izjemne odobritve odobri za naprej, začne teči obdobje od izdaje ugodilne odločbe. Če pa se plačilo ali povračilo stroškov na podlagi izjemne odobritve odobri za nazaj, se obdobje šteje od vložitve popolne vloge za izjemno odobritev. S tako določenim začetkom teka obdobja se zagotavlja enakopravna obravnava zavarovanih oseb.

Peti odstavek tega člena določa uveljavljanje že odobrenega povračila stroškov izjemoma odobrene zdravstvene storitve v RS ali tujini, zdravila, živila, medicinskega ali drugega pripomočka v primeru smrti zavarovane osebe. V tem primeru lahko dedič zavarovane osebe zahteva izplačilo povračila stroškov od Zavoda pod pogojem, če je Zavod že pred smrtjo zavarovane osebe izdal dokončno ugodilno odločbo, s katero je odobril povračilo stroškov, ki so zavarovani osebi nastali pred njeno smrtjo.

**K 143. členu (natančnejši način uveljavljanja izjemne odobritve)**

Člen določa zakonsko pooblastilo za podzakonsko natančnejše urejanje zakonsko določenih pogojev in postopka uveljavljanja izjemne odobritve. S podzakonskim aktom bodo razčlenjene zakonske norme o izjemnih odobritvah iz 134. do 140. člena predloga zakona, s katerimi je na zakonski ravni določen institut odločanja Zavoda po prostem preudarku v izjemnih primerih. Ta institut sedaj ureja tretji odstavek 259. člena Pravil OZZ, ki določa, da lahko Zavod izjemoma odobri zavarovani osebi medicinski pripomoček, zdravilo ali živilo oziroma celotno ali delno povračilo stroškov, ki niso pravica. V sedanji ureditvi se je navedena določba uporabljala za primere izjemnih bolezenskih stanj, v primeru pri katerih ne bi brez predlagane izjemne odobritve medicinskega pripomočka, zdravila, živila za posebne zdravstvene namene, storitve, prišlo do izboljšanja zdravstvenega stanja ali pa bi brez njihove uporabe prišlo do poslabšanja zdravstvenega stanja.

Z vidika celovitost in jasnosti ureditve ter z vidika načela enakopravnosti zavarovanih oseb je sedanja podzakonska ureditev tega instituta pomanjkljiva. Predlog zakona zato glede odločanja Zavoda po prostem preudarku v izjemnih primerih določa naslednje elemente instituta:

* predmet izjemne odobritve, ki je lahko zdravstvena storitev v RS ali tujini, zdravilo, živilo, medicinski ali drug pripomoček;
* namen in obseg pooblastila Zavodu za odločanje po prostem preudarku v skladu z Zakonom o splošnem upravnem postopku (v nadaljnjem besedilu: ZUP). ZUP določa, da mora biti v upravnih zadevah, v katerih je organ po zakonu ali po predpisu lokalne skupnosti upravičen odločati po prostem preudarku, odločba izdana v mejah pooblastila in v skladu z namenom, za katerega mu je pooblastilo dano. Namen in obseg pooblastila, določa zakon ali predpis lokalne skupnosti. Pristojni organ, ki je upravičen zadevo rešiti po prostem preudarku, mora pri tem v obrazložitvi odločbe navesti tudi zakon in razloge, zakaj je tako odločil, in kako je uporabil obseg in namen prostega preudarka. Zaradi zakonske opredelitve namena in obsega pooblastila Zavodu za odločanje po prostem preudarku o izjemnih odobritvah so na zakonski ravni določeni pogoji in merila za izjemne odobritve;
* višina in način plačila izjemne odobritve: na zakonski ravni sta določena elementa plačila, in sicer merila za določitev višine kritja izjemnih odobritev (celotno ali delno kritje stroškov do določene višine) in način kritja izjemnih odobritev bodisi z neposrednim plačilom odobrenih stroškov izvajalcu ali s povračilom stroškov zavarovani osebi;
* postopek odločanja o izjemnih odobritvah: na zakonski ravni je določen postopek uveljavljanja izjemnih odobritev, pri čemer so posamezna vprašanja upravnega postopka drugače urejena (na primer dvostopenjski postopek odločanja tako, da na prvi stopnji odloča po vsebini pristojna organizacijska enota Direkcije Zavoda in na drugi stopnji posebna komisija Zavoda).

**K 144. členu** **(pravica do spremstva)**

Zavarovana oseba ima pravico do spremstva na poti k izvajalcu in nazaj, če zaradi svojega zdravstvenega stanja ali starosti ni sposobna sama potovati, pri čemer je v drugem odstavku konkretizirano, katere zavarovane osebe imajo pravico do spremstva, in sicer so to: oseba do 18. leta starosti, če je zmerno, težje ali težko duševno ali telesno prizadeta (1. točka), oseba, ki prejema nadomestilo v skladu z zakonom, ki ureja družbeno varstvo duševno in telesno prizadetih oseb (2. točka), odrasla oseba postavljena pod skrbništvo (3. točka), otrok do 15. let starosti (4. točka) in tudi druge osebe, katerih zdravstveno stanje narekuje potrebo po spremstvu (5. točka).

Po [Zakonu o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb](http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/zdvdtp.pdf) (Uradni list RS, št. 41/83) zmerno, težje in težko duševno prizadete osebe in telesno prizadete osebe, ki so nezmožne za samostojno življenje in delo, pridobijo status invalida in materialne pravice po tem zakonu z dopolnjenim 18. letom starosti oziroma z dnem ugotovitve invalidnosti, če je bila ta ugotovljena kasneje v času rednega šolanja, vendar najdlje do dopolnjenega 26. leta starosti. Poleg navedenih oseb so do spremstva ravno tako upravičene tudi osebe, ki so sicer zmerno, težje in težko duševno in telesno prizadete, vendar še niso dopolnile 18 let in ne morejo (še) pridobiti pravic iz naslova invalidnosti po prej navedenem zakonu. S tem sta obe skupini oseb, upoštevaje njihovo stopnjo duševne in telesne prizadetosti, torej upoštevaje njihovo zdravstveno stanje, ki jim onemogoča samostojno potovanje k izvajalcu, glede pravice do spremstva izenačeni. Te osebe morajo navedeno dejstvo pri uveljavljanju pravice do spremstva izkazati z ustreznim aktom pristojnega organa. Enako velja tudi za odrasle osebe, ki so postavljene pod skrbništvo, torej morajo te osebe oziroma njihov skrbnik dejstvo, da so postavljene pod skrbništvo izkazati z ustreznim aktom. Navedene skupine zavarovanih oseb zaradi svojega zdravstvenega stanja namreč niso sposobne same organizirati in upravljati svojega življenja in tudi niso sposobne razumeti navodil, ki jih v zvezi z zdravljenjem daje zdravnik, in sicer ne glede na njihovo starost, kar utemeljuje potrebo, da jih na poti k izvajalcu in pri obravnavi pri le-tem spremlja druga oseba.

Pravico do spremstva na potovanju do izvajalca ima tudi otrok do 15 leta starosti. Navedena starostna omejitev je primerna, saj otrok po tej starosti lahko sam sklepa pravne posle, sklene delovno razmerje, če pa je zaposlen, lahko razpolaga s svojim osebnim dohodkom, kar pomeni, da psihofizično stanje otroka po tej starosti omogoča izvajanje vsakodnevnih opravil, vključno s potovanjem do izvajalca in razumevanjem navodil, ki mu jih le-ta da. Do spremstva bo lahko upravičen le, če zaradi v svojega zdravstvenega stanja v času potovanja k izvajalcu, potrebuje spremstvo, kot to velja za zavarovane osebe iz 5. točke drugega odstavka.

Zavarovana oseba ima pravico do spremstva enega in ne več spremljevalcev.

V tretjem odstavku je določeno, da je lahko spremljevalec zavarovane osebe tudi oseba, ki nima lastnosti zavarovane osebe, kar izhaja iz dejstva, da je pravica do spremstva dejansko pravica zavarovane osebe, ki potrebuje spremstvo in ne pravica spremljevalca. Spremljevalec sicer ima zaradi spremljanja zavarovane osebe pravico do denarnega nadomestila, vendar v tem primeru mora biti vključen v OZZ in zavarovan za to pravico. Na novo je določeno, da za pridobitev pravice do denarnega nadomestila za spremljevalca ni več pogoj spremljanje zavarovane osebe izven kraja prebivališča..

Prav tako je lahko spremljevalec kdorkoli (sorodnik, prijatelj, znanec…).

**K 145. členu (postopek uveljavljanja pravice do spremstva)**

Ali zavarovana oseba izpolnjuje pogoje iz prejšnjega člena ugotavlja pristojni zdravnik. Na pravico do spremstva sta vezani pravica do denarnega nadomestila in pravica do povračila prevoznih stroškov. Če spremljevalec v skladu s tem zakonom uveljavlja pravico do denarnega nadomestila zaradi začasne zadržanosti od dela zaradi spremljanja zavarovane osebe, mora osebni zdravnik zavarovane osebe, ki je ugotovil potrebo po spremstvu o tem obvesti osebnega zdravnika spremljevalca, ki mu bo izstavil listino, s katero bo lahko uveljavljal začasno zadržanost od dela in izplačilo denarnega nadomestila.

Pravico do povračila prevoznih stroškov lahko zavarovana oseba uveljavlja le na podlagi listine Zavoda, ki jo izstavi pristojni zdravnik. Gre za izvirno pravico zavarovane osebe, ki ima pravico do spremstva in ne za pravico spremljevalca. Posledično pravico do povračila prevoznih stroškov uveljavlja zavarovana oseba, ki je potovala k izvajalcu, njen spremljevalec pa lahko zahteva povračilo teh stroškov le v primeru smrti zavarovane osebe oziroma njenega dediča (3. točka prvega odstavka 214. člena). Izjema je pri zdravljenju v tujini.

Če zavarovana oseba zaradi svojega zdravstvenega stanja potrebuje zdravstvene storitve in posledično potrebuje spremstvo pristojnega zdravnika ali pristojnega zdravstvenega delavca, torej ji ne zadošča »laično spremstvo«, se prevozni stroški, ki nastanejo zaradi potovanja spremljevalca ne krijejo v breme OZZ. V tem primeru prevozne stroške spremljevalca krije izvajalec, pri katerem spremljevalec dela, in sicer v skladu z ureditvijo pri izvajalcu.

1. **(pravica do sobivanja)**

Sobivanje je v veljavnem zakonu urejeno v okviru pravice do zdravstvenih storitev (23. člen ZZVZZ) in pravice do nadomestila med začasno zadržanostjo od dela (30. člen ZZVZZ) ter natančneje v Pravilih OZZ (40. člen Pravil OZZ). Veljavni zakon in Pravila OZZ določajo pravico do sobivanje v primeru:

* otroka do starosti vključno pet let, ki je hospitaliziran v zdravstvenem zavodu, ko lahko ob njem biva en od staršev. V tem primeru Zavod krije stroške nastanitve in prehrane v višini celotne cene, določene s pogodbo med zavodom in izvajalcem. (sedemnajsta alineja 1. točke prvega odstavka 23. člena ZZVZZ in prvi odstavek 40. člena Pravil OZZ);
* hospitalizirane matere, ki doji otroka, ko lahko ob njej biva tudi otrok (prvi odstavek 40. člena Pravil OZZ);
* otroka s težjo okvaro oziroma poškodbo možganov ali hrbtenjače, pri katerih je potrebno usposabljanje staršev za poznejšo rehabilitacijo na domu, ko ima eden od staršev pravico do bivanja v bolnišnici. Dolžina usposabljanja je odvisna od programa, vendar traja lahko v posameznem primeru največ 30 dni. V tem primeru Zavod krije stroške v višini 70% cene obračunske enote za nemedicinski del oskrbe, določene s pogodbo med zavodom in bolnišnico (drugi in četrti odstavek 40. člena Pravil OZZ);
* otroka s kroničnimi boleznimi ali okvarami, ko ima eden od staršev v času usposabljanja za poznejšo rehabilitacijo otroka na domu pravico do bivanja v bolnišnici, vendar največ 14 dni v posameznem primeru. V tem primeru Zavod krije stroške v višini 70% cene obračunske enote za nemedicinski del oskrbe, določene s pogodbo med zavodom in bolnišnico (tretji in četrti odstavek 40. člena Pravil OZZ).

Za razliko od veljavnega zakona predlog zakona ureja pravico do sobivanja kot posebno pravico iz OZZ. Predlagana ureditev pravice do sobivanja iz 145. in 146. člena predloga zakona se nanaša na primer, ko zavarovana oseba uveljavlja zdravstveno storitev v RS. Sobivanje ob zavarovani osebi, ki uveljavlja zdravstveno storitev v tujini, je ureja v poglavju predloga zakona, ki ureja pravico do zdravstvenih storitev v tujini.

Predlagana ureditev pravice do sobivanja po tem členu pomeni širitev pravice glede na veljavno ureditev.

Prvi odstavek tega člena opredeljuje pravico do sobivanja. Namen pravice do sobivanja je varstvo otrok kot posebej šibke kategorije zavarovanih oseb. V ta namen se za otroka glede na njegovo starost ali zdravstveno stanje določa posebna pravica, da v času njegove stacionarne zdravstvene obravnave (bolnišnične obravnave ali stacionarne zdraviliške rehabilitacije) ob njem v bolnišnici ali zdravilišču sobiva odrasla oseba z namenom, da otroku nudi čustveno podporo ali da se usposablja za njegovo poznejšo medicinsko rehabilitacijo na domu. Predlog zakona zato pravico do sobivanja opredeljuje kot pravico zavarovane osebe – otroka in ne kot pravico osebe, ki sobiva ob otroku. Osebo, ki sobiva ob zavarovani osebi, zakon poimenuje "upravičenec do sobivanja".

Predlagana ureditev sledi ureditvi ZPacP. Ta v okviru varstva ogroženih skupin določa, da so otrokom in drugim ogroženim skupinam pri zdravstveni oskrbi poleg pravic, ki jih določa sam ZPacP, zagotovljene še posebne pravice, ki so opredeljene kot aktivna skrb države in jih določajo drugi predpisi (prvi odstavek 8. člena). Ob dejstvu, da se s predlogom zakona pravica do sobivanja določa v okviru sistema OZZ, torej kot pravica iz OZZ, je za njeno uveljavljanje pogoj, da se stacionarna zdravstvena obravnava (bolnišnična obravnava ali stacionarna zdraviliška rehabilitacija) prav tako izvaja kot pravica iz OZZ (stacionarna zdraviliška rehabilitacija torej na podlagi odločbe Zavoda o njeni odobritvi). Naveden pogoj izhaja iz same ureditve predloga zakona, ki ureja zgolj zdravstvene storitev, ki so pravica iz OZZ. Predlagana ureditev pomeni tudi izpeljavo petega odstavka 8. člena ZPacP. Ta določa, da se v primeru stacionarne zdravstvene obravnave otrok pravica do stalnega spremstva zagotavlja tudi v obliki nastanitve enega od staršev ali druge osebe, ki skrbi za otroka, v skladu s predpisi s področja zdravstvenega zavarovanja.

Drugi odstavek tega člena določa zavarovane osebe, ki imajo pravico do sobivanja v času bolnišnične obravnave. Skladno s prvim odstavkom tega člena je pogoj za uveljavljanje te pravice do sobivanja, da se tudi bolnišnična obravnava izvaja kot pravica iz OZZ.

Predlagana ureditev pomeni širitev pravice glede na veljavno ureditev.

Enako kot v veljavnem zakonu ima to pravico otrok do šestega leta starosti. Poleg tega se na zakonsko raven prenaša ureditev iz Pravil OZZ, da ima zaradi varstva otrokovih koristi to pravico tudi zavarovana oseba – mati, ki doji, in otrok z določenim zdravstvenim stanjem (težje okvare ali poškodbe možganov ali hrbtenjače ter kronične bolezni ali okvare) zaradi katerega je potrebno usposabljanje upravičenca do sobivanja za poznejšo medicinsko rehabilitacijo otroka na domu. Zaradi enakih zdravstvenih stanj in istega namena (poznejše medicinske rehabilitacije na domu) ima pravico tudi odrasla oseba, postavljena pod skrbništvo. Pravica se širi na otroke in odrasle osebe pod skrbništvom, ki imajo težko možgansko okvaro, rakavo obolenje ali posebno hudo poslabšanje zdravstvenega stanja. Veljavna zakonska ureditev namreč v primeru hospitaliziranega otroka do dopolnjenega 18. leta starosti oziroma dokler traja roditeljska pravica s temi zdravstvenimi stanji določa le pravico do nadomestila plače zaradi nege otroka, ne pa tudi sobivanja v času hospitalizacije tega otroka (peti in šesti odstavek v zvezi s četrtim odstavkom 30. člena ZZVZZ).

Tretji odstavek tega člena določa trajanje pravice do sobivanja v primeru, ko se ta uveljavlja zaradi usposabljanja upravičenca do sobivanja za poznejšo medicinsko rehabilitacijo na domu bodisi otroka bodisi odrasle osebe, ki je postavljena pod skrbništvo. Predlagana ureditev trajanja pravice v tem primeru ne predstavlja novosti v sistemu OZZ, saj se na zakonsko raven prenaša ureditev iz Pravil OZZ. Dolžina trajanja je odvisna od časa, ki je potreben za usposabljanje upravičenca do sobivanja, ki je odvisen od teže zdravstvenega stanja zavarovane osebe. Usposabljanje v primeru težjih okvar, poškodbe možganov ali hrbtenjače lahko traja v posameznem primeru največ 30 dni, v primeru kronične bolezni ali okvare pa 14 dni v posameznem primeru. Pri tem se zaradi jasnosti ureditve na novo določa, da ima v tem primeru zavarovana oseba pravico do sobivanja vsakič, ko je usposabljanje upravičenca do sobivanja potrebno zaradi druge vrste medicinske rehabilitacije zavarovane osebe, torej tudi v primeru enakega zdravstvenega stanja, zaradi katerega je že bilo izvedeno usposabljanje za medicinsko rehabilitacijo na domu po drugi metodi oziroma vrsti.

Četrti odstavek tega člena določa zavarovane osebe, ki imajo pravico do sobivanja v času stacionarne zdraviliške rehabilitacije. Skladno s prvim odstavkom tega člena je pogoj za uveljavljanje te pravice do sobivanja, da se tudi stacionarna zdraviliška rehabilitacija izvaja kot pravica iz OZZ.

Pravica do sobivanja v času stacionarne zdraviliške rehabilitacije predstavlja širitev pravice, saj jo veljavni zakon ne ureja. To pravico bodo imele vse zavarovane osebe, ki imajo tudi pravico do sobivanja v času bolnišnične obravnave. Glede na namen pravice do sobivanja zaradi poznejše medicinske rehabilitacije zavarovane osebe na domu, so izjema le otroci in odrasle osebe, postavljene pod skrbništvo, saj se tovrstno usposabljanje upravičenca do sobivanja ne izvaja v okviru stacionarne zdraviliške rehabilitacije, temveč le v okviru bolnišnične obravnave. Razen te izjeme se vse določbe predloga zakona, ki veljajo za pravico do sobivanja v času bolnišnične obravnave, uporabljajo tudi za pravico do sobivanja v času stacionarne zdraviliške rehabilitacije.

Peti odstavek tega člena določa razlog, zaradi katerega zavarovana oseba nima pravice do sobivanja. Glede na to, da je pravica do sobivanja določena zaradi koristi zavarovane osebe oziroma otroka, ki se doji (če ima pravico do sobivanja mati, ki doji), je edini razlog, ko zavarovana oseba nima te pravice, če sobivanje ne bi bilo v korist zavarovane osebe ali otroka, ki se doji. Ta razlog bo ugotovil pristojni zdravnik pri izvajalcu, pri katerem se izvaja sobivanje. Tega razloga ne bo mogoče ugotoviti le v primeru, ko se pravica do sobivanja uveljavlja zaradi poznejše medicinske rehabilitacije zavarovane osebe na domu, saj se tovrstno usposabljanje upravičenca do sobivanja izvaja prav z namenom, ki je v korist zavarovane osebe. ZPacP 8. člen (varstvo ogroženih skupin).

Šesti in sedmi odstavek tega člena določata osebe, ki lahko sobivajo ob zavarovani osebi. Osebo, ki sobiva ob zavarovani osebi, zakon poimenuje "upravičenec do sobivanja". Glede na to, da je pravica do sobivanja pravica zavarovane osebe, je lahko upravičenec do sobivanja tudi oseba, ki ni zavarovana oseba, če je en od staršev zavarovane osebe, njegov partner, bodoči posvojitelj, rejnik ali skrbnik, torej oseba, ki skrbi za zavarovano osebo ob kateri sobiva. Upravičenec do sobivanja v primeru, ko se pravica do sobivanja uveljavlja zaradi poznejše medicinske rehabilitacije zavarovane osebe na domu je od teh oseb lahko le tista, ki bo pozneje tudi izvajala to medicinsko rehabilitacijo. Če pravico do sobivanja uveljavlja mati, ki doji, je upravičenec do sobivanja otrok, ki se doji. Če pravico do sobivanja uveljavlja otok, ki se doji (ki sodi med otroke do šestega leta starosti iz 1. točke drugega odstavka tega člena), je upravičenka do sobivanja mati, ki doji.

Predlagana ureditev sledi ureditvi ZPacP, ki določa, da se v primeru stacionarne zdravstvene oskrbe otrok pravica do stalnega spremstva zagotavlja tudi v obliki nastanitve enega od staršev ali druge osebe, ki skrbi za otroka, v skladu s predpisi s področja zdravstvenega zavarovanja.

Osmi in enajsti odstavek tega člena opredeljujeta pravico do sobivanja z vidika, da mora izvajalec bolnišnične obravnave ali stacionarne zdraviliške rehabilitacije (to je t. i. izvajalec sobivanja) v času sobivanja zagotoviti tudi upravičencu do sobivanja prehrano in nastanitev, katerih standard bo določi Zavod. Po novem bo iz sredstev OZZ krita celotna vrednost teh storitev, in ne več le stroški v višini 70% cene obračunske enote za nemedicinski del oskrbe, določene s pogodbo med Zavodom in bolnišnico, kot to velja v sedanji ureditvi, če se sobivanje uveljavlja zaradi poznejše medicinske rehabilitacije zavarovane osebe na domu.

Deveti odstavek tega člena določa merila za izbiro upravičenca do sobivanja, ki ima prednost pri nastanitvi, če izvajalec sobivanja (bolnišnica ali zdravilišče) ne more zagotoviti nastanitve vsem upravičencem do sobivanja. Edini razlog, da izvajalec lahko odreče nastanitev upravičenca do sobivanja, če je sobivanje v korist zavarovane osebe (gl. obrazložitev petega odstavka tega člena), so omejene prostorske zmogljivosti tega izvajalca, torej objektivno dane okoliščine na strani izvajalca. Predlagana ureditev glede določitve teh meril pri tem sledi ureditvi iz ZPacP (sedmi odstavek 8. člena). Tudi v primeru, če izvajalce sobivanja ne more zagotoviti nastanitve upravičencu do sobivanja, mu mora zagotoviti prehrano, in sicer v standardu, ki ga bo določil Zavod na podlagi enajstega odstavka tega člena.

Predlog zakona za primer, ko iz navedenega objektivnega razloga ni mogoče zagotoviti nastanitve upravičenca do sobivanja, določa pravico do nastanitve v skladu s 179. in 180. členom zakona.

Deseti odstavek tega člena določa minimalno trajanje sobivanja, če izvajalec sobivanja zaradi omejenih prostorskih zmogljivosti ne more zagotoviti nastanitve upravičencu do sobivanja. V tem primeru mu mora zagotoviti najmanj nepretrgano 12 urno sobivanje. Krajše obdobje dnevnega sobivanja bi dejansko izničilo pravico do sobivanja. Glede na namen pravice do sobivanja je tudi določeno, da mora izvajalec sobivanja, če se ta uveljavlja zaradi poznejše medicinske rehabilitacije zavarovane osebe na domu, upravičencu do sobivanja zagotoviti sobivanje tudi ves čas, ko se usposablja za to rehabilitacijo, torej tudi prek 12 ur, če se usposabljanje izvaja v drugem času. V vseh teh primerih sobivanja, ki ne trajajo nepretrgoma 24 ur dnevno, mora izvajalec sobivanja zagotoviti upravičencu do sobivanja prehrano v standardu, ki ga bo določil Zavod na podlagi enajstega odstavka tega člena.

1. **(postopek uveljavljanja pravice do sobivanja)**

Zavarovana oseba uveljavi pravico do sobivanja pri izvajalcu sobivanja, to je v bolnišnici, v kateri se izvaja njena bolnišnična obravnava, ali zdravilišču, v katerem se izvaja njena stacionarna zdraviliška rehabilitacija na podlagi odločbe Zavoda o njeni odobritvi. Ali so za uveljavljanje pravice do sobivanja izpolnjeni pogoji iz 144. člena predloga zakona bo ugotavljal pristojni zdravnik pri izvajalcu sobivanja. V okviru te presoje bo treba ugotoviti, ali gre za zavarovano osebo, ki ima pravico do sobivanja, in ali je oseba, ki naj bi sobivala ob zavarovani osebi lahko upravičenec do sobivanja. Prav tako bo treba presoditi, ali so morebiti podani razlogi, zaradi katerih sobivanje ne bi bilo v korist zavarovane osebe ali korist otroka, ki se doji. Če prostorske zmogljivosti pri izvajalcu sobivanja ne bodo omogočale nastanitve vseh upravičencev do sobivanja, bo pristojni zdravnik na podlagi zakonsko določenih meril tudi presodil, kateri od upravičencev do sobivanja ima prednost pri nastanitvi. Zaradi uveljavljanja pravice do sobivanja bo Zavod določil tudi posebno listino. Druge pravice, ki so vezane na pravico do sobivanja, bosta zavarovana oseba in upravičenec do sobivanja uveljavila pri Zavodu v skladu s tem zakonom in podzakonskimi akti (denarno nadomestilo, povračilo prevoznih stroškov, povračilo stroškov nastanitve).

**K 148. členu (pravica do denarnega nadomestila)**

Pravico do denarnega nadomestila imajo osebe v delovnem razmerju, samozaposlene osebe, družbeniki in ustanovitelji, ki so poslovodne osebe, osebe, ki opravljajo kmetijsko dejavnost ter osebe, ki opravljajo rejniško ali versko dejavnost, če so začasno zadržani od dela zaradi bolezni in poškodbe izven dela, darovanja in posledic darovanja delov človeškega telesa v korist tretje osebe, posledic darovanja krvi, izolacije in karantene, nege, spremstva ali sobivanja. Navedene osebe imajo pravico do denarnega nadomestila tudi v primeru začasne nezmožnosti od dela zaradi poškodbe pri delu ali poklicne bolezni, kar je določeno v poglavju III. Postopek uveljavljanja pravic zaradi poklicnega tveganja, saj sta zavarovanje za poškodbo pri delu in poklicno bolezen in pravice iz tega naslova v tem poglavju posebej urejene. Pogoj za pridobitev pravice do denarnega nadomestila je bodisi zdravstveno stanje zavarovanca (bolezen, poškodba, …), lahko pa gre tudi za primere, ko je zavarovanec za delo sicer zmožen, vendar je zadržan od dela zaradi zdravstvenega stanja druge osebe (npr. zadržanost od dela zaradi nege, spremstva, sobivanja, ….) ali zaradi pritegnitve k zdravstvenemu primeru druge osebe (npr. zaradi darovanja delov človeškega telesa).

Če je zavarovanec iz drugega odstavka 21. člena tega zakona (oseba, za katero se v skladu s pravnim redom EU uporablja zakonodaja RS, ki ureja obvezna socialna zavarovanja), zavarovan po kateri izmed določb tega zakona, ki so navedene v uvodnem stavku prvega odstavka tega člena, ima tudi pravico do denarnega nadomestila.

Zavarovanec ima pravico do denarnega nadomestila za delovne dni in delovne ure, ko je začasno zadržan od dela oziroma od opravljanja dejavnosti, iz katere je obvezno zavarovan za to pravico, kot tudi za praznike in druge dela proste dni, določene z zakonom. Če je dan praznika ali drug, z zakonom določen dela prost dan, med zadržanostjo od dela, ima zavarovanec tudi za ta dan pravico do denarnega nadomestila v breme OZZ.

V primeru oseb v delovnem razmerju, denarno nadomestilo nadomešča plačo, ki bi jo oseba prejela, če bi delala in je do njega upravičena po enakih kriterij, kot do plače, torej za toliko dni v tednu, kot znaša njena delovna obveznost. Za samozaposlene osebe, družbenike in ustanovitelje, ki so poslovodne osebe, osebe, ki opravljajo kmetijsko dejavnost ter osebe, ki opravljajo rejniško ali versko dejavnost, se v primeru začasne zadržanosti od dela šteje, da imajo tedensko delovno obveznost razporejeno v okviru petih delovnih dni (od ponedeljka do petka), tako, da se jim v skladu s tem obračunava in izplača denarno nadomestilo.

**K 149. členu (pravica do denarnega nadomestila zaradi nege)**

Zavarovanec ima pravico do denarnega nadomestila v primeru, če neguje obolelega ali poškodovanega družinskega člana (otroka, odraslo osebo, ki je postavljena pod skrbništvo ali partnerja), ter si na ta način zagotovi nadomestilo izpadlega dohodka, ki mu omogoča, da začasno opusti opravljanje dela in pridobivanje dohodka in neguje svojega družinskega člana.

Upravičenec do denarnega nadomestila zaradi nege otroka in odrasle osebe, ki je postavljena pod skrbništvo je en od staršev, njegov partner, bodoči posvojitelj, rejnik, ki ni poklicni rejnik, ali skrbnik zavarovane osebe, če zavarovanec, ki uveljavlja pravico, dejansko neguje in varuje zavarovano osebo ter nege ne more izvajati drug od staršev ali partner zavarovanca. Zavarovanec ima pravico do denarnega nadomestila, če nege ne more zagotoviti eden od zgoraj navedenih upravičencev, ki je nezaposlen, upokojen ali lahko zagotavlja nego brez zadržanosti od dela, kar pomeni, da če je eden od staršev, partnerjev ipd. brez službe ali je upokojen, torej ni zadržan od dela s pravico do nadomestila plač v breme delodajalca ali Zavoda (je doma), nego zagotavlja ta partner, razen, če iz upravičenega razloga ne more zagotavljati nege (npr. zaradi bolezni, alkoholizma, psihičnega obolenja, udeležbe na kakšnem izobraževanju za bodočo službo, opravljanja poskusnega dela, študentskega dela…). Podatke o teh okoliščinah mora osebnemu zdravniku posredovati zavarovanec, ki uveljavlja pravico do nege, osebni zdravnik, ki ugotavlja potrebo po negi pa mora ugotoviti vse okoliščine konkretnega primera, pri čemer je potrebno izhajati iz dejstva, da mora imeti otrok v času bolezni oziroma poškodbe dejansko zagotovljeno ustrezno nego. V primeru začasne zadržanosti zaradi nege, ki je v pristojnosti imenovanega zdravnika utemeljenost razlogov, zaradi katerih nege ne more zagotoviti oseba iz drugega odstavka tega člena (drug starš, njegov partner, .´), ugotavlja imenovani zdravnik. Poklicni rejnik ima pravico do denarnega nadomestila zaradi nege lastnega otroka, ne pa tudi zaradi nege otroka, ki je nameščena vrejniško družino, saj je namen izvajanja rejništva med drugim tudi nudenje nege in vzgoje otroku. Rejnik v tem primeru opravlja rejniško funkcijo kot poklic in je tudi obvezno zavarovan iz naslova opravljanja te funkcije.

V tretjem odstavku je določeno trajanje denarnega nadomestila zaradi nege za posamezne družinske člane, zaradi katerih je nega odobrena.

V četrtem odstavku je določeno, v katerih primerih se lahko denarno nadomestil zaradi nege podaljša, da skupno traja:

* najdlje 20 dni, če gre za nego otroka od šestega leta starosti ali partnerja in
* najdlje 40 dni za nego otroka do šestega leta starosti, zmerno, težje ali težko duševno ali telesno prizadetega otroka in odrasle osebe, ki je postavljena pod skrbništvo;
* najdlje šest mesecev in nad tem obdobjem, vendar le, če gre za otroka ali odraslo zavarovano osebo, ki je postavljena pod skrbništvo in če je pri teh zavarovanih osebah prisotno katero izmed določenih zdravstvenih stanj.

»Skupno trajanje« pomeni, da že odobrena nega v trajanju 20 ali 10 dni ter podaljšana nega, skupno ne smeta presegati določenih šest mesecev.

Ni več predvidena obveznost podaje predloga pediatrične klinike v primeru podaljšanja pravice do nege do 6 mesecev in nad tem obdobjem, saj se je v praksi pokazalo, da so bili pogosti primeri, ko se oseba, ki potrebuje nego, niti ni zdravila na pediatrični kliniki, kar je oteževalo podajo njihovega mnenja in podaljševalo sam postopek odločanja o pravici, poleg tega pa zdravstvena dokumentacija zadostuje, da lahko imenovani zdravnik ugotovi dejansko stanje in na tej podlagi odloči o pravici do nege.

**K 150. členu (pravica do denarnega nadomestila zaradi sobivanja)**

Pravica do denarnega nadomestila zaradi sobivanja je vezana na obdobje, za katero ima zavarovana oseba pravico, da ob njej sobiva upravičenec do sobivanja v času njene bolnišnične obravnave ali zdraviliške rehabilitacije, kar je določeno v 137. členu tega zakona.

**K 151. členu (dan začetka pravice do denarnega nadomestila)**

Zavarovanec ima pravico do denarnega nadomestila od prvega delovnega dne začasne zadržanosti od dela zaradi darovanja in posledic darovanja delov človeškega telesa v korist tretje osebe, posledic darovanja krvi, izolacije, nege, spremstva in sobivanja.

V primeru bolezni ali poškodbe izven dela ima zavarovanec pravico do denarnega nadomestila v breme OZZ od 31. delovnega dne začasne nezmožnosti za delo dalje, razen:

* če je isti delodajalec v svoje breme za posamezno nezmožnost za delo zaradi bolezni ali poškodbe izven dela do 30 delovnih dni zavarovancu že izplačal denarno nadomestilo za skupno 120 delovnih dni v koledarskem letu. V tem primeru gre denarno nadomestilo od 121. delovnega dne dalje v breme OZZ (če je razlog odsotnosti bolezen ali poškodba izven dela) in
* če gre za dve ali več zaporednih nezmožnosti za delo do 30 delovnih dni zaradi iste bolezni ali poškodbe izven dela in traja prekinitev med eno in drugo nezmožnostjo za delo manj kot deset delovnih dni (t. i. recidiv). V tem primeru ima zavarovanec pravico do denarnega nadomestila v breme OZZ od prvega delovnega dne po prekinitvi začasne nezmožnosti za delo zaradi bolezni ali poškodbe izven dela.

Navedeni izjemi (120 dni in recidiv) sta sicer prevzeti iz zakona, ki ureja delovna razmerja (137. člen ZD-1), vendar je s tem zakonom določeno, da veljata tako za delavce v delovnem razmerju, kot tudi za zavarovance, ki niso v odvisnem delovnem razmerju (samozaposlene osebe, družbeniki in ustanovitelji, ki so poslovodne osebe, osebe, ki opravljajo kmetijsko dejavnost ter osebe, ki opravljajo rejniško ali versko dejavnost), saj so na podlagi plačanih prispevkov za primer zavarovanja v enakem položaju, ne glede na to, na kakšni podlagi so zavarovani, njihov enak položaj pa zahteva, da so pri pridobitvi pravic iz OZZ tudi enako obravnavani.

**K 152. členu (denarno nadomestilo v primeru invalidnosti)**

Odločitev o začasni nezmožnosti za delo je odvisna od zdravstvenega stanja zavarovanca in od delovnega mesta, na katerem zavarovanec dela oziroma bi od izvršljivosti odločbe ZPIZ dalje moral delati. Če so bile pri zavarovancu na podlagi izvršljive odločbe ZPIZ (in tudi sodbe sodišča) ugotovljene omejitve pri delu, med drugim tudi omejitve glede števila ur, za katere je zavarovanec zmožen za delo, ima lahko pravico do denarnega nadomestila le v okviru njegove delovne obveznosti. Bolezen je namreč le akutno ali kronično stanje, ki lahko pri aktivnem človeku povzroči obdobja nesposobnosti za delo, pri tem pa pridobitna zmožnost ni prizadeta. Če je človek invalid, gre za zmanjšanje ali izgubo sposobnosti za delo v lastnem ali kateremkoli poklicu, ugotavljanje trajne nezmožnosti za delo in uveljavljanje pravic iz tega naslova pa je predmet pokojninskega in invalidskega zavarovanja in ne obveznega (zdravstvenega) zavarovanja. Zavarovanec, pri katerem je bila ugotovljena invalidnost, svojega dela (v polnem ali v krajšem delovnem času) ni več zmožen opravljati. Zato po izvršljivosti odločbe o ugotovljeni "trajni" nezmožnosti za delo, s katero je zavarovanec pridobil pravico do dela v krajšem delovnem času na svojem ali na drugem delovnem mestu, oziroma pravico do dela s polnim delovnim časom na drugem delovnem mestu, Zavod nima več pristojnost ugotavljati začasno nezmožnost za delo po predpisih o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju za delovne ure, za katere je bila zavarovancu z odločbo ZPIZ že priznana invalidnost. Če je zavarovanec po pridobitvi pravice do dela s krajšim delovnim časom še naprej v t. i. bolniškem staležu, mu pripada nadomestilo plače v breme Zavoda le za krajši delovni čas, kolikor znaša njegova delovna obveznost.

Če so bile pri zavarovancu z odločbo ZPIZ določene omejitve pri delu, mu je delodajalec dolžan zagotoviti ustrezno delo v skladu s to odločbo, če tega ne bo storil, mu je dolžan za čas odsotnosti zagotoviti nadomestilo plače v svoje breme, saj zavarovanec ne dela iz razloga na strani delodajalca (to izhaja tudi iz prvega odstavek 137. člena ZDR-1).

Zavod v postopku ugotavljanja začasne nezmožnosti za delo potrebuje podatek o tem, ali ima zavarovanec priznane določene pravice iz invalidskega zavarovanja. Navedenega podatka Zavod ne pridobi vedno od osebnega zdravnika, saj le-ti v postopku ne posredujejo celotne zdravstvene dokumentacije s katero razpolagajo (t.j. zdravstveni karton), temveč le posamezne izvide oz. dokumentacijo, za katero menijo, da vpliva na odločitev. Tako Zavod v določenih primerih ni obveščen o obstoju odločbe ZPIZ, s katero so zavarovancu priznane pravice iz invalidskega zavarovanja (včasih je o tem dejstvu obveščen šele v teku sodnega postopka), kar lahko pomeni neupravičeno podaljševanje zadržanosti od dela. Zato je pravilno, da navedeno informacijo Zavod pridobiva od primarnega vira informacije (t.j. ZPIZ), in ne posredno, kar je določeno v četrtem odstavku tega člena. Prav tako je potrebno upoštevati, da je pogosto zaradi narave stvari v teku postopka ugotavljanja zadržanosti od dela pred Zavod sočasno v teku tudi postopek ugotavljanja invalidnosti pred ZPIZ, in je zato ažurno pridobivanje informacij, ki vplivajo na odločitev v postopku pred Zavod bistvenega pomena. Če Zavod pridobiva informacije od osebnega zdravnika, pa Zavod pride do informacije kasneje kot, če bi ga o tem neposredno obvestil ZPIZ. Tako se pogosto ne sledi roku, v katerem je potrebno izdati odločbo, t.j. 8 dni (potrebno je preveriti ali je že izdana odločba ZPIZ in ali je dokončna/pravnomočna in nato počakati na posredovanje) ali pa se zavarovancu neupravičeno podaljša nezmožnost za delo tudi za čas, ko že ima zagotovljene pravice iz invalidskega zavarovanja. Zaradi navedenega mora Zavod čim prej prejeti izvršljive odločbe ZPIZ, ki se nanašajo na invalidnost zavarovanca, saj ta v celoti prejema denarno nadomestilo iz sredstev Zavod, čeprav je pri njemu ugotovljena invalidnost in bi moral del sredstev prejemati v breme ZPIZ.

**K 153. členu (ugotavljanje začasne zadržanosti od dela)**

Ugotovljena začasna zadržanost od dela s strani pristojnega zdravnika je eden od pogojev za uveljavljanje pravice do denarnega nadomestila med začasno zadržanostjo od dela, ki do sedaj ni bil podrobneje urejen s področnim zakonom, razen določitve pristojnosti za odločanje.

Začasna nezmožnost od dela se presoja glede na zavarovančevo zdravstveno stanje in glede na delo, ki ga opravlja glede na pogodbo o zaposlitvi, na podlagi katere je zavarovan, v primeru zavarovanca iz 23., 24., 25. in 26. člena pa glede na dela in naloge, ki jih opravlja v okviru dejavnosti, iz katere je zavarovan za pravico do denarnega nadomestila. Če je bila pri zavarovancu z izvršljivo odločbo ZPIZ ugotovljena invalidnost, se od dneva izvršljivosti te odločbe dalje zavarovančeva začasna nezmožnost za delo presoja glede na omejitve iz navedene odločbe.

V prvem odstavku je določeno, da je ugotavljanje začasne zadržanosti od dela v pristojnosti osebnega zdravnika zavarovanca, imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije (slednje le v primeru vložene pritožbe).

Tretji odstavek določa situacije, v katerih je zavarovanec vedno začasno zadržan od dela. V tem primeru je pristojnost odločanja na osebnem zdravniku zavarovanca, razen, če je o začasni zadržanosti od dela v teh primerih že odločal imenovani zdravnik (4. točka prvega odstavka 164. člena). V primeru iz tretje točke tega odstavka (uveljavljanje zdravstvene storitve pri napotnem zdravniku ali napotnem zdravstvenem delavcu) se upravičenost do začasne zadržanosti od dela izkazuje na podlagi izdane napotnice, razen v primeru, če gre za storitve, za katere le-ta ni potrebna. Pri tem gre vedno za storitve, ki jih zavarovanec uveljavlja v javni zdravstveni mreži in ne samoplačniško. Dodaten pogoj je, da navedenih storitev, razen zdraviliške rehabilitacije, ki se izvaja na stacionarni način, ni mogel opraviti izven svojega delovnega časa. Denarno nadomestilo se v navedenih primerih krije v breme OZZ skladno z določbo 151. člena, ki opredeljuje začetek izplačevanja denarnega nadomestila v breme OZZ. Denarno nadomestilo tako v teh primerih ne bremeni vedno OZZ, temveč le, če so za to izpolnjeni pogoji.

Začasna zadržanost od dela se opredeli z datumom začetka in zaključka.

**K 154. členu (pristojnost za odločanje o začasni zadržanosti od dela)**

Določitev pristojnosti za ugotavljanje zadržanosti od dela na prvi stopnji ohranja delitev pristojnosti za ugotavljanje zadržanosti od dela med imenovanim in osebnim zdravnikom. Pri tem je potrebno opozoriti, da je pristojnost za ugotavljanje pri poškodbi pri delu in poklicni bolezni, določena v posebnem poglavju tega zakona, ki ureja zavarovanje za poškodbe pri delu in poklicne bolezni.

V prvem odstavku je določeno, v katerih primerih je za ugotavljanje začasne zadržanosti od dela pristojen osebni splošni zdravnik, v drugem pa je določena pristojnost osebnega otroškega zdravnika.

Na novo je določena pristojnost osebnega zdravnika za ugotavljanje začasne zadržanosti od dela zaradi sobivanja ob otroku do šestega leta starosti v času bolnišnične obravnave ali zdraviliške rehabilitacije, ki je nov razlog zadržanosti od dela. V teh primerih ne gre za strokovno presojo utemeljenosti potrebe po sobivanju ob otroku, temveč le za ugotavljanje izpolnjevanja pogoja starosti otroka. Prav tako je na novo določeno, da lahko spremstvo za otroka do 18. leta starosti odobri le osebni otroški zdravnik in ne tudi osebni splošni zdravnik, kot je to veljalo do sedaj.

Tretji odstavek določa pristojnost imenovanega zdravnika za ugotavljanje začasne zadržanosti od dela, in sicer je le-ta pristojen za odločanje v primeru:

* bolezni in poškodbe izven dela nad 30 dni ter začasne nezmožnosti za delo zaradi »recidiva« in »120 dni«;
* razlogov, pri katerih se denarno nadomestilo krije v breme OZZ, pri čemer je pri razlogu »nega« pristojnost imenovanega zdravnika določena le za primere podaljšanja nege nad 10 dni (za otroka od šestega leta starosti in partnerja) oziroma nad 20 dni (za otroka do šestega leta starosti, zmerno težje ali težko duševno ali telesno prizadetega otroka in odrasle osebe, ki je postavljena pod skrbništvo);
* sobivanja, razen, ko gre za otroke do šestega leta starosti;
* kršitev v času odobrene začasne zadržanosti od dela;
* v primeru ugotavljanja začasne zadržanosti od dela za nazaj, daljši od treh dni (tretji odstavek 165. člena);
* v primeru, če od izdaje zadnje odločbe imenovanega zdravnika še ni izteklo 30 dni, osebni zdravnik pa ugotavlja, da je pri zavarovancu prišlo do nenadnega in nepričakovanega poslabšanja zdravstvenega stanja ali da ni prišlo do pričakovanega izboljšanja zdravstvenega stanja.

**K 155. členu (ugotavljanje začasne zadržanosti od dela s strani osebnega zdravnika)**

Zadržanost od dela osebni zdravnik ugotavlja tako, da odobritev vpiše v zdravstveni karton zavarovane osebe, o svoji ugotovitvi pa ne izda posebnega akta. Ob zaključku zadržanosti od dela oziroma ob zaključku meseca pa izda listino, ki predstavlja podlago za izplačilo ustreznega denarnega nadomestila. Nasprotno pa imenovani zdravnik oziroma zdravstvena komisija o svojih ugotovitvah izdata odločbo. Posebej je navedeno, da je potrebno, v primeru, ko je zadržanost od dela upravičena, le-to opredeliti datumsko, zaradi določnosti in s tem pravne varnosti zavarovancev in delodajalcev ter tudi zaradi potreb izplačila denarnega nadomestila.

Utemeljenost začasne zadržanosti od dela lahko osebni zdravnik oceni tudi za nazaj, vendar največ tri dni od dneva, ko se je zavarovanec zglasil pri njem, saj morajo zavarovanci ažurno uveljavljati svoje pravice, poleg tega se tako prepreči zloraba pravice, saj se utemeljenost zadržanosti od dela, težje presoja kasneje zaradi hitre spremenljivosti zdravstvenega stanja. V primeru praznikov ali drugih dela prostih dni, ko osebni zdravnik ni bil dosegljiv, se ta rok podaljša še za število teh dni. To pomeni, da lahko osebni zdravnik v navedenem primeru ugotovi začasno zadržanost od dela daljšo od treh dni.

Omogočena je tudi presoja zadržanosti od dela več kot tri dni za nazaj, vendar samo v primeru, če je bil zavarovanec na bolnišničnem zdravljenju, če je zbolel v tujini in v drugih utemeljenih primerih, ko ni mogel do osebnega zdravnika ali mu ni mogel sporočiti razlogov za začasno zadržanost od dela. Za odločanje pa je pristojen imenovani zdravnik. V primeru, da obstoji ena od teh okoliščin, se ugotavlja ali je zadržanost od dela utemeljena.

**K 156. členu (ugotavljanje delazmožnosti pri specialistu medicine dela, prometa in športa)**

Osebni zdravnik mora zavarovanca, ki je v bolniškem staležu dlje kot tri koledarske mesece zaradi bolezni ali poškodbe, pri kateri obstaja možnost dela na drugem delovnem mestu ali dela s skrajšanim delovnim časom, poslati na pregled zaradi ugotavljanja delazmožnosti k specialistu dela, prometa in športa, pooblaščenemu za zavarovančevo delovno organizacijo.

**K 157. členu (navodilo o ravnanju med začasno zadržanostjo od dela)**

Prvi odstavek določa, da osebni zdravnik, imenovani zdravnik in zdravstvena komisija, ko ugotavljajo zavarovančevo začasno zadržanost od dela hkrati tudi dajo navodilo o ravnanju (to je režim ravnanja v času odobrene začasne nezmožnosti za delo), in to ne glede na dejstvo, ali je zavarovanec začasno zadržan od dela polni delovni čas, ali pa v skrajšanem delovnem času. Namen navodila za ravnanje je zagotoviti zavarovancu čim hitrejše okrevanje, povrniti njegovo delovno zmožnost in s tem vrnitev na delo. Navodilo mora biti sorazmerno zavarovančevemu zdravstvenemu stanju ter z njim povezanim potekom oziroma načinom zdravljenja in rehabilitacije. To pomeni, da navodilo ne sme omejevati zavarovanca bolj, kot je to potrebno za dosego namena. Zavarovanec pa se je dolžan ravnati v skladu s prejetimi navodili. Pomembno je tudi, da osebni zdravnik zapiše v zdravstveno dokumentacijo (zdravstveni karton) navodilo glede zavarovančevega ravnanja v času odobrene začasne zadržanosti od dela, predvsem morebitna priporočila in omejitve glede telesne aktivnosti zavarovanca, v primeru, da so zavarovancu odobreni odhodi izven kraja njegovega prijavljenega prebivališča pa je potrebno zapisati tudi navedeno dejstvo. Dolžnost in tudi odgovornost osebnega zdravnika je, da dana navodila prilagodi zavarovančevemu trenutnemu zdravstvenemu stanju in potrebam njegovega zdravljenja.

Drugi odstavek v štirih točkah našteva primere dovoljenih odsotnosti z doma v obdobju odobrene začasne zadržanosti od dela za zavarovanca, ki se zdravi doma oziroma za zavarovanca, ki je začasno zadržan od dela zaradi izvajanja nege, ki mora biti v tem času doma, odsotnost z doma pa je možna zaradi odhoda na zdravstveno storitev ali zaradi nujnih nakupov in opravkov, če teh namesto njega ne more opraviti druga oseba ali v primeru, ko je gibanje potrebno zaradi njegovega zdravstvenega stanja ali odsotnost z doma ne vpliva negativno na potek zdravljenja (zavarovanca ali zavarovane osebe, ki potrebuje nego) ter tudi v primeru, ko zanj skrbijo njegovi svojci ali druge osebe izven kraja njegovega prijavljenega prebivališča.

Tretji odstavek določa, da je za odhod zavarovanca izven kraja njegovega prijavljenega prebivališča v primeru 3. in 4. točke prejšnjega člena vedno potrebna odobritev osebnega zdravnika, kar pomeni, da lahko zavarovanec v teh dveh primerih odide izven kraja njegovega prijavljenega prebivališča le z odobritvijo svojega osebnega zdravnika. Pri dovolitvi odhoda izven kraja njegovega prijavljenega prebivališča pa mora osebni zdravnik kritično presoditi, ali bi lahko morebiten odhod negativno vplival na njegovo zdravstveno stanje ali zdravstveno stanje osebe, zaradi katere uveljavlja začasno zadržanost od dela in ali bi lahko povzročil celo poslabšanje le-tega. Pomembno je tudi, da osebni zdravnik v zdravstveno dokumentacijo zapiše, da je zavarovancu odobril odhod izven kraja njegovega prijavljenega prebivališča.

Četrti odstavek določa, da v primeru, če zavarovanec in njegov delodajalec od osebnega zdravnika zahtevata posredovanje navodila o ravnanju zavarovanca v obdobju odobrene začasne nezmožnosti za delo, jima le-ta v pisni obliki navodilo tudi posreduje.

Peti odstavek določa, da v primeru kršitve navodila imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija pozove zavarovanca na osebno obravnavo, da ugotovi, ali so še podani razlogi za začasno nezmožnost za delo.

**K 158. členu (presoja ugotovitve osebnega zdravnika o začasni zadržanosti od dela)**

Zoper ugotovitev osebnega zdravnika je predvideno pravno varstvo, in sicer presoja ocene osebnega zdravnika, ki se vloži v treh dneh od seznanjenosti z oceno. Za odločanje je pristojen imenovani zdravnik. Novost je, da je mogoče vložiti presojo ocene zoper vse odločitve o zadržanosti od dela (npr. tudi pri negi), za katere je pristojen osebni zdravnik, in ne le zoper ugotovitev glede nezmožnosti za delo.

Določeno je tudi, da vloženo pravno sredstvo ne zadrži izvršitve, kar pomeni, da se mora zavarovanec ravnati v skladu z ugotovitvijo osebnega zdravnika, dokler ne prejme odločbe imenovanega zdravnika. Tako se onemogoča administrativno podaljšanje zadržanosti od dela.

**K 159. členu (odločitev imenovanega zdravnika o začasni zadržanosti od dela)**

Osebni zdravnik, ki meni da je zavarovanec po odobreni nezmožnosti za delo še nadalje nezmožen za delo, mora podati predlog imenovanemu zdravniku najmanj 3 dni pred potekom zadržanosti od dela, lahko pa tudi prej, če je zdravstveno stanje stabilno, tako da ni pričakovati bistvenih sprememb. V primeru recidiva in v primeru drugega odstavka 139. člena tega zakona (t.j., če je bila z odločbo zadržanost od dela že zaključena, pa je prišlo do nenadnega in nepričakovanega poslabšanja zdravstvenega stanja zavarovanca, ali če ni prišlo do pričakovanega izboljšanja zdravstvenega stanja,) pa mora osebni zdravnik predlog podati še isti dan, ko ugotovi potrebo po zadržanosti od dela.

Ker lahko zaradi različnih organov, ki sta pristojna za odločanje o zadržanosti od dela na prvi stopnji (osebni zdravnik in imenovani zdravnik) nastane za zavarovanca negotovost glede ravnanja v času od poteka odobrene nezmožnosti za delo, ki sodi v pristojnost osebnega zdravnika, pa do prejema odločbe imenovanega zdravnika, je določeno, da je zavarovanec v tem času upravičen do zadržanosti od dela, če osebni zdravnik zavarovancu da navodilo, naj ne opravlja delovnih obveznosti do prejema in navodilo zabeleži v zdravstveni dokumentaciji. Imenovani zdravnik v tem primeru torej odobri zadržanost od dela, če je osebni zdravnik dal zavarovancu navodilo, da ne opravlja delovnih obveznosti in je navodilo tudi zapisano v zdravstvenem kartonu, tudi, če sam meni, da zadržanost od dela ni utemeljena.

V četrtem odstavku je določeno, da se zavarovanec ravna po odločbi imenovanega zdravnika od njenega prejema dalje.

V nasprotju z osebnim zdravnikom, imenovani zdravnik, praviloma ugotavlja zadržanost od dela na podlagi predložene dokumentacije, osebni pregled pa opravi le, če meni, da je potreben, oziroma če ga zahteva zavarovanec. Če se zavarovanec ne odzove na osebni pregled, samo iz tega razloga ni dopustno odločiti, da je zmožen za delo, odločitev je potrebno izdati ob upoštevanju razpoložljive dokumentacije.

Zakon, ki ureja splošni upravni postopek, določa obvezne sestavine odločbe, med katerimi je tudi obrazložitev. Glede na to, da gre v postopku odločanja o začasni zadržanosti od dela za občutljive osebne podatke (podatki o zdravstvenem stanju) v skladu z zakonom, ki ureja varstvo osebnih podatkov, ti pa so vsebovani v obrazložitvi odločbe, je določeno, da odločba, ki jo prejme delodajalec ne vsebuje podatkov o zdravstvenem stanju zavarovanca.

**K 160. členu (odločitev zdravstvene komisije o začasni zadržanosti od dela)**

Določena je omejitev pri odločanju zdravstvene komisije, če meni, da je zadržanost od dela utemeljena ter tudi v primeru, če meni, da zadržanost od dela ni utemeljena. Tako njene odločitve praviloma veljajo za naprej. S tem je varovan na eni strani položaj zavarovanca in na drugi strani položaj delodajalca, saj se tako omogoča »neprava retroaktivnost«.

Zavarovanec se je dolžan ravnati v skladu z odločbo zdravstvene komisije, ne glede na morebitno zahtevo za sodno varstvo.

Ureditev glede oprave osebnega pregleda in obrazložitve odločbe, ki jo prejme delodajalec, je smiselno enaka kot pri imenovanem zdravniku.

Vložena tožba zoper odločbo zdravstvene komisije ne zadrži izvršitve, kar izhaja tudi iz samega zakona, ki ureja splošni upravni postopek, saj ta določa, da je odločba izvršljiva, ko postane dokončna v upravnem postopku.

**K 161. členu (vezanost na odločitev imenovanega zdravnika in zdravstvene komisije)**

Z navedeno določbo se zagotavlja spoštovanje odločitve imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije, glede ugotovite, da pri zavarovancu nadaljnja začasna zadržanost od dela ni utemeljena. Zato lahko osebni zdravnik šele po poteku 30 dni od izdaje zadnje odločbe ponovno odobri zadržanost od dela zaradi iste bolezni ali poškodbe. Zaradi hitrih sprememb zdravstvenega stanja pa je določena izjema, in sicer, če gre za nenadno in nepričakovano poslabšanje zdravstvenega stanja zavarovanca, ali če ne pride do pričakovanega izboljšanja zdravstvenega stanja. V tem primeru mora osebni zdravnik podati predlog za odločanje imenovanemu zdravniku še isti dan. Ker tudi tu nastopi pravna negotovost, saj zavarovanec do prejema odločitve imenovanega zdravnika ne ve, ali mu bo le-ta odobrena, je določeno, da je le-ta utemeljena, če je osebni zdravnik dal zavarovancu navodilo, naj ne opravlja delovnih obveznosti do prejema odločbe imenovanega zdravnika in je navodilo zabeležil v zdravstveni dokumentaciji. Zavarovanec je v tem primeru torej upravičen do zadržanosti od dela do prejema odločbe.

Osebni zdravnik lahko zaradi druge bolezni ali poškodbe zavarovancu odobri zadržanost od dela, ne glede na to, da je bila začasna zadržanost od dela zaključena s predhodno odločbo imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije in od izdaje te odločbe še ni poteklo 30 dni, vendar le v primeru, da je med eno in drugo začasno zadržanostjo od dela prišlo do prekinitve.

**K 162. členu (nova dejstva po izdaji odločbe o začasni zadržanosti od dela)**

V skladu z zakonom, ki ureja splošni upravni postopek, se lahko postopek, ki je končan z odločbo, zoper katero v upravnem postopku ni rednega pravnega sredstva (odločba, dokončna v upravnem postopku) obnovi, če se zve za nova dejstva ali se najde ali pridobi možnost uporabiti nove dokaze, ki bi bili mogli sami zase ali v zvezi z že izvedenimi in uporabljenimi dokazi pripeljati do drugačne odločbe, če bi bila ta dejstva oziroma dokazi navedeni ali uporabljeni v prejšnjem postopku. V tem primeru gre za dejstva in dokaze, ki so sicer obstajali v času prejšnjega postopka, vendar jih stranka brez svoje krivde ni mogla navesti.

Predlagana določba pa ureja situacijo, ko po izdaji dokončne odločbe nastanejo nova dejstva in novi dokazi, ki sicer niso obstajali v času prejšnjega postopka, vendar bi le-ti sami zase ali v povezavi z drugimi dokazi utemeljevali izdajo drugačne odločbe. V postopku ugotavljanja zadržanosti od dela pogosto namreč prihaja do situacij, da je zadržanost od dela odobrena za določeno daljše časovno obdobje v naprej, nato pa po izdaji odločbe ugotovijo nova dejstva oz. dokazi, ki so nastali po izdaji odločbe in narekujejo drugačno odločitev (npr. zavarovanec pridobi pravice iz naslova invalidskega zavarovanja). V tem primeru je na podlagi te izrecne zakonske določbe uveden institut t. i. »neprave obnove postopke«, tako da se pri ponovnem odločanju upoštevajo še ta nova dejstva in dokazi, pri čemer je zaradi pravne varnosti zavarovancev in delodajalcev določeno, da, ni mogoče odvzeti že odobrene in uveljavljene zadržanosti od dela.

Z novo odločbo se lahko odloči o zavarovančevi začasni zadržanosti od dela za čas od izdaje odločbe dalje, za nazaj pa največ od dneva vložitve zahteve zavarovanca.

**K 163. členu (listina o začasni zadržanosti od dela)**

Na podlagi ugotovljene zadržanosti od dela s strani osebnega zdravnika, imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije je zavarovanec upravičen do izplačila denarnega nadomestila, ki ga lahko uveljavlja z listino, ki jo izstavi osebni zdravnik, ki ga predloži izplačevalcu tega nadomestila.

Na novo je določeno, da lahko osebni zdravnik izstavi listino tudi za obdobje zadržanosti od dela, za katerega sicer ni pristojen, če je vložil predlog imenovanemu zdravniku za odločanje o začasni zadržanosti od dela, zavarovancu pa dal navodilo, da ne opravlja delovnih obveznosti in je to navodilo tudi vpisal v zdravstveni karton. S tem se zavarovancem zagotavlja čimprejšnje ustrezno izplačilo denarnega nadomestila in s tem socialna varnost, čeprav o zadevi še ni bilo odločeno.

V tretjem in četrtem odstavku je določeno, da se lahko listina izda tudi v elektronski obliki, bolj podrobna navodila v zvezi s tem pa izda zavod.

**K 164. členu (osnova za denarno nadomestilo)**

Osnovo predstavlja povprečje izplačanih mesečnih plač, osnov za plačilo prispevkov in izplačanih nadomestil v koledarskem letu pred letom, v katerem je nastala začasna zadržanost od dela. V osnovo sodijo plače in nadomestila, ki so bila izplačana v letu osnove, in ne plače in nadomestila za leto osnove.

Če je bil zavarovanec v letu osnove zavarovan iz naslova delovnega razmerja, se mu za to obdobje v osnovo vštevajo plače, ki so mu bile izplačane v letu osnove, z izjemo zavarovanca iz petega odstavka 23. člena (osebe s prijavljenim prebivališčem, ki so zaposlene pri tujem delodajalcu, ki niso zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja), pri katerem se v osnovo ne všteva dejansko izplačana plača, temveč je osnova enaka osnovi za plačilo prispevkov (torej del plače od katerega so plačani prispevki). Če je bil zavarovanec v letu osnove vključen v OZZ iz naslova opravljanja dejavnosti, pa osnovo za denarno nadomestilo predstavlja njegova osnova za plačilo prispevkov v tem obdobju.

Upoštevanje obdobje enega leta v preteklem koledarskem letu ostaja nespremenjeno, saj je na tak način enostavno določeno upoštevno obdobje, poleg tega pa daljše obdobje tudi preprečuje morebitne zlorabe s strani zavarovancev, ki bi lahko osnovo dvignili z vednostjo, da so v naslednjem letu napoteni na zdravljenje, ki bo povzročilo dalj časa trajajočo nezmožnost za delo.

Na kakšen način se določa osnova v primeru ko zavarovanec v letu osnove ni imel plače oziroma osnove za plačilo prispevkov ali nadomestila ali, če zavarovanec do nastopa začasne zadržanosti od dela sploh ni imel plače ali osnove za plačilo prispevkov ali nadomestil, je urejeno na enak način, kot je to veljalo do sedaj.

Do sedaj v zakonu ni bilo določeno, kdo da Zavodu podatke o osnovi, kar določa četrti odstavek tega člena. Zavod lahko podatke oz uradnih evidenc (FURS) lahko pridobiva tudi za potrebe izvajanja nadzora nad pravilnostjo posredovanih podatkov. Če podatkov o osnovi v primeru zavarovancev, ki so bili v letu osnove v delovnem razmerju ni mogoče pridobiti podatka o plači, ki bi jo zavarovanec prejel, če bi delal, (niti iz podatkov Finančne uprave RS ne iz plačilnih list, ne iz pogodb o zaposlitvi), se upošteva minimalna plača, veljavna za mesec začasne zadržanosti od dela. Navedeno izhaja iz dejstva, da po Zakonu o minimalni plači (Uradni list RS, št. 13/10 in 92/15) ima delavka oziroma delavec, ki pri delodajalcu v RS dela poln delovni čas, pravico do plačila za opravljeno delo najmanj v višini minimalne plače, določene v skladu s tem zakonom oziroma do njenega sorazmernega dela v primeru dela za krajši delovni čas.

Osnova za denarno nadomestilo ves čas trajanja začasne zadržanosti od dela ostaja enaka in je enaka osnovi, ki se upošteva na prvi dan začasne zadržanosti od dela. Za določitev višine nadomestila je namreč pomemben samo čas do nastopa začasne zadržanosti od dela, saj normalno ni pričakovati, da bo zavarovanec, ki zaradi bolezni dohodka ne ustvarja več, v tem času spreminjal zavarovalno osnovo. Zato je določeno, da se kot osnovo, od katere je zavarovanec zavarovan v času zadržanosti od dela upošteva osnova za denarno nadomestilo, ki je veljala tik pred pričetkom zadržanosti od dela.

**K 165. členu (višina denarnega nadomestila)**

Na višino denarnega nadomestila vplivata osnova in razlog začasne zadržanosti od dela. V primeru darovanja in posledic darovanja delov človeškega telesa v korist tretje osebe in posledic darovanja krvi, znaša denarno nadomestilo 100 % od osnove, v primeru bolezni in poškodbe izven dela, izolacije, nege, spremstva in sobivanja pa 80 % od osnove za denarno nadomestilo. Odmerni odstotki od osnove v prvem odstavku v pretežni meri sledijo sedanjim določbam ZZVZZ, pri čemer so odpravljene nižje vrednosti za prvih 90 dni. Novost je znižanje odmernega odstotka za primer bolezni na 80 odstotkov in izenačitev s poškodbo izven dela. Višina odmernega odstotka je za bolezen in poškodbo izven dela tako sistemsko skladno izenačena z odmernim odstotkom v osmem odstavku 137. člena ZDR-1. Novost predstavlja tudi nadomestilo za sobivanje. Za ta primer je določen odmerni odstotek 80 odstotkov od osnove, tako kot pri nadomestilu za nego ožjega družinskega člana. Pri obeh razlogih gre za nadomestilo, ki ga prejme zavarovanec zaradi pritegnitve k zdravstvenemu primeru druge osebe.

Osnova za nadomestilo plače je pogostokrat nižja od minimalne plače, saj sodijo v samo osnovo zraven tudi nadomestila, ki so vedno nižja od minimalne plače (npr. nadomestilo zaradi začasne zadržanosti od dela po ZZVZZ je nižje zaradi odmernega odstotka po tretjem odstavku 31. člena ZZVZZ, nadomestila iz naslova brezposelnosti po ZUTD[[29]](#footnote-29), nadomestila iz naslova starševskega varstva po ZSDP-1[[30]](#footnote-30),…). Zato se z s tem zakonom določa najnižje denarno nadomestilo, in sicer v višini 80 % minimalne plače v RS. Z določitvijo najnižjega denarnega nadomestila se zasleduje namen, da se zavarovancem v času njihove začasne zadržanosti od dela zagotovi izplačilo denarnega nadomestila v znesku, ki im lahko zagotovi socialno varnost.

Zavod je do sedaj za minimalni znesek nadomestila določal zajamčeno plačo, kar pa je za izrazito neustrezno označil že Evropski odbor za socialne pravice (Conclusions 2013, Slovenia, Article 12-1 z dne 6. decembra 2013), ki nadzoruje izpolnjevanje obveznosti držav, ki so se zavezale k spoštovanju določb (spremenjene) Evropske socialne listine. Minimalna višina nadomestila je vezana na minimalno plačo, kar je primerno zaradi dejstva, da se kot kazalniki za njeno določitev, v skladu z ZMinP, upoštevajo višina rasti cen življenjskih potrebščin, gibanje plač, gospodarske razmere oziroma gospodarska rast in gibanje zaposlenosti. Vsi navedeni kriteriji skupaj pa bolje odražajo določitev minimalne višine denarnega nadomestila, ki je primerno med zadržanostjo od dela, kot pa bi to izhajalo le iz gibanja povprečnih dohodkov (kot se uporablja za določitev pragu tveganja revščine).

Izjema od navedenega pravila velja le za kategorijo kmečkih zavarovancev, ki so zavarovani od osnove v višini zajamčene plače tako, da se jim v primeru začasne zadržanosti od dela denarno nadomestilo izplača v višini te osnove in ne ob upoštevanju 80 % minimalne plače, kar je določeno v petem odstavku. Takšna omejitev preprečuje, da bi ti zavarovanci v času začasne zadržanosti od dela neupravičeno prejemali bistveno višje denarno nadomestilo, kot je osnova od katere plačujejo prispevke za obvezna socialna zavarovanja, kar bi bilo tudi v nasprotju z načelom solidarnosti.

V zakonu je določen tudi t.i. »zgornji limit» oziroma najvišji znesek denarnega nadomestila. Tako najvišje denarno nadomestilo ne more biti višje od plače, ki bi jo zavarovanec prejel, če bi delal, ali od osnove, po kateri je zavarovan v času začasne zadržanosti od dela, kar je v skaldu z dosedanjo ureditvijo. Je pa na novo določeno, da najvišje denarno nadomestilo ne sme presegati dvainpol-kratnika povprečne mesečne plače v RS v preteklem koledarskem letu. Določitev najvišjega zneska izplačila pomeni najvišjo raven,  na  podlagi katere se zagotavlja socialna varnost iz OZZ, Omejitev zgornje meje nadomestila poznajo tudi druga socialna zavarovanja, npr. zavarovanje iz naslova brezposelnosti ali zavarovanje za starševsko varstvo, ki ima enako omejitev v višini dvainpolkratnika povprečne mesečne plače v RS v preteklem letu. Najvišje izplačilo za starševsko varstvo je  bilo  tudi  predmet ustavnopravne presoje, pri čemer je Ustavno sodišče ugotovilo, da ta določba ni v neskladju z Ustavo.

V sedmem odstavku je na novo določeno tudi, da če za mesec začasne zadržanosti od dela ni mogoče pridobiti podatka o plači, ki bi jo zavarovanec prejel, če bi delal, se upošteva minimalna plača, veljavna za mesec začasne zadržanosti od dela (glej obrazložitev pri 154. členu). Navedeno izhaja iz dejstva, da po Zakonu o minimalni plači (Uradni list RS, št. 13/10 in 92/15) ima delavka oziroma delavec, ki pri delodajalcu v RS dela poln delovni čas, pravico do plačila za opravljeno delo najmanj v višini minimalne plače, določene v skladu s tem zakonom oziroma do njenega sorazmernega dela v primeru dela za krajši delovni čas.

Osmi odstavek določa, da se najnižje in najvišje denarno nadomestilo določi v sorazmernem delu glede na delovne ure in delovne dneve, ko je bil zavarovanec začasno zadržan od dela s pravico do denarnega nadomestila. Zavarovanec namreč ne prejme enakega zneska, če je bil zadržan od dela cel mesec ali le del meseca.

V devetem odstavku je določeno, da se denarno nadomestilo ne valorizira. Denarno nadomestilo je v sedanji ureditvi lahko teoretično trajalo neomejeno časa. Z najdaljšim neprekinjenim trajanjem dvanajstih mesecev ni potrebe, da se višina denarnega nadomestila usklajuje. Teoretično sicer lahko prejemnik denarnega nadomestila prejema nadomestilo na podlagi dohodkov, ki jih je prejel pred dvemi leti (na primer začasna zadržanost od dela nastopi decembra 2017 in traja do konca novembra 2018, pri čemer se za določitev osnove upoštevajo dohodki iz leta 2016), kar pa vendarle ni izredno dolgo obdobje. Valorizacija denarnega nadomestila bi bila tudi sicer pojmovno nezdružljiva glede na njegovo izrazito začasno naravo.

**K 166. členu (denarno nadomestilo v primeru kršitve)**

V prvem odstavku je navedeno, v katerih primerih, ki se štejejo kot kršitve, zavarovanec nima pravice do izplačila denarnega nadomestila. Od dosedanjih razlogov, ki se štejejo kot kršitve, je kot razlog ohranjeno opravljanje pridobitnega dela (1. točka), deloma pa so spremenjeni dosedanji razlogi »neodzivnost na zdravniški pregled ali zdravniško komisijo, kršitev navodil o ravnanju za čas nezmožnosti za delo ter odhod iz kraja bivanja brez dovoljenja osebnega zdravnika (3. in 4. točka). Tako je kot razlog, ki se šteje kot kršitve po novem navedeno, »če se zavarovanec brez utemeljenega razloga ne odzove na osebno obravnavo v postopku uveljavljanja pravice iz OZZ ali pokojninskega in invalidskega zavarovanja, pri čemer je neodziv na osebno obravnavo v postopku uveljavljanja pravic iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja določen povsem na novo. Po novem ni potrebno vabilo temveč zadošča poziv na osebno obravnavo oziroma pregled (zdravnik datum dogovorjenega pregleda zapiše v zdravstveni evidenci), osebna obravnava, ki se upošteva, pa je lahko pri osebnem in napotenem zdravniku, imenovanemu zdravniku, zdravstveni komisiji ali invalidski komisiji. Z neodzivom na osebno obravnavo zavarovanec dejansko neutemeljeno podaljšuje oziroma celo onemogoča postopek uveljavljanja pravic in na ta način podaljšuje začasno zadržanost od dela ali trajnejšo zadržanost od dela, odvisno od faze postopka, v kateri se nahaja. Kot kršitev se šteje tudi, če se zavarovanec ne ravna po navodilu o ravnanju med začasno zadržanostjo od dela, kar obsega tudi dosedanji razlog, če zavarovanec brez dovoljenja zdravnika odpotuje iz kraja stalnega prebivališča.

Iz dosedanje ureditve je izločen razlog neobveščanja osebnega zdravnika oziroma delodajalca v treh dneh od nastanka bolezni. Gre za obdobje, ko plačilo nadomestila ni v breme OZZ, zato tudi ni ustrezno v tem zakonu opredeljevati sankcije za tako ravnanje.

Kot nov razlog je v 2. točki naveden razlog, ki v podobni obliki že obstaja v Pravilih OZZ (5. točka 145. člena). Tako se predlaga sankcija neizplačila nadomestila tudi v primerih, ko zavarovanec zavestno, z namenom neupravičenega podaljševanja začasne zadržanosti od dela brez utemeljenih razlogov odkloni ali neupravičeno odloži predlagano zdravljenje. Čeprav 30. člen Zakona o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08; v nadaljnjem besedilu: ZPacP) določa pravico pacienta, da zavrne predlagani medicinski poseg oziroma zdravstveno oskrbo, razen kadar bi to ogrozilo življenje ali huje ogrozilo zdravje drugih, menimo, da je neutemeljeno, da je oseba, ki je zavestno odklonila neko zdravljenje, ki bi ji lahko omogočilo hitrejšo vrnitev na delovno mesto ter na ta način podaljšuje svojo začasno nezmožnost za delo, upravičena do nadomestila za čas nezmožnosti za delo. S tem se ne posega neposredno v samo pravico do odklonitve zdravljenja, vendar zavarovanec ne more pričakovati, da bi mu z odklonitvijo ene od pravic iz OZZ pripadala druga, ki ob uresničitvi prve dejansko ne bi bila potrebna.

Po dosedanji ureditvi zavarovancu ni pripadalo nadomestilo med začasno zadržanostjo od dela, če v tem času opravlja pridobitno delo. V primeru, da zavarovanec neopravičeno najpozneje tri dni po začetku bolezni ne obvesti svojega osebnega zdravnika ali delodajalca, če se brez opravičenega vzroka ne odzove vabilu na zdravniški pregled ali zdravniško komisijo, če se ugotovi, da se ne ravna po navodilih za zdravljenje ali brez dovoljenja zdravnika odpotuje iz kraja stalnega prebivališča, pa se mu zgolj zadrži izplačilo nadomestila, ki se mu izplača, ko razlogi za zadržanje odpadejo.

Čeprav je bil namen navedene ureditve v tem, da bi sankcionirali kršitelje, je dosedanja praksa pokazala, da navedeno sankcioniranje ni ustrezno oziroma ga ni mogoče izvajati in nima učinkov v smislu, kot je bilo predvideno. Na vprašanje učinkovitosti obstoječe ureditve je opozorilo tudi Računsko sodišče, in sicer v Revizijskem poročilu o izvedbi revizije na področju denarnih nadomestil Zavoda, ki jo je izvedlo leta 2007, nato pa tudi v letu 2012, ko je izvedlo revizijski pregled učinkovitosti postopkov prejema, obdelave in nadzora zahtevkov iz pravic OZZ na Zavodu. Ponovno je ugotovilo, da sankcioniranje za kršitelje ni primerno, pri čemer je Računsko sodišče podalo priporočilo, da se področna zakonodaja dopolni s sankcijami za neprimerno ravnanje ter poveča ekipa laičnih nadzorov.

V smeri izvedbe priporočila Računskega sodišča je zato predlagano, da zavarovanec, pri katerem je bila ugotovljena ena od kršitev, ki so taksativno naštete v tem členu, ni upravičen do nadomestila v breme OZZ. Vendar se s sankcijo ne poseže v pravico na način, s katerim bi se lahko vplivalo na pravice iz drugih socialnih zavarovanj (npr. pravice iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja). Od nadomestila, ki bi ga zavarovanec sicer prejel, se namreč obračuna in plača davke in obvezne prispevke za socialno varnost, ne izplača pa se "zgolj" neto znesek nadomestila. Izjema je le v primeru ugotovitve, da je zavarovanec v času odobrene začasne zadržanosti od dela opravljal pridobitno delo, saj je v tem primeru upravičen do plačila za opravljeno delo in ne do denarnega nadomestila, prav tako teža kršitve v primerjav z drugimi kršitvami iz tega člena utemeljuje strožjo sankcijo. V tem primeru se sankcionira z odvzemom denarnega nadomestila v celoti (bruto denarnega nadomestila, v katerega sodi neto denarno nadomestilo, skupaj s prispevki zavarovanca in zavezanca za obvezna socialna zavarovanja in akontacijo dohodnine).

Zaradi jasnosti glede tega, do česa zavarovana oseba ni upravičena, je bilo treba v tretjem odstavku določiti, da zavarovanec v primeru kršitve ni upravičen do neto nadomestila, medtem, ko so davki in prispevki za zavarovanca plačani. Navedena sankcija učinkuje zgolj v mesecu, v katerem je bila kršitev storjena, kar pomeni, da je za preostale mesece začasne zadržanosti od dela zavarovana oseba upravičena do celotnega izplačila nadomestila.

Zavarovanci moramo prevzemati večjo odgovornost za lastno zdravje in za smotrno porabo sredstev OZZ. Tudi kot zavarovanci se namreč moramo zavedati, da z ravnanjem, ki so opredeljena v zakonu, vplivamo na lastno zdravje ter podaljšujemo svojo začasno nezmožnost za delo, s tem pa posredno posegamo tudi v pravice drugih zavarovanih oseb, za kar moramo prevzemati tudi odgovornost. Predvidena sankcija je sicer milejša od sankcij, določenih na drugih področjih socialne varnosti, saj je ob kršitvi predviden odvzem le v mesecu kršitve.

Zakon definira pojem »opravljanje pridobitnega dela«, kar do sedaj ni bilo določeno.

O tem, ali zavarovanec zaradi kršitev iz prvega odstavka tega člena morebiti nima pravice do nadomestila plače odloča na prvi stopnji območna enota Zavoda in na drugi stopnji Direkcija Zavoda.

**K 167. členu (denarno nadomestilo v primeru neizpolnjevanja zdravstvenega pogoja ali neresničnih podatkov)**

S predlagano določbo se želi doseči večja odgovornost zavarovancev do pravic iz OZZ, konkretno pravice do denarnega nadomestila. Če imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija ob obravnavi zavarovančeve začasne zadržanosti od dela ugotovi, da je zavarovanec nezmožen za delo, istočasno pa ugotovi, da so razlogi za njegovo nezmožnost za delo obstajali že pred vključitvijo v zavarovaje, na podlagi pravnega razmerja, iz katerega uveljavlja pravico do denarnega nadomestila, kar je zavarovanec vedel oziroma moral vedeti, zavarovanca zaradi ugotovitve navedenih dejstev pošlje na zdravstveni pregled. Enako velja v primeru ugotovitve, če je zavarovanec dal neresnične podatke o svojem zdravstvenem stanju ali zdravstvenem stanju družinskega člana. Stroške pregleda ustreznega izvajalca, ki v opisanih primerih poda mnenje, krije Zavod.

S tem se želi onemogočiti zloraba pravic iz OZZ, konkretno pravice do denarnega nadomestila.

**K 168. členu (neizplačilo in vračilo neupravičeno prejetega denarnega nadomestila)**

V prvem odstavku tega zakona je določeno, v katerih primerih zavarovanec ni upravičen do nadomestila, zato je potrebno dodati nov člen, ki predstavlja izvedbeni način postopanja Zavoda v primeru, ko je bila ugotovljena kršitev iz prvega odstavka 156. člena tega zakona in v drugih primerih neupravičeno prejetega nadomestila. Tudi v praksi se je namreč pojavila potreba, da se razreši primere, ko je oseba prejela nadomestilo, pa se je naknadno ugotovilo, da do tega ni bila upravičena ali da je prejela nadomestilo v višjem znesku, kot je bila dejansko upravičena. Zato so v zakonu urejene tudi takšne situacije.

V vseh primerih je predvidena dolžnost vračila. Različno pa sta obravnavani situaciji, ko je ugotovljena kršitev iz prvega odstavka 156. člena, ter drugi primeri neupravičeno prejetega nadomestila. V primeru kršitev iz 2. do 4. točke je namreč predvidena sankcija odvzema le neto zneska in predvideno hkratno plačilo vseh davkov in obveznih prispevkov za socialno varnost. Namen takšnega milejšega sankcioniranja namreč je, da se poseže le v pravice s področja OZZ, ne pa tudi v pravice iz drugih področij socialnega zavarovanja in socialnega varstva širše. Tako bi npr. morebitno neizplačilo prispevkov za pokojninsko in invalidsko zavarovanje neposredno vplivalo na pravice iz tega zavarovanja, kar pa bi bil po mnenju Zavoda, kljub lastnemu ravnanju zavarovanca, ob upoštevanju namena sankcioniranja, pregrob poseg v njegove pravice. V primerih neupravičeno prejetega nadomestila zaradi opravljanja pridobitnega dela pa gre za situacijo, ko je zavarovancu socialna varnost zagotovljena iz drugega naslova (npr. prejel plačilo za opravljeno delo. Način izvedbe je podrobneje razdelan v predlaganem tretjem in četrtem odstavku tega člena. Ker gre za situacije, ki vplivajo na pravice zavarovanih oseb, je v takih primerih treba izdati odločbo v upravnem postopku, z možnostjo pritožbe in tožbe na pristojne organe. Zavarovane osebe so dolžne znesek neupravičeno pridobljenega nadomestila, ki je bil ugotovljen z odločbo Zavoda, vrniti v roku 30 dni po dokončnosti odločbe, po preteku tega roka pa se obračunavajo zakonske zamudne obresti.

Ker zavod potrebuje podatke o neto nadomestilu, s katerim praviloma razpolaga delodajalec, je v petem odstavku določena dolžnost le-tega, da na zahtevo Zavoda posreduje potrebne podatke. Enako velja tudi za delodajalca, pri katerem zavarovanec sicer ni več v delovnem razmerju, vendar mu je le-ta izplačal nadomestilo, ki ga mora zavarovanec vrniti.

**K 169. členu (povračilo denarnega nadomestila delodajalcu)**

Delavcem v delovnem razmerju denarno nadomestilo izplačujejo njihovi delodajalci v breme OZZ, kar je določeno v zakonu, ki ureja delovna razmerja.

Tako izplačano denarno nadomestilo delodajalcem povrne (refundira) Zavod v roku 30 dni po predložitvi podatkov, potrebnih za obračun in izplačilo denarnega nadomestila, kar je določeno v drugem odstavku tega člena. V primeru povračila denarnega nadomestila delodajalcu gre dejansko za civilno pravni zahtevek in ne za upravni postopek, zato se zahtevki ne vlagajo na podlagi posebnih pisnih vlog.

V tretjem odstavku je določeno v katerih primerih Zavod delodajalcu ne povrne denarnega nadomestila. Poleg razlogov, ki so veljali po do sedaj veljavni ureditvi, je na novo določeno, da Zavod delodajalcu ne povrne denarnega nadomestila tudi za čas, ko je delavcu za nazaj vzpostavljeno delovno razmerje na podlagi sodbe, sodne ali izvensodne poravnave ali v okviru postopkov alternativnega reševanja sporov.

Če zavarovanec naknadno v delovnem sporu zoper delodajalca uspe, lahko sodišče delodajalcu (s sodbo, v postopku mediacije in podobno) naloži, da je dolžan zavarovanca pozvati nazaj na delo in mu za ves čas, ko ni delal, priznati vse pravice iz delovnega razmerja. Med drugim to pomeni ponovno prijavo v OZZ za nazaj in izplačilo plač in nadomestila plače za celotno obdobje nezakonitega prenehanja delovnega razmerja. Enako je tudi v primeru, ko je delovno razmerje za nazaj vzpostavljeno na podlagi sklenjene sodne poravnave ali sporazuma med zavarovancem in njegovim delodajalcem. V skladu s prvim odstavkom 137. člena Zakona o delovnih razmerjih (Uradni list RS, št. 21/13; v nadaljnjem besedilu: ZDR-1) pripada nadomestilo zavarovancu v breme njegovega delodajalca, če je odsoten z dela zaradi razlogov na strani delodajalca. Kot takšen razlog je treba šteti tudi primer nezakonitega prenehanja delovnega razmerja. Primarni razlog zavarovančeve odsotnosti z dela v opisanih primerih je namreč ukrep delodajalca, ki se v kasnejšem (sodnem) postopku izkaže za neutemeljenega oziroma nezakonitega. Zato izplačila iz naslova priznanja pravic iz delovnega razmerja predstavljajo odškodnino, saj zavarovanec po krivdi delodajalca ni mogel iz naslova delovnega razmerja uveljavljati nadomestila plače v skladu z določbami zakona, ki ureja delovna razmerja. Enako velja, ko je delavcu za nazaj vzpostavljeno delovno razmerje na podlagi sodne ali izvensodne poravnave ali v okviru postopkov alternativnega reševanja sporov. Zato mora breme morebitnega izplačila odškodnine zaradi ravnanja na svoji strani nositi delodajalec sam in ne da ga nosi OZZ. Zavarovancu pripada nadomestilo plače v breme OZZ za čas, ko bi sicer moral delati, vendar je zaradi svojega zdravstvenega stanja začasno zadržan od dela, ne pa, ko je zadržan od dela iz razloga, ki je na strani delodajalca.

**K 170. členu (izplačilo denarnega nadomestila zavarovancu)**

Zavarovancem, ki niso v odvisnem delovnem razmerju, zavarovancem, ki jim delodajalec ne izplačuje denarnega nadomestila neposredno, kot so npr. zavarovanci iz petega odstavka 22. člena tega zakona in zavarovancem iz drugega odstavka 21. člena, Zavod izplača denarno nadomestilo tako, da jim izplača neto denarno nadomestilo in na tako izplačano denarno nadomestilo obračuna in na ustrezne podračune FURS nakaže prispevke za obvezna socialna zavarovanja.

V prvem odstavku tega člena je določeno, od katerega datuma dalje lahko zavarovanec od Zavoda zahteva izplačilo denarnega nadomestila. Od tega dne dalje teče tudi zastarali rok, v okviru katerega lahko zavarovanec zahteva izplačilo denarnega nadomestila. V tretjem odstavku tega člena je določen 15-dnevni rok, v katerem mora Zavod izplačati denarno nadomestilo. Rok prične teči od vložitve popolne vloge.

Predlagana določbe vsebinsko sledi do sedaj veljavni ureditvi, le, da je sedaj določena na zakonski ravni.

**K 171. členu (neposredno izplačilo denarnega nadomestila delavcu)**

Neposredno izplačilo denarnega nadomestila delavcu določa ZDR1 v 137. členu. Zaradi sistemske ureditve le-tega je izplačilo navedenega nadomestila urejeno v tem zakonu. Na novo je določeno, da pogoj za izplačilo denarnega nadomestila delavcu ni več, da delodajalec vsem zaposlenim ne izplačuje plač in nadomestil plač, temveč zadostuje le nelikvidnost delodajalca. Gre torej za nekoliko milejši pogoj za izplačilo tega nadomestila, kot je določen v ZDR-1. Delavec ima pravico do neposrednega izplačila denarnega nadomestila tudi v primeru, če je delodajalcu blokiran račun, če je nad delodajalcem uveden postopek stečaja ali je delodajalec izbrisan iz poslovnega registra, gre torej za objeivne razloge zaradi katerih delavec ne more priti do izplačila denarnega nadomestila direktno od svojega delodajalca.

Rok za vložitev zahteve za izplačilo denarnega nadomestila ostaja enak, kot je določen v ZDR-1, prav tako se ne spreminja rok za izplačilo tega nadomestila s strani Zavoda, le da je rok sedaj določen v tem zakonu.

V tretjem odstavku je navedeno, da delavec izgubi pravico do neposrednega izplačila celotnega oziroma ustreznega dela nadomestila plače, če mu je bila terjatev iz tega naslova v celoti oziroma v delu poravnana pred izplačilom s strani ZZZS (npr. izplačilo s strani Javnega jamstvenega, preživninskega in invalidskega sklada RS).

**K 172. členu (način in postopek za obračun in izplačilo denarnega nadomestila)**

S to določbo se zagotavlja pravna podlaga za izdajo splošnega akta, s katerim bo lahko Zavod bolj podrobno določil izvajanje postopkov obračuna in izplačila denarnega nadomestila.

**K 173. členu (elektronsko vlaganje zahtevka za povračilo denarnega nadomestila)**

Prek sistema za podporo poslovnim subjektom je zaenkrat omogočeno le vlaganje refundacijskih zahtevkov – torej zahtevkov za izplačilo nadomestila za zaposlene pri delodajalcu, ne pa tudi za samostojne zavezance same (to pomeni, da lahko s.p. vloži refundacijski zahtevek le za svoje zaposlene delavce, če pa je bil sam v »bolniškem staležu«, pa enako kot do sedaj pošlje na Zavod »bolniški list«, ki ga na hrbtni strani izpolni FURS). Refundacijski zahtevki se lahko vlagajo preko sistema za podporo poslovnim subjektom, torej z neposrednim vnosom podatkov prek aplikacije, ki jo uporabniki dobijo na spletni strani e-VEM, ali preko vmesnika, ki omogoča zapis podatkov iz uporabnikovega sistema plač na Zahtevek za refundacijo in njegovo pošiljanje prek sistema za podporo poslovnim subjektom na Zavod.

Na e-Vem točkah se zahtevki ne morejo oddajati. Vlaganje zahtevkov za povračilo denarnega nadomestila v elektronski obliki prek sistema za podporo poslovnim subjektom je zaenkrat prostovoljno.

S predlagano določbo se zagotavlja pravna podlaga za vlaganje zahtevkov za povračilo in za izplačilo denarnega nadomestila, torej tudi za zavarovance iz 160. člena tega zakona, Zavod pa bo lahko s splošnim aktom določil rok začetka obveznega elektronskega vlaganja zahtevkov za posamezne subjekte.

**K 174. členu (pravica do povračila prevoznih stroškov)**

Člen je po vsebini enak, kot do sedaj, na novo pa je določeno, da ima zavarovana oseba pravico do povračila prevoznih stroškov, ki so nastali upravičencu do sobivanja, če je le to odobreno. Pravica do sobivanja je v tem zakonu namreč določena na novo.

V prvi točki prvega odstavka je določeno, da ima zavarovana oseba pravico do povračila prevoznih stroškov v primerih, kadar potuje k izvajalcu izven kraja prijavljenega prebivališča ali zaposlitve. Torej je pogoj za izplačilo prevoznih stroškov, da gre za potovanje v drug kraj. Iz navedenega izhaja, da kraj, kjer se nahaja najbližji izvajalec, ni enak kraju prijavljenega prebivališča oziroma zaposlitve zavarovane osebe. Kot kraj zaposlitve se šteje kraj opravljanja dela, na podlagi katerega je zavarovanec obvezno zavarovan. Kraj zaposlitev se pri obračunu prevoznih stroškov upošteva v primeru, ko zavarovanec potuje k izvajalcu v drug kraj med delovnim časom ali po izteku delovnega časa, vendar iz kraja, kjer opravlja delo, na podlagi katerega je obvezno zavarovana in ne od kraja prijavljenega prebivališča. Da se prevozni stroški povrnejo do najbližjega izvajalca je določeno v 174. členu. Zavarovana oseba si lahko prosto izbira izvajalca zdravstvenih storitev, pravico do povračila prevoznih stroškov pa ima le do najbližjega izvajalca. Enaka določba je veljala tudi do sedaj.

V 2. točki prvega odstavka tega člena je izrecno zapisano tudi, da ima zavarovana oseba pravico do povračila prevoznih stroškov, kadar mora zaradi osebne obravnave pri imenovanem zdravniku ali zdravstveni komisiji potovati izven kraja njenega prijavljenega prebivališča ali zaposlitve. To velja le v primerih, ko je potrebo po osebni obravnavi ugotovil imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija, ne pa tudi, če je bila osebna obravnava opravljena na zahtevo zavarovane osebe same, pri čemer imenovani zdravnik ni ugotovil potrebe po osebni obravnavi in je ocenil, da bi razpoložljiva dokumentacija bila zadostna podlaga za odločitev. Osebna obravnava mora biti opravljena, če to zahteva zavarovana osebe, kar je sicer v skladu s petim odstavkom 168. člena in četrtim odstavkom 170. člena, vendar v tem primeru zavarovana oseba nima pravice do povračila prevoznih stroškov.

Pravica do prevoznih stroškov, ki so nastali spremljevalcu, ni samostojna pravica spremljevalca, temveč gre za pravico zavarovane osebe, ki je odvisna od dejstva, ali zavarovana oseba zaradi zdravstvenega stanja ali starosti potrebuje spremstvo in ji je le-to odobreno s strani pristojnega zdravnika. Spremljevalec in upravičenec do sobivanja, če uveljavlja povračilo prevoznih stroškov ali povračilo stroškov nastanitve, ki so nastali njemu, lahko povračilo uveljavi samo, če jih ne uveljavi zavarovana oseba sama ali njen dedič.

V četrti točki prvega odstavka je na novo določeno, da ima zavarovana oseba pravico do povračila prevoznih stroškov tudi v primeru, ko ti nastanejo upravičencu do sobivanja, če je sobivanje odobreno. V tem primeru ni pogoj, da gre za potovanje k najbližjemu izvajalcu, temveč se prevozni stroški za potovanje od izvajalca sobivanja do kraja prijavljenega prebivališča upravičenca do sobivanja. Tudi tukaj velja, da se povračilo prevoznih stroškov prizna, če gre za potovanje v drug kraj, kot je kraj prijavljenega prebivališča.

Določba drugega odstavka 173. člena je vsebinsko enaka, kot do sedaj, saj še nadalje zavarovana oseba nima pravice do povračila prevoznih stroškov za posamezne, kadar mora prevzeti zdravila, živila, medicinske in druge pripomočke, kadar uveljavlja pravice pri napotnem zdravniku zaradi poškodbe izven dela, če odrasla zavarovana oseba uveljavlja stomato-protetične storitve in stomato-protetične pripomočke ter če gre za uveljavljanje zdraviliške rehabilitacije, ki ni nadaljevanje bolnišnične obravnave. Pri uveljavljanju ostalih pravic do zdravstvenih storitev je zavarovana oseba upravičena do povračila prevoznih stroškov.

**K 175. členu (povračilo prevoznih stroškov zavarovane osebe)**

Zavarovana oseba, ki potuje k izvajalcu zaradi uveljavljanja pravic do zdravstvenih storitev ali če jo imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija pokliče oziroma povabi na obravnavo, ima pravico do povračila prevoznih stroškov pod pogojem, da je kraj prijavljenega prebivališča različen kot je kraj sedeža izvajalca oziroma organa zavoda, kamor je zavarovana oseba napotena oziroma vabljena. Enako velja tudi v primerih, če zavarovana oseba potuje k izvajalcu ali na obravnavo pred organom Zavoda iz kraja zaposlitve oziroma kraja opravljanja dela, ker na dan uveljavljanja storitve oziroma obravnave pred organom Zavoda npr. ni zadržana od dela polni delovni čas (za svoje delo je zmožna 4 ure) ali pa potuje po zaključku dela.

**K 176. členu (povračilo prevoznih stroškov za spremljevalca)**

V primerjavi z do sedaj veljavnim zakonom povračilo prevoznih stroškov še naprej pripada do najbližjega izvajalca v primerih, če gre za potovanje v drug kraj. Zaradi večje jasnosti so poleg primerov, ko spremljevalec potuje skupaj z zavarovano osebo, opredeljeni tudi primeri, ko spremljevalec potuje sam, in sicer od izvajalca, h kateremu je spremljal zavarovano osebo do kraja prijavljenega prebivališča zavarovane osebe in od kraja prijavljenega prebivališča zavarovane osebe k izvajalcu po zavarovano osebo.

**K 177. členu (povračilo prevoznih stroškov za upravičenca do sobivanja)**

Tako kot pravica do povračila prevoznih stroškov v primeru spremstva, je tudi pravica do povračila prevoznih stroškov, ki so nastali upravičencu do sobivanja zaradi sobivanja, pravica zavarovane osebe. Pravica do povračila prevoznih stroškov se prizna, če je bilo sobivanje odobreno s strani pristojnega zdravnika pri izvajalcu sobivanja in če gre za potovanje izven kraja prijavljenega prebivališča upravičenca do sobivanja.

So primeri, ko je zavarovani osebi sobivanje sicer odobreno, vendar pa izvajalec zaradi omejenih prostorskih zmogljivosti upravičencu do sobivanja le-tega ne more zagotoviti. V tem primeru si lahko upravičenec do sobivanja, če se sobivanje izvaja izven kraja njegovega prijavljenega prebivališča, poišče drugo nastanitev. Če te ni na razpolago v kraju, kjer bi se le-to moralo izvajati, si jo lahko izbere v kraju, ki je najbližje temu kraju. V tem primeru je zavarovana oseba upravičena do povračila prevoznih stroškov od izvajalca, ki ni mogel zagotoviti sobivanja do najbližjega kraja nastanitve in nazaj, vendar le v primerih, da v kraju izvajalca ni bilo mogoče zagotoviti nastanitve. Če zavarovana oseba ne uveljavi pravice do povračila stroškov nastanitve, ima pravico do povračila prevoznih stroškov, ki so nastali upravičencu do sobivanja, in sicer za razdaljo od kraja izvajalca, kjer bi se sobivanje moralo izvajati do kraja njegovega prijavljenega prebivališča in nazaj, če njihovo povračilo ne bi preseglo povračila stroškov nastanitve.

Pri presoji sobivanja doječe matere ob otroku se lahko izvajalec odloči, da ni v korist otroka, ki se doji (npr. nedonošenčki), da z njim ves čas hospitalizacije biva tudi zavarovana oseba, zato izvajalec, kjer naj bi se sobivanje izvajalo, v teh primerih ne prizna pravice do sobivanja. Zavarovana oseba se takrat lahko odloči, da bo k izvajalcu za otroka prinašala materino mleko in je v teh primerih upravičena do povračila prevoznih stroškov za prinašanje materinega mleka za razdaljo od kraja njenega prijavljenega prebivališča do kraja izvajalca, kjer je otrok hospitaliziran in nazaj. Tudi v tem primeru velja, da se prevozni stroški povrnejo ne do najbližjega izvajalca, temveč do izvajalca sobivanja.

**K 178. členu (višina povračila prevoznih stroškov)**

V prvem odstavku je določena višina povračila prevoznih stroškov, če zavarovana oseba potuje z javnim prevoznim sredstvom in ne gre za avtotaksi prevoz (npr. vlak, avtobus, ipd.). Avtotaksi prevoz sicer sodi v javni prevoz glede na določbe Zakona o prevozih v cestnem prometu (Uradni list RS, št. 6/16 – uradno prečiščeno besedilo). Na novo pa je določena višina povračila, če zavarovana oseba potuje k izvajalcu v RS z avtotaksi prevozom. V kolikor zavarovana oseba potuje z osebnim avtomobilom, je enako kot do sedaj upravičena do povračila v višini kilometrine, ki je enaka ceni 10 % cene litra neosvinčenega motornega bencina – 95 oktanov, veljavni v času potovanja.

Drugi odstavek določa višino odbitka, ki se upošteva pri obračunu prevoznih stroškov zavarovane osebe za potovanje v posameznem koledarskem mesecu. Že po sedaj veljavnih pravilih je odbitek znašal 3 % minimalne plače, veljavne mesecu potovanja, tako da se v tem delu le povzema ureditev iz 154. člena pravil.

V tretjem odstavku je navedeno, da ima zavarovana oseba pravico do povračila prevoznih stroškov za prevozne stroške, ki so nastali spremljevalcu ali upravičencu do sobivanja v višini vozne karte, če potuje z javnim prevoznim sredstvom, ki pa ni avtotaksi prevoz. V tem primeru se odbitek v višini 3% ne upošteva. V primerih, ko se povračilo prevoznih stroškov obračuna ob upoštevanju kilometrine, se navedeni odbitek upošteva tudi pri spremljevalcu, kot je to veljalo tudi do sedaj. Upravičenec do sobivanja vedno potuje sam in se zavarovani osebi tako logično priznajo le eni prevozni stroški. Zavarovana oseba in njen spremljevalec sta v primeru, ko potujeta skupaj z osebnim avtomobilom ali avtotaksi prevozom oziroma v primerih, ko ne predložita vozne karte ali drugega dokazila o plačilu javnega prevoza, ki ni avtotaksi prevoz, upravičena do povračila skupnih stroškov. Ti stroški se torej povrnejo zavarovani osebi, spremljevalcu pa le, če zavarovana oseba ali njen dedič ne uveljavita pravice.

Četrti odstavek določa, da če ima zavarovana oseb več prijavljenih prebivališč, se za obračun in povračilo prevoznih stroškov upošteva razdalja med krajema, ki sta si najbližja, torej se upošteva tisti kraj prebivanja, ki je najbližje kraju izvajalca oziroma organu Zavoda.

V petem odstavku je natančneje definirano, da se kraj zaposlitve upošteva le v primeru, da je zavarovana oseba ta dan opravljala svoje delo na podlagi katerega je obvezno zavarovana, saj na dan uveljavljanja storitve oziroma obravnave zavarovana oseba ni zadržana od dela polni delovni čas (npr. je za svoje delo zmožna 4 ure), in sicer pod pogojem, da je kraj zaposlitve bližje izvajalcu oziroma organu Zavoda kot kraj prebivanja.

Pri povračilu prevoznih stroškov se upošteva najkrajša razdalja med krajema od katerega ali do katerega se potuje po daljinomeru za ugotavljanje najkrajše razdalje, ki ga določi Zavod. S tem zakonom se daje pooblastilo Zavodu, da sam določi razdaljnik, po katerem bo obračunaval najkrajše razdalje med posameznimi kraji.

V šestem odstavku je določeno, da se pri povračilu prevoznih stroškov upošteva razdalja od kraja, iz katerega je oseba dejansko potovala, ali do kraja, v katerem je oseba dejansko zaključila potovanje, če je ta kraj bližji od najbližjega kraja prijavljenega prebivališča ali zaposlitve.

Ureditev obračuna višine povračila prevoznih stroškov spremljevalca se sicer ne spreminja, saj se tudi po veljavnih pravilih spremljevalcu za prevoz z javnim prevoznim sredstvom obračunajo stroški brez upoštevanja odbitka, torej v dejanski višini, kot izhaja iz vozne karte ali drugega ustreznega dokazila, da je bil prevoz plačan. Namen zagotovitve povračila stroškov spremljevalcu za vozno karto v celoti je v tem, da se omogoči, da spremljevalec ne nosi bremena potovanja zaradi uveljavljanja zdravstvenih storitev druge zavarovane osebe, ki jo sicer ni dolžan spremljati. Enako velja za povračilo prevoznih stroškov, ki so nastali upravičencu do sobivanja. V primerih, ko se povračilo prevoznih stroškov obračuna ob upoštevanju kilometrine, se navedeni odbitek upošteva tudi pri spremljevalcu, kot je to veljalo tudi do sedaj. Novost je, da se enako upošteva tudi pri prevoznih stroških upravičenca do sobivanja. Stroški vozne karte so vezani na posamezno osebo, v primeru potovanja z avtomobilom ali taksijem, pa gre za stroške, povezane s prevoznim sredstvom ne glede na število potnikov, tako da se v teh primerih upošteva odbitek.

**K 179. členu (postopek uveljavljanja pravice do povračila prevoznih stroškov)**

Zavarovana oseba pravico do povračila prevoznih stroškov uveljavlja na podlagi listine, ki jo izda pristojni zdravnik. Listina je javna listina, s katero zdravnik ugotovi potrebo po potovanju zavarovane osebe k izvajalcu v drug kraj. Listina je tudi obračunski dokument, ki zavarovani osebi omogoči uveljavitev povračila prevoznih stroškov.

Z vlogo zavarovane osebe, kateri mora priložiti pravilno in popolno izpolnjeno listino, zavarovana oseba uveljavlja povračilo prevoznih stroškov pri Zavodu, in sicer pri območni enoti oziroma izpostavi Zavoda.

1. **(pravica do povračila stroškov nastanitve)**

Predlog zakona na novo ureja pravico do povračila stroškov nastanitve, če zavarovana oseba uveljavi zdravstveno storitev pri izvajalcu v RS. Pravico do povračila stroškov nastanitve v primeru uveljavljanja zdravstvene storitve v tujini ureja naslednje poglavje predloga zakona.

Pravica do povračila stroškov nastanitve je v veljavnem zakonu in Pravilih OZZ urejena v okviru pravice do povračila potnih stroškov, če mora zavarovana oseba zaradi uveljavljanja pravice iz 1., 2. in 3. točke 23. člena ZZVZZ, potovati in bivati v drugem kraju v RS. Na podlagi veljavnega zakona se povračilo stroškov nastanitve prizna v višini, ki jo določi Zavod, pri čemer znaša povračilo za otroka, starega do sedem let, polovico zneska. Na podlagi Pravil OZZ ima zavarovana oseba, ki mora zaradi napotitve k izvajalcu v RS bivati v drugem kraju, pravico do povračila stroškov nastanitve v višini dejanskih stroškov, vendar ne več kot je cena enoposteljne sobe v najcenejšem hotelu s tremi zvezdicami v kraju, kjer uveljavlja zdravstvene storitve, če v tem kraju ni hotela s tremi zvezdicami, pa v kraju, ki je najbližji.

Pravica do povračila stroškov nastanitve zaradi uveljavljanja zdravstvene storitve je po svoji naravi socialna pravica in ne "zdravstvena pravica", ki bi neposredno temeljila na zdravstvenem stanju zavarovane osebe. Določena je bila zaradi učinkovitega izvrševanja pravice do zdravstvenih storitev. Zaradi bistveno boljše prometne infrastrukture in razvoja javnega prometa in s tem bistveno boljših povezav med kraji v RS ter zaradi ureditev čakalnega časa v okviru pravice do spoštovanja pacientovega časa v skladu z ZPacP, uveljavljanje zdravstvenih storitev v drugem kraju v RS ne terja več kot 12 urne odsotnosti zavarovane osebe od kraja njenega prijavljenega prebivališča oziroma kraja zaposlitev. Navedeno izhaja tudi iz dejstva, da je v zadnjih letih le nekaj zavarovanih osebi uveljavilo povračilo stroškov nastanitve zaradi uveljavljanja zdravstvenih storitev v RS.

Glede na navedeno bi se po predlogu zakona povračilo stroškov nastanitve krilo iz sredstev OZZ, če je zavarovana oseba upravičena do pravice do sobivanja v skladu s 144. členom predloga zakona, vendar te ni mogoče izvesti z nastanitvijo upravičenca do sobivanja pri izvajalcu sobivanja, torej v njenem celotnem obsegu (gl. tudi obrazložitev 145. in 146. člena predloga zakona).

Prvi odstavek tega člena tako določa, da ima pravico do povračila stroškov nastanitve zavarovana oseba, ki ji je odobrena pravica do sobivanja, pri tem pa izvajalec sobivanja ne more zagotoviti upravičencu do sobivanja nastanitve ob zavarovani osebi zaradi zasedenosti prostorskih zmogljivosti, torej iz objektivnega razloga. Če se v tem primeru upravičenec do sobivanja nastani v drugem nastanitvenem objektu (na primer v hotelu), ima zavarovana oseba pravico do povračila stroškov, ki so nastali upravičencu do sobivanja. Te pravice nima, če se sobivanje izvaja v kraju prijavljenega prebivališča upravičenca do sobivanja, ko ima slednji možnost, da prebiva na naslovu svojega prijavljenega prebivališča.

Drugi odstavek tega člena določa višino povračila stroškov nastanitve. Povračilo stroškov se povrne v višini dejanskih stroškov, vendar ne več kot v višini trikratne dnevnice, ki se plačuje javnim uslužbencem.

Tretji odstavek tega člena določa izključevanje pravice do povračila stroškov nastanitve po tem členu s pravico zavarovane osebe do povračila prevoznih stroškov, ki jih ima upravičenec do sobivanja v primeru, če se namesto nastanitve v drugem nastanitvenem objektu dnevno vozi k zavarovani osebi zaradi uresničevanja pravice do sobivanja.

1. **(postopek uveljavljanja pravice do povračila stroškov nastanitve)**

Člen določa osnove postopka uveljavljanja pravice do povračila stroškov nastanitve.

Prvi odstavek tega člena določa, kateri zdravnik ugotavlja potrebo po nastanitvi. Ali so za uveljavljanje pravice do sobivanja izpolnjeni pogoji iz 144. člena predloga zakona bo ugotavljal pristojni zdravnik pri izvajalcu sobivanja. V okviru te presoje bo tudi ugotovil, ali prostorske zmogljivosti pri izvajalcu sobivanja omogočajo nastanitev upravičenca do sobivanja. Zaradi uveljavljanja pravice do sobivanja bo Zavod določil tudi posebno listino, na kateri bo pristojni zdravnik navedel tudi, ali so prostorske zmogljivosti izvajalca sobivanja omogočale nastanitev upravičenca do sobivanja. Ugotovitev pristojnega zdravnika pa še ne pomeni, da je zavarovani osebi že priznana ali zavrnjena pravica do povračila stroškov nastanitve, saj o sami pravici odloča Zavod.

Drugi odstavek tega člena tako tudi določa, da zavod o pravici do povračila stroškov nastanitve odloči na podlagi vloge zavarovane osebe. O pravici do povračila stroškov nastanitve odloča na prvi stopnji območna enota Zavoda in na drugi stopnji Direkcija Zavoda (212. člen predloga zakona). Pravica zahtevati povračilo stroškov nastanitve iz 179. člena predloga zakona zastara v enem letu od dneva prenočitve (šesti odstavek 213. člena predloga zakona). Povračilo uveljavi zavarovana oseba, v primeru njene smrti njen dedič. Upravičenec do sobivanja lahko uveljavi te stroške le, če jih ne uveljavi zavarovana oseba ali njen dedič (3. točka prvega odstavka 214. člena predloga zakona). V postopku izplačila stroškov nastanitve Zavod izda obvestilo o izplačilu (drugi odstavek 218. člena predloga zakona).

**K 182. členu (pravica do zdravstvenih storitev v tujini)**

Člen opredeljuje podlago, na kateri lahko zavarovane osebe uveljavljajo pravice do zdravstvenih storitev: to je lahko ta zakon, pravni red EU ali mednarodni sporazum. Standard tujega izvajalca določa, kot standard zdravstvene storitve v tujini, razen, če ta zakon ne določa drugače.

**K 183. členu (nadaljevanje zdravstvene obravnave v Republiki Sloveniji)**

Člen opredeljuje pravico zavarovane osebe, ki je uveljavljala zdravstveno storitev v tujini, da nadaljuje zdravljenje v Sloveniji pod enakimi pogoji, kot če bi zdravstveno storitev opravila v Sloveniji. Taka opredelitev je bistvena zaradi zagotavljanja kontinuiranega zdravljenja ter spodbuja zavarovane osebe, da nadaljujejo svoje zdravljenje v Sloveniji, kadar so za to izpolnjeni pogoji.

**K 184. členu (preračun tuje valute)**

Člen določa preračun tujih valut v evre, kadar zavarovane osebe uveljavljajo zdravstvene storitve v državi, kjer evro ni uradna valuta in ni uradno plačilno sredstvo.

**K 185. členu (pravica do zdravstvenih storitev v času začasnega in stalnega prebivanja v tujini)**

Člen v prvem odstavku določa, da ima zavarovana oseba Republike Slovenije iz naslova OZZ pravico do zdravstvenih storitev, v državah v katerih velja pravni red EU(države članice Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora in Švicarske konfederacije),v državah s katerimi so sklenjeni mednarodni sporazumi (v nadaljnjem besedilu: Sporazum), to je Republiko Srbijo, Republiko Makedonijo, Bosno in Hercegovino, Republiko Črno goro, Avstralijo, Kanado, Quebecom, Argentinsko republiko) in v ostalih državah.

V državah v katerih velja pravni red EU zavarovane osebe uveljavljajo pravico do zdravstvenih storitev na način in pod pogoji, ki so določeni v Uredbi o koordinaciji sistemov socialne varnosti(ES) 883/2004 in Uredbi (ES)987/2009 o izvajanju Uredbe o koordinaciji sistemov socialne varnosti (ES) 883/2004 (v nadaljnjem besedilu: Uredbi), v državah s katerimi so sklenjeni mednarodni sporazumi o socialnem zavarovanju, v skladu z določbami posameznega sporazuma, in za ostale države v skladu z določbami tega Zakona.

Pri mednarodnih sporazumih je potrebno pojasniti, da je vsak sporazum drugačen, ureja ali vse pravice iz naslova socialne varnosti ali pa samo del pravic, ki jih zavarovane osebe ene države lahko uveljavljajo v drugi državi pogodbenici.

Člen v drugem odstavku določa pravico zavarovane osebe do zdravstvenih storitev v tujini v času začasnega bivanja v državah, v katerih velja pravni red EU, v državah s katerimi so sklenjeni mednarodni sporazumi in v ostalih državah, kadar je zavarovana oseba napotena na delo, na zasebnem potovanju (dopustu), ali na izobraževanju (študiju ali strokovnem izpopolnjevanju) in kadar je zaposlena v tujini.

Člen v tretjem odstavku določa pravico zavarovane osebe do zdravstvenih storitev v času stalnega bivanja v državah, kjer velja pravni red EU in v državah s katerimi so sklenjeni mednarodni sporazumi.

V prvi točki tretjega odstavka člen določa, da lahko zavarovana oseba, ki opravlja dejavnost zaposlene ali samozaposlene osebe v Republiki Sloveniji, uveljavlja pravico do zdravstvenih storitev v obsegu OZZ tudi v drugi državi članici, kjer stalno biva. To velja samo za države, v katerih velja pravni red EU.

Druga točka tretjega odstavka določa, da ima upokojenec, ki prejema pokojnino po pravnih predpisih Republike Slovenije in stalno biva v drugi državi članici oziroma v drugi državi pogodbenici, pravico do uveljavljanja zdravstvenih storitev v obsegu OZZ v tej državi.

Tretji točka tretjega odstavka določa, da ima družinski član, ki stalno biva v drugi državi članici ali drugi državi pogodbenici pravico do uveljavljanja zdravstvenih storitev v obsegu OZZ v tej državi. To velja za družinskega člana zavarovane osebe, ki opravlja dejavnost zaposlene ali samozaposlene osebe v Republiki Sloveniji in upokojenca Republike Slovenije.

**K 186. členu (začasno prebivanje v drugi državi, v kateri velja pravni red EU)**

Člen v prvem odstavku določa definicijo oziroma obseg zdravstvenih storitev, ki je opredeljena v Uredbah. Tako ima zavarovana oseba pravico do zdravstvenih storitev, ki so potrebne iz medicinskih razlogov, upoštevajoč naravo storitev in pričakovano dolžino bivanja v času začasnega bivanja v državi, v kateri velja pravni red EU. To pravico zavarovana oseba lahko uveljavlja v času zasebnega potovanja, izobraževanja in v primeru kadar je oseba napotena na delo. Zdravstvene storitve praviloma uveljavlja z ustrezno listino pri tujem izvajalcu v javni zdravstveni mreži. Kadar zavarovana oseba ne uveljavlja zdravstvenih storitev z ustrezno listino, ali uveljavlja storitve pri izvajalcu izven javne mreže mora stroške storitev sama plačati. V takih primerih lahko zavarovana oseba uveljavlja povračilo stroškov storitev v skladu s postopkom, ki ga določata Uredbi.

Drugi odstavek istega člena določa, da se stroški zdravstvenih storitev zavarovani osebi povrnejo v višini, kot jo sporoči nosilec zavarovanja države, v kateri je bila storitev uveljavljena. To pomeni, da ZZZS posreduje ustrezni obrazec tujemu nosilcu zavarovanja v kraju, kjer je bila storitev uveljavljena. Tuji nosilec zavarovanja vpiše višino zneska, ki se lahko prizna za povračilo.

**K 187. členu (začasno prebivanje v državi, s katero je sklenjen mednarodni sporazum)**

Člen v prvem odstavku določa definicijo oziroma obseg zdravstvenih storitev, kot je določena v mednarodnih sporazumih. Tako ima zavarovana oseba pravico do nujnih zdravstvenih storitev, ki jih ni mogoče odložiti, ne da bi bilo pri tem ogroženo življenje ali zdravje osebe v času začasnega bivanja v državi, v kateri velja mednarodni sporazum. To pravico zavarovana oseba uveljavlja v času zasebnega potovanja in izobraževanja.

Drugi odstavek istega člena določa, da kadar je zavarovana oseba napotena na delo v drugo državo pogodbenico, ima pravico do zdravstvenih storitev v obsegu OZZ v državi pogodbenici, v katero je napotena na delo. Zdravstvene storitve praviloma uveljavlja z ustrezno listino pri tujem izvajalcu v javni zdravstveni mreži.

187. člen v prvem in drugem odstavku tudi določa, da ima zavarovana oseba pravico do povračila stroškov zdravstvenih storitev, kadar zdravstvenih storitev ne uveljavlja z ustrezno listino, ali uveljavlja zdravstvene storitve pri izvajalcu izven javne mreže. V takih primerih lahko zavarovana oseba uveljavlja povračilo stroškov storitev v skladu s postopkom, ki ga določa mednarodni sporazum.

Tretji odstavek istega člena določa, da se stroški zdravstvenih storitev zavarovani osebi povrnejo v višini, kot jo sporoči nosilec zavarovanja države, v kateri je bila storitev uveljavljena. To pomeni, da ZZZS posreduje ustrezni obrazec tujemu nosilcu zavarovanja v kraju, kjer je bila storitev uveljavljena. Tuji nosilec zavarovanja vpiše višino zneska, ki se lahko prizna za povračilo. To je lahko znesek v obsegu nujnih zdravstvenih storitev iz prvega ostavka tega člena ali znesek v obsegu OZZ iz drugega odstavka tega člena

**K 188. členu (začasno prebivanje v tretji državi)**

Kadar zavarovana oseba uveljavlja pravico do zdravstvenih storitev v času začasnega bivanja v ostalih državah, je vedno sama plačnik stroškov zdravstvenih storitev. Zato 188. člen v prvem odstavku določa povračilo stroškov zdravstvenih storitev v obsegu nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči, do katerih je zavarovana oseba upravičena, kadar je na zasebnem potovanju ali izobraževanju v ostalih državah, to je državah, za katere ne velja pravni red EU ali mednarodni sporazum.

Nadalje člen v drugem in tretjem odstavku določa povračilo stroškov zdravstvenih storitev v obsegu OZZ, do katere je zavarovana oseba upravičena kadar je napotena na delo v ostale države ali kadar je zaposlena v ostalih državah in tam ne more biti vključena v zavarovanje.

Člen v četrtem odstavku določa, po kateri ceni se obračunajo stroški zdravstvenih storitev zavarovanim osebam iz prvega, drugega in tretjega odstavka tega člena.

**K 189. členu (stalno prebivanje v drugi državi, v kateri velja pravni red EU)**

Člen določa za zavarovane osebe iz tretjega odstavka 185. člena obseg pravic do zdravstvenih storitev v državi v kateri stalno bivajo, v državi v kateri so obvezno zavarovane ter v državah v katerih začasno bivajo. Hkrati je določeno, da ima zavarovana oseba pravico do povračila stroškov zdravstvenih storitev, katere je sama plačala v drugi državi v katerih velja pravni red EU, v državi s katero je sklenjen mednarodni sporazum in v ostalih državah in v kakšni višini.

Člen v prvem odstavku določa, da ima zavarovana oseba, ki stalno biva v državi, v kateri velja pravni red EU, pravico do zdravstvenih storitev v skladu z zakonodajo države stalnega bivanja.

V drugem odstavku je posebej opredeljena zavarovana oseba, ki opravlja dejavnost zaposlene ali samozaposlene osebe v Republiki Sloveniji in stalno biva v drugi državi članici. Ta zavarovana oseba lahko uveljavlja zdravstvene storitve v državi, kjer je obvezno zavarovana, torej v Republiki Sloveniji in na podlagi ustrezne listine tudi v državi stalnega bivanja.

V tretjem odstavku je opredeljena pravica do zdravstvenih storitev za zavarovane osebe iz tretjega odstavka 185. člena, v času začasnega bivanja v državah v katerih velja pravni red EU, v državah v katerih veljajo mednarodni sporazumi in v ostalih državah. Ta pravica velja v času zasebnega potovanja ali izobraževanja.

V prvi točki tretjega odstavka je določeno, da kadar zavarovana oseba začasno biva v drugi državi članici, ima pravico do zdravstvenih storitev, ki so potrebne iz medicinskih razlogov, upoštevajoč naravo storitev in pričakovano dolžino bivanja v drugi državi.

V drugi točki tretjega odstavka je določeno, da kadar zavarovana oseba začasno biva v državi, s katero je sklenjen mednarodni sporazum, ima pravico do nujnih zdravstvenih storitev, ki jih ni mogoče odložiti ne da bi bilo pri tem ogroženo življenje ali zdravje osebe.

V tretji točki tretjega odstavka je določeno, da kadar zavarovana oseba začasno biva v kateri od ostalih držav, ima pravico do zdravstvenih storitev v obsegu nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči.

Kadar zavarovana oseba iz tretjega odstavka 185. člena, v času začasnega bivanja v eni od navedenih držav sama plača stroške zdravstvenih storitev ima pravico do povračila stroškov teh storitev.

Člen v četrtem odstavku določa, da se stroški zdravstvenih storitev povrnejo zavarovani osebi, ki začasno biva v državi, kjer velja pravni red EU in državi, s katero je sklenjen mednarodni sporazum v višini, ki jo sporoči nosilec zavarovanja v državi, kjer je bila zdravstvena storitev uveljavljena. Zavarovani osebi, ki začasno biva v kateri od ostalih državse stroški zdravstvenih storitevpovrnejo v višini povprečne cene teh storitev v Republiki Sloveniji.

Člen v petem odstavku določa, da ima zavarovana oseba, ki stalno biva v državi članici, kjer velja pravni red EU med začasnim bivanjem v Republiki Sloveniji enake pravice do zdravstvenih storitev, kot jih imajo vse zavarovane osebe v Republiki Sloveniji.

**K 190. členu (stalno prebivanje v državi, s katero je sklenjen mednarodni sporazum)**

Člen v prvem odstavku določa, da ima zavarovana oseba, ki stalno prebiva v državi v kateri velja mednarodni sporazum pravico do zdravstvenih storitev v skladu z zakonodajo države stalnega bivanja.

Člen v drugem odstavku določa pravico do zdravstvenih storitev za zavarovane osebe iz druge in tretje točke tretjega odstavka 185. člena, v času začasnega bivanja v državi v kateri velja pravni red EU, v državi v kateri velja mednarodni sporazum in kateri od ostalih držav. Ta pravica velja v času zasebnega potovanja ali izobraževanja. Za vse primere velja, da zavarovana oseba uveljavlja pravico do zdravstvenih storitev v skladu z zakonodajo države stalnega bivanja.

Člen v tretjem odstavku določa, da ima zavarovana oseba, ki stalno biva v državi v kateri velja mednarodni sporazum, med začasnim bivanjem v Republiki Sloveniji, pravico do zdravstvenih storitev v obsegu nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči.

**K 191. členu (postopek uveljavljanja pravice do zdravstvenih storitev v času začasnega prebivanja v tujini)**

Člen v prvem odstavku določa, da ima zavarovana oseba pravico do izdaje listine, s katero uveljavlja zdravstvene storitve med začasnim bivanjem v državi, v kateri velja pravni red EU ali državi, s katero je sklenjen mednarodni sporazum. Zahtevo za izdajo listine poda na Zavod, kateri ji v primeru, da izpolnjuje predpisane pogoje, izda listino.

Člen v drugem odstavku določa časovno obdobje izdaje listine, ki je določeno po posameznih kategorijah zavarovanih oseb in eventualnim rizikom, ki ga lahko čas trajanja listine povzroči.

**K 192. členu (pravica do načrtovane zdravstvene storitve v tujini)**

Člen opredeljuje pravice zavarovanih oseb do načrtovanega zdravljenja v tujini. Prve tri oblike zdravljenja v tujini, ki so opredeljene v 192. členu - izčrpane možnosti zdravljenja v Sloveniji; zdravljenje v drugi državi članici EU oziroma državi članici EGP ali Švicarski konfederaciji na podlagi Uredbe 883/2004 oziroma zaradi predolgih čakalnih dob v Sloveniji; in zdravljenje v drugi državi članici EU na podlagi Direktive 24/2011 - pozna že sedaj veljavni zakon, motnja v preskrbi z zdravilom ali živilom, pa je bila do sedaj urejena v pravilih OZZ.

**K 193. členu (pravica do zdravljenja in izdelave pripomočkov v tujini zaradi izčrpane možnosti v Republiki Sloveniji)**

Člen ureja pravico do zdravljenja v tujini, kadar so v Sloveniji izčrpane možnosti zdravljenja, kar je v sedaj veljavnem zakonu urejeno v 44.a členu. Za razliko od sedanje ureditve se skladno s prvim odstavkom zdravljenje šteje za izčrpano takrat, kadar storitve, ki je pravica iz OZZ, ni mogoče zagotoviti pri nobenemu izvajalcu v Sloveniji. Zdravljenje pri tujem izvajalcu se izvede v skladu z njegovim standardom zdravljenja, razen kadar je le-ta nižji od standarda zdravljenja v Sloveniji, pri čemer se kot pravica štejejo tudi zaradi zdravljenja predpisana zdravila in živila ter medicinski in drugi pripomočki, če so vključena v standard tujega izvajalca.

Drugi odstavek opredeljuje pravico zavarovane osebe do nabave medicinskega pripomočka, izdelanega zanjo v tujini ali do povračila stroškov v tujini zanjo izdelanega pripomočka, če le-tega ni mogoče zagotoviti pri vsaj enem dobavitelju ali proizvajalcu pripomočka v Sloveniji. Upošteva se standard tujega izdelovalca pripomočka, ki pa mora biti enak ali višji kot je opredeljen v pravicah OZZ v Sloveniji. Ta odstavek na novo vnaša pravico do nabave pripomočka v tujini, kadar je njegova nabava v Sloveniji, zaradi dejstva, ker v Sloveniji ni izvajalca ali dobavitelja, izčrpana.

Tretji in četrti odstavek jasno opredeljujeta, kdaj se neka zdravstvena storitev ne šteje za izčrpano in sicer, kadar gre za neko metodo, ki se ne izvaja v Sloveniji, se pa izvaja zdravljenje v Sloveniji po drugi metodi in kadar gre za porušeno zaupanje med izvajalcem oziroma dobaviteljem ali proizvajalcem pripomočka in zavarovano osebo. Dosedanje izkušnje pri odločanju o pravici zavarovane osebe do zdravljenja v tujini, zaradi izčrpanih možnostih zdravljenja v Sloveniji so namreč pokazale potrebo, da se ta dva primera izrecno navede v Zakonu, tako da več ne obstaja dvom o tem, ali so navedene situacije razlog za zdravljenje zaradi izčrpanih možnostih zdravljenja v Sloveniji.

Peti odstavek enako kot dosedanji drugi odstavek 44.a člena določa, da OZZ krije stroške zdravljenja v višini dejanskih stroškov zdravljenja v državi, kjer je bilo zdravljenje opravljeno. Na novo, ker so bile v ta člen vnesene določbe o izčrpanih možnostih nabave pripomočka, pa določa, da se tudi izdelani pripomoček krije v višini dejanskih stroškov izdelave.

Ker imajo zavarovane osebe v Sloveniji omejene možnosti zamenjave specialista, pri katerem izvajajo zdravljenje ter, ker so dosedanje izkušnje pri odločanju o zdravljenju v tujini, zaradi izčrpanih možnostih zdravljenja v Sloveniji pokazale potrebo po tem, se v šestem odstavku uredi primere, ko oseba, ki ji bilo odobreno zdravljenje ali izdelava pripomočka v tujini, zaradi izčrpanih možnostih zdravljenja ali izdelave v Sloveniji, le-tega brez utemeljenega razloga ne realizira. Tako zavarovana oseba, ki brez utemeljenega razloga pravice, ki ji je bila odobrena, v tujini ne realizira, nima pravice do ponovnega enakovrstnega zdravljenja v tujini zaradi enakega zdravstvenega stanja oziroma do izdelave istovrstnega pripomočka v tujini, niti do povračila stroškov.

**K 194. členu (pravica do zdravstvene storitve v drugi državi, v kateri velja pravni red EU, zaradi preseganja najdaljše dopustne čakalne dobe ali razumnega časa)**

Člen ureja materijo, ki bila do sedaj urejena v 44.b členu zakona in pomeni deklaratorno določbo, ki potrjuje neposredno uporabo Uredbe 883/2004/ES in Uredbe 987/2009/ES.

V prvem odstavku določa osnovno definicijo pravice, pri čemer enako kot do sedaj pravico do izvedbe storitve oziroma povračila stroškov veže na določeno čakalno dobo pri izvajalcu v Sloveniji.

V drugem odstavku so kot novost iz pravice izključene zdravstvene storitve, ki jih izvajajo osebni zdravniki. Navedeni namreč ne vodijo čakalne sezname, zato je ugotavljanje preseganja čakalnih dob v takih primerih nemogoče.

Enako kot prejšnji člen tudi ta določa, da se zdravstvena storitev opravi v standardu tujega izvajalca, če je le-ta enak ali višji kot je ta opredeljen za zdravstveno storitev iz OZZ.

Zavarovana oseba, ki bo želela izdelati stomato-protetičnih pripomočkov v državi, v kateri velja pravni red EU, bo morala pred izdelavo le-teh ob odobritvi takega zdravljenja pridobiti tudi potrditev načrta protetične rehabilitacije s strani Zavoda skladno s prvim odstavkom 79. člena tega zakona. Ta odobritev predstavlja podlago za uveljavljanje storitve v breme OZZ. Zaradi izenačitve zavarovanih oseb, ki uveljavljajo navedeno storitev v R Sloveniji in zavarovanimi osebami, ki uveljavljajo storitev v tujini, je bila predložitev načrta in njegova potrditev s strani zavoda določena tudi za zavarovane osebek, ki bodo storitev uveljavila v državi v kateri velja pravni red EU.

Zavarovana oseba lahko uveljavi storitev izdelave stomato-protetičnih pripomočkov v državi v kateri velja pravni red EU tudi brez predhodne odobritve načrta s strani zavoda, bo pa odobritev izdelave stomato-protetičnega pripomočka predmet morebitne zahteve zavarovane osebe za povračilo stroškov le tega v državi v kateri velja pravni red EU.

Peti odstavek, enako kot 44.b člen sedaj veljavnega zakona, določa kritje višine stroškov zdravljenja.

**K 195. členu (pravica do čezmejnega zdravstvenega varstva)**

Prva točka prvega odstavka določa, da skladno s 55. členom tega zakona lahko zavarovana oseba uveljavi pravico do zdravstvenih storitev in druge pravice, če ima osebnega zdravnika, ki si ga izbere pri izvajalcu v mreži javne zdravstvene službe v Republiki Sloveniji na podlagi zakona, ki ureja zdravstveno dejavnost, ki ima z zavodom sklenjeno pogodbo za opravljanje določenih zdravstvenih storitev. Osebni zdravniki ima skladno s tem zakonom določene naloge in pristojnosti, ki jih ne more opravljati zdravnik izven RS. Prav tako imamo v RS poseben način obračunavanja stroškov (glavarina), zato bi bil vprašljiv način izračuna povračila stroškov. Institut osebnega zdravnika kot "vratarja" (gatekeeper) ima v Sloveniji že dolgotrajno tradicijo. Tudi po sedaj veljavnem ZZVZZ (80. člen) ima zavarovanja oseba pravico do proste izbire osebnega zdravnika pri izvajalcu, ki ima z ZZZS podpisano pogodbo o izvajanju zdravstvenih storitev v breme OZZ. Osebni zdravnik ima skladno z zakonom določena pooblastila (npr. predpisovanje zdravil na recept, odobritev bolniškega staleža, napotitev k specialistu), pri tem pa mora upoštevati slovenske predpise na področju zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja ter navodila ZZZS, kateri lahko tudi pri njem izvaja nadzor nad nudenjem zdravstvenih storitev iz 23. člena ZZVZZ in drugih storitev, ki se financirajo iz OZZ. Zaradi navedenega se zdravstvene storitve, ki jih opravlja osebni zdravnik skladno s tem zakonom ne morejo šteti med pravice do čezmejnega zdravstvenega varstva po Direktivi 2011/24/EU.

V drugi točki prvega odstavka je določeno, da se Sloveniji iz naslova OZZ/proračuna financirajo državni presejalni programi za rak Zora, Dora, Svit, ki so učinkoviti pri zgodnjem odkrivanju raka in preprečujejo zmanjšanje umrljivosti med redno pregledovano slovensko populacijo. Ker gre za organizirano populacijsko presejanje (na podlagi vabil), ne more biti predmet čezmejnega zdravstvenega varstva.

V skladu s tretjim odstavkom 1. člena zgoraj navedene direktive se ta direktiva ne uporablja za javne programe cepljenja proti nalezljivim boleznim, katerih izključni cilj je zaščita zdravja prebivalstva na ozemlju države članice in ki so v skladu s posebnimi načrtovalnimi in izvedbenimi ukrepi. V Republiki Sloveniji se vsako leto sprejme pravilnik o določitvi programa cepljenja in zaščite z zdravili za tekoče leto, katerega sestavni del je program.

V skladu s tretjim odstavkom 1. člena Direktive 2011/24/EU se ta direktiva ne uporablja za dodelitev in dostop do organov za namene presaditve organov.

V skladu s tretjim odstavkom 1. člena Direktive 2011/24/EU se ta direktiva ne uporablja za storitve na področju dolgotrajne oskrbe, katerih namen je podpora ljudem, ki potrebujejo pomoč pri opravljanju vsakodnevnih, rutinskih opravil. med te storitve štejemo tudi zdravstvene storitve dolgotrajne oskrbe, neakutne bolnišnične obravnave ter zdravstvene storitve v socialno varstvenem zavodu, vzgojno izobraževalnem zavodu, zavodu za prestajanje kazni zapora in prevzgojnem domu. zaradi narave teh storitev (vse niso niti zdravstvene), načina zagotavljanja in izvajanja te storitve niso predmet čezmejnega zdravstvenega varstva.

Smiselno enako kot po veljavni ureditvi (šesta alineja tretjega odstavka 44.c člena ZZVZZ) tudi ZZVZZ-1 določa, da zavarovana oseba nima pravice do povračila stroškov nabave pripomočkov v primeru čezmejnega uveljavljanja zdravstvenih storitev pri pripomočkih, ki se jih v RS prejme v izposojo. Gre za pripomočke, ki so po uporabi pri eni zavarovani osebi še vedno funkcionalno ustrezni za uporabo pri drugi zavarovani osebi oziroma se z majhnimi posegi lahko usposobijo za uporabo pri drugi zavarovani osebi. V teh primerih gre tudi za pripomočke, ki jih nekatere zavarovane osebe potrebujejo krajši čas (eden izmed kriterijev za upravičenost je začasna funkcijska prizadetost), kot je njihova predvidena življenjska doba (npr. potrebuje voziček 1 leto, življenjska doba pa je 5 let). Navedeno pomeni, da se zavarovanim osebam zagotavljajo funkcionalno ustrezni pripomočki z manjšimi stroški, kot če bi zavarovana oseba vedno prejela novega v svojo last.

Zavod ureja izposojo v pogodbi z dobavitelji v RS. Ti pripomočki so last dobaviteljev, Zavod pa plačuje dnevni najem. V strošek izposoje so vključeni tudi stroški vzdrževanja, popravil in morebitnih prilagoditev, ki so potrebni za zagotavljanje funkcionalne ustreznosti pripomočka. Menimo, da izvajanje izposoje na navedeni način ni izvedljivo v evropskem prostoru, saj bi to bilo potem potrebno urediti s pogodbami z dobavitelji v različnih državah, kar je nerealno. Če dobavitelje ne bi zavezali s pogodbo k t. i. dnevnemu najemu, potem bi ob vsaki izdaji zaračunali prodajno ceno pripomočka (tako kot v ostalih primerih pripomočkov, ki si jih lahko zavarovane osebe nabavijo v tujini). Če pa bi Zavod zavarovani osebi za pripomoček, ki je predmet izposoje, povrnil strošek nabavljenega pripomočka v tujini (torej prodajno ceno vedno novega pripomočka), bi zavarovane osebe, ki so si nabavile pripomoček v tujini, postavil v privilegiran položaj glede na zavarovane osebe, ki so si pripomoček izposodile v RS. S stališča zavarovanih oseb je za pripomočke, ki so predmet izposoje, bližina dobavitelja prebivališču zavarovane osebe pomemben dejavnik, ko gre za vzdrževanja in popravila.

**K 196. členu (načini uveljavljanja čezmejne zdravstvene storitve)**

Tako prvi odstavek opredeli listine, na podlagi katerih je mogoče uveljavljati pravico do čezmejnega zdravstvenega varstva. Kot pomembno novost v primerjavi z dosedanjo ureditvijo je potrebno omeniti možnost, da zavarovana oseba pravico uveljavi tudi na podlagi napotnice EU, torej napotnice, ki jo zavarovani osebi v okviru storitve čezmejnega zdravstvenega varstva izda izvajalec v drugi državi članici EU.

Drugi odstavek določa izjemo od prvega odstavka, saj pri bolnišničnih obravnavah, ki zahtevajo prenočitev pri tujem izvajalcu, ter pri zdravstvenih storitvah, ki zahtevajo uporabo visoko specializirane in medicinske infrastrukture ali medicinske opreme, vključno z dragimi zdravili, živili in pripomočki, zahteva predhodno odobritev Zavoda. Navedena določba je skladna z določbami Direktive 2011/24/EU ter dosedanjo ureditvijo 44.c člena veljavnega zakona.

Tretji odstavek enako kot dosedanji četrti odstavek 44.c člena veljavnega zakona opredeljuje razloge za zavrnitev predhodne odobritve, dodaja pa novo omejitev in sicer, kadar bo zdravstveno storitev opravil tuj izvajalec, glede katerega obstajajo resni in konkretni pomisleki v zvezi s spoštovanjem standardov in smernic glede kakovosti, varnosti in nadzora nad izvajanjem zdravstvenih storitev. Pri dosedanjem izvajanju pravice čezmejnega zdravstvenega varstva so se namreč zgodili primeri, ko so zavarovane osebe uveljavljale zdravstvene storitve pri izvajalcu, pri katerih so je naknadno ugotovilo, da so bile storitve opravljene malomarno in v določenih primerih celo na življenjsko ogrožajoči način..

Četrti odstavek pomeni prenos člena 8(3) Direktive 2011/24/EU, ki določa, da glede zahtevka za predhodno odobritev, ki ga zavarovana oseba vloži z namenom, da bi bila deležna čezmejnega zdravstvenega varstva v drugi državi članici EU, država članica zdravstvenega zavarovanja (v konkretnem primeru RS) preveri, ali so izpolnjeni pogoji iz Uredbe (ES) št. 883/2004 (to so pogoji iz drugega pododdelka) in v tem primeru odobri predhodno odobritev v skladu z navedeno uredbo (torej na podlagi pododdelka), razen če pacient ne zahteva drugače.

Peti in šesti odstavek enako kot dosedanji 44.c člena veljavnega zakona opredeljujeta obveščanje javnosti o nastopu okoliščin za zavrnitev predhodne odobritve ter določitvi seznam dragih zdravstvenih storitev.

**K 197. členu (omejitev čezmejnega zdravstvenega varstva)**

Člen enako kot dosedanji 44.e člena veljavnega zakona določa možnost ministra za zdravje, da določi omejitve čezmejnega zdravstvenega varstva.

**K 198. členu (uveljavljanje zdravstvene storitve pri čezmejnem zdravstvenem varstvu)**

Prvi odstavek pomeni konkretizacijo prvega in drugega odstavka 196. člena tega zakona.

Drugi odstavek določa opredelitev pojma napotnica EU.

Kot je razvidno iz prve točke prvega odstavka tega člena, lahko zavarovana oseba v primerih iz petega odstavka 129. člena čezmejno zdravstveno varstvo uveljavi tudi brez napotnice. Ker ji lahko izvajalec v drugi državi članici EU v okviru izvajanje navedenih storitev izstavi napotnico, je v tretjem odstavku tega člena opredeljena pravica zavarovane osebe, da lahko čezmejno zdravstveno varstvo uveljavi na podlagi napotnice EU, tudi če ni bila predhodno izdana napotnice izvajalca iz Slovenije. To velja seveda samo v primeru čezmejnega uveljavljanja storitev iz drugega odstavka 128. člena tega zakona.

Skladno z določbami Direktive 2011/24/EU mora biti zavarovanim osebam zagotovljena možnost nadaljevanja zdravljenja v Sloveniji, če so uveljavljale čezmejno zdravstveno varstvo. Ker ji lahko, kot je to navedeno zgoraj, izvajalec v drugi državi članici EU v okviru storitev, na katere je bila napotena, oziroma jih je uveljavljala brez napotnice, pod pogoji določenimi zgoraj, izda napotnico EU, je v četrtem odstavku določeno, da ima zavarovana oseba pravico s tako napotnico uveljavljati storitve pri izvajalcu v Sloveniji. Seveda veljajo enaki pogoji, kot veljajo za uveljavljanje storitev z napotnico, ki jo izda slovenski izvajalec.

Peti in šesti odstavek 198. člena določata pravico do povračila stroškov opravljenega čezmejnega zdravstvenega varstva bodisi na podlagi napotnice EU ali na podlagi predhodne izdane odločbe Zavoda.

Zavarovana oseba, ki bo v okviru čezmejnega zdravstvenega varstva želela izdelati stomato-protetične pripomočke v državi članici EU, bo morala pred izdelavo le-teh ob odobritvi takega zdravljenja pridobiti tudi potrditev načrta protetične rehabilitacije s strani Zavoda skladno s prvim odstavkom 72. člena tega zakona. Ta odobritev predstavlja podlago za uveljavljanje storitve v breme OZZ. Zaradi izenačitve zavarovanih oseb, ki uveljavljajo navedeno storitev v Sloveniji in zavarovanimi osebami, ki uveljavljajo storitev v tujini, je bila predložitev načrta in njegova potrditev s strani zavoda določena tudi za zavarovane osebek, ki bodo storitev uveljavila v državi članici EU. Zavarovana oseba lahko uveljavi storitev izdelave stomato-protetičnih pripomočkov v državi članici EU tudi brez predhodne odobritve načrta s strani zavoda, bo pa odobritev izdelave stomato-protetičnega pripomočka predmet morebitne zahteve zavarovane osebe za povračilo stroškov le tega v državi članici EU, kot to izhaja iz sedmega odstavka 198. člena.

Osmi odstavek natančneje opredeljuje pogoje, pod katerimi ima zavarovana oseba pravico do povračila stroškov zdraviliškega zdravljenja, ki ga je uveljavila v drugi državi članici EU v skladu z Direktivo 2011/24/EU. Stroški tega zdravljenja bodo zavarovani osebi povrnjeni, če bo zdraviliško zdravljenje uveljavila v drugi državi članici EU na podlagi in v skladu s predhodno izdano odločbo zavoda o odobritvi zdraviliškega zdravljenja. V tem primeru se odločba zavoda o odobritvi zdraviliškega zdravljenja ne upošteva le v delu, ki določa naziv zdravilišča v RS. Zaradi jasnosti ureditve je posebej navedeno, da zavod izda odločbo o odobritvi zdraviliškega zdravljenja le na predlog pooblaščenega zdravnika, torej zdravnika pri izvajalcu v RS, ki je v skladu s pravili pooblaščen predlagati zdraviliško zdravljenje.

Deveti odstavek določa višino povračila opravljenega čezmejnega zdravstvenega varstva v državi članici EU tako, da ima zavarovana oseba pravico do povračila dejanskih stroškov, kadar so le-ti nižji od povprečne vrednosti storitve v Sloveniji, veljavne na dan opravljene storitve.

**K 199. členu (uveljavljanje pripomočkov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu)**

Določba podobno kot predhodno veljavni 135.d. člen Pravil ureja pravico zavarovanih oseb do pripomočkov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu. Vsebinsko pomembnejših sprememb glede na prej veljavno ureditev ni.

Poleg pravice do pripomočka na naročilnico in odločbo (imenovanega zdravnika) o pravici do pripomočka pred iztekom je opredeljena tudi pravica na naročilnico EU. Tudi naročilnica EU ni novost glede na določbe Pravil, je pa opredeljena skladno z (novo) opredelitvijo pripomočka in naročilnice in jo poleg pristojnega zdravnika lahko izda tudi drugi zdravstveni delavec.

Tako kot predhodno je določeno tudi, da zavarovani osebi v primeru odločanja o funkcionalni ustreznosti ob nabavi v drugi državi članici EU ni potrebno pridobiti predhodno izdane odločbe o odobritvi funkcionalno ustreznega pripomočka, temveč bo Zavod o tem odločal kot o predhodnem vprašanju ob zahtevku za povračilo stroškov nabave pripomočka. To pomeni, da zavarovana oseba v takem primeru sama prevzame riziko morebitne kasnejše zavrnitve zahteve funkcionalno ustreznega pripomočka in posledično zavrnitev zahtevka za povračilo stroškov nakupa pripomočka v drugi državi članici EU.

Zakon pri tej določbi navaja tudi standard dragih zdravstvenih storitev, ki pa glede pripomočkov doslej ni zaživel in tudi v času priprave te obrazložitve ni znakov za drugačno ureditev.

**K 200. členu (uveljavljanje zdravil in živil pri čezmejnem zdravstvenem varstvu)**

Ta določba v celoti povzema sedaj veljavno ureditev, ki pa je bila vsebovana v podzakonskem aktu.

**K 201. členu (pravica do nakupa zdravila in živila v tujini zaradi motnje v preskrbi)**

Ta člen ureja povračilo stroškov vrednosti zdravila in živila, ki ga v RS predpiše na recept pooblaščeni zdravnik, zavarovana oseba pa ga kupi v tujini, ne glede na to, ali gre za državo članico EU, drugo državo, v kateri velja pravni red EU, ali za tretjo državo. Prenesen je iz POZZ in dopolnjen.

V prvem odstavku je za uveljavljanje pravice določen pogoj, da je zdravilo kupljeno v tujini zaradi motnje z njegovo preskrbo na trgu RS. Zaradi jasnosti ureditve je na novo določen pogoj, da zdravila ni mogoče zamenjati z drugim zdravilom s seznama skupin zdravil s splošnim imenom. Da ni mogoča ustrezna zamenjava, ugotovi farmacevt v lekarni v RS ob nameravanem prevzemu zdravila in živila ali zdravnik ob predpisu recepta. Zavarovani osebi se izda potrdilo lekarne v RS o moteni preskrbi z zdravilom oz. se motnja v preskrbi v označi v elektronskem receptu v lekarni. Potrdilo je na novo opredeljeno kot "potrdilo o deficitarnosti". Glede na veljavna pravila je črtana zahteva, da se to potrdilo izda na zadnji strani recepta, kar je posledica uvedbe e-recepta. Na novo je določen rok, v katerem mora biti izdano potrdilo o deficitarnosti – pred nakupom zdravila v roku, ki sicer velja za prevzem zdravila v lekarni v RS.

Zaradi uvedbe e-recepta in ker med RS in drugimi državami ni vzpostavljena elektronska izmenjava receptov, lahko zavarovana oseba uveljavlja pravico v tujini le na podlagi papirnatega recepta. Zato je določen rok, v katerem se zavarovani osebi na njeno zahtevo lahko predpiše papirnati recept. Posledično je določen rok, v katerem mora na podlagi papirnatega recepta kupiti zdravilo v tujini. Oba roka sta enaka in tečeta sočasno. Zaradi čim hitrejšega začetka zdravljenja s predpisanim zdravilom je določen najdaljši 14-dnevni rok od izteka roka za prevzem zdravila v RS. Če je torej zavarovani osebi predpisano zdravilo na e-recept, mora zaradi uveljavljanja pravice iz tega člena najpozneje v 14 dneh po roku za prevzem zdravila v RS zahtevati predpis papirnatega recepta in na njegovi podlagi v tem roku tudi kupiti zdravilo v tujini. To določilo je sicer navedeno v tretjem odstavku tega člena, vendar pa ga zaradi jasnosti obrazlagamo tukaj.

Tretji odstavek, določa, da lahko zavarovana oseba v primeru, da je imela predpisan e-recept in je zdravilo deficitarno, prejme papirnati recept le ob pogoju, da na podlagi e-recepta še ni bila izdana predpisana količina. Zavarovani osebi lahko predpiše papirnati recept zdravnik, ki je predpisal elektronski recept ali namesto njega osebni splošni zdravnik oziroma osebni otroški zdravnik, ki pa je ob izdaji papirnatega recepta dolžan zaključiti elektronski recept, da ne bi prišlo do podvojitve izdaje zdravila in živila.

Četrti odstavek določa, da zavarovana oseba lahko na podlagi predpisanega recepta iz prvega odstavka v 14 dneh po roku za predložitev recepta ali v obdobju veljavnosti obnovljivega recepta tudi v lekarni v RS dvigne zdravilo, če predloži potrdilo o deficitarnosti oz. je v zaključenem elektronskem receptu označeno, da je zdravilo bilo deficitarno. Ta člen je bil na novo dodan iz praktičnih razlogov, saj se lahko zgodi, da v vmesnem času od pridobitve potrdila o deficitarnosti in odločitve nakupa zdravila v tujini zdravilo pride na trg in ni potreben odhod v tujino. V primeru izdaje lekarna potrdilo shrani skupaj z receptom.

Peti odstavek določa, da se določbe tega člena smiselno uporabljajo, če je zdravilo predpisano na recept EU.

Šesti odstavek določa višino povračila stroškov vrednosti zdravila in živila, ko je kupljeno v tujini v skladu s prvim odstavkom tega člena. Glede na razlog nakupa zdravila v tujini (motena preskrba v RS), se stroški vrednosti zdravila zavarovani osebi povrnejo do višine dejanskih stroškov v državi, v kateri je bilo kupljeno.

Sedmi odstavek določa, da se določbe tega člena smiselno uporabljajo tudi za živila.

**K 202. členu (pravica do spremstva pri načrtovani zdravstveni storitvi v tujini)**

Člen opredeljuje pravico do spremstva, kadar zavarovana oseba uveljavlja pravico do načrtovanega zdravljenja v tujini. Pri tem zakon kot novost priznava pravico do spremstva tudi v primeru zavarovane osebe nad 18 let starosti. pa ji Zakon priznava pravico do spremstva, kadar uveljavlja pravico do zdravljenja na podlagi 192. in 193. člena Zakona, na poti na zdravljenje in nazaj ter za čas bivanja, če tako spremstvo zahteva njeno zdravstveno stanje.

**K 203. členu (pravica do denarnega nadomestila pri načrtovani zdravstveni storitvi v tujini)**

Člen določa pravico zavarovane osebe in spremljevalca zavarovane osebe, ki uveljavlja pravico do denarnega nadomestila za čas uveljavljanja pravice zavarovane osebe.

**K 204. členu (pravica do povračila prevoznih stroškov pri načrtovani zdravstveni storitvi v tujini)**

Člen ureja pravico do povračila prevoznih stroškov. Ureditev je spremenjena glede na veljavna Pravila OZZ.

Prvi odstavek opredeljuje pravico zavarovane osebe, ki uveljavlja pravico iz 193. člena zakona, do povračila prevoznih stroškov za razdaljo od kraja njenega prijavljenega bivališča, do naslova tujega izvajalca, ki je bil določen v odločbi, s katero je Zavod zavarovani osebi odobril zdravljenje.

Drugi odstavek pa opredeljuje pravico do povračila prevoznih stroškov zavarovane osebe, ki uveljavlja pravico iz 194. člena zakona, in sicer za najkrajšo razdaljo od kraja prijavljenega bivališča, do naslova izvajalca, ki je bil določen v odločbi, s katero je zavod zavarovani osebi odobril zdravljenje oziroma do izvajalca, pri katerem je zavarovana oseba uveljavljala pravico, kadar le-ta v odločbi Zavoda ni bil določen.

Tretji odstavek istega člena opredeljuje pravico zavarovane osebe, ki ji je bilo odobreno spremstvo, do povračila prevoznih stroškov za spremljevalca pri čemer razlikuje različne primere.

V četrtem odstavku so opredeljene višine povračil za prevozne stroške, v odvisnosti od uporabljenega prevoznega sredstva.

Peti odstavek določa, da se v primeru, da zavarovana oseba in spremljevalec k tujemu izvajalcu potujeta z osebnim avtomobilom ali skupnim avtotaksi prevozom prevozni stroški povrnejo v enkratnem znesku. To pomeni, da ni mogoče, da bi se prevozni strošek v primeru prevoza z osebnim avtomobilom ali avtotaksi prevozom povrnil zavarovani osebi in spremljevalcu posebej. Taki prevozni se štejejo kot enkratni prevoz.

Šesti odstavek ureja primere, kadar ima oseba (zavarovana oseba ali spremljevalec) več prijavljenih prebivališč.

Ne glede na določbe prvega, drugega, tretjega ali šestega odstavka, pa se pri povračilu prevoznih stroškov, skladno s sedmim odstavkom, upošteva razdalje od kraja ali do kraja, iz katerega je oseba dejansko potovala, če je le-ta krajša od razdalje med prijavljenim prebivališčem in naslovom izvajalca.

V osmem odstavku je določena pravica zavarovane osebe in njenega spremljevalca, do povračila prevoznih stroškov od naslova bivanja v tujini do naslova izvajalca.

V devetem odstavku je na novo urejeno povračilo nujno potrebnih stroškov prevoza posmrtnih ostankov zavarovane osebe v Republiko Slovenijo, če le ta umre med uveljavljanjem pravice do zdravljenja in izdelave medicinskega pripomočka v tujini zaradi izčrpanih možnosti v Republiki Sloveniji.

Po desetem odstavku Zavod določi daljinomer za izračun razdalje za povračilo prevoznih stroškov.

Skladno z enajstim odstavkom gredo povračila prevoznih stroškov, kadar zavarovano osebo na zdravljenje ali iz zdravljenja spremlja pristojni zdravnik ali pristojni zdravstveni delavec, v breme izvajalca pri katerem je zaposlen zdravnik ali zdravstveni delavec. Te stroške poravna izvajalec sam.

12. odstavek podobno kot 183. člen določa preračun tujih valut v evre, kadar zavarovane osebe uveljavljajo zdravstvene storitve v državi, kjer evro ni uradna valuta in ni uradno plačilno sredstvo.

**K 205. členu (pravica do povračila stroškov prehrane in nastanitve pri načrtovani zdravstveni storitvi v tujini)**

Člen ureja pravico do povračila stroškov prehrane in nastanitve, pri načrtovani zdravstveni storitvi v tujini. Ureditev je spremenjena glede na veljavna Pravila OZZ, saj je omogočeno višje povračilo.

V prvem odstavku je natančno določena višina povračila stroškov prehrane, v drugem odstavku pa višina stroškov nastanitve pri načrtovani zdravstveni storitvi v tujini.

V tretjem odstavku so na novo urejeni primeri, v katerih je zavarovana oseba, ob primerih iz prejšnjih odstavkov, še upravičena do povračila prevoznih stroškov ter stroškov nastanitve in prehrane.

Četrti in peti odstavek urejata pravico do povračila prevoznih stroškov in stroškov prehrane in nastanitve zavarovane osebe za spremljevalca.

Peti odstavek podobno kot enajsti odstavek prejšnjega člena ureja stroške prehrane in nastanitve, ki jih ima pristojni zdravnik ali zdravstveni delavec, ki spremlja zavarovano osebo na zdravljenje v tujini.

Za otroke do šest let starosti, skladno s sedmim odstavkom, znaša višina povračila stroškov prehrane in nastanitve, polovico zgoraj navedenih zneskov. Taka ureditev je skladna z dejstvom, da so stroški nastanitve v tujini za otroke do šest let praviloma nižji, enako velja tudi za stroške prehrane.

**K 206. členu (mnenje o načrtovani zdravstveni storitvi v tujini)**

Člen opredeljuje vprašanja, ki so lahko predmet obravnave konzilija terciarja. Navedena vprašanja so lahko bistvena pri odločanju o pravici po 192. ali 193. členu.

**K 207. členu (odločba o načrtovani zdravstveni storitvi v tujini)**

Člen določa o čem mora Zavod v odločbi odločiti ter kdaj in kako mora zagotoviti zavarovani osebi pravico do načrtovanih zdravstvenih storitev v tujini neposredno v breme OZZ, torej tako, da ji za storitev ni potrebno plačati ničesar.

Ker vse zavarovane osebe, ki so jim bile priznane pravice do zdravljenja na podlagi 193. oziroma 194. člena niso zmožne same nositi predhodnega breme plačila stroškov prevoza, prehrane in nastavitve, jim lahko Zavod, za namen pokritja teh stroškov, nakaže znesek akontacije.

Tretji odstavek pomeni deklaratorno odločbo, saj se s tem odstavkom prenaša postopek, ki ga za uveljavljanje načrtovanih storitev v državi, v kateri velja pravni red EU, predpisujeta Uredba 883/2004/ES in Uredba 987/2009/ES.

**K 208. členu (odločanje Zavoda o posebni pravici do zdravstvenega varstva)**

Predmet OZZ so pravice, ki se krijejo iz sredstev OZZ, ker temeljijo na zavarovalnih tveganjih, ki so predmet OZZ. Poleg pravic iz OZZ pa so v sistemu zdravstvenega varstva določene tudi druge pravice, ki niso pravice OZZ. Predlog zakona takšno drugo pravico poimenuje "posebna pravica do zdravstvenega varstva" (3. člen predloga zakona). Gre za pravice, ki ne temeljijo na zavarovalnih tveganjih, ki so predmet OZZ (zavarovanje za primer bolezni in poškodbe). Njihov temelj je interes države na posebnih področjih zdravstvenega varstva, ki je v javnem interesu (na primer dejavnosti preskrbe s krvjo) ali na posebnem varstvu določenih kategorij oseb (na primer invalidov, določenih kategorij športnikov, vojnih invalidov, vojnih veteranov in žrtev vojnega nasilja). Med te posebne pravice do zdravstvenega varstva, ki niso pravice iz OZZ, sodita tudi nova posebna pravica do pripomočka v višjem standardu in posebna pravica do denarnega prejemka za dan darovanja krvi, ki se krijeta iz sredstev državnega proračuna.

Kljub temu, da pri obeh pravicah ne gre za pravici iz OZZ, bo na podlagi tega člena o njiju odločal Zavod, saj že sicer odloča o pravici do pripomočka, ki je pravica iz OZZ oziroma ker je že do sedaj odločal o nadomestilu plače za dan darovanja krvi.

**K 209. členu (posebna pravica do pripomočka v višjem standardu)**

Zakon povsem na novo pri nekaterih vrstah pripomočkov, ki jih bo s splošnim aktom določil Zavod, kot eno izmed posebnih pravic do zdravstvenega varstva določa pravico zavarovane osebe do pripomočka v višjem standardu.

Mišljen je pripomoček, katerega cena presega standardno (cenovni standard, pogodbena cena, …), ga pa zavarovana potrebuje, da se ji omogoči ali ohranja njena zmožnost za delo ali omogoči lažja uporaba pripomočka v bivalnem okolju. Ker navedeni razlogi potrebe po dražjem pripomočku niso zdravstveni, se del, ki se nanaša na višji standard, ne zagotavlja iz zdravstvene blagajne, temveč iz državnega proračuna.

Ker gre vendarle za vrsto pripomočka, ki je v osnovi pravica iz zdravstvenega zavarovanja, se ga bo zagotavljalo enako kot druge pripomočke na naročilnico, zavarovana oseba pa bo morala na Zavod podati še vlogo za odobritev višjega standarda.

Če bo zavarovano oseba tak pripomoček nabavila v drugi državi članici EU pri čezmejnem zdravstvenem varstvu, predhodna izdaja odločbe o odobritvi višjega standarda ne bo nujna (zavarovana oseba se bo sama odločila, ali jo predhodno odobritev zahtevala), temveč bo Zavod o tem odločal kot o predhodnem vprašanju ob zahtevku za povračilo stroškov nabave pripomočka. V takem primeru pa zavarovana oseba sama prevzame riziko morebitne kasnejše zavrnitve zahteve po višjem standardu pripomočka in posledično zavrnitev zahtevka za povračilo stroškov nakupa.

1. **(posebna pravica do nadomestila prejemka za dan darovanja krvi)**

Določba ureja posebno pravico do nadomestila prejemka za dan darovanja krvi, ki je bilo do sedaj določeno v ZDR-1. Novo je, da se navedeno nadomestilo zagotavlja ne le za dan, ko zavarovanec daruje krvi, temveč tudi v primeru darovanja plazme in krvotvornih matičnih celic, to pravico pa poleg delavcev v delovnem razmerju imajo tudi zavarovanci, ki so zavarovani kot samozaposlene osebe, družbeniki in ustanovitelji, ki so poslovodne osebe, osebe, ki opravljajo kmetijsko dejavnost ter osebe, ki opravljajo rejniško ali versko dejavnost.

Sam postopek uveljavljanja navedene pravice ostaja enak, zavarovancem to nadomestilo izplačuje Zavod, in sicer v breme proračuna (346. člen), slednja ureditev pa predstavlja novost.

1. **(pristojnost imenovanega zdravnika in zdravstvene komisije)**

V postopku uveljavljanja pravice do pripomočka imenovani zdravnik enako kot doslej še vedno odloča o pripomočku pred iztekom trajnostne dobe, ker ni več zakonske pravne podlage za zahtevnejše pripomočke (4. alineja drugega odstavka 81. čl. ZZVZZ), je s tem odpadla ena od pristojnosti imenovanih zdravnikov in zdravstvene komisije.

Imenovani zdravnik ni več pristojen za podajo pisnega mnenja o upravičenosti izdaje zdravniškega o upravičeni odsotnosti z naroka glavne obravnave ali drugega procesnega dejanja pred sodiščem, kar je sedaj to naloga posebne zdravniške komisije, ki jo imenuje minister, pristojen za zdravje, v skladu z zakonom, ki ureja izvrševanje kazenskih sankcij, kot je to določeno v 480. in 481. členu.

Pristojnosti imenovanega zdravnika glede odločanja v primeru začasne zadržanosti od dela so bolj podrobno opredeljene v 165. in 247. členu tega zakona.

V navedenem členu so vsebovane tudi postopkovne določbe, ki so skupne v vseh primerih, ko odloča imenovani zdravnik oziroma zdravstvena komisija, in se razlikujejo od določb, ki jih glede teh vprašanj vsebuje zakon, ki ureja splošni upravni postopek. Ta se namreč uporablja subsidiarno – t.j. v primeru, če v predmetnem zakonu ni drugače določeno.

Glede na to, da je pravica do zadržanosti od dela vezana na ugotovljeno upravičeno zadržanosti od dela v skladu z zdravstvenimi predpisi, da gre v primeru zdraviliške rehabilitacije za zagotovitev storitve, ki jo zavarovana oseba zaradi napredka v zdravstvenem stanju potrebuje čim prej in da gre v primeru odločanja upravičenosti do medicinskega pripomočka za pripomoček, ki zavarovancu pomaga pri normalnem funkcioniranju, je potrebno zagotoviti hitro odločanje. Tako so postavljeni kratki roki za odločanje. Za izdajo odločbe na prvi stopnji je tako predviden 8 dnevni rok, ki se šteje od prejema popolnega predloga oziroma vloge (ne dveh mesecih od prejema vloge, kot je postavljen rok za izdajo upravne odločbe v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, saj bi bile zavarovancu z neažurno izdajo odločb dejansko onemogočeno uveljavljanje pravic). Še krajši, 5 dnevni rok, je določen za izdajo odločbe o pravici do zdraviliške rehabilitacije, ki je nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja (kot izhaja iz samega naziva, gre za rehabilitacijo, ki je nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, ki se odobri, kadar je zdravstveno stanje zavarovane osebe takšno, da zahteva takojšnjo rehabilitacijo, t.j. takoj po zaključku bolnišničnega zdravljenja). Tudi za izdajo odločbe na drugi stopnji je zaradi potrebe po hitrem odločanju postavljen kratek rok za določanje 8 dni (in ne dva meseca kot je to določeno v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek). Glede navedenega zakon predlagane določbe sledijo dosedanji ureditvi.

Zaradi zgoraj navedenih razlogov je določen tudi krajši za vložitev rednega pravnega sredstva. Rok za podajo pritožbe tako znaša pet delovnih dni. Poleg tega je določeno tudi, da pritožba ne zadrži izvršitve (nesuspenzivnost pritožbe), saj bi to pomenilo administrativno podaljševanje zadržanosti od dela na eni strani, oziroma nezagotavljanje medicinskih pripomočkov, ko jih zavarovana oseba potrebuje na drugi strani. Izjema je na novo določena pri pravici do zdraviliške rehabilitacije, zaradi učinka, ki ga lahko povzroči nesuspenzivnost, saj ta lahko povzroči, da je zavarovani osebi odvzeta pravica do pritožbe, saj mora le-ta nastopiti zdraviliško rehabilitacijo, čeprav o pritožbi pa še ni odločeno.

1. **(sodno varstvo zoper odločbo zdravstvene komisije)**

Zoper odločbo zdravstvene komisije je dovoljeno sodno varstvo. S to določbo se ureja situacija, ko zdravstvena komisija ne izda odločbe v predpisanem roku in tega ne stori niti na novo pisno zahtevo zavarovane osebe (molk organa). V tem primeru lahko zavarovana oseba vloži tožbo, kot če je njena pritožba zavrnjena. Namen določbe je varovati pravni položaj zavarovane osebe, ki ji ni bila izdana odločba, da ne bi bila v slabšem položaju glede na zavarovano osebo, ki je odločbo prejela in lahko uveljavlja sodno varstvo, če z odločitvijo ni zadovoljna. Odločbo, ki v tem primeru ni bila izdana, nadomesti fikcija, da je bila pritožba zavrnjena.

1. **(pristojnost območne enote in Direkcije Zavoda)**

Določba ureja pristojnost območne enote in Direkcije, ki se ne spreminjajo glede na dosedanjo ureditev.

1. **(rok za uveljavljanje denarnih dajatev)**

Zakon do sedaj ni posebej določal zastaralnih rokov v zvezi z uveljavljanjem izplačila nadomestila med začasno zadržanostjo od dela oziroma povračila v zvezi z uveljavljanjem posameznih pravic iz OZZ, temveč so se uporabljali roki, določeni z Obligacijskim zakonikom (Uradni list RS, št. 97/07 – uradno prečiščeno besedilo, 30/07 U-I-207/08-10, Up-2168/08-12, v nadaljnjem besedilu: OZ). Zastaralni rok za zastaranje terjatev iz naslova denarnega nadomestila, ki je občasna terjatev po 347. členu Obligacijskega zakonika je tri leta od zapadlosti vsakega posameznega zneska nadomestila, za druge terjatve iz OZZ pa se je uporabljal splošni zastaralni rok – 5 let.

S to določbo se določa enoten enoletni zastaralni rok in začetek zastaranja. S tako kratkim rokom se želi doseči večja odgovornost zavarovanih oseb pri uveljavljanju svojih pravic, istočasno pa je namen, da lahko Zavod ustrezno, sproti planira finančna sredstva za pokritje svojih obveznosti do zavarovanih oseb.

1. **(legitimirane osebe za uveljavljanje denarnih dajatev)**

Obrazložitev podana pri 54. členu.

1. **(uporaba zakona, ki ureja splošni upravni postopek)**

Zakon, ki ureja splošni upravni postopek, določa, da ga je potrebno uporabljati, kadar se določa o upravnih zadevah, vendar dopušča, da se posamezna vprašanja upravnega postopka v posebnem zakonu drugače urejena, če je to potrebno. Posebnosti so lahko urejene zaradi prilagoditve obstoječega instituta v ZUP, ukinitve določenega instituta ZUP ali vzpostavitve instituta, ki ga ZUP ne pozna. Ravno tako so lahko natančneje opredeljene pristojnosti in druga vprašanja postopka. Glede na to, da gre pri odločanju o pravicah iz OZZ za posebno naravo pravic, je bilo potrebno določene institute prilagoditi (npr. krajši pritožbeni roki) oziroma vzpostaviti določene nove institute (npr. neprava obnova postopka). Če s tem zakonom ni drugače določeno, pa se uporablja zakon, ki ureja splošni upravni postopek.

1. **(uporaba določb zakona glede odločanja o začasne zadržanosti od dela)**

Nekatere določbe tega zakona, ki se sicer nanašajo na odločanje o začasni zadržanosti od dela se lahko smiselno uporabljajo tudi v preostalih zadevah, za katere je pristojen imenovani zdravnik oziroma zdravstvena komisija (t.j. npr. določilo glede oprave osebnega pregleda, glede neprave obnove postopka).

**K 218. členu (vloga)**

Podrobneje je določeno, kdaj se šteje, da je vloga popolna. ZUP sicer določa splošne podatke, ki jih mora vsebovati vsaka vloga, pri čemer tudi določa, da je pri vsebini vloge potrebno upoštevati tudi zahteve za posamezne sestavine, ki jih določa zakon ali drugi predpis. Posebne sestavine vlog, s katerimi zavarovane osebe uveljavljajo pravice iz OZZ na podlagi pooblastila iz tega člena lahko določi Zavod s splošnim aktom.

**K 219. členu (obvestilo o izplačilu)**

Zaradi velikega obsega zahtevkov za priznanje denarnih pravic iz OZZ se v primerih, ko je zavarovanec upravičen do nadomestila, izda obvestilo o izplačilu, ki sicer vsebuje vse sestavine odločbe, razne obrazložitve. Tudi delodajalci, ki sicer izplačujejo nadomestila v breme OZZ, delavcem ne izdajajo odločb, temveč le plačilne liste, iz katerih je razviden znesek izplačanega nadomestila. Zavarovanec lahko v osmih dneh zahteva izdajo odločbe, ki vsebuje vse sestavine (tudi obrazložitev), zoper odločbo pa je mogoče vložiti pritožbo. V kolikor zahteva ni vložena v predvidenem roku, pa zakon vzpostavlja fikcijo, da obvestilo po preteku roka, postane pravnomočna odločba.

Obvestilo iz tega člena ni predvideno v primeru ko gre za povračilo denarnega nadomestila delodajalcu, saj v tem primeru na gre za upravni postopek, temveč za civilni postopek.

Obvestilo je potrebno v primeru, ko gre za neposredno izplačilo denarnega nadomestila delavcem vročiti tudi delodajalcu, čeprav le-ta ni predlagal uvedbe postopka, saj izplačilo vpliva na njegov položaj, ker tako preneha njegova obveznost za izplačilo navedenega nadomestila.

**K 220. členu (vročanje z navadno vročitvijo)**

Zakon, ki ureja splošni upravni postopek določa, da se dokumenti, od katerih vročitve teče rok, vročajo osebno. Glede na velik obseg obravnav in izdanih odločb je smiselno, da se delodajalcem odločbe vroča z navadno vročitvijo (in ne z osebno), čeprav gre za odločbo, t.j. dokument od katerega vročitve teče rok za vložitev pritožbe. Predlog ohranja ureditev, ki jo je uvedel ZUJF. Podrobneje je zaradi jasnosti spremenjena dikcija določbe, tako da je jasno, da se delodajalcu navadno vročajo vsi dokumenti (tudi sklep, dopolnitev pritožbe ipd.). Opredeljena je tudi domneva, kdaj se šteje vročitev za opravljeno.

Z navadno vročitvijo se vročajo tudi obvestila o povračilu oziroma izplačilu denarnega nadomestila in povračilu prevoznih stroškov in stroškov nastanitve. Obvestilo o izplačilu se v opisanih primerih izda na podlagi podatkov, ki jih posredujejo stranke (delodajalec, zavarovana oseba), potrebne podatke pa Zavod pridobiva tudi iz uradnih evidenc. Zavod na tej podlagi obračuna in na bančni račun stranke nakaže pripadajoči znesek, o čemer je le-ta obveščena z obvestilom, ki se vroči z navadno vročitvijo. Stranka torej do seznanitve o izplačilu pride tako na podlagi priliva na svojem bančnem računu kot tudi na podlagi obvestila, ki se ji vroči na naslov njenega prijavljenega prebivališča oz. na naslov sedeža podjetja (delodajalec). Na ta način se tudi zasleduje namen, da stranka v čim krajšem roku pride do svoje pravice, istočasno pa ji je zagotovljeno tudi pravno varstvo, saj lahko po prejemu obvestila v 8-dnevnem roku zahteva izdajo odločbe, delodajalec pa lahko vloži tožbo.

**K 221. členu (osebno vročanje)**

V skladu z zakonom, ki ureja splošni upravni postopek, se dokumenti, od katerih vročitve začne teči rok, vročajo osebno tistemu, kateremu so namenjeni. Ker mora postopek uveljavljanja pravic iz OZZ zaradi same narave stvari teči hitro, tako da odločba čim prej postane izvršljiva, se na novo določa krajši rok za prevzem pošiljke - 8 dni. Predvsem je to pomembno zaradi postopka ugotavljanja začasne zadržanosti od dela, saj se s skrajšanjem roka onemogoča zloraba pravice - podaljševanje zadržanosti od dela zaradi administrativnih razlogov (podaljševanje zadržanosti od dela, ker zavarovanec še ni seznanjen z odločitvijo imenovanega zdravnika, čeprav za to ni medicinskih razlogov).

1. **(strokovna mnenja)**

Člen vsebinsko ne pomeni novosti v sistemu OZZ, na novo pa predlog zakona določa kršitev te obveznosti kot prekršek.

Prvi odstavek tega člena tako na zakonsko raven prenaša ureditev iz Pravil OZZ, ki določajo, da lahko Zavod zagotovi za potrebe svojih organov določena mnenja, storitve ali ekspertize pri izvajalcih v RS ali strokovnjakih v tujini (prvi odstavek 259. člena). Poleg tega že veljavni zakon določa, da uradna oseba Zavoda, ki vodi postopke v zvezi z uveljavljanjem pravic in drugih zahtev iz OZZ in nima določenega strokovnega znanja, lahko pridobi mnenje imenovanega zdravnika, člana zdravstvene komisije ali drugega zdravnika Zavoda, če je to potrebno zaradi ugotavljanja ali presoje dejstva, ki je pomembno za rešitev zadeve (drugi odstavek 84. člena ZZVZZ).

Drugi odstavek tega člena na novo določa zakonski rok za izdajo strokovnih mnenj, ki so potrebna v postopkih odločanja o pravicah iz OZZ in v drugih postopkih, v katerih Zavod odloča na podlagi tega zakona. Zakonski rok je določen z namenom pospešitve postopkov, kar je v primeru odločanja o pravicah iz OZZ še toliko bolj potrebno, zlasti ko se odloča o pravici do zdravstvenih storitev. Rok bo določil Zavod glede na okoliščine primera. Pri tem pa se na zakonski ravni določa minimalni štirinajst dnevni rok, v primeru nujnih zadev pa minimalni sedem dnevni rok. Slednji se bo določil zlasti v primeru, ko bo Zavod odločal o pravici do zdravstvenih storitev, ki morajo biti opravljene v čim krajšem času glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe (na primer. v primeru napotitve na zdravstveno storitev v tujino, zlasti v primeru izčrpanih možnosti zdravljenja v RS ali nerazumno dolgih čakalnih vrst). S predlagano ureditvijo se zasleduje tudi spoštovanje pacientovega časa pri opravljanju zdravstvenih storitev, saj se v praksi dogaja, da izvajalci, ki jih Zavod zaprosi za mnenje, tega podajo v nerazumno dolgem roku, ki Zavodu ne omogoča čim hitrejšega odločanja ali odločanja v zakonsko določenem roku v skladu z zakonom, ki ureja splošni upravni postopek. S predlagano določitvijo roka za podajo strokovnega mnenja se tak tudi izvajalce zavezuje k upoštevanju razumnega časa tudi pri podaji strokovnih mnenj. Poleg tega načelo ekonomičnosti postopka zajema tudi njegovo hitrost. Postopek je treba voditi hitro in brez zavlačevanja ter rešiti zadevo v razumnem času, zlasti ko se odloča o pravici do zdravstvenih storitev. To je tudi ustavna pravica. Ustava v 23. člen določa, da ima vsakdo pravico, da o njegovih pravicah in dolžnostih ter o obtožbah proti njemu brez nepotrebnega odlašanja odloča neodvisno, nepristransko in z zakonom ustanovljeno sodišče. Čeprav navedeni člen navaja le dolžnost sodišč, ima nosilec javnih pooblastil enake dolžnosti ob upoštevanju, da 22. člen Ustave določa, da je vsakomur zagotovljeno enako varstvo njegovih pravic tako v postopku pred sodiščem kot med drugim tudi pred nosilci javnih pooblastil, ki odločajo o njegovih pravicah, dolžnostih ali pravnih interesih. Kršitev odločanja v razumnem času je tudi kršitev Evropske konvencije, ki ima lahko za posledico tudi pravico do povračila škode po 26. členu Ustave.

**K 223. členu (razlog obravnave)**

S predlagano določbo se opredeljuje obveznost izvajalca, dobavitelja, proizvajalca pripomočka in Zavoda glede določitve razloga obravnave, kar je veljalo tudi do sedaj.

Pri tem se zaradi jasnosti določajo pravila zapisa razloga obravnave v primeru ugotovitve, da je pri zavarovani osebi hkrati prisotnih več razlogov obravnave, in sicer, če gre za bolezen ali poškodba izven dela in sočasno za poškodbo pri delu ali poklicno bolezen.

Tako je določeno, da se v primeru, če se pravica uveljavlja zaradi bolezni ali poškodbe izven dela in sočasno zaradi poškodbe pri delu ali poklicne bolezni, kot razlog obravnave opredeli poškodba pri delu oziroma poklicna bolezen. To pravilo ne velja v primeru, ko gre za ugotavljanje začasne nezmožnosti za delo in posledično pravice do denarnega nadomestila. Pri denarnem nadomestilu je višina le-tega odvisna od odmernega odstotka, ki je lahko pri posameznih razlogih obravnave različen. Če različni razlogi obravnave v enaki meri prispevajo k začasni nezmožnosti za delo, se kot razlog obravnave opredeli razlog, zaradi katerega ima zavarovanec pravico do denarnega nadomestila v višjem odstotku, kar je določeno v tretjem odstavku tega člena. Višina odmernih odstotkov pri denarnem nadomestilu je določena v drugem in tretjem odstavku 155. člena in šestem odstavku 247. člena tega zakona. Tako se npr. v primeru, da je zavarovanec začasno nezmožen za delo zaradi bolezni (odmerni odstotek je 80% osnove) in hkrati zaradi poškodbe pri delu (odmerni odstotek je 100% osnove), pri tem pa ni mogoče ugotoviti, kateri razlog prevladuje oziroma je v večji meri prispeval k začasni nezmožnosti za delo, kot razlog obravnave opredeli poškodba pri delu. Slednja daje zavarovancu pravico do denarnega nadomestila v višjem odstotku. Če pa določeni razlog prevladuje, kar pomeni, da je v večji meri prispeval k začasni nezmožnosti za delo, se slednji razlog določi kot razlog obravnave (tretji odstavek tega člena).

Če se ob uveljavljanju pravice ugotovi, da so poleg bolezni ali poškodbe izven dela, poškodbe pri delu ali poklicne bolezni prisotni tudi drugi razlogi iz 147. člena (npr. spremstvo in poškodba pri delu, ker spremljevalec spremlja zavarovano osebo, ker ta potuje k izvajalcu zaradi poškodbe pri delu), se opredelita oba razloga obravnave hkrati. Do sedaj je veljalo pravilo, da se na listini lahko opredeli le eden razlog obravnave, po predlagani ureditvi pa naj bi to pravilo veljalo le za razloge obravnave: bolezen ali poškodba izven dela, poškodba pri delu ali poklicna bolezen.

1. **(vpis podatkov v zdravstveno dokumentacijo zavarovane osebe)**

Člen vsebinsko ne pomeni novosti v sistemu OZZ, na novo pa predlog zakona določa kršitev te obveznosti kot prekršek.

1. **(uporaba podatkov o zavarovani osebi iz zbirk podatkov OZZ)**

Člen na novo določa obveznost uporabe podatkov o zavarovani osebi, ko gre za uveljavljanje pravic in obveznosti zavarovane osebe iz OZZ, pri čemer predlog zakona kršitev te obveznosti določa kot prekršek. Obveznost zavezuje pristojne zdravnike, pristojne zdravstvene delavce, pooblaščene osebe izvajalca, dobavitelja, proizvajalca pripomočka in Zavoda, torej vse glavne udeležence izvajanja sistema OZZ. Predmet obvezne uporabe so podatki o zavarovani oseb, ki se vodijo v zbirkah podatkov OZZ in so preko elektronskih storitev Zavoda (na primer preko t. i. on-line sistema so dostopni podatki o statusu osebe kot ne/zavarovane osebe, o predpisanih in izdanih zdravilih, živilih in pripomočkih in drugi podatki) dostopni navedenim zavezancem v skladu s pooblastilom za dostop do podatkov zavarovane osebe. Uporaba teh podatkov je obvezna, ko zavarovana oseba uveljavlja pravice iz OZZ, kot tudi, če so potrebni za izvrševanje obveznosti zavarovane osebe iz OZZ. S predlagano ureditvijo se zasleduje zlasti načelo celovite in kakovostne zdravstvene obravnave, ki tudi zahteva, da se zdravstvena obravnava izvaja kot celovit sklop zdravstvenih storitev, ki učinkovito preprečujejo bolezni in izboljšujejo zdravstveno stanje. Zato vse udeležence izvajanja sistema OZZ zavezuje k uporabi vseh dostopnih podatkov o zavarovani osebi in s tem tudi k zagotavljanju integralne zdravstvene oskrbe.

1. **(posredovanje dokumentacije)**

Člen vsebinsko ne pomeni novosti v sistemu OZZ, saj vsebinsko smiselno enako obveznost določajo že Pravila OZZ (267. člen). Na novo pa predlog zakona določa kršitev te obveznosti kot prekršek.

Prvi odstavek tega člena zavezuje izvajalce, dobavitelje in proizvajalce pripomočka, da Zavodu oziroma pooblaščeni osebi Zavoda posredujejo in omogočijo vpogled v podatke o zavarovani osebi, ki so potrebni za odločanje v postopkih po tem zakonu. Predmet te obveznosti je tako zdravstvena dokumentacija kot tudi podatki, ki so bili podlaga za odločitev pristojnega zdravnika in pristojnega zdravstvenega delavca ali za izvedbo druge storitve izvajalca, dobavitelja in proizvajalca pripomočka iz OZZ (na primer za izdajo zdravila ali pripomočka), in druge podatke o zavarovani osebi, če so potrebni za odločanje v postopkih po tem zakonu.

Drugi odstavek tega člena na novo določa rok za izvršitev obveznosti iz prvega odstavka tega člena, to je za posredovanje ali vpogled v relevantne podatke. Rok bo določil Zavod glede na okoliščine primera. Pri tem pa se določa zakonski najkrajši rok sedmih dni, v nujnih zadevah pa tridnevni rok. Zakonski rok je določen iz smiselno enakih razlogov kot je določen za izdajo strokovnih mnenje iz 222. členu predloga zakona. Rok po tem členu je krajši, saj obveznost po tem členu ne terja strokovne presoje, kot to velja za izdajo strokovnih mnenj. Z določitvijo zakonskega minimalnega sedemdnevnega roka se sledi predlagani ureditvi glede posredovanja zdravstvene dokumentacije osebnemu zdravniku iz prvega odstavka 128. člena predloga zakona.

**K 227. členu (listine Zavoda za uveljavljanje pravic)**

Listine za uveljavljanje pravic in način njihove uporabe določi Zavod, kar je v skladu z do sedaj veljavno zakonodajo.

**K 228. členu (kartica zdravstvenega zavarovanja)**

Določila v prvem, drugem, tretjem, šestem, devetem in desetem odstavku se iz pravilnika (o kartici zdravstvenega zavarovanja, profesionalni kartici in pooblastilih za branje in zapisovanje podatkov v zalednem sistemu) prenašajo na zakonsko raven.

Določilo v četrtem odstavku je novo in je dodano (skupaj z določili v poglavju o prekrških v zvezi s kartico zdravstvenega zavarovanja) z namenom preprečevanja zlorab s strani zavarovanih oseb, ki se dogajajo v praksi.

Določilo petega odstavka je novo in je dodano zaradi možnosti spreminjanja podatkov v čipu kartice (npr. nalaganje potrdil za elektronski podpis) v prihodnosti.

Določila sedmega in osmega odstavka so nova in so dodana z namenom pokritja obstoječe prakse, da se kartico zdravstvenega zavarovanja kopira v primeru nedelovanja informacijskega sistema (da se zabeleži ZZZS številka in kot dokaz pacientovega obiska).

**K 229. členu (uveljavljanje pravic s kartico zdravstvenega zavarovanja)**

Določila v prvem, drugem in tretjem odstavku se iz pravilnika prenašajo na zakonsko raven.

Določilo v četrtem odstavku je novo in je dodano (skupaj z določili v poglavju o prekrških v zvezi s kartico zdravstvenega zavarovanja) z namenom preprečevanja zlorab s strani zavarovanih oseb, ki se dogajajo v praksi in z namenom določitve dolžnosti pristojnih oseb (pristojnega zdravnika, pristojnega zdravstvenega delavca, druge pooblaščene osebe izvajalca, dobavitelja, proizvajalca pripomočka, zavarovalnice in Zavoda) v primeru kršitev.

**K 230. členu (dostop do podatkov s kartico zdravstvenega zavarovanja)**

Določila v prvem, drugem, tretjem, četrtem, petem in šestem odstavku se iz pravilnika prenašajo na zakonsko raven.

Določila sedmega odstavka so nova in so dodana (skupaj z določili v členu o nadzoru zavoda pri izvajalcih) z namenom izvajanja ažurnih sprememb pri podeljevanju in odvzemanju pooblastil.

**K 231. členu (splošni akt Zavoda o kartici zdravstvenega zavarovanja)**

V tem členu je našteta vsebina splošnega akta Zavoda o kartici zdravstvenega zavarovanja, ki povzema vsebino trenutnega pravilnika. Novost je dolžnost izvajalca, dobavitelja in proizvajalca pripomočka glede internega nadzora nad podelitvijo in uporabo pooblastil (ki je obrazložena pri prejšnjem členu).

1. **(natančnejši postopek uveljavljanja pravic)**

Člen vsebinsko ne pomeni novosti v sistemu OZZ, saj že veljavni zakon v 26. členu določa podzakonsko urejanje natančnejšega postopka uveljavljanja pravic iz OZZ. Glede na to, da se s predlogom zakona že na zakonski ravni urejajo osnove postopka uveljavljanja pravic, bo predmet podzakonskega urejanja bistveno ožji.

1. **(zagotavljanje storitve iz OZZ v okviru njene vrednosti)**

Člen vsebinsko ne pomeni novosti v sistemu OZZ, saj se na zakonsko raven ustrezno prenaša veljavna ureditev iz Pravil OZZ.

Prvi odstavek tega člena določa temeljno pravilo zagotavljanja pravic iz OZZ v okviru njihove vrednosti, ki se krije iz sredstev OZZ. Izvajalcu, dobavitelju in proizvajalcu pripomočka prepoveduje, da bi od zavarovane osebe zahteval plačilo ali doplačilo vrednosti, ki se krije iz OZZ za zdravstveno storitev, zdravilo na recept, živilo na recept, pripomoček in drugo storitev, s katero se uresničuje pravica (na primer prehrano in nastanitev).

Drugi odstavek tega člena določa osnovni pogoj, pod katerim lahko izvajalec, dobavitelj in proizvajalec pripomočka od zavarovane osebe plačilo ali doplačilo zdravstvene storitve, zdravila na recept, živila na recept, pripomočka in druge storitve, s katero se uresničuje pravica (na primer prehrano in nastanitev). To lahko zaračuna le, če zavarovana oseba zahteva, da se storitev izvede drugače, kot je opredeljeno v tem zakonu in podzakonskih aktih.

Tretji odstavek tega člena določa povračilo stroškov storitev, ki jih je zavarovana oseba uveljavila pri samoplačniškem izvajalcu. Zavarovana oseba ni upravičena do njihovega povračila iz sredstev OZZ. Edina izjema je določena, če je zavarovana oseba pri samoplačniškem izvajalcu uveljavila nujne zdravstvene storitve v skladu s tem zakonom. Določba je dejansko pojasnile narave, saj navedeno izhaja že iz druge ureditve tega predloga zakona.

1. **(cena zdravstvene storitve)**

Člen vsebinsko ne pomeni novosti v sistemu OZZ, saj se že v veljavni ureditvi zdravstvene storitve krijejo iz sredstev OZZ le v višini njihove vrednosti, ki je določena v pogodbi z izvajalcem.

1. **(elementi za oblikovanje cen)**

Prvi odstavek navaja podlage za oblikovanje cen zdravstvenih storitev in kot novost veže oblikovanje cene na protokol storitve ali klinično pot.

Drugi odstavek opredeljuje, katere elemente je potrebno upoštevati pri oblikovanju cen. Stroški se razčlenjujejo na elemente v skladu z enotnim kontnim načrtom, ki velja za izvajalce zdravstvenih storitev in Pravilnikom o razčlenjevanju in merjenju prihodkov in odhodkov pravnih oseb javnega prava.

1. **(določanje cen zdravstvenih storitev)**

Prvi odstavek uvaja, da mora Zavod sprejeti cenik zdravstvenih storitev.

Drugi odstavek opredeljuje obvezo Zavoda, da vzpostavi metodologijo analiziranja stroškov in oblikovanja cen, ki mora biti usklajena z izvajalci oziroma njihovimi združenji. Na ta način se zagotovi sodelovanje izvajalcev in določanje realnih cen, hkrati pa vzpostavi enoten okvir za določanje cen.

Tretji odstavek opredeljuje obvezo periodičnega posadabljanja cenika, torej zasleduje postavljanje realnih cen, hkrati pa v tem delu seznanja izvajalca o cenah za naslednje leto.

Zaradi gospodarskega cikla lahko pride do nestabilnosti pri finančnem poslovanju Zavoda, zato četrti odstavek opredeljuje možnost znižanja cen, vendar z znanim začetkom in koncem trajanja znižanih cen.

1. **(načini plačevanja storitev)**

Člen navaja možne načine plačevanja izvajalcev (po posameznem načinu ali kombinaciji načinov).

1. **(plačilo in doplačilo zdravstvene storitve)**

Člen določa primere, ko lahko izvajalec od zavarovane osebe zahteva plačilo ali doplačilo zdravstvene storitve in sočasno določa maksimalno višino tega plačila.

Prvi odstavek tega člena ne pomeni novosti v sistemu OZZ, saj že veljavna Pravila določajo enake primere, ko lahko izvajalec od zavarovane osebe zahteva plačilo ali doplačilo zdravstvene storitve.

Drugi odstavek tega člena na zakonsko raven prenaša ureditev iz Pravil OZZ in jo sočasno dopolnjuje. Kot do sedaj izvajalec lahko zavarovani osebi zaračuna ceno oziroma doplačilo zdravstvene storitve le na podlagi njenega predhodnega soglasja. Pri tem se na novo jasno določa, da mora biti to predhodno soglasje pisno in podano na podlagi predhodne pisne informacije izvajalca o predvidenih stroških zdravstvene storitve. V tej zvezi je treba pojasniti, da že 25. člen ZPacP določa obveznost izvajalca o seznanitvi pacienta s stroški zdravstvene storitve, in sicer odvisno, ali jo pacient delno ali v celoti plača sam (izvajalec pacientu predhodno predloži pisno informacijo o predvidenih stroških zdravstvenih storitev, po opravljeni zdravstveni storitvi pa pacient prejme račun za opravljene zdravstvene storitve ter uporabljena zdravila in medicinske pripomočke) ali je ne plača sam (izvajalec pacienta po opravljeni zdravstveni storitvi seznani s specificiranim obračunom). Na zahtevo pacienta je izvajalec dolžan pacientu račun tudi obrazložiti.

Tretji odstavek tega člena določa, da pacient, ki pri določeni zdravstveni storitvi zahteva nestandardni vgradni material in se zdravnik, ki bo opravil poseg, s tem strinja, plača razliko med ceno standardnega materiala in ceno izbranega nestandardnega materiala. V takih primerih gre za materiale, ki so dražji od drugih in zato niso uvrščeni med standardne ali pa je njihova uporaba omejena za paciente, ki izpolnjujejo določene strokovne kriterije.

1. **(vrednost zdravila)**

Ta člen na enem mestu določa vrednost zdravila, ki jo krije OZZ. Določbe tega člena so prenesene iz ZZVZZ in POZZ.

Prvi, drugi in tretji odstavek določajo, da se zdravila krijejo iz OZZ največ do višine cene ali najvišje priznane vrednosti (NPV). Ko je veljavna cena industrijsko proizvedenega zdravila nižja kot NPV, OZZ krije vrednost do veljavne cene (dogovorjene ali regulirane), ko pa je veljavna cena višja od NPV, OZZ krije vrednost zdravila do NPV.

Četrti odstavek določa izjeme pri kritju vrednosti zdravila do veljavne cene ne glede na to, če presega NPV:

* če je zaradi zdravstvenih razlogov zdravilo predpisano z oznako »ne zamenjuj«
* če na trgu v RS ni prisotnega zdravila s Seznama medsebojno zamenljivih zdravil v okviru najvišje priznane vrednosti, če to zdravilo ni vključeno v terapevtsko skupino zdravil.

1. **(vrednost živila)**

Določbe tega člena so prenesene iz ZZVZZ in POZZ in urejajo kritje živila iz OZZ do dogovorjene cene ali njegove NPV, ko je ta določena. Živilo nima regulirane cene, zato ZZZS ceno dogovori s proizvajalcem živil.

1. **(plačilo in doplačilo zdravila in živila na recept)**

Določbe tega člena predstavljajo prenos določb iz podzakonske ravni urejanja na ustrezno, tj. zakonsko raven urejanja pravic iz OZZ.

1. **(vrednost pripomočka)**

Ta člen določa vrste »standardov« cen, ki se krijejo za pripomočke v breme OZZ. Termini in njihov pomen se bistveno ne spreminja glede na dosedanjo ureditev, vključno z najvišjo priznano ceno (NPC), ki pa v času priprave tega gradiva še ni zaživela.

V praksi najbolj pogost bo cenovni standard (CS), ki pa bo lahko v dveh različnih variantah.

Pri določenih vrstah pripomočkov, ki jih zavarovane osebe prejmejo v last, je CS znesek, do katerega bo krit pripomoček. Pri nekaterih vrstah pripomočkov, ki so serijsko izdelani (to je le pri serijsko izdelanih pripomočkih) pa bo v okviru CS Zavod lahko določil najvišjo priznano ceno (NPC) – v teh primerih bo pripomoček v breme OZZ krit do NPC, zavarovana oseba pa bo doplačala razliko med CS oz. ceno izbranega standardnega pripomočka in NPC.

Izjemoma bo CS lahko določena tudi pri pripomočkih, ki so predmet izposoje, če dnevna izposojnina za Zavod ne bo ekonomsko upravičena oz. sprejemljiva. V praksi gre za nekatere vrste pripomočkov, kjer je majhno število izdanih pripomočkov (trenutno sta to npr. električni skuter in hodulja za zadajšnji vlek).

Pogodbena cena se bo za pripomočke določala podrejeno, če ne bo zanje določen CS. Zakon je omejuje še dodatno, da se lahko določi le za tiste vrste pripomočkov ali artikle, ki se izdajajo v last.

Dnevna izposojnina je kot primarna določena za tiste pripomočke, ki se izdajajo v izposojo.

1. **(plačilo in doplačilo pripomočka)**

Člen določa pravico zavarovane osebe, da od Zavoda zahteva celotno ali delno povračilo stroškov zdravstvenih storitev.

*Prvi odstavek* tega člena določa zdravstvene storitev, za katere lahko zavarovana oseba zahteva povračilo stroškov iz sredstev OZZ. Člen vsebinsko ne pomeni novosti v sistemu OZZ, saj se na zakonsko raven ustrezno prenaša veljavna ureditev iz Pravil OZZ. Zavarovani osebi se v teh primerih stroški zdravstvene storitve povrnejo do vrednosti, ki jo določa ta zakon, torej največ do višine, ki se krije iz OZZ.

*Drugi odstavek* tega člena določa obdobje, za katerega se zavarovani osebi na njeno zahtevo lahko povrnejo stroški zdravstvene storitve, prevoznih stroškov, stroškov nastanitve in stroškov prehrane ter pravico do denarnega nadomestila. Do tega povračila je upravičena tudi za obdobje, za katero je za nazaj dobila lastnost zavarovane osebe.

1. **(povračilo stroškov iz OZZ)**

Člen določa pravico zavarovane osebe, da od Zavoda zahteva celotno ali delno povračilo stroškov zdravstvenih storitev.

Prvi odstavek tega člena določa zdravstvene storitev, za katere lahko zavarovana oseba zahteva povračilo stroškov iz sredstev OZZ. Člen vsebinsko ne pomeni novosti v sistemu OZZ, saj se na zakonsko raven ustrezno prenaša veljavna ureditev iz Pravil OZZ. Zavarovani osebi se v teh primerih stroški zdravstvene storitve povrnejo do vrednosti, ki jo določa ta zakon, torej največ do višine, ki se krije iz OZZ.

Drugi odstavek tega člena določa obdobje, za katerega se zavarovani osebi na njeno zahtevo lahko povrnejo stroški zdravstvene storitve, prevoznih stroškov, stroškov nastanitve in stroškov prehrane ter pravico do denarnega nadomestila. Do tega povračila je upravičena tudi za obdobje, za katero je za nazaj dobila lastnost zavarovane osebe.

1. **(opredelitev poklicnih tveganj)**

Člen opredeljuje poklicna tveganja, ki so predmet OZZ.

Prvi odstavek tega člena opredeljuje kot poklicna tveganja poškodbe pri delu in poklicne bolezni.

Drugi odstavek tega člena pri tem glede opredelitve poškodbe pri delu in poklicne bolezni odkazuje na njuno opredelitve iz ZPIZ-2 in druge področne zakone. Tako na primer Zakon o obrambi določa, da se za poškodbo pri delu šteje tudi poškodba, ki jo je državljan utrpel na poti z doma ali delovnega mesta na zbirališče, oziroma pri povratku po običajni poti do doma ali delovnega mesta. Zakon o organiziranosti in delu v policiji prav tako določa, da se poškodba, ki jo utrpi policist na redni poti od stanovanja do delovnega mesta ali nazaj ali na službeni poti, šteje kot poškodba pri delu. Upoštevanje drugačne opredelitve poškodbe pri delu v sistemu OZZ, kot jo sicer določa ZPIZ-2, je potrebna zaradi opredelitve razloga obravnave, od katerega so odvisne tudi pravice iz OZZ.

1. **(osebe, obvezno zavarovane za poklicna tveganja)**

V krog zavarovanih oseb v obveznem zdravstvenem zavarovanju sodijo osebe iz delovnega razmerja (z izjemo zavarovancev iz petega odstavka 23. člena zakona), samozaposlene osebe, družbeniki ali ustanovitelji, ki so poslovodne osebe, osebe, ki opravljajo kmetijsko dejavnost, osebe, ki opravljajo rejniško in versko dejavnost kot poklic ter družinski pomočniki. To so kategorije zavarovanih oseb, ki so iz naslova svojega statusa hkrati obvezno zavarovane za splošne rizike.

Zakon nadalje določa, da so za poškodbo pri delu in poklicno bolezen obvezno zavarovane tudi osebe pri opravljanju določenih aktivnosti in del, ki so taksativno naštete v drugem odstavku 246. člena zakona, oziroma samo za poškodbo pri delu pri opravljanju aktivnosti in del po tretjem odstavku 246. člena zakona. V zavarovanju za poškodbo pri delu in poklicno bolezen ni določen prednostni vrstni red zavarovanja, temveč je oseba obvezno zavarovana iz naslova vseh pravnih razmerjih, ki so navedene v drugem in tretjem odstavku 246. člena zakona.

Pomembna novost je, da OZZ za poškodbo pri delu in poklicno bolezen ni vezano na predhodno ureditev zavarovanja za splošne rizike. Če oseba izpolnjuje le pogoje za zavarovanje za poškodbo pri delu in poklicno bolezen po drugem ali tretjem odstavku 246. člena zakona, je iz tega naslova obvezno zavarovana zgolj za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni. Pravice iz OZZ lahko uveljavi le ob nastopu poškodbe pri delu in poklicne bolezni. Tak primer je na primer tujec, ki ima v RS prijavljeno začasno prebivališče in opravlja sezonska dela na podlagi pogodbe civilnega prava. Iz naslova dela po pogodbi civilnega prava je obvezno zavarovan za poškodbo pri delu in poklicno bolezen po tretji točki drugega odstavka 246. člena zakona.

1. **(prijava v zavarovanje in odjava iz zavarovanja za poklicna tveganja)**

Za osebe iz delovnega razmerja (z izjemo zavarovancev iz petega odstavka 23. člena zakona), osebe, ki opravljajo dejavnost, družbenika družbe ali ustanovitelja zavoda, ki je poslovodna oseba, osebe, ki opravljajo kmetijsko dejavnost, osebe, ki opravljajo rejniško in versko dejavnost kot poklic ter družinske pomočnike se za prijavo v zavarovanje in odjavo iz zavarovanja uporabljajo določbe od 40. do 53. člena zakona.

Za osebe iz drugega in tretjega odstavka 246. člena zakona pa se navedene določbe uporabljajo smiselno, če ni z zakonom drugače določeno. Posebno pravilo velja glede določitve zavezanca za prijavo, ki je enak zavezancu za plačilo prispevkov. Izjema velja za osebe, ki opravljajo delo ali storitev iz naslova drugega pravnega razmerja v državah, v katerih se zanje skladno s pravnim redom EU uporablja zakonodaja RS, osebe, ki opravljajo osebno dopolnilno delo ter sodne cenilce, sodne izvedence in sodne tolmače. Navedene kategorije zavarovanih oseb so same zavezanci za prijavo. Prijava v zavarovanje se vlaga na posebnem obrazcu M12 in pomeni vključitev le v OZZ za primer poškodbe pri delu in poklicno bolezen.

Zavezanec za prijavo vloži prijavo v zavarovanje v treh dneh po nastanku pravnega razmerja, ki je podlaga za zavarovanje, in zavarovano osebo odjavi iz zavarovanja v treh dneh po prenehanju pravnega razmerja, ki je podlaga za zavarovanje. Če je trajanje zavarovanja znano ob prijavi, lahko zavezanec za prijavo hkrati s prijavo v zavarovanje vloži tudi odjavo iz zavarovanja.

1. **(pravice zaradi poklicnega tveganja)**

Člen določa subsidiarno veljavnost določb tega zakona, ki urejajo pravice iz OZZ za splošna tveganja, za pravice, ki jih ima zavarovana oseba iz OZZ za poklicna tveganja. Tako glede vrst pravic iz OZZ za poklicna tveganja kot glede postopka njihovega uveljavljanja veljajo določbe tega zakona, ki veljajo za pravice iz OZZ za splošna tveganja, če ni za pravice iz OZZ za poklicna tveganja v tem delu zakona drugače določeno.

Člen določa pravice iz OZZ za poklicna tveganja. Zavarovana oseba, ki je obvezno zdravstveno zavarovana za poklicna tveganja, ima zaradi poškodbe pri delu in poklicne bolezni iste pravice iz OZZ kot v primeru OZZ za splošna tveganja, to je v primeru bolezni in poškodbe izven dela. Vključuje tudi izvajanje preventivnega zdravstvenega programa na delovnem mestu, ki je dopolnitev in nadgradnja preventivnih ukrepov, ki jih predpisuje delovno pravna zakonodaja.  Preventivni zdravstveni program na delovnem mestu je vezan na tveganja in ukrepe za skrajševanje dolgotrajnega bolniškega staleža.

1. **(pravica do preventivnega zdravstvenega programa na delovnem mestu iz OZZ za poklicna tveganja)**

Člen določa, da imajo osebe, zavarovane za poklicna tveganja, pravico do preventivnega zdravstvenega programa na delovnem mestu. Gre za storitve, ki so vezane na zmanjševanje tveganj, povezanih z dolgotrajnim bolniškim staležem. V Sloveniji imamo velik problem z dolgotrajnim bolniškim staležem in s tem povezanimi stroški ZZZS. Največji porast dolgotrajnega bolniškega staleža beležimo na področju kostnomišičnih bolezni, poškodb in duševnih motenj. Z namenom skrajševanja dolgotrajnega bolniškega staleža se s tem zakonom vključuje stroka MDPŠ v oceno delazmožnosti pri osebah, pri katerih se nakazuje potencialna nevarnost dolgotrajnega staleža (najkasneje do konca tretjega meseca bolniškega staleža). Strokovnjak MDPŠ bo z oceno delazmožnosti in z načrtom ukrepov vplival na skrajševanje bolniškega staleža. Ukrepi preventivnega zdravstvenega programa na delovnem mestu bodo podprli vračanje oseb, ki so že ali jim grozi dolgotrajna bolniška odsotnost, nazaj na delovno mesto in zagotavljali podporne ukrepe za trajnostno zmanjševanje staleža. Gre za aktivnosti, ki dopolnjujejo preventivne ukrepe in promocijo zdravja na delovnem mestu, predpisano z delovno pravno zakonodajo. Vsebina, izvajalci in način izvajanja tega programa bodo urejeni s podzakonskim aktom, ki ga izda minister pristojen za zdravje.

1. **(pravica do denarnega nadomestila zaradi poklicnega tveganja)**

Pri pravici do denarnega nadomestila zaradi poklicnega tveganja je na novo določeno, da ima pravico do tega nadomestila ne le zavarovana oseba, ki ji je v času začasne zadržanosti od dela prenehalo delovno razmerje, in je bila še nadalje nezmožna za delo, temveč to sedaj velja tudi za zavarovano osebo, ki je bila zavarovana iz naslova opravljanja dejavnosti - samozaposlena oseba, družbenik in ustanovitelj, ki je poslovodna oseba, oseba, ki opravlja kmetijsko dejavnost ter oseba, ki opravlja rejniško ali versko dejavnost, in ji je aktivno zavarovanje prenehalo v času trajanja »bolniškega staleža«. Pravica ji pripada, dokler spet ni zmožna za delo, vendar najdlje do vključitve v OZZ iz drugega pravnega razmerja. V tem delu gre za širitev te pravice. Nimajo navedene pravice zavarovane osebe pri katerih razlog začasne zadržanosti od dela ni poškodba pri delu ali poklicna bolezen.

Na novo je določeno, da ima zavarovana oseba pravico do denarnega nadomestila zaradi poklicne bolezni od dneva izdaje odločbe, s katero je ugotovljena poklicna bolezen.

1. **(prijava poškodbe pri delu)**

Člen opredeljuje postopek uveljavljanja pravic osebe, zavarovane za poklicna tveganja, zaradi poškodbe pri delu. Pravica zavarovane osebe, nastala zaradi poškodbe pri delu se lahko v skladu s tem zakonom uveljavlja na način, ki ga v podzakonskem aktu predpiše Zavod in pod pogojem, da je bila poškodba pri delu prijavljena v skladu z zakonom.

1. **(poklicne bolezni)**

Člen predpisuje, da ima delavec pravico do ugotavljanja in potrjevanja poklicne bolezni, pri čemer se postopek začne na njegov predlog. Pravice zavarovane osebe zaradi ugotovljene poklicne bolezni se lahko uveljavljajo na način, ki ga v podzakonskem aktu predpiše minister in pod pogojem, da je bila poklicna bolezen ugotovljena in potrjena na predpisan način. V tem predpisu bodo določeni tudi postopki in naloge izbranih osebnih zdravnikov, delodajalcev in pooblaščenih zdravnikov medicine dela ter drugih deležnikov v postopku ugotavljanja in potrjevanja poklicne bolezni.

**K 253. do 259. členu (Seznam zdravstvenih storitev), (merila za razvrstitev zdravstvene storitve), (strokovni standardi zdravstvenih storitev), (postopek razvrstitve nove storitve), (izločitev zdravstvene storitve), (omejitve dostopnisti do storitev), (naloge IVZT)**

Z vzpostavitvijo Seznama zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo kot pravica OZZ, bo odpravljena pomanjkljivost, ugotovljena v Analizi zdravstvenega sistema, da se učinkovitost in/ali stroškovna učinkovitost različnih storitev ne upošteva pri določanju obsega košarice pravic, saj bo:

* določen jasen mehanizem z natančno določenimi vlogami in odgovornostmi za določanje, katere zdravstvene storitve (vključno s tehnologijami - metodami) se zagotavljajo v RS in katere od teh bodo vključene v Seznam zdravstvenih storitev in krite iz OZZ;
* določeno vrednotenje zdravstvenih tehnologij kot del natančnega mehanizma za izbiranje storitev, ki so vključene v Seznam zdravstvenih storitev.

Določbe se nanašajo na pripravo Seznam zdravstvenih storitev, ki bo podzakonski akt. Na podlagi predloga IVZT se na seznam uvrščajo nove storitve, po postopku, ki ga zakon posebej opredeli. Pri nastajanju sprememb Seznama sodeluje tudi Zdravstveni svet, kot posvetovalni organ ministra, pristojnega za zdravje. IVZT je na novoustanovljen organ, katerega delokrog je vrednotenje zdravstvenih tehnologij.

1. **(liste zdravil in Seznam magistralnih zdravil)**

Ta člen določa receptno, ambulantno in bolnišnično listo zdravil in daje podlago za ambulanto listo, ki je urejena v splošnem dogovoru za posamezno pogodbeno leto in za bolnišnično listo, ki je urejena v Pravilniku o razvrščanju zdravil na listo. Zakonsko podlago dobiva tudi Seznam magistralnih zdravil, ki je določen v POZZ.

Prvi odstavek določa liste in Seznam magistralnih zdravil.

Receptna lista je lista zdravil, na katero se razvrsti zdravila in živila, ki se predpisujejo na recept.

Na ambulantno listo zdravil se razvrsti ampulirano in drugo zdravilo (npr. maternični vložek), ki ga zavarovani osebi lahko aplicira le pristojni zdravnik ali pristojni zdravstveni delavec kot sestavni del zdravstvene storitve, ki se opravi v ambulantni obravnavi.

Na bolnišnično listo zdravil se razvrsti (drago) bolnišnično zdravilo, ki ga zavarovani osebi lahko aplicira le pristojni zdravnik ali pristojni zdravstveni delavec kot sestavni del zdravstvene storitve, ki se opravi v bolnišnični ali ambulantni obravnavi.

Na seznam magistralnih zdravil se razvrsti magistralno zdravilo, ki ga zaradi individualno prilagojenih receptur ni mogoče razvrstiti na listo zdravil.

Drugi odstavek na novo določa, da se zdravilo lahko razvrsti na eno ali več list. Določba omogoča fleksibilen dostop do zdravil v skladu s trendi oziroma priporočili in smernicami zdravljenja, ki se glede na hiter razvoj medicine pogosto spreminjajo in prilagajajo bolniku. Vse bolj se uvaja zdravljenje z dragimi bolnišničnimi zdravili (aplikacija zdravila) pri osebnemu zdravniku ali pa zdravljenje na domu, zato se zdravila iz bolnišnične liste lahko razvrstijo tudi na receptno ali ambulantno listo. To je zelo pomembno za bolnike s težkimi, kroničnimi bolezni, zlasti za bolnike z dednimi boleznimi, ki se jim omogoča aplikacija bližje domu (pri osebnemu zdravniku) ali pa na domu, po predhodnem usposabljanju.

Četrti odstavek na novo določa, da se Seznam magistralnih zdravil objavlja na spletni strani Zavoda. Določba omogoča obdobno dopolnjevanje seznama brez posega v spremembo zakonodaje. Trenutno se seznam ureja s POZZ.

1. **(zdravila, ki so predmet razvrstitve)**

Določbe tega člena so delno prenesene iz Pravilnika o razvrščanju zdravil na listo in delno iz POZZ in so dopolnjene.

Prvi odstavek določa, katera zdravila se ob upoštevanju pogoja in meril lahko razvrščajo na liste. To so industrijsko proizvedena, galenska in magistralna zdravila. Določba je prenesena iz Pravilnika o razvrščanju zdravil na listo in dopolnjena. Člen na novo določa razvrščanje magistralnih zdravil na liste pod enakim pogojem in merili, kot to velja za ostala zdravila. Novi način razvrščanja magistralnih zdravil omogoča bolj transparentno urejanje in financiranje, saj se bo vsakemu magistralnemu zdravilu določil nacionalni identifikator in naziv. S tem bo olajšano tudi njihovo predpisovanje, zlasti z e-receptom.

Zakon navaja tri vrste zdravil:

Industrijsko proizvedeno zdravilo je skupni izraz za:

* industrijsko proizvedeno zdravilo z dovoljenjem za promet v RS,
* industrijsko proizvedeno zdravilo z dovoljenjem za promet s paralelno uvoženim zdravilom ali s potrdilom o priglasitvi paralelne distribucije,
* industrijsko proizvedeno zdravilo, ki je dovoljenje za promet pridobilo po centraliziranem postopku, če je JAZMP zanj določil nacionalni identifikator zdravil, in
* industrijsko proizvedeno zdravilo z začasnim dovoljenim za promet v RS, ki je uvrščeno v seznam esencialnih zdravil ali nujno potrebnih zdravil, in v promet ni bilo dano enako zdravilo z dovoljenjem za promet ali zdravilo ni na trgu v RS v skladu z zakonom, ki ureja zdravila.

Galensko zdravilo je zdravilo, ki se pripravi kot zdravilo na zalogo v lekarni ali v galenskem laboratoriju lekarne v skladu s predpisi, ki urejajo zdravila in lekarniško dejavnost.

Magistralno zdravilo je zdravilo, ki se izdela v lekarni za zavarovano osebo ali skupino zavarovanih oseb, če za doseganje terapevtskega učinka na trgu v RS ni industrijsko proizvedenega ali galenskega zdravila z list zdravil z enako ali primerljivo sestavo učinkovin in v primerljivi jakosti ali farmacevtski obliki, in se ga izda neposredno po izdelavi.

Drugi odstavek na novo opredeljuje, da se na Seznam magistralnih zdravil razvrstijo le magistralna zdravila, ki jih zaradi individualno prilagojenih receptur ni mogoče razvrstiti na liste zdravil in ne vsa magistralna zdravila, kot to določajo Pravila OZZ. Zdravnik predpiše recepturo, ki je primerna teži, starosti in zdravstvenemu stanju bolnika (vpliv pridruženih bolezni). Prav zaradi teh specifičnosti, vezanih na lastnosti in stanja bolnika, nekaterih magistralnih zdravil ni mogoče razvrstiti na listo, saj ni mogoče predvideti njihovih receptur. Prav zaradi tega sta določena dva sistema razvrščanja magistralnih zdravil.

Tretji (nova določba) in četrti odstavek (določba delno prenesena iz POZZ) določata, katerih zdravil se ne more razvrstiti na liste:

* cepiv za imunizacijo in imunoprofilakso, ki jih zagotavlja NIJZ iz sredstev OZZ in se trenutno urejajo z drugimi predpisi (Pravilnik o določitvi Programa cepljenja in zaščite z zdravili, Program cepljenja in zaščite z zdravili, Splošni dogovor) in se bodo v bodoče urejali na podoben način,
* zdravil za diagnostiko, ki so vključena v ceno zdravstvene diagnostične storitve,
* homeopatskih zdravil,
* nekaterih magistralnih zdravil.

Naslednji odstavki določajo dodatne pogoje za razvrstitev zdravil.

* Industrijsko proizvedeno zdravilo se lahko razvrsti na liste zdravil, če ima določeno najvišjo dovoljeno ceno ali izredno višjo dovoljeno ceno, to je regulirana cena, ki jo določi JAZMP zdravilu in je pogoj za zdravila, ki se financirajo iz OZZ.
* Galensko zdravilo se lahko razvrsti na listo zdravil, če na listah zdravil ni razvrščeno industrijsko proizvedeno zdravilo z enako ali s primerljivo učinkovino ali kombinacijo učinkovin glede na indikacijsko področje in z enako ali s primerljivo jakostjo in farmacevtsko obliko in ima dogovorjeno ceno. Določba je delno prenesena iz Pravilnika o razvrščanju zdravil na listo in dopolnjena (»če na listah zdravil ni razvrščeno industrijsko proizvedeno zdravilo z enako ali s primerljivo učinkovino ali kombinacijo učinkovin glede na indikacijsko področje in z enako ali s primerljivo jakostjo in farmacevtsko obliko«)
* Magistralno zdravilo se lahko razvrsti na listo zdravil ali na Seznam magistralnih zdravil, če na listah zdravil ni razvrščeno industrijsko proizvedeno ali galensko zdravilo z enako ali s primerljivo učinkovino ali kombinacijo učinkovin glede na indikacijsko področje in z enako ali s primerljivo jakostjo in farmacevtsko obliko in ima določeno ceno. Določba je delno prenesena iz Pravil OZZ in dopolnjena (»ima določeno ceno«)
* Ambulanto zdravilo se lahko razvrsti na ambulantno listo zdravil, če se ne uporablja kot sestavni del nujne zdravstvene storitve in ni vključeno v ceno zdravstvene storitve, v okviru katere se aplicira. Določba o razvrstitvi ambulantnih zdravil je prenesena iz Splošnega dogovora in dopolnjena (»in ni vključeno v ceno zdravstvene storitve v okviru katere se aplicira«).
* Bolnišnično zdravilo se lahko razvrsti na bolnišnično listo zdravil zdravilo, če se uporablja za dolgotrajno zdravstveno obravnavo kronične bolezni zavarovane osebe in če njegov cena v priporočenem odmerku presega letno vrednost na zavarovano osebo, ki jo določi Zavod. Določba je prenesena iz Pravilnika o razvrščanju zdravil na listo in spremenjena v delu, ki se nanaša na ceno priporočenega odmerka na letni ravni, ki bo določena s splošnimi akti Zavoda.

1. **(pogoj in merila za razvrstitev zdravila)**

Določbe tega člena so prenesene iz ZZVZZ in Pravilnika o razvrščanju zdravil na listo.

Prvi odstavek določa pogoj za razvrstitev zdravil. Določba je delno prenesena iz veljavnega ZZVZZ in Pravilnika o razvrščanju zdravil na listo (merilo za nerazvrščanje) in dopolnjena z določbo, da se dodana vrednost zdravila lahko določa tudi glede na standardno zdravstveno obravnavo, ki se uporablja za enako zdravstveno obravnavo.

Drugi odstavek določa merila za razvrstitev zdravil. Določba je prenesena iz ZZVZZ in Pravilnika o razvrščanju zdravil na listo. Spremenjen je termin »relativna terapevtska vrednost« v »primerjalna terapevtska vrednost«. Črtano je merilo » prednostne naloge izvajanja zdravstvenega varstva«, ki je vsebovano v merilu »javnozdravstveni vidik bolezni ali motnje, za katero se zdravilo uporablja.

Finančne posledice: Predlog nima finančnih posledic.

1. **(novo in enako zdravilo)**

Ta člen uvaja dva nova skupna izraza za zdravila, ki se uporabljata za namen enostavnejšega opisa postopka za razvrščanje zdravil na listo.

Enako zdravilo je skupni izraz za zdravilo, ki ima enako splošno ime in terapevtsko indikacijo kot zdravilo s katerekoli liste zdravil, in sicer za zdravilo z enako ali primerljivo obliko, zdravilo z enako, primerljivo ali različno jakostjo in zdravilo z enakim ali različnim pakiranjem.

Novo zdravilo je skupni izraz za zdravilo, ki glede na splošno ime še ni razvrščeno na nobeno listo zdravil, in zdravilo s katerekoli liste zdravil s terapevtsko indikacijo, ki še ni razvrščena na nobeno listo zdravil.

1. **(razvrstitev zdravila za določen čas)**

Ta člen na novo določa razvrstitev zdravila za določen čas, in sicer zaradi varnostnega in/ali finančnega tveganja, omejene veljavnosti dovoljenja za promet z zdravilom ali v primeru, ko zdravilo, razvrščeno za določen čas, nadomešča zdravilo, s katerim je nastala motnja v preskrbi.

1. **(razvrstitev zdravila z imenom ali nazivom)**

Določbe tega člena so delno prenesene iz Pravilnika o razvrščanju zdravil na listo in dopolnjene.

Ta člen določa, da se industrijsko proizvedena zdravila in galenska zdravila razvrščajo z lastniškim imenom. Na novo se uvaja razvrščanje magistralnega zdravila z nazivom in nacionalnim identifikatorjem, ki ju določi Zavod. Nova ureditev prinaša poenotenje postopka razvrščanja z ostalimi zdravili, ki se razvrščajo na listo. Trenutno se magistralna zdravila razvrščajo in beležijo na način, ki ni transparenten (ena šifra, skupni strošek).

1. **(prerazvrstitev zdravila)**

Določbe tega člena so delno prenesene iz Pravilnika o razvrščanju zdravil na liste in dopolnjena z razlogi in s pogoji za prerazvrstitev zdravil. Razlog za prerazvrstitev je spremenjen način uporabe zdravila glede na raven, vrsto ali podvrsto zdravstvene dejavnosti v skladu s strokovnimi priporočili ali smernicami zdravstvene obravnave ob upoštevanju pogoja in meril za razvrstitev zdravila.

1. **(omejitev predpisovanja ali izdajanja zdravila)**

Določbe tega člena so prenesene iz ZZVZZ in Pravilnika o razvrščanju zdravil na listo in dopolnjene. Na novo se določa, da se omejitev lahko nanaša na:

* raven, vrsto in podvrsto zdravstvene dejavnosti. Vsakemu razvrščenemu zdravilu se dodeli ena ali več ravni, vrst in podvrst zdravstvene dejavnosti, kjer se lahko zdravilo uporablja in financira, ob upoštevanju razvrščenih terapevtskih indikacij, priporočil in smernic. Tovrstna omejitev pripomore k sistemski ureditvi racionalne in transparentne rabe zdravil ter hierarhiji uvajanja novih tehnologij (uvajanje novega zdravila na terciarno raven, prenos zdravila na sekundarni in primarni ravni po njegovem uvajanju)
* vrsto izvajalca ali njegovo organizacijsko enoto (oddelek in podobno). Vsakemu razvrščenemu zdravilu se določi eno ali več vrst izvajalca in organizacijskih enot kjer se lahko zdravilo uporablja in financira, ob upoštevanju razvrščenih terapevtskih indikacij, priporočil in smernic. Tovrstna omejitev pripomore k sistemski ureditvi racionalne in transparentne rabe zdravil ter hierarhiji uvajanja novih tehnologij (uvajanje novega zdravila v terciarni zdravstveni ustanovi, prenos zdravila na sekundarni in primarni zdravstveni ustanovi po njegovem uvajanju).
* predhodno soglasje Zavoda na predlog izvajalca na sekundarni ali terciarni ravni zdravstvene dejavnosti za zdravstveno obravnavo posamezne zavarovane osebe z določenim zdravilom omogoča reguliran dostop do zdravila, ki lahko zaradi visoke cene ogrozi finančni načrt Zavoda.

1. **(razširitev predpisovanja zdravila)**

Ta člen uvaja nove določbe, ki se nanašajo na razširitev predpisovanja že razvrščenega zdravila na dodatno terapevtsko indikacijo in na populacijsko skupino zavarovanih oseb, ki nista določeni v povzetku glavnih značilnosti zdravila, ki je sestavni del dovoljenja za promet z zdravilom, sta pa navedeni v terapevtskih smernicah in priporočilih ali pa imata podlago v klinični raziskavi. Gre za zdravljenje hudih bolezni, zlasti pri otrocih, ki ogrožajo življenje, za katere ni možnosti drugega zdravljenja.

Možnost razširitve financiranja zdravil na neodobrene indikacije in populacijsko skupino zavarovanih oseb je izjemnega pomena, saj bi v primeru prepovedi številni bolniki ostali brez možnosti zdravljenja hudih bolezni in marsikdo tudi brez možnosti preživetja.

Zdravilo je običajno sprva registrirano le za eno terapevtsko indikacijo, za katero so bile izvedene vse predpisane študije, nato pride na trg. Nekatere farmacevtske firme nadaljujejo raziskave in študije z zdravilom tudi po prihodu na trg in vložijo vloge za registracijo novih terapevtskih indikacij, saj lahko s tem podaljšajo patentne pravice. Kljub temu pa za določene terapevtske indikacije in populacijske skupine ni interesa, ker ne prinašajo dovolj prometa, saj gre za redke terapevtske indikacije ali majhne in preveč zahtevne populacijske skupine, da bi na njih izvajali potrebne klinične študije. Po padcu patentnih pravic pa industrija nima več interesa za nove študije, Evropska agencija za zdravila pa nima pravnih podlag, da sama, brez vloge firme, določi novo terapevtsko indikacijo, čeprav je zanjo dovolj podatkov o učinkovitosti in varnosti. Stroki zato preostane le to, da vključi novo terapevtsko možnost v terapevtske smernice. Te postanejo osnova za zdravljenje. V Evropi pripravljajo evropske smernice večinoma strokovna združenja, ta pa se lahko prilagajajo na lokalna okolja, kar je naloga nacionalnih strokovnih teles.

Predpisovanje zdravil izven odobrenih terapevtskih indikacij (angl. off-label) ni redek pojav in obsega naslednja področja:

* predpisovanje izven odobrene terapevtske indikacije,
* predpisovanje za populacijske skupine, ki niso bile vključene v registracijske študije,
* predpisovanje v višjih odmerkih, kot je priporočeno oz. dovoljeno v povzetku glavnih značilnosti zdravila,
* predpisovanje zdravila za daljše časovno obdobje, kot je opredeljeno v povzetku glavnih značilnosti zdravila.

Po nekaterih raziskavah je pogostost takega predpisovanja med 30 in 50 %, saj se veliko starejših zdravil, kot je npr. metilprednizolon, za številne hude bolezni predpisujejo izven odobrenih indikacij. Pri novejših in novih zdravilih pa je predpisovanje izven indikacij pomembno predvsem za otroke, saj se vse študije izvajajo najprej na odraslih. V pediatriji je predpisovanje izven indikacij neobhodno, to velja praktično za vsa klinična pediatrična področja, še posebej pa za onkologijo; brez uporabe zdravil izven indikacij bi bilo zdravljenje onkoloških bolezni v pediatriji povsem nemogoče.

Pri predpisovanju zdravil izven indikacij morajo biti izpolnjena naslednja merila:

* huda bolezen, ki ogroža življenje ali bistveno zmanjšuje kakovost življenja, za katero ni druge terapevtske možnosti in
* bolezen, za katero ni več na voljo zdravila z odobreno indikacijo in za katero je dovolj podatkov, da bo zdravstvena obravnava z zdravilom učinkovita in varna.

Predlog člena določa, da Zavod v zakonu dobi pravno podlago za financiranje zdravljenja izven indikacij. V zakonu je tudi določen postopek za uvedbo financiranja. Če pa zakonodajalec meni, da je potrebno določiti, v katerih primerih je to dovoljeno in morebitne postopke, je to potrebno urediti v zakonu, ki ureja zdravila.

Predlagana ureditev temelji tudi na študiji Evropske komisije o uporabi zdravil izven odobrenih terapevtskih indikacij.[[31]](#footnote-31) Predlagana zakonska ureditev je v skladu s priporočilom na straneh 113 in 114, in sicer:

* le financiranje v primeru dokazov (zdravilo je vključeno v smernice)
* le za bolezen, za katero je dovolj podatkov, da bo zdravstvena obravnava z zdravilom učinkovita.

Ta določba prinaša še prednosti na področju farmakovigilance (sistem nadzora varnosti zdravil), saj regulirano financiranje neodobrenih indikacij ne pomeni le transparentnosti pri financiranju, ampak tudi pri beleženju morebitnih neželenih učinkov zdravil prav zaradi te indikacije, kar pomeni realne podatke za regulatorne organe in za farmacevtsko industrijo, ki se bodo lažje odločali za regulirano razširitev terapevtskega področja tudi na te indikacije.

1. **(izločitev zdravila)**

Določbe so prenesene iz ZZVZZ in Pravilnika o razvrščanju zdravil na listo in dopolnjene tako, da jasno določajo pogoje za izločitev zdravila z liste. Izločitev zdravila pomeni ukinitev financiranja zdravila iz OZZ. V prvem odstavku so v 1., 3. in 6. točki na novo dodani naslednji pogoji:

* zdravilo se izloči z liste, če ne more biti več predmet razvrstitve, in sicer nima cene ali pa ne izpolnjuje več specifičnih pogojev, kot je npr. za bolnišnično zdravilo, da ne dosega vrednosti priporočenega odmerka, ki ga določi Zavod, za ambulantna zdravila, če se vključi v ceno zdravstvene storitve ter za magistralna in galenska zdravila, če pride na slovenski trg industrijsko proizvedeno zdravilo z enako ali primerljivo učinkovino,
* če mu poteče obdobje razvrstitve za določen čas,
* če izločitev zdravila ne pomeni javnozdravstvenega tveganja za zavarovane osebe, ki bi nastalo zaradi njegove izločitve, in če ne pomeni ekonomskega tveganja za sredstva OZZ. Tak primer so zdravila, ki imajo režim izdaje BRp (brez recepta) in so zaradi strokovnih razlogov razvrščeni na listo, imetnik dovoljenja za promet z zdravilom pa se odloči, da tako zdravilo trži le brez recepta. V tem primeru je treba tehtati med interesom imetnika dovoljenja in javnozdravstvenim interesom

1. **(vrste in začetek postopkov za zdravila)**

Določbe tega člena so prenesene iz Pravilnika o razvrščanju zdravil na listo ter dopolnjene.

Prvi odstavek določa vrste postopkov, kjer je dodan novi postopek o določitvi in spremembi razširitve predpisovanja, ki je obrazložen v posebnem členu.

Drugi do peti odstavek določajo subjekte, ki lahko vložijo vlogo ali pobudo ali predlog za določeno vrsto postopka. Drugi odstavek na novo določa, da lahko imetnik dovoljenja za promet z zdravilom vloži vlogo tudi za izločitev zdravila z liste, ki je predmet dovoljenja. Četrti odstavek določa, da lahko Zavod vloži predlog za začetek postopkov iz prvega odstavka tega člena in ne pobude, kot to določa veljavni predpis. Zavod lahko vloži predlog za industrijsko proizvedeno in galensko zdravilo, razen za izločitev zdravila zaradi razloga iz 6. točke prvega odstavka prejšnjega člena. Četrti odstavek na novo določa, da lahko Zavod začne postopek iz prvega odstavka tega člena na lasten predlog po uradni dolžnosti za magistralno zdravilo. Zavod bo po uradni dolžnosti razvrščal magistralna zdravila, saj nimajo »lastnika«, izdeluje jih lahko vsaka lekarna v skladu s predpisi, ki urejajo zdravila in lekarniško dejavnost. Peti odstavek določa, da lahko izvajalec vloži pobudo za začetek postopka za prerazvrstitev, določitev in spremembo omejitve predpisovanja ali izdajanja zdravila, določitve in spremembe razširitve predpisovanja zdravila in izločitve zdravila, razen za izločitev zdravila zaradi razloga iz 6. točke prvega odstavka prejšnjega člena. Po veljavni zakonodaji izvajalci lahko dajo pobudo tudi za razvrščanje zdravil na listo, kar pa podvoji delo in podaljša postopek razvrščanja, saj Zavod v prvi fazi začne postopek s pobudo izvajalca in jo nadaljuje z vlogo imetnika dovoljenja za promet.

1. **(elektronsko poslovanje prek portala eLista zdravil)**

Ta člen na novo določa postopek elektronskega poslovanja prek portala eLista zdravil, ki omogoča posodobitev dosedanjega načina poslovanja in olajšavo pri vodenju postopkov. Uveden bo najkasneje v treh letih od začetka veljavnosti tega zakona. Prvi in drugi odstavek določata, da se v postopkih razvrščanja uporablja elektronska oblika poslovanja, preko katere se vlagajo vloge , pobude in predlogi. Četrti in peti odstavek določata , da se vročanje dokumentov v zvezi s postopki s strani Zavoda in prevzemanje s strani imetnika dovoljenja za promet z zdravilom, izdelovalca galenskega zdravila in izvajalca izvajata preko portal eLista. Šesti odstavek določa, da vročitev velja za opravljeno z dnem, ko se jo prevzame. Če se prevzem ne opravi v petih dneh, velja vročitev za opravljeno z dnem poteka tega roka. Sedmi odstavek določa, da po poteku določenega obdobja iz prejšnjega odstavka, ki ga določi Zavod, portal eLista zdravil izbriše dokument in pošlje elektronsko sporočilo, da je dokument izbrisan s portala in ga lahko naslovnik prevzame pri Zavodu.

1. **(obravnava vloge za zdravilo in pobude za zdravilo)**

Te določbe so prenesene iz Pravilnika o razvrščanju zdravil na listo.

1. **(strokovna mnenja)**

Te določbe so prenesene iz Pravilnika o razvrščanju zdravil na listo. V postopku razvrščanja Zavod pridobi mnenje Komisije za zdravila za prerazvrstitve zdravila, določitve in spremembe omejitve predpisovanja ali izdajanja zdravila, določitve in spremembe razširitve predpisovanja zdravila in izločitve zdravila zaradi razloga iz 1., 2. in 6. točke prvega odstavka 265. člena. Zavod lahko pridobi strokovno mnenje tudi za druge postopke, ki niso navedeni. Zavod lahko v postopkih poleg tega mnenja pridobi tudi mnenje drugih strokovnjakov. Na ta način strokovna javnost aktivno sodeluje pri odločitvah Zavoda.

1. **(rok za odločitev Zavoda)**

Te določbe so prenesene iz Pravilnika o razvrščanju zdravil na listo.

1. **(odločitev Zavoda)**

Te določbe so prenesene iz Pravilnika o razvrščanju zdravil na listo in so dopolnjene. Na novo se uvaja obvestilo o odločitvi za enako zdravilo (že razvrščena učinkovina zdravila v novem pakiranju in jakosti, novi generik) ter sklep po uradni dolžnosti, ko Zavod odloča v postopku za magistralno zdravilo. Na ta način je poenostavljen postopek.

1. **(pritožba in sodno varstvo)**

Te določbe so prenesene iz Pravilnika o razvrščanju zdravil na listo.

1. **(terapevtske skupine zdravil)**

Te določbe so prenesene iz Pravilnika o razvrščanju zdravil na listo in so dopolnjene.

Sprememba prvega odstavka glede na Pravilnik podrobneje opredeli, katera zdravila so lahko vključena v terapevtske skupine zdravil - industrijsko proizvedena zdravila z receptne liste. Sprememba se nanaša tudi na spremembo liste zdravil, ki se s pozitivne in vmesne liste spreminja v receptno listo zdravil.

Drugi odstavek vsebinsko vključuje del prvega odstavka iz Pravilnika. Prenese se del besedila, ki opredeli podlage za vključitev zdravila v terapevtsko skupino zdravil.

Tretji odstavek je vsebinsko enak združenim drugemu, četrtemu in petemu odstavku Pravilnika. Bolj podrobno je zapisano, da ima terapevtska skupina zdravil lahko enega ali več razredov primerljivih odmerkov zdravil, v katerih se določi zdravilo z najugodnejšim razmerjem med stroški in učinki.

Glede na Pravilnik je črtan tretji odstavek, ki podrobneje določa, kako se računa tržni delež učinkovin, oziroma kombinacij učinkovin.

Četrti do sedmi odstavek povzemajo vsebino šestega in sedmega odstavka iz Pravilnika in podrobneje določajo dodane vrednosti zdravila, če ima to prednost za zavarovano osebo ali če je kombinirano zdravilo. Peti in šesti odstavek na novo podrobneje določata najvišjo dodano vrednost zaradi farmacevtske oblike zdravila, zaradi kliničnih lastnosti zdravila in za kombinacijo zdravila.

Osmi odstavek se spremeni v delu, da terapvtske skupine zdravil določa Svet Zavoda, namesto upravni odbor Zavoda, kot je navedeno v Pravilniku.

Dodan je novi odstavek, ki določa, da se terapevtska skupina zdravil z datumom uveljavitve in njene spremembe objavi na spletni strani Zavoda.

1. **(dogovor o financiranju zdravila)**

Te določbe so prenesene iz Pravilnika o razvrščanju zdravil na listo. Dogovori so eno najmočnejših orodij za zniževanje cen, zlasti pri razvrščanju novih zdravil (hitrejša in vzdržna uvedba) ter novih generikov (vpliv na NPV). Prinesejo 7 – 10 % prihrankov OZZ na zdravilih na recept.

1. **(dogovorjena cena zdravila)**

Te določbe so prenesene iz Pravilnika o razvrščanju zdravil na listo. Zakonska podlaga omogoča avtomatično ukinitev dogovorov v primeru, ko najvišja dovoljena ali izredno višja dovoljena cena zdravila (regulirane cene, ki jih določa JAZMP) zniža na dogovorjeno ceno ali pod njo. Dogovori o ceni zdravila predstavljajo najbolj enostaven in največji del vseh dogovorov o financiranju zdravil.

1. **(dogovorjena cena galenskega zdravila)**

Ta določba je prenesena iz Pravilnika o razvrščanju zdravil na listo. Galensko zdravilo nima regulirane cene, zato Zavod sklene dogovor o ceni galenskega zdravila z njegovim izdelovalcem (lekarno).

1. **(določena cena magistralnega zdravila)**

Ta določba je nova. Magistralnemu zdravilu se določi cena na podlagi podatkov iz lekarn in veletrgovin o cenah porabljenih sestavin, materiala in zaščitnih sredstev. Magistralna zdravila so butično izdelana zdravila v posamezni lekarni za določenega bolnika. Nimajo reguliranih cen, ker je njihova cena odvisna od nabavnih cen sestavin. Trenutno se za ista magistralna zdravila plačujejo različne cene, ki se med seboj precej razlikujejo . Določba bo omogočila njihovo bolj transparentno financiranje.

1. **(najvišja priznana vrednost zdravila z receptne liste)**

Najvišje priznane vrednosti za razvrščena zdravila na recept (v nadaljnjem besedilu: NPV) so bile uvedene leta 2003 za zdravila s seznama medsebojno zamenljivih zdravil, ki ga določa Javna agencija za zdravila in medicinske pripomočke. V letu 2013 so bile uvedene še NPV za zdravila, uvrščena v terapevtske skupine zdravil, ki jih določa Zavod. Uvedba NPV za zdravila je prinesla znatne prihranke, za leto 2016 so kot razlika med ceno zdravila in NPV ocenjeni na 31,5 mio EUR z DDV, za Zavod (delež OZZ) 17,2 mio evrov.

Določbe tega člena so prenesene iz Pravilnika o razvrščanju zdravil na listo.

Določanje NPV poteka po dveh postopkih:

1. za zdravila, uvrščena na seznam medsebojno zamenljivih zdravil, se določi NPV za posamezno skupino na podlagi zdravila, prisotnega na trgu, ki je glede na primerljivi odmerek najcenejše;

2. za zdravila, uvrščena v terapevtske skupine zdravil, se določi NPV za posamezni razred terapevtske skupine na podlagi referenčnega zdravila, prisotnega na trgu, ki je glede na primerljivi odmerek najcenejše; za posamezno zdravilo se upošteva tudi morebitna dodana vrednost, določena v sklepu o terapevtski skupini.

Ker je del zdravil uvrščenih tako na seznam medsebojno zamenljivih zdravil kot tudi v terapevtske skupine, je za ta zdravila NPV izračunan dvakrat, vrednosti teh NPV pa se lahko razlikujejo. V sistemu obračunavanj ima zdravilo lahko določeno le eno vrednost NPV, zato je v takih primerih končni NPV tisti, ki je nižji med obema.

Zdravila, vključena v seznam medsebojno zamenljivih zdravil, lahko farmacevt v lekarni menja, medtem ko zdravila, vključena v terapevtske skupine, ni so vedno zamenljiva, saj so znotraj posamezne terapevtske skupine običajno zdravila z različnimi učinkovinami.

Zavarovana oseba lahko vedno prejme zdravilo brez doplačila le za zdravila z NPV, ki niso vključena v terapevtsko skupino zdravil, saj mu v lekarni izdajo najcenejše zdravilo z isto učinkovino oz. kombinacijami učinkovin. Zavarovana oseba doplača razliko med ceno zdravila in NPV le v primeru, ko ne želi menjave zdravila.

Med zdravili, vključenimi v terapevtske skupine, pa zavarovana oseba lahko prejme brez doplačila vsaj eno zdravilo za isto indikacijo. Ker pa vsa zdravila znotraj terapevtske skupine niso medsebojno zamenljiva, pa v primeru, ko je cena vseh zdravil z isto učinkovino oz. kombinacijami učinkovin višja kot NPV, potrebno doplačati; doplačilo je razlika med ceno zdravila in NPV.

Ne glede na prejšnje tri odstavke pa zavarovani osebi ni potrebno doplačati v primeru, ko zdravnik na receptnem obrazcu označi »ne zamenjuj«; razlog, da se zdravila ne sme menjati, mora biti naveden v zdravstveni kartoteki zavarovane osebe.

NPV za zdravila z receptne liste določa Zavod najmanj vsakih šest mesecev, glede na to, da so spremembe liste, cen zdravil, seznama medsebojno zamenljivih zdravil ter uvedba novih terapevtskih skupin tudi pogostejše, pa se jih praviloma določa pogosteje.

1. **(najvišja priznana vrednost zdravila z ambulantne in bolnišnične liste zdravil)**

Ta člen na novo uvaja določanje najvišjih priznanih vrednosti za zdravila z ambulantne in bolnišnične liste na osnovi najcenejšega zdravila v skupini z enakim splošnim imenom. Ta določba omogoča redno periodično zniževanje cen zdravil takoj po razvrstitvi enakovrednega (generičnega ali podobnega biološkega) zdravila na listo oziroma po vsaki spremembi cen zdravil v določeni skupini. Metodologija določanja najvišje priznane vrednosti je enaka kot določanje najvišje priznane vrednosti pri zdravilih z receptne liste s to razliko, da zavarovana oseba ne doplača razlike med najvišjo priznano vrednostjo in ceno zdravila, temveč bo moral izvajalec sam kriti razliko v ceni, če ne bo nabavil zdravila v okviru najvišje priznane vrednosti.

1. **(ocena prihodnjih sprememb na področju zdravil)**

Ta člen na novo določa ocenjevanje prihodnjih sprememb na področju zdravil. Prvi odstavek določa sistematično zbiranje podatkov o prihodu zdravil na trg v RS z namenom spremljanja trendov in sprememb na področju farmacevtskih raziskav in razvoja, s ciljem boljšega načrtovanja odhodkov za zdravila, ki se krijejo iz OZZ. Zbirali se bodo podatki o novih, dragih zdravilih (nove tehnologije), ki imajo največji vpliv na rast stroškov.

Drugi in tretji odstavek določata, da Zavod obdeluje in ocenjuje podatke, zbrane iz referenčnih virov in od imetnikov dovoljenja za promet, katerih zdravila so že krita iz OZZ ali pa imajo interes, da bodo njihova zdravila prišla na trg RS. Imetniki dovoljenja za promet Zavodu pošiljajo podatke preko portala eLista, in sicer enkrat letno za tri leta naprej.

Četrti odstavek določa, da Zavod enkrat letno na podlagi podatkov oceni prihodnje spremembe na področju zdravil, zlasti glede uvedbe novih zdravil.

1. **(splošni akt Zavoda glede vključitve zdravil med pravice)**

Ta člen določa področja, ki bodo natančneje določena v podzakonskem aktu Zavoda.

1. **(živila na receptni listi)**

Te določbe so prenesene iz Pravilnika o razvrščanju živil za posebne zdravstvene namene na listo.

Zavod razvršča živila le na receptno listo.

1. **(živila, ki so predmet razvrstitve)**

Te določbe so prenesene iz Pravilnika o razvrščanju živil za posebne zdravstvene namene na listo.

1. **(pogoj in merila za razvrstitev živila)**

Te določbe so prenesene iz Pravilnika o razvrščanju živil za posebne zdravstvene namene na listo in so enaka kot za zdravila.

1. **(novo in podobno živilo)**

Živilo se razvrsti kot novo živilo ali podobno živilo. Uvajata se dva nova skupna izraza, ki imata enak pomen kot novo in enako zdravilo.

Novo živilo je skupni izraz za živilo, ki glede na sestavo še ni razvrščeno na receptno listo, in živilo z receptne liste z zdravstvenim namenom uporabe, ki še ni razvrščeno na receptno listo.

Podobno živilo je skupni izraz za živilo, ki je glede na sestavo in zdravstveni namen uporabe primerljivo živilu z receptne liste, in sicer za živilo z enako ali primerljivo obliko, živilo z enako, primerljivo ali različno energijsko vrednostjo, živilo z enakim ali različnim okusom in živilo z enakim ali različnim pakiranjem.

1. **(razvrstitev živila z imenom)**

Določba je prenesena iz Pravilnika o razvrščanju živil za posebne zdravstvene namene na listo. Živilo se razvrsti z lastniškim imenom in nacionalnim identifikatorjem, ki ga določi Zavod.

1. **(omejitev predpisovanja ali izdajanja živila)**

Za omejitev predpisovanja živila in omejitev izdajanja živila se smiselno uporabljajo določbe, ki urejajo tovrstne postopke za zdravila.

1. **(izločitev živila)**

Ureditev izločitve živila je urejena enako kot za zdravila.

1. **(vrste in začetek postopkov za živila)**

Te določbe so prenesene iz Pravilnika o razvrščanju živil za posebne zdravstvene namene na listo. O živilu se odloča v postopkih razvrstitve, določitve in spremembe omejitve predpisovanja ali izdajanja živila, in izločitve živila, za razliko od zdravil, o katerih se odloča v več postopkih.

1. **(elektronsko poslovanje prek portala eListe zdravil)**

Elektronsko poslovanje prek portala eListe se izvaja enako kot pri zdravilih.

1. **(obravnava vloge za živilo in pobude za živilo)**

Določbe so enake kot pri zdravilih.

1. **(strokovna mnenja)**

Ta določba je prenesena iz Pravilnika o razvrščanju živil za posebne zdravstvene namene na listo.

1. **(rok za odločitev Zavoda)**

Ta določba je prenesena iz Pravilnika o razvrščanju živil za posebne zdravstvene namene na listo.

1. **(odločitev Zavoda)**

Ureditev je enaka kot pri zdravilih.

1. **(pritožba in sodno varstvo)**

Ta določba je prenesena iz Pravilnika o razvrščanju živil za posebne zdravstvene namene na listo.

1. **(dogovor o financiranju živila)**

Te določba je prenesena iz Pravilnika o razvrščanju živil za posebne zdravstvene namene na listo.

1. **(dogovorjena cena živila)**

Ta določba je prenesena iz Pravilnika o razvrščanju živil za posebne zdravstvene namene na listo. Živilo nima regulirane cene, zato Zavod sklene dogovor s proizvajalcem živila. Dogovori o ceni za živilo imajo enako finančno vrednost kot dogovori o ceni zdravil.

1. **(najvišja priznana vrednost živila)**

Ta določba je prenesena iz Pravilnika o razvrščanju živil za posebne zdravstvene namene na listo.

1. **(splošni akt Zavoda glede vključitve živil med pravice)**

Ta člen določa področja, ki bodo natančneje določena v podzakonskem aktu Zavoda.

**K 304. do 307. členu (vključitev pripomočkov v sistem OZZ), (vsebina predloga za vključitev pripomočkov v sistem OZZ), (vključitev pripomočkov v sistem OZZ), (pravica do pripomočka v sistemu OZZ)**

Določbe zakona predvidevajo natančen sistem uvršanja pripomočkov v sistem OZZ. Predlog za uvrstitev v OZZ Zavodu podajo proizvajalci pripomočkov in dobavitelji, združenja zavarovanih oseb, izvajalci zdravstvenih storitev ipd.. Zavod pri umeščanju pripomočkov v OZZ upošteva načelo stroškovne učinkovitosti.

1. **(Plan zdravstvenih storitev)**

Člen opredeljuje Plan zdravstvenih storitev, ki nadomešča trenutni Splošni dogovor in ki uvaja izvrševanje vloge Zavoda kot aktivnega kupca. Prvi odstavek opredeljuje izhodišča ter temeljne dokumente, ki jih je potrebno obvezno upoštevati pri pripravi Plana. Drugi odstavek navaja obvezne sestavine Plana. Tretji odstavek opredeljuje rok za sprejem Plana in veljavnost minimalno dve leti in s tem dovolj zgodaj izvajalce seznani s pogoji poslovanja v bodočih dveh letih. Četrti odstavek opredeljuje obvezo soglasja Ministrstva za zdravje k Planu, oz. v primeru nesoglasja opredelitev zahtevanih sprememb. Odstavek navaja tudi, da v primeru, da soglasje ni dano ali zavrnjeno, šteje, da je soglasje dano. Peti odstavek opisuje način vključitve predlaganih sprememb ter ukrepanje v primeru, da spremembe, ki jih predlaga ministrstvo, ni mogoče sprejeti z razpoložljivimi finančnimi viri. V tem primeru Vlada RS odloči, kateri način reševanja neskladja se izvede. Odstavek prav tako opredeljuje možne načine reševanja neskladja.

1. **(sklenitev pogodbe)**

Člen opredeljuje, da se izvedbeno po sprejemu Plana zdravstvenih storitev izbranemu izvajalcu ponudi pogodba. Člen opredeljuje minimalne obvezne sestavine pogodbe ter skrajni rok sklenitve pogodbe.

1. **(zavrnitev pogodbe)**

Prvi odstavek člena opredeljuje rok, v katerem mora izbrani izvajalec podpisati poodbo z Zavodom, ter posledice, če pogodbe ne podpiše. Drugi odstavek opredeljuje, da tudi, če izvajalec odstopi od (nove) pogodbe, ne sme dopustiti, da za storitve, ki so v ponujeni pogodbi, v prehodnem obdobju ni zagotovljenega izvajalca. Tako mora izvajalec, ki odstopa od pogodbe, do trenutka, ko Zavod izpelje postopek iskanja nadomestnega izvajalca in za te storitve ali program sklene pogodbo z drugim izvajalcem, zagotavljati zdravstvene storitve v skladu z določili pogodbe, ki je bila ponujena. Tretji odstavek opredeljuje pravne možnosti v porimeru nestrinjanja s pogodbo in sicer navaja tožbeni postopek ter opredeljuje rok, v katerem mora biti tožba vložena. V primeru tožbenega postopka je na sodišču možno uporabiti tudi inštitut alternativnega reševanja sporov. (npr. mediacija). V primeru tožbenega postopka se program ne sme dodeliti drugemu izvajalcu.

1. **(arbitražni postopek)**

Izvajalec zdravstvene dejavnosti lahko v skladu z določbo tega člena v roku 5 delovnih dni od prejema pogodbe za zagotavljanje zdravstvenih storitev sproži arbitražni postopek, če meni, da je vsebina pogodbe  v neskladju s Planom zdravstvenih storitev.

V teh primerih se oblikuje arbitražni senat, ki ga sestavljajo trije člani, po enega člana imenujejo izvajalec zdravstvene dejavnosti, Zavod in ministrstvo. Predsednika določijo arbitri med seboj.

V zahtevi za arbitražo izvajalec natančno opredeli domnevno neskladje med ponujeno pogodbo in Planom zdravstvenih storitev in postavi zahtevek. Določba zakona predvideva sorazmerno kratke roke za izvedbo posamezne aktivnosti znotraj postopka arbitraže.

Sedež arbitraže je pri ministrstvu, ki zagotavlja arbitraži prostore in upravno pomoč. Stroške arbitrov nosijo stranke, ki so jih imenovale. Sodno varstvo je dopustno le v primerih, ki jih določa zakon o arbitraži.

Ministrstvo za potrebe podrobneješe določitve postopka imenovanja arbitrov ter samega delovanja arbitraže pripravi in sprejme poseben podzakonski akt.

1. **(postopek za dodatne programe in interventni ukrepi)**

Člen opredeljuje naloge Zavoda pred pripravo Plana izvajanja zdravstvenih storitev. Prvi in drugi odstavek tako opredeljujeta obvezo po izvedbi povpraševanja pri izvajalcih v primeru sprememb obsega storitev ali programov, vstopne pogoje, potrebne podatke in rok izvedbe. Med drugim se opredeli tudi obdobje trajanja programa (npr. enkratno povečanje, trajnejše povečanje, …). Kot izvajalci se štejejejo izvajalci v javni mreži, ki izvajajo specialnost, ki je predmet povpraševanja, pri čemer morajo zasebni izvajalci s koncesijo upoštevati omejitve obsega programa, ki jim je dodeljen s koncesijsko pogodbo. Drugi odstavek vpeljuje tudi zahtevo, da Zavod opredeli standard kakovosti, ki ga mora izvajalec dosegati, v kolikor želi izvajati storitev za Zavod.

Tretji odstavek navaja rok, do katerega morajo izvajalci sporočiti zahtevane podatke, v kolikor želijo spremeniti obseg programa.

Četrti odstavek navaja, da imajo v primeru kandidiranja večih izvajalcev za isti program, ob zahtevanem izpolnjevanju pogojev prednost izvajalci, ki dosegajo boljše standarde kakovosti.

Člen dopušča Zavodu, da lahko v primeru izredne situacije začasno sklene pogodbo tudi z zasebnim ali tujim ponudnikom zdravstvenih storitev skladno z zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnosti. Gre za določbo, ki se uporabi v primeru izrednih situacij, npr. da v RS v nekem trenutku ne bi imeli nobenega izvajalca določene storitve in je potrebno zaradi zdravstvenega stanja pacientov nujno zagotoviti izvajalca. Temu primerno je odločanje o situaciji dano Svetu Zavoda. Prav tako se opredeljuje pogoj, da je potrebno pred sklenitvijo začasne pogodbe opredeliti merila in pogoje za izbor začasnega izvajalca ter najdaljši rok trajanja začasne pogodbe, ki prav tako odraža izrednost situacije, da je potrebno izvesti tovrstni ukrep.

1. **(dolžnosti izvajalcev v postopku zagotavljanja zdravstvenih storitev)**

Člen opredeljuje krovne dolžnosti izvajalcev. Posredovanje finančnih podatkov se nanaša predvsem na odgovornost Zavoda, da pripravlja obračunske modele in cene, ki pa jih brez finančno ovrednotenih podatkov izvajalcev ne more pripraviti na način, da bodo cene realno postavljene in zagotavljale stabilno, a hkrati uspešno in učinkovito poslovanje izvajalcev.

1. **(pogoji zagotavljanja pripomočkov)**

Predlog zakona določa, da ZZZS sprejme pogoje, na podlagi katerih se bodo urejali odnosi tako z dobavitelji medicinskih in drugih pripomočkov kot tudi s proizvajalci medicinskih in drugih pripomočkov. Navedeni pogoji bodo nadomestili sedanji sistem dogovarjanja z združenji dobaviteljev. Posebej bodo opredeljeni pogoji za dobavitelje in proizvajalce, ko gre za izdajo medicinskih in drugih pripomočkov zavarovanim osebam na podlagi izdane naročilnice in posebej pogoji, ki se nanašajo na proizvajalce v povezavi z vzpostavitvijo seznama medicinskih in drugih pripomočkov.

1. **(pogoji za dobavitelje in proizvajalce pripomočka)**

Ta določba opredeljuje vsebino pogojev, ki se bodo upoštevali tako v postopku javnega razpisa pri izbiri dobaviteljev oz. proizvajalcev za izdajo oz. izposojo pripomočkov na naročilnico, kot tudi pogoje, ki jih bodo dolžni izpolnjevati dobavitelji oz proizvajalci v času izvajanje pogodbe z ZZZS. Pogoji bodo opredeljevali vse zahteve, ki so pomembne za izvajanje pravic zavarovanih oseb do pripomočkov v breme OZZ. Opredeljevali bodo medsebojne pravice in obveznosti, izmenjavo podatkov, način zaračunavanja izdanih in/ali izposojenih pripomočkov, izvajanje nadzora, pogodbene kazni v primeru posameznih kršitev, razloge za odpoved pogodbe itd..

Pri izdaji pripomočkov zavarovanim osebam je novost, da jim bo lahko posamezne pripomočke (potrošni materiali, kot so inkontinenčni, pri zdravljenju sladkorne bolezni, stoma pripomočki) zagotavljal neposredno proizvajalec (ne bo izdaje v lekarni ali specializirani prodajalni). Takšen način pomeni da bo posamezne pripomočke zavarovana oseba prejela z dobavo na dom. Tudi v teh primerih bo zagotovljeno ustrezno svetovanje zavarovanim osebam o uporabi pripomočka in sicer s strani proizvajalca. Zavarovanim osebam zaradi prevzema pripomočka torej ne bo potrebno opraviti dodatnih poti, prav tako pa takšen način prinaša določeno racionalizacijo stroškov pri oskrbi zavarovanih oseb z medicinskimi pripomočki. V teh primerih torej v procesu oskrbe s pripomočki ne bo potrebno sodelovanje veletrgovca in lekarne oz. specializirane prodajalne, zato se bodo pripomočki lahko zagotavljali po nižjih stroških, kot v sedanjem sistemu.

1. **(seznam pripomočkov)**

Ta določba opredeljuje pravne podlage za vzpostavitev seznama pripomočkov. Seznam pripomočkov pomeni dograditev obstoječega sistema pripomočkov iz OZZ, ki se izdajajo zavarovanim osebam na naročilnico. Cilj vzpostavitve seznama pripomočkov je:

* + - * opredelitev osnovnih zahtev kakovosti za pripomočke, ki so pravica iz OZZ,
      * zagotavljanje v breme OZZ le tistih pripomočkov (v primerih serijsko izdelanih pripomočkov), ki izpolnjujejo osnovne zahteve kakovosti in katerih cene so v okviru vrednosti, ki jih določi oz. dogovori Zavod.

Postopki za vzpostavitev seznama pripomočkov sicer že potekajo na podlagi sprejetega Pravilnika o uvrščanju in izločitvi medicinskih pripomočkov na seznam medicinskih pripomočkov (Uradni list RS, št. 25/14). Seznam pripomočkov bo vseboval vse podatke o vrstah pripomočkov, ki so pravica (torej na generični ravni), v primeru serijsko izdelanih pripomočkov pa tudi podatke o posameznih artiklih, ki se bodo potem lahko zagotavljali zavarovanim osebam na podlagi predhodno izdane naročilnice. Navedeni pravilnik opredeljuje natančnejšo vsebino seznama pripomočkov ter merila in postopke za uvrstitev posameznih artiklov v seznam. Podatki v seznamu bodo zagotavljali zavarovanim osebam ustrezne informacije celovito in na enem mestu do katerih pripomočkov so upravičeni in kateri pogodbeni dobavitelji (za nekatere pripomočke tudi proizvajalci) jih bodo zagotavljali.

V seznam pripomočkov, ki se zagotavljajo zavarovanim osebam in ko gre za medicinske pripomočke, se bodo lahko uvrstili le tisti pripomočki (artikli), ki so predhodno uvrščeni v nacionalni seznam medicinskih pripomočkov. Nacionalni seznam medicinskih pripomočkov bo vzpostavljen (uradna evidenca medicinskih pripomočkov na nacionalni ravni in seznam medicinskih pripomočkov).

1. **(izhodišča za vrednosti pripomočka)**

Zavarovanim osebam se v breme OZZ zagotavljajo pripomočki v vrednostih (cenovni standard, najvišja priznana cena, pogodbena cena, dnevna izposojnina, cena funkcionalno ustreznega pripomočka). Vrednosti pripomočkov pa bodo določene oz. dogovorjene v skladu z izhodišči, ki jih bo določil Svet Zavoda. Ta izhodišča so sicer že v veljavnem Pravilniku o določitvi izhodišč za cenovne standarde medicinskih pripomočkov in za cene pripomočkov (artiklov) iz OZZ (Uradni list RS, št. 25/14), ki pa jih bo potrebno glede na predvidene spremembe s tem zakonom na področju zagotavljanja pripomočkov (npr. možnost izdaje nekaterih pripomočkov s strani proizvajalca), ustrezno spremeniti. Določitev oz. dogovarjanje vrednosti pripomočkov iz OZZ, je povezano z aktivnostmi glede vzpostavitve seznama pripomočkov. Ob izvajanju postopkov za vzpostavitev seznama pripomočkov se bodo hkrati tudi na novo v skladu z izhodišči iz tega člena na novo določale vrednosti pripomočkov, ki se krijejo v breme OZZ. Bistvena novost na področju določanja oz. dogovarjanja vrednosti je, da se bo Zavod o cenah pogajal z zastopniki proizvajalcev in ne več z lekarnami oz. specializiranimi prodajalnami. Priznane stroške za izvajanje veletrgovine ter izdajo zavarovanim osebam s strani lekarn in specializiranih prodajaln (stroške maloprodaje), pa bodo prav tako z odstotnimi deleži, ki se lahko priznavajo v breme javnih sredstev, opredeljevala ta izhodišča.

1. **(odpoved pogodbe)**

Predlagana določba opredeljuje možnost odpovedi pogodbe tako za Zavod kot tudi za dobavitelj oziroma proizvajalca brez navedbe razloga. Ta določba je stališča Zavoda smiselna npr. v primerih, ko gre za morebitno delovanje dobavitelja oziroma proizvajalca, ki kaže na neupravičeno obogatenje v breme javnih sredstev, postopek dokazovanja bi bil dolgotrajen, z odpovedjo pogodbe pa se lahko prepreči nadaljnje oškodovanje javnih sredstev.

1. **(vrste prihodkov)**

Člen določa vire prihodkov OZZ. Glavni vir predstavljajo prispevki zavarovancev in delodajalcev za OZZ.

Pomemben nov vir prihodkov predstavlja zdravstveno doplačilo, ki zagotavlja pokritje vseh pravic iz OZZ za splošna tveganja.

Poleg prispevkov in zdravstvenega doplačila med prihodke OZZ spadajo tudi prihodki od premoženja, globe po tem zakonu, obresti in drugi prihodki. OZZ se financira tudi iz državnega proračuna in iz drugih virov.

Zavod zagotavlja razmejitev prihodkov iz naslova zavarovanja za splošna tveganja od prihodkov za zavarovanje za poklicna tveganja.

1. **(vrste odhodkov)**

Odhodke iz OZZ predstavljajo odhodki za pravice in izjemne odobritve po tem zakonu, prispevki za OZZ uživalcev pravic do denarnega nadomestila po prenehanju OZZ, stroški delovanja Zavoda ter drugi odhodki.

Odhodki iz naslova zavarovanja za splošna tveganja se krijejo iz prihodkov za ta namen, odhodki iz naslova zavarovanja za poklicna tveganja pa iz naslova prihodkov za zavarovanje za poklicna tveganja. Člen določa tudi kriterij za razmejitev posrednih stroškov na zavarovanje za splošna in za poklicna tveganja.

1. **(določitev in obračun prispevkov)**

Osnove za plačilo prispevkov predstavljajo podlago, od katere se po prispevni stopnji obračunajo in plačajo prispevki. Izjema so prispevki za zavarovane osebe, ki opravljajo osebno dopolnilno delo, ki se plačujejo v pavšalnem znesku.

Prispevki se ne plačujejo za otroke in za družinske člane iz 36. člena tega zakona. Prispevne stopnje in osnove so določene s tem zakonom.

1. **(osnova za osebe v delovnem razmerju)**

Osnova za plačilo prispevkov je za osebe v delovnem razmerju iz prvega do četrtega odstavka 22. člena tega zakona enaka osnovi za plačilo prispevkov za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, določeni v 144. členu ZPIZ-2. Za osebe iz prvega, drugega in četrtega odstavka 22. člena tega zakona je osnova plača oziroma nadomestilo plače po predpisih, ki urejajo delovna razmerja ter vsi drugi prejemki iz delovnega razmerja, vključno z bonitetami ter povračili stroškov v zvezi z delom, izplačanimi v denarju, bonih ali v naravi pri domačem ali tujem delodajalcu, od katerih se v skladu z zakonom, ki ureja dohodnino, plačuje dohodnina. Za osebe iz tretjega odstavka 22. člena tega zakona pa je osnova plača, ki bi bila prejeta za enako delo v RS. V četrtem odstavku 144. člena ZPIZ-2 je določena najnižja osnova za obračun prispevkov za delavce v delovnem razmerju, ki znaša 60 % zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v RS, preračunane na mesec ob upoštevanju prehodnega obdobja, določenega v prvem odstavku 410. člena ZPIZ-2.

Na novo je določena osnova za plačilo prispevkov za zavarovance iz petega odstavka 22. člena tega zakona, za osebe s prijavljenim prebivališčem, zaposlene pri tujem delodajalcu, ki niso zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja. Ti zavarovanci po veljavnem ZZVZZ plačujejo prispevke od osnove, ki je enaka kot v pokojninskem in invalidskem zavarovanju – to je 60 % zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v RS, preračunane na mesec. Po tem zakonu pa prispevke plačujejo od plače oziroma nadomestila plače ter od vseh drugih prejemkov na podlagi delovnega razmerja v celotnem izplačanem znesku, pri čemer je določena tudi najnižja osnova, ki znaša 60 % zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v RS, preračunane na mesec.

1. **(osnova za samozaposlene osebe, družbenike in ustanovitelje, ki so poslovodne osebe in za osebe, ki opravljajo kmetijsko, rejniško ali versko dejavnost)**

Člen določa osnove, od katerih prispevke plačujejo samozaposlene osebe, družbeniki in ustanovitelji, ki so poslovodne osebe in osebe, ki opravljajo kmetijsko, rejniško ali versko dejavnost. Osnova za plačilo prispevkov je enaka osnovi za pokojninsko in invalidsko zavarovanje.

Osnova za pokojninsko in invalidsko zavarovanje je za osebe iz 23. člena (osebe, ki samostojno opravljajo pridobitno ali drugo dovoljeno dejavnost), 24. člena (družbeniki in ustanovitelji, ki so poslovodne osebe) in 25. člena tega zakona (osebe, ki opravljajo kmetijsko dejavnost) določena v 145. členu ZPIZ-2. To je zavarovalna osnova, ki je določena v višini posameznikovega dobička, v katerem niso obračunani prispevki za OZZ ter znižanje in povečanje davčne osnove. Za dobiček se pri družbenikih, ki so poslovodne osebe štejejo vsi prejemki, prejeti za opravljanje poslovodne funkcije in dela.

Ob vstopu v zavarovanje zavarovanci plačujejo prispevke od najnižje zavarovalne osnove, razen če so bili v obdobju šestih mesecev pred vstopom v zavarovanje zavarovani na enaki zavarovalni podlagi. V tem primeru plačujejo prispevke od zavarovalne osnove, od katere so plačevali prispevke pred izstopom iz zavarovanja. Najvišja zavarovalna osnova je v skladu s petim odstavkom 145. člena ZPIZ-2 3,5 kratnik povprečne plače.

Če je oseba, ki opravlja kmetijsko dejavnost, prostovoljno vključena v pokojninsko in invalidsko zavarovanje, osnova za plačilo prispevkov predstavlja zavarovalna osnova, ki je določena v 149. členu ZPIZ-2, in sicer v znesku 60 % zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v RS, preračunane na mesec.

Osnova za pokojninsko in invalidsko zavarovanje za osebe iz 26. člena tega zakona (osebe, ki opravljajo versko ali rejniško dejavnost) je določena v tretjem in četrtem odstavku 147. člena ZPIZ-2. To je znesek 60% zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v RS, preračunane na mesec.

Najnižjo zavarovalno osnovo za osebe, ki samostojno opravljajo pridobitno ali drugo dovoljeno dejavnost in kmete predstavlja znesek 60 % povprečne plače v primeru, če dobiček ne preseže zneska 60 % povprečne plače. Za družbenike in ustanovitelje, ki so poslovodne osebe, po četrtem odstavku 145. člena ZPIZ-2 zavarovalna osnova ne sme biti nižja od zneska 90 % povprečne plače, če dobiček ne preseže zneska 90 % povprečne plače, ob upoštevanju prehodnega obdobja po četrtem odstavku 410. člena ZPIZ-2.

1. **(osnova za vojake)**

Osnova za plačilo prispevkov za vojake je enaka osnovi za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, ki je določena v petem odstavku 147. člena ZPIZ-2. Osnova je prejemek, ki ga prejmejo vojaki za opravljanje svojega dela.

1. **(osnova za uživalce pravic)**

V prvem odstavku 325. člena so določene osnove za plačilo prispevkov za zavarovane osebe iz 28. člena tega zakona, in sicer je to nadomestilo, prejemek ali osnova.

V drugem odstavku je določeno, katera nadomestila oziroma prejemki se povečajo s koeficientom, določenim na podlagi povprečne stopnje davkov in prispevkov, ki jo za potrebe izračuna pokojninske osnove na podlagi zakona, ki ureja pokojninsko in invalidsko zavarovanje, določi minister, pristojen za finance. Tako povečana osnova predstavlja osnovo za obračun in plačilo prispevkov.

V tretjem odstavku so taksativno naštete kategorije zavarovancev iz 28. člena zakona, pri katerih je določena najnižja osnova za plačilo prispevka, ki je enaka znesku 13% oziroma 30 % zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v RS, preračunane na mesec. Če zavarovanec prejme prejemek nižji od z zakonom predpisane osnove, zavezanec za plačilo prispevka obračuna in plača prispevek od z zakonom določene najnižje osnove.

Zakon na novo določa najnižjo osnovo za plačilo prispevkov za osebe, ki prejemajo pokojnino od tujega nosilca in sicer v višini 13 % zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v RS, preračunane na mesec, ter za osebe uživalce invalidnin in republiških priznavalnin in za osebe, ki prejemajo nadomestilo po zakonu o družbenem varstvu prizadetih oseb v višini 30 % zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v RS, preračunane na mesec. Te osebe pred spremembo zakona niso imele določene najnižje osnove, kar je tem osebam omogočalo dostop do vseh pravic iz OZZ za relativno majhno plačilo prispevka, kar pa ni v skladu z načelom solidarnosti.

Na novo je določena osnova za plačilo prispevkov za osebe, ki prejemajo stalno denarno pomoč in za osebe uživalce priznavalnin po predpisih o varstvu udeležencev vojn in sicer v višini 30 % zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v RS, preračunane na mesec. Pred spremembo zakona je bila osnova za plačilo prispevkov za te osebe enaka povprečni bruto plači v RS za oktober predhodnega leta. Do spremembe osnove je prišlo zaradi poenotenja in zmanjšanja različnih osnov, od katerih se plačujejo prispevki, zaradi enotne prispevne stopnje zavarovanca in delodajalca ter iz naslova povečanja solidarnosti pri zbiranju sredstev in s tem zmanjšanja razlik v obremenitvah s prispevki na zavarovano osebo.

Na novo je določena tudi osnova za plačilo prispevkov za družinske pomočnike in sicer je osnova enaka znesku nadomestila oziroma prejemka, ki ga prejme. Pred spremembo zakona je bila osnova za plačilo prispevkov za te osebe enaka minimalni plači v RS. Osnova je bila spremenjena zaradi poenotenja osnove za to kategorijo zavarovanih oseb z osnovo, ki je določena za plačilo prispevkov za obvezno pokojninsko in invalidsko zavarovanje.

1. **(osnova za begunce in osebe s subsidiarno zaščito)**

Člen določa osnovo za plačilo prispevkov za begunce in osebe s subsidiarno zaščito. Osnova je enaka osnovi 30 % zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v RS preračunane na mesec. Te osebe so pred spremembo zakona prispevke plačevale od povprečne bruto plače v RS za oktober predhodnega leta. Do spremembe osnove je prišlo zaradi poenotenja in zmanjšanja različnih osnov, od katerih se plačujejo prispevki ter zaradi enotne prispevne stopnje zavarovanca in delodajalca.

1. **(osnova za tujce, ki se izobražujejo)**

Člen na novo določa osnovo za plačilo prispevkov za tujce, ki se izobražujejo. Osnova je enaka osnovi 30 % zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v RS preračunane na mesec. Te osebe so pred spremembo zakona prispevke plačevale od povprečne bruto plače v RS za oktober predhodnega leta. Do spremembe osnove je prišlo zaradi poenotenja in zmanjšanja različnih osnov, od katerih se plačujejo prispevki, zaradi enotne prispevne stopnje zavarovanca in delodajalca ter iz naslova zmanjšanja razlik v obremenitvah s prispevki na zavarovano osebo.

1. **(osnova za upravičence do plačila prispevka za OZZ)**

Člen na novo določa osnovo za plačilo prispevkov za upravičence do plačila prispevka za OZZ. Osnova je enaka osnovi 30 % zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v RS preračunane na mesec. Za te osebe je pred spremembo zakona bila osnova enaka povprečni bruto plači v RS za oktober predhodnega leta. Do spremembe osnove je prišlo zaradi poenotenja in zmanjšanja različnih osnov, od katerih se plačujejo prispevki, zaradi enotne prispevne stopnje zavarovanca in delodajalca ter iz naslova povečanja solidarnosti pri zbiranju sredstev in s tem zmanjšanja razlik v obremenitvah s prispevki na zavarovano osebo.

1. **(osnova za osebe s prebivališčem v RS)**

Člen določa osnovo za plačilo prispevkov za osebe s prebivališčem v RS. Osnova je enaka osnovi 13 % zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v RS preračunane na mesec. Te osebe so pred spremembo zakona prispevke plačevale od osnove enaki 25 % zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v RS preračunane na mesec. Do spremembe osnove je prišlo zaradi poenotenja in zmanjšanja različnih osnov, od katerih se plačujejo prispevki ter zaradi enotne prispevne stopnje zavarovanca in delodajalca.

1. **(osnova za pripornike in obsojence)**

Člen na novo določa osnovo za plačilo prispevkov za pripornike in obsojence. Osnova je enaka osnovi 60 % zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v RS preračunane na mesec. Za te osebe je bila osnova pred spremembo zakona določena v višini povprečne bruto plače v RS za oktober predhodnega leta. Do spremembe osnove je prišlo zaradi poenotenja in zmanjšanja različnih osnov, od katerih se plačujejo prispevki, zaradi enotne prispevne stopnje zavarovanca in delodajalca ter iz naslova zmanjšanja razlik v obremenitvah s prispevki na zavarovano osebo.

1. **(osnova za plačilo prispevkov za posebne primere)**

Člen določa osnove za plačilo prispevkov zavarovanca za posebne primere za zavarovane osebe iz 22. in 246. člena tega zakona. Poleg osnov, od katerih se plačujejo prispevki zavarovanca in delodajalca za splošna in poklicna tveganja, se plačujejo prispevki zavarovanca po stopnji 6,36% za splošna tveganja tudi od vseh drugih dohodkov, določenih v tem členu.

Na novo je določeno plačevanje prispevkov zavarovanca od pokojnin (če zavarovane osebe niso obvezno zdravstveno zavarovane iz naslova prejemanja pokojnine), od pokojninske rente, razen od pokojninskih rent, ki se izplačujejo na podlagi prostovoljnega dodatnega pokojninskega zavarovanja v skladu z ZPIZ in od dohodkov iz kapitala in dohodkov iz oddajanja premoženja v najem.

Osnova za plačilo prispevkov je vsak posamezen prejet dohodek oziroma prejemek v primeru dohodkov iz 1. in 2. točke prvega odstavka tega člena (dohodek iz drugega pravnega razmerja in pokojnina, če zavarovana oseba ni obvezno zdravstveno zavarovana iz tega naslova), znesek, ki se skladno z zakonom o dohodnini všteva v davčno osnovo v primeru dohodkov iz 3. in 4. točke prvega odstavka tega člena (prejemniki pokojninske rente, dohodkov iz kapitala, iz oddajanja premoženja v najem), 25 % zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v RS, preračunane na mesec za zavarovane osebe iz 10. in 11. točke drugega odstavka 246. člena tega zakona (samozaposlene osebe, ki iz tega naslova niso obvezno zdravstveno zavarovane in nosilci dopolnilne dejavnosti na kmetiji) in 125 % zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v RS, preračunane na mesec za zavarovane osebe iz 12. točke drugega odstavka 246. člena tega zakona (sobodajalci).

1. **(stopnje za plačilo prispevka)**

Stopnje za plačilo prispevkov so določene s tem zakonom. Določeni sta le dve stopnji za zavarovanje za splošna tveganja in sicer prispevek zavarovanca po stopnji 6,36 % in prispevek delodajalca po stopnji 6,56 %. Pred spremembo tega zakona je bilo določenih več različnih prispevnih stopenj. Za vsakega zavarovanca se obračunata oba prispevka - izjema je določena le za osebe, ki prejemajo pokojnino ali preživnino ali poklicno pokojnino po predpisih RS, osebe, ki prejemajo pokojnino od tujega nosilca, upravičence do nadomestil zaradi invalidnosti, za katere je zakonsko določen le prispevek delodajalca po stopnji 6,56 % in za posebne primere iz 331. člena tega zakona, za katere se plačuje le prispevek zavarovanca po stopnji 6,36 %.

1. **(zavezanci za plačilo prispevkov zavarovanca)**

Zavezanci za plačilo prispevkov zavarovanca za OZZ so zavarovanci sami, če zakon ne določa drugače. Izjema je določena za osebe v delovnem razmerju, če je razlika med najnižjo osnovo za plačilo prispevka in plačo ali nadomestilom plače delavca. Zavezanec za plačilo dela prispevka, ki odpade na razliko med najnižjo osnovo za plačilo prispevka in plačo ali nadomestilom plače delavca, je delodajalec.

RS je zavezanec za plačilo prispevka zavarovanca za osebe, ki so rejniki, vojaki na prostovoljnem služenju vojaškega roka, določene kategorije uživalcev pravic, begunci in osebe s subsidiarno zaščito ter priporniki in obsojenci.

Občina je zavezanec za palčilo prispevka zavarovanca za osebe, ki so upravičene do plačila prispevka za OZZ.

V tretjem in četrtem odstavku so kot zavezanci za plačilo prispevkov zavarovanca določene tudi vse zavarovane osebe, ki plačujejo prispevek za posebne primere iz 331. člena tega zakona, z izjemo oseb, ki opravljajo začasno in občasno delo dijakov in študentov, za katere zavezanec je organizacija, ki posreduje začasno in občasno delo dijakov in študentov.

1. **(zavezanci za plačilo prispevkov delodajalcev)**

Zavezanci za plačilo prispevkov delodajalcev za zdravstveno zavarovanje so delodajalci za zavarovance iz prvega do četrtega odstavka 22. člena tega zakona.

Zavezanci za plačilo prispevka delodajalca so tudi zavarovanci sami, in sicer zavarovanci, ki so zaposleni v tujini, samozaposlene osebe, ki samostojno opravljajo pridobitno ali drugo dovoljeno dejavnost, osebe, ki opravljajo versko dejavnost, družbeniki in ustanovitelji, ki so hkrati poslovodne osebe, prejemniki poklicne pokojnine, tuji upokojenci, tujci, ki se izobražujejo in osebe s prebivališčem v RS.

Zavod za zaposlovanje je zavezanec za plačilo prispevka delodajalca za brezposelne osebe iz drugega odstavka 28. člena tega zakona, ki imajo to pravico po predpisih, ki urejajo trg dela, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije za zavarovance, ki jim je ta zavod dolžan izplačevati nadomestilo plače po prenehanju OZZ in Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije za upravičence do nadomestila za čas poklicne rehabilitacije, prejemnike invalidskih nadomestil in za upokojence, ki prejemajo pokojnino v RS.

RS krije prispevke za zavarovance, ki so poklicni rejniki, vojaki na prostovoljnem služenju vojaškega roka, uživalci pravic po zakonu, ki ureja starševsko varstvo, uživalci invalidnin, priznavalnin in drugih pravic po posebnih predpisih, prejemniki nadomestil po zakonu o družbenem varstvu prizadetih otrok, upravičenci do stalne denarne pomoči, begunci in osebe s subsidiarno zaščito ter priporniki in obsojenci.

Pristojna občina pa je zavezanec za plačilo prispevka delodajalca za družinske pomočnike in za upravičence do plačila prispevka za OZZ.

1. **(osnova za prispevek za zavarovanje za poklicna tveganja)**

Člen določa osnovo za prispevek za zavarovanje za poklicna tveganja. Osnova za plačilo prispevka za zavarovane osebe iz prvega odstavka 246. člena tega zakona je enaka osnovi za plačilo prispevka za splošna tveganja. Osnova za plačilo prispevka za zavarovane osebe iz 3. in 15. točke drugega odstavka 246. člena tega zakona (osebe, ki v okviru drugega pravnega razmerja opravljajo delo ali storitev za plačilo, sodni cenilci, sodni izvedenci in sodni tolmači) je vsako posamezno plačilo za opravljeno delo oziroma storitev, prejeto na podlagi drugega pravnega razmerja, ki se po zakonu, ki ureja dohodnino, šteje za dohodek in ni oproščen plačila dohodnine ali ni drug dohodek po zakonu, ki ureja dohodnino.

Na novo je določena osnova za plačilo prispevka za zavarovane osebe iz 12. točke drugega odstavka 246. člena tega zakona (sobodajalci), ki je enaka osnovi 125 % zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v RS preračunane na mesec.

Drugače je določena tudi osnova za prispevek za zavarovanje za poklicna tveganja za zavarovane osebe iz 1., 2., 4., 5., 7., 8., 9., 10., 11., 13. in 14. točke drugega odstavka in tretjega odstavka 246. člena tega zakona, ki je enaka osnovi zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v RS preračunane na mesec. Za te osebe je pred spremembo zakona bila osnova enaka povprečni bruto plači v RS za oktober predhodnega leta.

1. **(stopnje za plačilo prispevka)**

Člen določa stopnjo za plačilo prispevka za zavarovanje za poklicna tveganja v višini enotne stopnje 0,53 %. Pred spremembo zakona je bilo določenih več različnih stopenj. Sprememba prispevne stopnje je določena za zavarovane osebe iz 1., 2., 4., 5., 7., 8., 9., 12., in 13. točke drugega odstavka in tretjega odstavka 246. člena tega zakona.

Na novo je z zakonom določena namenskost porabe sredstev od prispevkov in drugih prihodkov za zavarovanje za poklicna tveganja. Določeni so tudi kriteriji, po katerih Zavod predlaga novo višino prispevne stopnje.

1. **(prispevek za osebno dopolnilno delo)**

Osebe, ki v skladu s predpisi, ki urejajo preprečevanje dela in zaposlovanja na črno, opravljajo osebno dopolnilno delo (zavarovane osebe iz 6. točke drugega odstavka 246. člena tega zakona), plačujejo prispevek za zavarovanje za poklicna tveganja in prispevek zavarovanca za posebne primere v pavšalnem znesku. Člen določa tudi način usklajevanja pavšalnega zneska, ki je prenesen iz Zakona o preprečevanju dela in zaposlovanja na črno.

1. **(zavezanec za plačilo prispevkov za zavarovanje za poklicna tveganja)**

Zavezanci za plačilo prispevkov delodajalcev za zavarovanje za poklicna tveganja so za zavarovance iz prvega odstavka 246. člena enaki kot zavezanci za plačilo prispevka delodajalca. Za zavarovance iz drugega in tretjega odstavka 246. člena je zavezanec za plačilo prispevka pravna ali fizična oseba, pri kateri se zavarovana oseba usposablja ali dela, zavarovana oseba sama ali organizacija, ki posreduje začasno in občasno delo dijakov in študentov.

1. **(zavezanci za zdravstveno doplačilo)**

Zavezanci za zdravstveno doplačilo so vse obvezno zavarovane osebe in njihovi družinski člani.

Ne glede na navedeno pa sam zakon predvideva določene oprostotve plačila zdravstvenega doplačila, in sicer so navedenega plačila oproščeni otroci (v skladu z določbami tega zakona) in zavarovane osebe, ki so zavarovane kot prejemniki družinske pokojnine po šestem odstavku 29. člena tega zakona, če izpolnjujejo pogoje iz prvega odstavka 32. člena tega zakona.

Če oseba hkrati izpolnjuje pogoje za plačilo zdravstvenega doplačila po več zavarovalnih podlagah iz tega zakona, se obvezno prednostno zavaruje po tisti zavarovalni podlagi, ki je navedena pred drugimi.

Če je zavarovana oseba po prednostni zavarovalni podlagi zavarovana za manj kot polni delovni ali zavarovalni čas in izpolnjuje pogoje za zavarovanje po drugi zavarovalni podlagi, se do polnega delovnega ali zavarovalnega časa zavaruje po naslednji prednostni zavarovalni podlagi iz tega zakona.

Če ni s tem zakonom drugače določeno, se glede postopka pobiranja prispevkov in zdravstvenega doplačila, pravic in obveznosti zavezanca, varovanja podatkov ter drugih vprašanj postopka uporablja zakon, ki ureja davčni postopek in zakon, ki ureja splošni upravni postopek.

1. **(zavezanci za plačilo zdravstvenega doplačila)**

Zavezanci za plačilo zdravstvenega doplačila so zavarovane osebe same, in sicer v primerih oseb v delovnem razmerju, samozaposlenih in družbenikov, oseb, ki opravljajo kmetijsko dejavnost, rejniki, vojaki, brezposelne osebe ipd. Občina za zavarovane osebe iz 33. člena tega zakona in Republika Slovenija za begunce in osebe s subsidiarno zaščito, pripornike in zapornike, posameznike, ki so upravičeni do invalidnine po predpisih, ki urejajo varstvo vojnih veteranov in predpisoh o varstvu udeležencev vojn.

Plačilo zdravstvenega doplačila v imenu zavarovane osebe in za njegov račun izvede zavezanec za plačilo prispevka za zavarovanje za splošna tveganja.

1. **(osnova za obračun zdravstvenega doplačila)**

Zavezanec za plačilo zdravstvenega doplačila plačuje zdravstveno doplačilo mesečno, in sicer ob izplačilu dohodka oziroma na podlagi predizpolnjenega obračuna prispevkov za socialno varnost ali odločbe, ki jo izda davčni organ.

Zdravstveno doplačilo se določa v "pavšalnih" zneskih, po kategorijah zavarovancev; zaradi zagotavljanja določene stopnje solidarnosti med zavezanci zdravstvenega doplačila pa je smiselno uvedena tudi gradacija zavezancev znotraj posamezne kategorije zavarovancev.

Vlada lahko na predlog ministra enkrat letno v skladu z ekonomsko politiko spremeni višino mesečnega zdravstvenega doplačila za največ 10 odstotkov.

1. **(plačilo zdravstvenega doplačila)**

Zdravstveno doplačilo se plača iz neto prejemkov.

1. **(obračun in odmera prispevkov in zdravstvenega doplačila)**

Člen določa postopek pobiranja zdravstvenega doplačila, pri tem pa izhajajoče iz uveljavljenega načina pobiranja obveznih prispevkov za zdravstveno zavarovanje (v nadaljnjem besedilu: obvezni prispevki) ločuje tri načine. V skladu s prvim odstavkom bo plačnik hkrati z obračunom in plačilom obveznih prispevkov obračunal in plačal tudi zdravstveno doplačilo (npr. delodajalec kot plačnik davka bo za delojemalca od njegovega neto dohodka obračunal in plačal tudi zdravstveno doplačilo, Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije za prejemnike pokojnin, Ministrstvo za dlo, družino, socialne zadeve in enake možnosti za rejnike, Ministrstvo za obrambo za vojake na prostovoljnem služenju vojaškega roka). Kadar je zavezanec sam dolžan obračunati in plačati obvezne prispevke (npr. s. p., kmet …) oziroma jih v njegovem imenu in za njegov račun obračuna davčni organ v predizpolnjenem obračunu, bo hkrati z obračunom in plačilom obveznih prispevkov opravljen tudi obračun in plačilo zdravstvenega doplačila. Zavezanci, ki niso zavezanci iz navedenih kategorij, pa bodo prejeli odločbo davčnega organa v obliki plačilnega naloga in na tej podlagi izpolnili svojo obveznost plačila zdravstvenega doplačila. Če se zavarovalna podlaga zavezanca spremeni med mesecem ali če hkrati obstajatadve zavarovalni podlagi, po tem, ko je bila obveznost obračunana ali odmerjena, ni nove obveznosti obračuna ali odmere za isto obdobje. Tako v primeru, ko bo npr. zavezanec zaposlen za polovični delovni čas, do polnega delovnega časa pa zavarovan kot s. p., obveznost plačila zdravstvenega doplačila ne bo nastala dvakrat, temveč zgolj enkrat. Za zavezance, za katere obstaja več plačnikov davka, izračuna, odtegne in plača zdravstveno doplačilo glavni delodajalec.

1. **(odmera in plačilo zdravstvenega doplačila)**

Člen natančneje določa procesni vidik odmere zdravstvena doplačila z odločbo (oziroma plačilnim nalogom, ki velja kot odločba, kar pomeni, da vsebuje tudi vse sestavine, ki jih v skladu z zakonom, ki ureja splošni upravni postopek, ta mora vsebovati). Davčni organ odmeri zdravstveno doplačilo za tekoči mesec in odpremi plačilni nalog do petega dne v mesecu z navadno vročitvijo. Vročitev velja za opravljeno osmi dan od dneva odpreme plačilnega naloga. Zavezanec plača zdravstveno doplačilo v 15 dneh od vročitve plačilnega naloga. Če zdravstveno doplačilo ni plačano v roku, se plačilni nalog ne vroča z osebno vročitvijo.

Če ni s tem zakonom drugače določeno, se glede postopka pobiranja prispevkov in zdravstvenega doplačila, pravic in obveznosti zavezanca, varovanja podatkov ter drugih vprašanj postopka uporablja zakon, ki ureja davčni postopek in zakon, ki ureja splošni upravni postopek.

1. **(obveznosti državnega proračuna)**

V preteklosti so se znotraj OZZ zagotavljale pravice, ki niso imele podlage v vplačanih prispevkih ali pa so bile določene zavarovane osebe oproščene plačila prispevkov, kar je pomenilo odstop od osnovnega načela zdravstvenega zavarovanja. Pravice niso v celoti sledile zagotavljanju solidarnosti med zavarovanci, ampak v nekaterih primerih bolj zagotavljanju pravic posameznim družbenim skupinam. Zato se s tem zakonom zagotavljajo sredstva iz državnega proračuna za oproščene prispevke za zaposlene v invalidskih podjetjih in zaposlitvenih centrih, za prispevke, ki jih plačuje RS za zavarovane osebe, ki imajo priznano pravico do plačila zdravstvenega doplačila, za povračilo stroškov za pravice, ki niso pravica po tem zakonu in jih zagotavlja RS po 7. členu tega zakona, Zavod pa začasno založi sredstva (nadomestilo plače na dan darovanja krvi, plače in druge prejemke iz delovnega razmerja pripravnikov in specializantov v mreži javne zdravstvene službe, izobraževalna in raziskovalna dejavnost izvajalcev zdravstvene dejavnosti na terciarni ravni zdravstvene dejavnosti, ki ni financirana iz drugih virov, neposredno ali preko državnih agencij ali drugih oblik, razliko med standardno višino kritja za določene medicinske pripomočke do višjega standarda).

Osnove in način poračuna finančnih obveznosti ureja poseben zakon.

1. **(vodenje denarnih sredstev Zavoda)**

Zavod ima podračun, v okviru katerega se vodijo denarna sredstva za OZZ.

1. **(finančni načrt Zavoda)**

Finančni načrt, v katerem Zavod opredeljuje svoje finančno poslovanje, je finančni akt Zavoda, v katerem se opredeljujejo prihodki in odhodki Zavoda za posamezno koledarsko leto ali za daljše proračunsko obdobje. Pri pripravi finančnega načrta mora Zavod upoštevati zakon, ki ureja javne finance, in hkrati tudi izhodišča, ki so bila sprejeta za državni proračun.

Finančni načrt sprejema svet Zavoda, soglasje k njemu pa mora podati tudi Vlada RS.

1. **(letno poročilo Zavoda)**

Letno poročilo o poslovanju za prejšnje koledarsko leto mora Zavod pripraviti v skladu s predpisi o računovodstvu in javnih financah.

1. **(poračun terjatev)**

Člen določa način in pogoje poračuna terjatev zavarovane osebe in izvajalca, dobavitelja, proizvajalca oziroma zastopnika proizvajalcev do Zavoda z neplačanimi prispevki in zdravstvenim doplačilom zavarovane osebe.

1. **(nosilec in izvajalec OZZ),**

Člen opredeljuje, da je Zavod nosilec in izvajalec OZZ v Republiki Sloveniji in kot tak pristojen in zadolžen za vse naloge na tem področju, ki jih določa ta zakon za območje Republike Slovenije. Drugi odstavek opredeljuje, da ima Zavod sedež v Ljubljani. Tretji odstavek nalaga Zavodu gospodarno in učinkovito ravnanje z zbranimi sredstvi.

1. **(organizacija Zavoda)**

Prvi odstavek nalaga, da se je Zavod dolžan organizirati tako, da zagotavlja dostopnost službe zavarovanim osebam. Drugi odstavek nalaga Zavodu vzpostavitev ustrezne notranje norganizacije na način, da bo zagotovljeno izvajanje njegovih nalog v OZZ. Tretji odstavek uvaja izjemo od Zakona o javnih uslužbencih, ki se nanašajo na zbirni kadrovski načrt.

1. **(naloge Zavoda)**

V členu so opredeljene vse razvojne, strokovne, operativne in druge naloge, ki jih mora izvajati Zavod kot nosilec in izvajalec OZZ. Drugi odstavek opredeljuje, kaj Zavod opravlja kot tržno dejavnost.

1. **(nastopanje Zavoda v pravnem prometu)**

Člen opredeljuje pravico Zavoda, da sklepa pogodbe in izvaja druge posle, ki so potrebni za izvajanje OZZ. Drugi odstavek podeljuje Zavodu pravno in poslovno sposobnost.

1. **(premoženje Zavoda)**

V členu je opredeljeno, da je Zavod lastnik svojih nepremičnin, stvarnopravnih in obligacijsko pravnih pravic, denarja in drugih sredstev.

1. **(organa Zavoda)**

Člen uvaja novo obliko vodenja in sledi zakonu, ki ureja zavode. Skupščino in upravni odbor ZZZS nadomešča Svet, s čimer se ukinja deljena pristojnost in povečuje učinkovitost upravljanja. Z vzpostavitvijo sveta se zmanjšujejo administrativna bremena in skrajšujejo postopki sprejemanja odločitev.

1. **(sestava sveta Zavoda)**

Svet je sestavljen glede na deleže, ki jih posamezne skupine vplačujejo in se odraža v številu predstavnikov posameznih skupin. Število je opredeljeno glede na oceno, da je delovanje sveta učinkovito in zaradi prevelikega števila ne postane togo. 13 predstavnikov še vedno predstavlja dovolj veliko skupino, da ne pride do prevlade posameznih interesov. Število sledi tudi spremenjeni vlogi Sveta, ki ne odloča več o pravicah, kot je do sedaj odločala Skupščina, saj so pravice sedaj opredeljene na zakonski ravni. Drugi odstavek določi, da postopke imenovanja posameznih skupin le-te določijo same z notranjimi akti. Tretji člen predstavlja obvezo, da ima Svet Zavoda predsednika in namestnika.

1. **(pogoji za članstvo v svetu Zavoda)**

Kot novost se v zakon uvaja pogoje za članstvo v Svetu. Glede na to, da se številčnost Sveta v primerjavi z obstoječo strukturo zmanjšuje, ter glede na to, da se v zakonu povečuje avtonomnost zavoda, opredeljuje njegova vloga aktivnega kupca ter temu primerno tudi zahtevnost vodenja in upravljanja, temu sledijo tudi pogoji, ki jih morajo izpolnjevati člani sveta Zavoda. Zato se zahteva izobrazba ustrezne stopnje, nekaznovanost ter tudi 15 let delovnih izkušenj. Drugi odstavek opredeljuje skupine, predstavniki katerih ne morejo biti člani sveta Zavoda zaradi možnosti konflikta interesov.

1. **(mandat članov sveta Zavoda)**

Kot novost se uvaja omejitev mandata na 4 leta, član pa je lahko imenovan samo dvakrat. Zasleduje se namreč cilj, da se dopusti, da v upravljalsko strukturo lahko pridejo nove ideje, določitev mandatov pa je neposredno povezana tudi s pogoji glede izkušenj, ki jih mora izpolnjevati član sveta Zavoda. Drugi odstavek navaja možne razloge, da članu sveta Zavoda preneha mandat pred potekom mandatne obe, tretji odstavek pa napotuje na ravnanje interesne skupine, ki je člana menovala, v takem primeru.

1. **(odgovornost članov sveta Zavoda)**

Člen opredeljuje dolžnost izogibanja konflikta interesov članov sveta, uvedena obveza ravnanj člana sveta v skladu s standardom dobrega strokovnjaka, kot ga opredeljuje zakon, ki urega obligacijska razmerja, ter odškodninska odgovornost članov sveta, s ciljem večje strokovnosti in odgovornosti članov.

1. **(naloge sveta Zavoda)**

Opredeljene so naloge sveta Zavoda, ki prej niso bile določene na zakonski ravni.

1. **(statut Zavoda)**

Člen napotuje na obvezo Zavodu po sprejemu Statuta ter določa minimalne vsebine, ki jih mora statut vsebovati, in se nanašajo na organizacijo, postopke in nadzor. Drugi odstavek opredeljuje dokumente, ki jih sicer sprejme svet Zavoda, vendar je zanje potrebno tudi soglasje Vlade. Tretji odstavek opredeljuje, da mora biti v statutu opredeljene tudi sejnine in povračila drugih stroškov dela.

1. **(odločanje sveta Zavoda)**

Člen opredeljuje način odločanja glede na pomembnost vsebine, o kateri se odloča.

1. **(generalni direktor Zavoda)**

Prvi odstavek opredeljuje, da je poslovodni organ generalni direktor. Drugi odstavek opredeljuje krovne naloge, ki jih mora izvajati direktor. Tretji odstavek napotuje, da je natančnejši postopek imenovanja generalnega direktorja potrebno urediti v statutu,

1. **(pogoji za imenovanje generalnega direktorja Zavoda)**

Člen podobno kot za člane sveta opredeljuje pogoje, ki jih mora izpolnjevati kandidat za generalnega direktorja, s tem dodatkom, da ima dodatno pet let delovnih izkušenj na vodstvenem položaju, znanje tujega jezika ter da mora ob kandidaturi predložiti program dela in vizije razvoja Zavoda. Z zahtevanimi pogoji se zagotavlja strokovno in kompetentno opravljanje funkcije poslovodnega organa Drugi odstavek enako kot za člane sveta opredeljuje dolžnost ravnanja dobrega strokovnjaka, tretji odstavek pa dolžnost izogibanja konfliktu interesov. Tretji odstavek opredeljuje tudi dolžnost generalnega direktorja, da morebitno nasprotje interesov prijavi svetu Zavoda, ki o tem odloči,

1. **(imenovanje generalnega direktorja Zavoda)**

Prvi odstavek opredeljuje skrajni rok, v katerem je potrebno objaviti javni razpis za imenovanje generalnega direktorja Zavoda. Drugi odstavek opredeljuje pristojnost za imenovanje svetu Zavoda, s soglasjem Državnega zbora. Kot novost se enako kot pri članih sveta Zavoda uvaja omejitev trajanja mandata na 5 leta, imenovan je pa lahko samo dvakrat. Četrti odstavek napotuje na ravnanje v primeru odklonitve soglasja k imenovanju s strani Državnega zbora.

1. **(imenovanje vršilca dolžnosti generalnega direktorja Zavoda)**

Zakon kot novost opredeljuje, da se za čas do imenovanja generalnega direktorja Zavoda imenuje vršilca dolžnosti generalnega direktorja Zavoda, pri čemer se izrecno zahteva izpolnjevanje enakih pogojev kot za imenovanje generalnega direktorja Zavoda. Po zgledu omejitve mandata za generalnega direktorja Zavoda se omeji trajanja mandata vršilca dolžnosti generalnega direktorja Zavoda na dvanajst mesecev in je lahko največ še enkrat ponovno imenovan, pri čemer soglasje Državnega zbora ni potrebno.

1. **(naloge generalnega direktorja Zavoda)**

Zakon po novem podrobneje opredeljuje naloge generalnega direktorja Zavoda, ki so bile prej določene v splošnem aktu Zavoda.

1. **(prenehanje mandata generalnega direktorja Zavoda)**

Člen opredeljuje možne razloge, da generalnemu direktorju preneha mandat.

1. **(razrešitev generalnega direktorja Zavoda)**

Zakon natančneje opredeljuje v katerih primerih je lahko generalni direktor Zavoda razrešen in po zgledu zakona, ki ureja zavode, določa pogoje za razrešitev generalnega direktorja Zavoda pred potekom časa, za katerega je imenovan. V prvem odstavku je tako zapisana tudi obveza, da svet Zavoda vsako leto ob obravnavi zaključnega računa oceni delo generalnega direktorja, Drugi odstavek opredeljuje dodatne razloge, zaradi katerih je direktor lahko razrešen, in ki niso vezani na oceno njegovega dela ob zaključnem računu. Tretji odstavek opredeljuje, da generalnega direktorja razreši svet Zavoda ter da je enako kot za imenovanje za razrešitev potrebno soglasje Državnega zbor

1. **(vrste nadzora)**

Člen opredeljuje, da ministrstvo izvaja nadzor nad zakonitostjo dela Zavoda in nad namensko porabo sredstev za financiranje zdravstvenih programov in storitev, ter ukrepanje v primeru ugotovljenih nepravilnosti.

1. **(končanje nadzornega postopka)**

Postopek nadzora je urejen po vzoru postopka, ki ga izvaja Računsko sodišče.

1. **(nadzor Zavoda pri izvajalcih)**

Čeprav gre med Zavodom in izvajalci zdravstvenih storitev za pogodbeni odnos, ima to razmerje tudi javnopravne elemente, zato je tudi nadzor, ki ga izvaja Zavod sui genereis nadzor. Uporaba določb splošnega upravnega postopka je izključena zaradi same narave nadzora, saj pri nadzoru ne gre za odločanje o upravni stvari, temveč za nadzor nad izpolnjevanjem pogodbenih obveznosti. Podrobnejša ureditev postopka je prepuščena aktu Zavoda.

1. **(nadzor pri uresničevanju pravic in obveznosti)**

Člen opredeljuje vrste nadzorov, za izvedbo katerih Zavod sprejme akte. Določena je obveznost poročanja ministrstvu.

1. **(pridobivanje podatkov)**

Člen določa obveznost posredovanja podatkov in dolžnost, da Zavodu omogočijo nemoteno izvedbo nadzora. Kršitev je sankcionirana kot prekršek.

1. **(laični nadzor)**

Člen ureja nadzor, ki ga Zavod izvaja nad zavarovanimi osebami in sicer, ali se zavarovanec ravna po navodilu o ravnanju med začasno zadržanostjo od dela, ko ima zavarovana oseba pravico do denarnega nadomestila. Člen določa imenovanega zdravnika kot upravičeno osebo, ki je pristojna za naročitev nadzora ter ureja položaj in pravice laičnega nadzornika.

1. **(vrste ukrepov za odpravo kršitev)**

Člen pooblašča Zavod, da v primeru kršitev določi ukrepe in roke za odprav nepravilnosti ter izvede prekrškovni postopek. Ta člen je splošen in se nanaša na vse vrste nadzorov, če za posamezno vrsto nadzora, ki ga izvaja Zavod, ni drugače določeno.

1. **(naloge Zavoda kot nacionalne kontaktne točke)**

Pomeni prenos dosedanjega 77.b člena Zakona s tem, da se na opozorilo Evropske komisije med obveznosti nacionalne kontaktne točke opredeljuje tudi obveščanje o elementih, ki jih morajo vsebovati recepti in naročilnice.

1. **(obveznosti izvajalcev)**

Določba predstavlja vsebino trenutno veljavnega 77.c člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju.

**K 379. do 403. členu ZBIRKE PODATKOV OZZ**

Predstavljen določbe zakona urejajo seznam vseh zbirk, ki se bodo z namenom izvajanje tega zakona, oblikovale. Pri vsaki izmed zbirk podatkov se poleg namena zbirke natančno opredeli tudi nabor podatkov. V primeru potreb po sodelovanju med posameznimi nosilci je omogočeno povezovanje med zbirkami podatkov.

1. **(odgovornost posameznika za škodo Zavodu)**

V prvem odstavku tega člena je opredeljena odškodninska odgovornost povzročitelja. Zavod ima pravico zahtevati povrnitev povzročene škode s strani tistega, ki je namenoma ali iz malomarnosti ali s kaznivim dejanjem povzročil poškodbo, bolezen ali smrt zavarovane osebe.

V drugem odstavku zakon vzpostavlja solidarno odgovornost povzročiteljev škode. To pomeni, da lahko Zavod zahteva od vsakega povzročitelja celotno škodo. Posamezen delež škode pa se določa v notranjem razmerju med posameznimi povzročitelji.

V tretjem odstavku zakon vzpostavlja odškodninsko odgovornost delodajalca za škodo, ki jo povzroči njegov delavec pri delu ali v zvezi z delom. Tako tudi določila 147. člena Obligacijskega zakonika (OZ).

V četrtem odstavku zakon vzpostavlja odškodninsko odgovornost neposredno za delavca, če je ta povzročil bolezen, poškodbo ali smrt zavarovane osebe. Po splošni ureditvi po 2. odst. 147. člena OZ lahko oškodovanec zahteva škodo neposredno od delavca le, če jo je ta povzročil namenom. Tako tudi določila 1. odst. 177. člena Zakon o delovnih razmerjih (ZDR-1). Gre za odstop od splošne ureditve, Zavod lahko zahteva odškodnino neposredno od delavca tudi če jo je ta povzročil iz malomarnosti.

1. **(odgovornost delodajalca za škodo)**

Če se je pri delodajalcu pripetila delovna nesreča, zaradi katere je pri zavarovancu nastala invalidnost, potreba po tuji pomoči in postrežbi ali smrt, in pristojni organ ugotovi, da so bili pri delodajalcu kršeni predpisi o varnosti in zdravju pri delu, lahko zavod zahteva povrnitev škode.

Zavod lahko zahteva povrnitev škode, če delodajalec ni opravil predpisanega zdravstvenega pregleda za osebo, ki zdravstveno ni bila zmožna za opravljanje določenih del oziroma nalog, kar se je ugotovilo pozneje.

Zavod ima pravico zahtevati povrnitev povzročene škode od delodajalca, če je škoda nastala zato, ker mu delodajalec ni dal podatkov oziroma je dal neresnične podatke o dejstvih, od katerih je odvisna pridobitev, odmera ali izguba pravice.

V četrtem odstavku tega člena je kot delodajalec določena vsaka oseba, pri kateri delavec opravlja delo na podlagi pogodbe o zaposlitvi ali na kakršnikoli drugi pravni podlagi.

1. **(domneva nastanka škode)**

Določila zakona vzpostavljajo tako imenovano domnevo nastanka škode kljub temu, da je škoda, ki nastane ob škodnem dogodku že pokrita z zavarovanjem po zakonu. Domneva se, da je škoda nastala zaradi storitve ali opustitve povzročitelja.

1. **(odgovornost izvajalca zdravstvene dejavnosti za škodo)**

V prvem odstavku zakon vzpostavlja odškodninsko odgovornost za tujega in domačega izvajalca zdravstvenih storitev, ki jih ta povzroči Zavodu pri opravljanju svoje dejavnosti. Tudi na tem mestu ne gre za odstop od splošne ureditve po določilih OZ. Škodo naj povrne tisti, ki jo je povzročil. V primeru Zavoda, ki plačuje za zdravstvene storitve, govorimo o premoženjski škodi.

V drugem odstavku zakon vzpostavlja odškodninsko odgovornost za tujega in domačega izvajalca zdravstvenih storitev tudi nasproti zavarovancu, ki je v škodnem dogodku neposredno oškodovan v obliki telesnih ali duševnih bolečin ter strahu oziroma v obliki škode, ki je pravno priznana, določila 132. člena OZ. V primeru zavarovanca, ki je bi neposredno oškodovan, lahko govorimo o nepremoženjski ali premoženjski škodi.

Primere premoženjske škode, ki jo izvajalec povzroči Zavodu, lahko slednji in izvajalec zdravstvenih storitev uredita v pogodbi oziroma tako imenovanem splošnem dogovoru.

Hkrati četrti odstavek vzpostavlja tudi odškodninsko odgovornost za tujega ali domačega izvajalca, ki v je v postopku preverjanja delavčeve zdravstvene zmožnosti za določeno delo, izda zdravniško potrdilo oziroma spričevalo, ki pa se ne sklada z delavčevim dejanskim zdravstvenim stanjem.

1. **(plačilo odškodnine iz naslova prometnih nesreč)**

Prvi odstavek zgolj ponavlja splošno ureditev. Zavod ima pravico škodo zahtevati tudi od zavarovalnice, kjer ima lastnik prometnega sredstva zavarovano svojo odgovornost. Tako tudi XXVI. poglavja OZ, kjer je urejena zavarovalna pogodba in določila Zakona o obveznih zavarovanjih v prometu (ZOZP).

Drugi odstavek vzpostavlja posebno ureditev povračila škode, ki nastane zaradi prometne nesreče zaradi smrti ali poškodb zavarovanih oseb. Zavarovalnice za vse primere prometnih nesreč Zavodu vnaprej plačajo pavšalno odškodnino. Višina pavšalne odškodnine je določena v višini 8,5 % obračunane kosmate zavarovalne premije za obvezno avtomobilsko zavarovanje. To so zavarovalnice dolžne poravnati do 15. dne v mesecu, za zavarovalne premije, ki so bile obračunane v predhodnem mesecu. S plačilom vnaprejšnje pavšalne odškodnine se šteje, da je poravnana vsa škoda, ki je Zavodu nastala iz tega naslova.

Šesti odstavek vzpostavlja odškodninsko odgovornost tuje zavarovalnice v primeru prometne nesreče, če je tisti, ki ima zavarovano svojo odgovornost povzročil bolezen, okvaro ali smrt zavarovane osebe, sklenjeno zavarovanje.

1. **(posebni primeri odgovornosti)**

Prvi odstavek vzpostavlja odškodninsko odgovornost tudi od zavarovanca, ki je sam zavezan dajati podatke v zvezi z zavarovanjem, če je škoda nastala zato, ker podatkov ali ni dal ali pa je dal neresnične podatke. Namen te določbe je zavezati zavarovanca, da posreduje ažurne podatke, ki kakor koli vplivajo na izvrševanje pravic iz OZZ.

Solidarno za škodo Zavodu odgovarja tudi oseba s tistim, ki je dobil določene pravice iz OZZ na podlagi izpovedbe te osebe, če je bila pravnomočno obsojena za kaznivo dejanje krive izpovedbe. Zavod lahko celotno škodo zahteva od te osebe. Posamezen delež škode pa se določa v notranjem razmerju med osebo, ki je s krivo izpovedbo omogočila pridobitev določenih pravic iz OZZ, in tistim, ki je pridobil določene pravice iz OZZ.

1. **(ugotavljanje odškodnine)**

Pri ugotavljanju odškodninske odgovornosti veljajo splošna določila OZ. ZZVZZ-1 ureja le določene odstope od splošne ureditve, saj je v odnosu do OZ specialnejši zakon tako imenovan maksima lex specialis derogat legi generali.

Drugi odstavek opredeli škodo, ki obsega stroške zdravstvenih storitev, drugih storitev, denarnih nadomestil in drugih dajatev, ki jih izplačuje Zavod. Gre za tako imenovano premoženjsko škodo.

1. **(povračilo škode in zastaranje škode)**

Prvi odstavek vzpostavlja tako imenovano procesno predpostavko za uveljavljanje odškodninskega zahtevka pred pristojnim sodiščem. Zavod mora najprej povrnitev škode zahtevati od odgovorne osebe, pri tem mora Zavod določiti tudi rok za izpolnitev.

Tudi ureditev zastaranja ne odstopa od splošne ureditve, saj škoda zastara v roku treh let od vsakokratnega izplačila posamičnega zneska. Zapadlost škode je vezano na izplačilo posamičnega zneska, ki ga Zavod plača ali za zdravstveno storitev ali direktno zavarovancu v obliki nadomestil ali drugih dajatev.

1. **(obveznost posredovanja podatkov)**

Zavod je upravičen, da pridobiva podatke, ki vplivajo na OZZ osebe, neposredno od te osebe, na katero se nanašajo ti podatki, o škodi, od delodajalcev, zavarovalnic, ter drugih pravnih in fizičnih oseb, od izvajalcev zdravstvene dejavnosti ter od upravljavcev evidenc kot so npr. zdravstveni zavodi, inšpektorati, inštituti, tožilstvo, sodišča, policija in drugi državni organi, ki na podlagi zakona ali v okviru svojih pristojnosti zbirajo podatke, ki bi lahko vplivali na OZZ osebe.

V drugem odstavku je zakon določil način in rok, v katerem so dolžni upravljavci posredovati podatke. Upravljavci morajo podatke posredovati brezplačno v roku 14 dni.

Hkrati zakon omogoča tudi elektronsko izmenjavo podatkov na podlagi pogodbe. Ob množini podatkov, ki se nanašajo na OZZ, je tako omogočena racionalizacija postopkov.

1. **(povrnitev preplačil)**

Prvi odstavek ureja življenjske primere, ko je določena oseba na račun Zavoda neupravičeno pridobila ali določen denarni znesek ali pa kakršno koli drugo korist. Tudi v tem primer zakon zasleduje splošno ureditev v 3. oddelku OZ, določila od 190. člena dalje.

Zavod lahko svojo terjatev, ki jo ima do osebe, ki je prejela določen denarni znesek ali korist neupravičeno, pobota s terjatvijo, ki jo ima ta oseba do Zavoda. Tudi takšna terjatev zapade od vsakokratnega izplačila Zavoda in zastara v roku petih let.

1. **(Zavod kot prekrškovni organ)**

Člen določa, da je Zavod organ, ki je v skladu z zakonom, ki ureja prekrške, prekrškovni organ, da subsidiarno uporablja postopek, določen z zakonom, ki ureja prekrške in da so globe prihodek Zavoda.

1. **(prekrški zaradi zamude roka za prijavo v zavarovanje in odjavo iz zavarovanja)**

Določba predvideva globo za delodajalce, ki ne bodo v predpisanih rokih prijavili oziroma odjavili posameznike iz zavarovanja.

1. **(prekrški v zvezi z uveljavljanem pravic)**

Člen na novo določa kršitve pristojnega zdravnika, pristojnega zdravstvenega delavca ali druge pooblaščene osebo izvajalca, dobavitelja in proizvajalca pripomočka, ki so prekršek.

1. **(prekrški v zvezi s kartico zdravstvenega zavarovanja)**

Člen na novo določa prekrške v zvezi z uporabo kartice zdravstvenega zavarovanja.

1. **(prekrški v zvezi z NKT)**

Zakon kot novost določa prekrške v zvezi z NKT, in sicer se kaznuje izvajalca zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji kot tudi njegovo odgovorno osebo če ne zagotavlja pacientom z zakonom predpisanih informacij ali ministrstvu do roka ne posreduje predpisanih informacij.

1. **(prekrški v zvezi s postopki povrnitve škode in nadzora)**

Člen ureja prekrške v zvezi s postopki povrnitve škode in nadzora. Zaradi jasnosti predlagane ureditve, posebna obrazložitev določb člena ni potrebna.

1. **(uskladitev določb o zavarovanih osebah)**

Določba predvideva roke, v katerih morajo zavarovane osebe uskladiti svoj status zavarovanja z določbami tega zakona.

1. **(podatek o pravici do kritja razlike do polne vrednosti)**

Določba predvideva prehodno obdobje do vzpostavitve ustrezne zbirke podatkov.

1. **(uporaba prejšnjih predpisov)**

Do uveljavitve določb tega zakona se uporablja zbirke podatkov zavarovanih oseb, ki je bila vzpostavljena po ZZVZZ.

1. **(splošni akti Zavoda o natančnejšem načinu zagotavljanja zdravstvenih storitev, natančnejši način uveljavljanja izjemne odobritve in natančnejšem postopku uveljavljanja pravic)**

Člen določa enoletni rok za izdajo splošnih aktov Zavoda, s katerimi se bo uredilo:

* natančnejši način izvrševanja pravice do zdravil in živil na recept ter natančnejšo opredelitev predpisovanja in izdajanja zdravil in živil na recept,
* natančnejši način izvrševanja pravice do pripomočkov in natančnejšo opredelitev pripomočkov, s katerimi se uresničuje pravica do pripomočkov,
* natančnejšo opredelitev pogojev za izjemno odobritev in natančnejši postopek uveljavljanja izjemne odobritve in
* natančnejši postopek uveljavljanja pravic.

1. **(pravica do zdravstvenih storitev do razvrstitve na Seznam zdravstvenih storitev OZZ)**

Člen določa obseg pravic do zdravstvenih storitev v predhodnem obdobju od uveljavitve tega zakona dokler ne bo začel veljati Seznam zdravstvenih storitev. Pravice do zdravstvenih storitev se v tem prehodnem obdobju ohranjajo v obsegu, ki velja ob uveljavitvi tega zakona, z morebitnimi spremembami, ki bi začele veljati od uveljavitve tega zakona do uveljavitve Seznama zdravstvenih storitev.

1. **(predpis zdravila na recept s splošnim imenom)**

Prvi odstavek 98. člena se nanaša na obvezen predpis zdravila s splošnim imenom razen zdravil, ki so na Seznamu zdravil predpisanih z imenom. Zato izvajanje tega dela 98. člena ni možna pred uveljavitvijo Seznama zdravil predpisanih z imenom.

1. **(predpis magistralnega zdravila na recept do razvrstitve na liste zdravil)**

S to prehodno določbo je določeno, da se do razvrstitve na receptno listo magistralna zdravila predpisujejo na recept z imenom sestavin in v skladu z veljavno zakonodajo.

1. **(recept za osebno rabo)**

S to prehodno določbo je določeno, da bo Zavod v enem mesecu po uveljavitvi tega zakona sprejel splošni akt iz 104. člena tega zakona.

1. **(višina denarnega nadomestila)**

Določbe zakona, ki se nanašajo na spremembe višine denarnega nadomestila za čas odsotnosti z dela zaradi bolezni, se začnejo uporabljati 1. 1. 2019.

1. **(uporaba doslej veljavnih predpisov in sprejem predpisa za tehnične pripomočke)**

Ker se iz OZZ odslej ne zagotavlja ti. tehničnih pripomočkov (gre za predmet urejanja Zakon o izenačevanju možnosti invalidov- ZIMI), ki niso niti MP niti drugi pripomočki, je v prehodnih določbah izrecno določeno, da se do ureditve zagotavljanja psa vodiča slepih, predvajalnika zvočnih zapisov, Brajevega pisalnega stroja, Brajeve vrstice, bele palice za slepe in ultrazvočne palice iz državnega proračuna uporabljajo doslej veljavni predpisi. Določen je rok za novo ureditev teh tehničnih pripomočkov in pristojni minister za invalide. Ker se na podlagi ZIMI tehnični pripomočki praviloma zagotavljajo iz proračuna v višini 85 % vrednosti, za predmetne pripomočke pa se upravičencem noče zamejevati pravice, je določeno, da se ti tudi še naprej zagotavljajo v celotnih 100 % (po novem iz državnega proračuna).

V nadaljevanju je za vsakega od tehničnih pripomočkov iz tega člena določeno, da ga osebe lahko prejmejo po poteku trajnostne dobe oz. delovne dobe, pri pripomočkih, ki so enkratna pravica, pa nove pravice do takega tehničnega pripomočka nimajo.

Prav tako z uveljavitvijo tega Zakona ni več zahtevnejših pripomočkih, zato se razveljavlja posebna odredba ministra za zdravje, ki je določila vrste zahtevnejših pripomočkih.

Praviloma se sicer akti, ki niso v nasprotju s tem Zakonom, pa na podlagi Zakona prenehajo veljati, uporabljajo do uveljavitve in začetka uporabe predpisov, sprejetih na podlagi Zakona.

**K 430. do 437. členu PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE O PRAVICAH**

Določbe predvidevajo aktivnosti, ki jih morajo izvesti posamezni nosilci glede na materialni del zakona.

1. **(Seznam zdravstvenih storitev OZZ)**

S to prehodno določbo je določen rok, v katerem je potrebno vzpostaviti Seznam zdravstvenih storitev OZZ.

**K 439. do 444. členu PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE O VKLJUČITVI ZDRAVSTVENIH STORITEV, ZDRAVIL IN ŽIVIL V SISTEM OZZ**

Določbe predvidevajo aktivnosti, ki jih morajo izvesti posamezni nosilci glede na materialni del zakona.

1. **(Plan zdravstvenih storitev)**

Ker se skladno z zakonom Plan zdravstvenih storitev sprejema tudi na podlagi prejšnjega sprejetega Plana zdravstvenih storitev, prvi odstavek napotuje, da se pri pripravi prvega Plana zdravstvenih storitev upošteva zadnji sprejeti Splošni dogovor z aneksi. Drugi in tretji odstavek opredeljujeta, da z uveljavitvijo zakona zadnji sprejeti Splošni dogovor z aneksi preneha veljati, da pa se uporablja do priprave in sprejema prvih Splošnih pogojev izvajanja zdravstvenih storitev,

**K 446. in 447. členu (uradna evidenca medicinskih pripomočkov na nacionalni ravni in Seznam pripomočkov) in (splošni akti Zavoda o Seznamu pripomočkov in izhodiščih za vrednosti pripomočkov)**

Določbe predvidevajo aktivnosti, ki jih morajo izvesti posamezni nosilci glede na materialni del zakona.

1. **(Zakon o prispevkih za socialno varnost)**

Člen določa prenehanje veljavnosti določb Zakona o prispevkih za socialno varnost, ki se nanašajo na prispevke za OZZ zaradi ureditve vsebine v tem zakonu.

1. **(financiranje izobraževalne in raziskovalne dejavnosti)**

Državni proračun prevzame obveznost financiranja izobraževalne in raziskovalne dejavnosti na terciarni ravni zdavstvene dejavnosti s 1. 1. 2021.

1. **(pobiranje prispevkov)**

Člen določa datum pričetka izvajanja aktivnosti Finančne uprave v zvezi z nadzorom nad obračunavanjem, plačevanjem in pobiranjem prispevkov za določene zavarovane osebe – osebe, ki prejemajo pokojnino od tujega nosilca pokojninskega zavarovanja, tujci, ki se izobražujejo in osebe s stalnim prebivališčem v RS. Do prenosa pooblastil na Finančno upravo vodi aktivnosti Zavod.

1. **(prispevek delodajalca za zavarovance iz 26. člena tega zakona)**

Člen določa, da je zavezanec za plačilo prispevka delodajalca po stopnji 6,56% za osebe, ki opravljajo kmetijsko dejavnost, RS in sicer do ureditve v predpisih, ki urejajo kmetijstvo.

1. **(spreminjanje prispevne stopnje za zavarovanje za poklicna tveganja)**

Člen določa, da se določbe tega zakona o spreminjanju stopnje za zavarovanje za poklicna tveganja, začnejo uporabljati s 1. januarjem 2022.

1. **(plačilo nadomestila prejemka za dan darovanja krvi)**

Člen določa, da se nadomestilo prejemka za dan darovanja krvi v skladu z določili tega zakona zagotavlja iz državnega proračuna za zavarovanca, ki so odsotni z dela zaradi darovanja krvi od dneva uveljavitve tega zakona. Pred spremembo zakona so se nadomestila prejemka za dan darovanja krvi zagotavljala iz sredstev OZZ.

1. **(uporaba določb o zdravstvenem doplačilu)**

Ta določba določa odložitev uporabe določb o zdravstvenem doplačilu in ohranitev uporabe 78.a člena prejšnjega zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju do uporabe določb o zdravstvenem doplačilu, saj uveljavitev določb o zdravstvenem doplačilu zahteva sistemske prilagoditve na večih področjih.

1. **(prispevek od dohodka iz kapitala in dohodka iz oddajanja premoženja v najem)**

Ta določba določa odložitev uporabe četrte alineje prvega odstavka 331. člena tega zakona zaradi prilagoditve postopkov in informacijske podpore za odmero tega prispevka v Finančni upravi RS.

1. **(prispevek zavarovanca in delodajalca za zaposlene v invalidskih podjetjih in zaposlitvenih centrih)**

Ta določba določa odložitev uporabe 5. točke prvega odstavka 346. člena tega zakona, saj bi določitev takojšnje uveljavitve pomenila preveliko finančno breme za državni proračun.

1. **(delovanje Zavoda)**

Člen ureja delovanje Zavoda v prehodnem obdobju. Zaradi jasnosti predlagane ureditve posebna obrazložitev določb člena ni potrebna.

1. **(nepremično premoženje Zavoda)**

Člen ureja lastništvo nad nepremičnim premoženjem Zavoda, ki z uveljavitvijo ZZVZZ leta 1992 ni bilo dokončno rešeno. Zavod je kot samostojna pravna oseba javnega prava nosilec pravic in obveznosti in kot takšen tudi lastnik nepremičnega premoženja, ki ga je ob ustanovitvi Zavoda leta 1993 prevzel v lastništvo od takratne Republiške uprave za zdravstveno varstvo. Vpis lastninske pravice na ime in v korist Zavoda, kjer je v zemljiški knjigi še vedno vpisana Republiška uprava za zdravstveno varstvo ali njeni pravni predniki (npr. Komunalni zavodi za zdravstveno varstvo, Medobčinski zavodi za zdravstveno varstvo, Zdravstvena skupnost Slovenije) se opravi po uradni dolžnosti ali na predlog Zavoda.

1. **(vzpostavitev zbirk podatkov OZZ)**

Člen ureja vzpostavitev zbirk osebnih podatkov. Zaradi jasnosti predlagane ureditve posebna obrazložitev določb člena ni potrebna.

1. **(postopki, začeti pred uveljavitvijo tega zakona)**

Zakon predvideva dokončanje postopkov, ki so se začeli pre uveljavitvijo tega zakona, in sicer po pravilih, ki so veljala pred uveljavitvijo. Ne glede na navedeno pa se predvideva izjema od splošnega pravila, in sicer na področju povračila potnih stroškov, kjer za za potovanja, ki so bila opravljena do vključno zadnjega dneva v mesecu, v katerem se uveljavi ta zakon.

**K 461. do 480. členu USKLADITEV DRUGIH ZAKONOV**

Natančno so predvideni posegi v drugo specialno zakonodajo.

**K 481. do 483. členu KONČNE DOLOČBE**

Določbe predvidevajo prenehanje veljavnosti predpisov, ki so bili izdani po sedaj veljavni zakonodaji. Do sprejema novih podzakosnkih aktov, ki bodo izdani na podlagi tega zakona, se uporabljajo obstoječi podzakonski akti, v kolikor niso v nasprotju s tem zakonom.

1. Glej odločbe Ustavnega sodišča U-I-216/99 z dne 24. januarja 2002, U-I-69/03 z dne 20. oktobra 2005 in U-I-239/14, Up-1169/12 z dne 26. marca 2015. [↑](#footnote-ref-1)
2. Šturm in drugi, Komentar Ustave Republike Slovenije (2002), str. 91. [↑](#footnote-ref-2)
3. Naravni prirast je od leta 2006 (meritve so do leta 2015) sicer pozitiven, stopnja rodnosti pa se giblje okoli 1,5 (1,57 v letu 2015, čeprav bi za obnovo prebivalstva morala biti čez 2). Glej: Statistični urad Republike Slovenije ([www.stat.si](http://www.stat.si), november 2016). [↑](#footnote-ref-3)
4. Dečki, rojeni v letu 2015, lahko pričakujejo, da bodo (ob nespremenjenih razmerah) dočakali skoraj 78 let starosti, deklice pa skoraj 84 let starosti. Statistični urad Republike Slovenije ([www.stat.si](http://www.stat.si), november 2016). [↑](#footnote-ref-4)
5. Moški pri 65. letih starosti so v letu 2010 lahko pričakovali, da bodo v povprečju živeli še vsaj 17 let, ženske pa vsaj še 21 let. Statistični urad Republike Slovenije ([www.stat.si](http://www.stat.si), november 2016). [↑](#footnote-ref-5)
6. Zakon o partnerski zvezi (Uradni list RS, št. 33/16). [↑](#footnote-ref-6)
7. M. Pavčnik, Teorija Prava (2007), str. 307. [↑](#footnote-ref-7)
8. Glej odločbo Ustavnega sodišča U-I-125/97 z dne 24. junija 1998. [↑](#footnote-ref-8)
9. Takšno ugotovitev je Ustavno sodišče sprejelo pri pravici do zdravljenja v tujini, kjer je poudarilo, da zakon do uveljavitve ZZVZZ-M ni določal pogojev, ki bi omejevali to pravico, niti ni določal postopka, v katerem bi se odločalo o utemeljenosti zdravljenja v tujini. Ugotovilo je, da zakon (26. člen ZZVZZ) Zavoda ni pooblaščal, da ta s Pravili določi pogoje uveljavljanja pravice do zdravstvenega varstva v tujini ali način na katerega se pravica lahko uveljavlja. Glej odločbo Ustavnega sodišča Up-1303/11, U-I-25/14, z dne 23. januar 2014. [↑](#footnote-ref-9)
10. Primer: Pravico do preprečevanja in lajšanja trpljenja, ki vsebuje tudi upravičenje do blažilne (paliativne) oskrbe, v 39. členu določa že Zakon o pacientovih pravicah. Čeprav zakon določa, da pravice do zdravstvenih storitev in postopke njihovega uveljavljanja ureja poseben zakon, bi bilo nedopustno razlagati, da imajo pravico do preprečevanja in lajšanja trpljenja le pacienti, ki storitve blažilne (paliativne) oskrbe sami plačajo. Gre za pravico iz OZZ, ki se v skladu s 23. členom dogovora za pogodbeno leto 2016 Zavod že uresničuje. [↑](#footnote-ref-10)
11. Po podatkih Zavoda je bilo na dan 31.3.2017 8.838 oseb brez zavarovanja. [↑](#footnote-ref-11)
12. Glej 3. člen Konvencije o varstvu človekovih pravic in dostojanstva človeškega bitja v zvezi z uporabo biologije in medicine: Konvencija o človekovih pravicah v zvezi z biomedicino, Oviedo, 4.4.1997, Uradni list RS - MP, št. 17/1998. [↑](#footnote-ref-12)
13. World Health Report 2000. [↑](#footnote-ref-13)
14. 1. Bela knjiga zdravstvene reforme, Ministrstvo za zdravje RS, poglavja 1.5-1.9, str. 56-85, 2003.

    2. Nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020, Ministrstvo za zdravje RS, str. 11. 2011. [↑](#footnote-ref-14)
15. 15 Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju - ZZVZZ-M (Uradni list RS, št. 91/13 z dne 5. 11. 2013). [↑](#footnote-ref-15)
16. Vir: Ocena financiranja zdravstva, Oktober 2015, MZ. [↑](#footnote-ref-16)
17. SOP 2000-01-2333. EVA 1998-2711-0013. EPA 0236 [↑](#footnote-ref-17)
18. Sporočilo Evropske komisije Svetu, Evropskemu Parlamentu, Ekonomsko-Socialnemu Odboru in Odboru Regij – Delati skupaj, delati bolje – Nov okvir za odprto usklajevanje politik socialne zaščite in vključevanja v Evropski uniji (KOM/2005/0706 konč.), točke 10, 11 in 12. – Communication from the Commision to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and Committee of the Regions – Working together, working better – A new framework for the open coordination of social protection and inclusion policies in the European Union (COM/2005/0706 final), point 10, 11 and 12. [↑](#footnote-ref-18)
19. M. Pavčnik, Teorija prava (2007), str. 307. [↑](#footnote-ref-19)
20. Povzeto po publikaciji The management of health systems in the EU Member States.The role of local and regional authorities, Committee of the Regions, European Union, 2012 [↑](#footnote-ref-20)
21. Več <http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/la-protection-universelle-maladie.php> [↑](#footnote-ref-21)
22. V francoskem sistemu je omogočen neposredni dostop do specialistov ginekologov, oftamologov, psihiatrov in stomatologov, vendar pa obid zdravnika na primarni ravni povzroči nepopolno kritje s strani OZZ. Leta 2004 je bil uveden prostovoljni vratarski (ang. gatekeeping) sistem za osebe starejše od 16 let. Približno 85 % populacije je prijavljene pri t.i. vratarju, pri čemer ima 90 % izbranega splošnega zdravnika, četudi je moč izbrati specialista. Splošni zdravniki so nagrajeni glede so od leta 2012 podvrženi sistemu nagrajevanja in lahko hkrati prejmejo dodatnih (v letu 2014) 40 evrov po bolniku, ki trpi za kronično boleznijo. [↑](#footnote-ref-22)
23. Leta 2012 je bil podpisan prvi medpoklicni sporazum z namenom ureditve zdravljenja kroničnih bolnikov ali bolnikov, ki trpijo zaradi več bolezni in potrebujejo post bolnišnično oskrbo ali oskrbo na domu. [↑](#footnote-ref-23)
24. Specialisti v ambulantah in zasebnih bolnišnicah so plačani po storitvenih postavkah. [↑](#footnote-ref-24)
25. V angl. izvirniku uredbe naziv *medical device.* [↑](#footnote-ref-25)
26. *Pripomočki* iz člena 1(4) so v uredbi opredeljeni širše kot medicinski pripomočki: gre za medicinske pripomočke, dodatke zanje in izdelke iz priloge XVI k uredbi. Termin *pripomočki* v zakonu ni mišljen v enakem pomenu, temveč je za potrebe zakona posebej pojasnjen. [↑](#footnote-ref-26)
27. Glede na Uredbo 2017/745 „proizvajalec“ pomeni fizično ali pravno osebo, ki izdeluje ali popolnoma predela pripomoček ali naroči zasnovo, izdelavo ali popolno predelavo pripomočka in ki ta pripomoček trži pod svojim imenom ali blagovno znamko. [↑](#footnote-ref-27)
28. Zdravje zdravnikov, učno gradivo za 30. učne delavniceza zdravnike družinske medicine [↑](#footnote-ref-28)
29. Zakon o urejanju trga dela (Uradni list RS, št. 80/10, 40/12 – ZUJF, 21/13, 63/13, 100/13, 32/14 – ZPDZC-1 in 47/15 – ZZSDT). [↑](#footnote-ref-29)
30. Zakon o starševskem varstvu in družinskih prejemkih (Uradni list RS, št. 26/14 in 90/15). [↑](#footnote-ref-30)
31. Study on off-label use of medicinal products in the European Union. European Union, 2017. Spletni naslov: <http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/files/documents/2017_02_28_final_study_report_on_offlabel_use_.pdf> [↑](#footnote-ref-31)