

PREDLOG ZAKONA O ZDRAVSTVENEM VARSTVU IN ZDRAVSTVENEM ZAVAROVANJU
(ZZVZZ-1)



I. DEL TEMELJNE DOLOČBE

1. člen (vsebina zakona)

(1) Ta zakon ureja:

- sistem zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja v Republiki Sloveniji,
- obvezno zdravstveno zavarovanje (v nadaljnjem besedilu: obvezno zavarovanje) in prostovoljno zdravstveno zavarovanje (v nadaljnjem besedilu: prostovoljno zavarovanje)
- pravice in obveznosti zavarovanih oseb, Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: Zavod), izvajalcev zdravstvene dejavnosti, delodajalcev, lokalnih samoupravnih skupnosti in Republike Slovenije,
- postopek uveljavljanja pravic v Republiki Sloveniji in v državah članicah Evropske unije (v nadaljnjem besedilu: EU), Evropskega gospodarskega prostora (v nadaljnjem besedilu: EGP) in Švicarske konfederacije,
- organizacijo in delovanje Zavoda ter
- evidence na področju obveznega zavarovanja.

(2) S tem zakonom se v slovenski pravni red prenašajo naslednje direktive:

- 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 v delu, ki se nanaša na vključevanje zdravil v sistem financiranja iz javnih sredstev,
- 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.

(3) S tem zakonom se podrobneje ureja izvajanje naslednjih uredb Evropske unije:

- Uredba (ES) št. 883/2004 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 29. aprila 2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti,
- 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

2. člen
(temeljna načela in cilji zakona)

- (1) Zdravstveno varstvo, vključno z obveznim zdravstvenim zavarovanjem temelji na načelih univerzalnosti, dostopnosti, solidarnosti, vzajemnosti, enakosti, nepridobitnosti in zagotavljanju visoko kakovostnih zdravstvenih storitev in stvari.
- (2) Univerzalnost pomeni, da je vsakomur, v skladu s pogoji tega zakona, omogočen dostop do zdravstvenega varstva, vključno z obveznim zavarovanjem,
- (3) Dostopnost pomeni krajevna bližina izvajalca zdravstvenih storitev, ki so dostopne v individualno določenem razumnem času, brez prekomerne finančne obremenitve posameznika oziroma posameznice (v nadaljnjem besedilu: posameznika), z vnaprejšnjo določitvijo ravnanja ter preglednostjo vsebinskih in postopkovnih pravic posameznikov. Vsak ima dostop do zdravstvenih storitev in stvari v skladu s potrebami zdravstvenega stanja. Prednostni dostop se določi le upošteva nujnost zdravstvenega posega.
- (4) Solidarnost pomeni, da vsak prispeva v skladu s svojimi ekonomskimi zmožnostmi in prejema zdravstvene storitve v skladu s potrebami zdravstvenega stanja.
- (5) Enakost pomeni dostop do zdravstvenih storitev v skladu s potrebami zdravstvenega stanja, neodvisno od etnične pripadnosti, spola, starosti, socialnega statusa, sposobnosti plačila, ali druge osebnosti okolščine
- (6) Nepridobitnost pomeni zagotavljanje zdravstvenih storitev na način, da glavni cilj opravljanja zdravstvene dejavnosti ni ustvarjanje presežka prihodka nad odhodki.
- (7) Visoko kakovostne zdravstvene storitve in stvari zagotavljajo ustrezno usposobljeni izvajalci zdravstvene dejavnosti s sodobno opremo in postopki zdravljenja, ki so v skladu z individualnim načrtom zdravljenja namenjeni doseganju ciljev zdravljenja. Ti so bolezen ali poškodbo prepoznati, jo pozdraviti, preprečiti poslabšanje ali lajšati tegobe.
- (8) Temeljni cilj tega zakona je zagotoviti in omogočiti najvišje dosegljivo zdravje prebivalstva na podlagi naslednjih ukrepov:
 - vključitev vseh prebivalcev in aktivnih oseb na ozemlju Republike Slovenije v sistem obveznega zavarovanja, razen če ni s tem zakonom, mednarodnim sporazumom ali pravnim redom EU drugače določeno,
 - zagotavljanje zdravja s poudarkom na promociji, preventivi in varovanju zdravja,
 - načrtovanje razvoja odzivnega sistema zdravstvenega varstva v skladu z realnimi potrebami prebivalstva ob zagotavljanju kakovosti, varnosti in učinkovitosti zdravstvenih storitev,
 - načrtovanje, upravljanje, nadzorovanje ter zagotavljanje finančne vzdržljivosti sistema zdravstvenega varstva.

3. člen (pomen izrazov)

(1) Pojmi, uporabljeni v tem zakonu, imajo naslednji pomen:

1. **Bolezni in poškodbe izven dela** so bolezni in zdravstvenega stanja, katerih vzrok nastanka ne izhaja iz delovnega okolja.
2. **Cena zdravila** je skupni izraz za veljavno cena zdravila, dogovorjeno ceno galenskega zdravila in določeno ceno magistralnega zdravila in je podlaga za obračun zdravila iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.
3. **Cena živila** je dogovorjena cena, ki je podlaga za obračun živila.
4. **Dobavitelj** je lekarna ali specializirana prodajalna za izvajanje prometa na drobno z medicinskimi in drugimi pripomočki.
5. **Drug pripomoček** je pripomoček, ki je povezan s procesom medicinske rehabilitacije določene vrste obolenja ali je njegova uporaba povezana z medicinskim pripomočkom, pa ne gre za medicinski pripomoček.
6. **Država članica** je država članica EU, EGP in Švicarska konfederacija, če zanje velja pravni red EU.
7. **Dodana vrednost zdravila** je pozitivna vrednost v terapevtskem ali ekonomskem smislu glede na razvrščena primerjalna zdravila z list zdravil ali glede na standardno zdravljenje, ki se oceni na podlagi meril za razvrstitev zdravila.
8. **Dodatna pokojnina** je pravica iz prostovoljnega dodatnega zavarovanja, ki se izplačuje v obliki pokojninske rente.
9. **Dogovorjena cena galenskega zdravila** je cena, ki jo Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: Zavod) dogovori za galensko zdravilo na podlagi tega zakona in splošnih aktov Zavoda.
10. **Dogovorjena cena zdravila** je veljavna cena zdravila, ki jo Zavod dogovori za industrijsko proizvedeno zdravilo.
11. **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 obveznega zdravstvenega zavarovanja.
12. **Določena cena magistralnega zdravila** je cena, ki jo Zavod določi za magistralno zdravilo na podlagi tega zakona in splošnih aktov Zavoda.
13. **Enako zdravilo** je zdravilo, ki ima enako splošno ime in terapevtsko indikacijo kot zdravilo, ki je razvrščeno na katerokoli listo zdravil.
14. **Imetnik oziroma imetnica (v nadaljnjem besedilu: imetnik) dovoljenja za promet z zdravilom** je pravna ali fizična oseba, ki ima sedež v EU in izpolnjuje pogoje, ki jih določa zakon, ki ureja zdravila.
15. **Izločitev zdravila in živila** pomeni ukinitve kritja vrednosti zdravila in živila iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.
16. **Izvajalec zdravstvene dejavnosti** je zdravstveni zavod ali druga pravna oziroma fizična oseba, ki opravlja zdravstveno dejavnost v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnost.

17. **Javno zdravje** je dejavnost, ki se ukvarja z varovanjem zdravja prebivalstva s pomočjo organiziranih aktivnosti in programov za krepitev zdravja, preprečevanja in zgodnjega odkrivanja dejavnikov tveganja za nastanek bolezni in poškodb ter odkrivanjem, zdravljenjem in rehabilitacijo bolnih in poškodovanih oseb.
18. **JAZMP** je Javna agencija Republike Slovenije za zdravila in medicinske pripomočke.
19. **Kartica zdravstvenega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu: kartica)** je identifikacijski dokument, s katero uveljavlja pravice iz obveznega zavarovanja pri izvajalcih zdravstvenih storitev
20. **Liste zdravil** je skupni izraz za receptno, ambulantno in bolnišnično listo.
21. **Listina** je listina izdana v papirni ali elektronski obliki.
22. **Magistralno zdravilo** je zdravilo, ki se izdala 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 primerljivi jakosti ali farmacevtski obliki, in se ga izda neposredno po izdelavi.
23. **Mednarodni sporazum** je sporazum o socialnem zavarovanju, ki ga Republika Slovenija sklenila z eno ali več drugimi državami.
24. **Motnja v preskrbi z živilom** ima smiselno enak pomen kot motnja v preskrbi z zdravilom, kot je opredeljena v zakonu, ki ureja zdravila.
25. **Nadzorni organ Zavoda** je pooblaščen oseb Zavoda za opravljanje nadzora nad uresničevanjem pravic in obveznosti iz obveznega zavarovanja in za opravljanje nadzora nad izpolnjevanjem pogodb, sklenjenih z izvajalci zdravstvenih storitev in dobavitelji.
26. **Najvišja priznana vrednost** je cenovni standard, do katerega se krije zdravilo in živilo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki ga določi Zavod na podlagi tega zakona in splošnega akta Zavoda.
27. **Naročilnica** je listina, na podlagi katere lahko zavarovana oseba pridobi medicinski ali drug pripomoček za zdravljenje ali nego na domu in jo izda pristojni zdravnik ali druga usposobljena zdravstvena oseba.
28. **Naročilnica EU** je naročilnici enakovredna listina, ki jo v okviru zdravstvene storitve iz tega zakona izda oseba v drugi državi članici EU, ki izpolnjuje enake pogoje kot pristojni zdravnik ali druga usposobljena zdravstvena oseba v Republiki Sloveniji.
29. **NIJZ** je Nacionalni inštitut za javno zdravje.
30. **Novo zdravilo** je zdravilo, ki glede na splošno ime še ni razvrščeno na nobeno listo zdravil, in razvrščeno zdravilo s terapevtsko indikacijo, ki še ni razvrščena na nobeno listo zdravil.
31. **Novo živilo** je živilo, ki glede na sestavo še ni razvrščeno na receptno listo, in razvrščeno živilo s terapevtsko indikacijo, ki še ni razvrščena na receptno listo.
32. **Osebni zdravnik oziroma osebna zdravnica** (v nadaljnjem besedilu: osebni zdravnik) je zdravnik, ki ga zavarovana oseba izbere na primarni ravni javne zdravstvene dejavnosti (v nadaljnjem besedilu: primarna raven).
33. **Partner** je zakonec, zunajzakonski partner, partner iz partnerske zveze ali partner iz neskljenjene partnerske zveze.
34. **Podobno živilo** je živilo, ki je glede na sestavo in terapevtsko indikacijo primerljivo razvrščenemu živilu.

35. **Poklicna pokojnina** je pravica iz obveznega dodatnega zavarovanja, ki se izplačuje v obliki poklicne pokojnine.
36. **Poklicne bolezni in poškodbe pri delu** so bolezni in stanja, katerih vzrok je dolgotrajno izpostavljanje fizičnim in psihičnim dejavnikom, ki izhajajo iz delovnega okolja posameznika.
37. **Primerjalno zdravilo** je zdravilo, ki je osnova za primerjavo zdravila pri ocenjevanju primerjalne terapevtske vrednosti zdravila in farmakoeconomiških podatkov.
38. **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 farmakoeconomiških podatkov.
39. **Primerjalna farmacevtska oblika zdravila** je različna farmacevtska oblika zdravila s primerljivim sproščanjem in enakim načinom uporabe.
40. **Primerjalna terapevtska vrednost zdravila oziroma živila** je razlika med učinkovitostjo dveh ali več zdravil oziroma živil ali razlika med učinkovitostjo zdravila oziroma živila in standardnega zdravljenja, ki ne vključuje tega zdravila oziroma živila, ki predstavlja primerljivo alternativo za doseganje želenega izida zdravljenja v klinični praksi.
41. **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.
42. **Priporočeni odmerek zdravila** je vzdrževalni odmerek zdravila za 70 kilogramov težko odraslo osebo za določeno terapevtsko indikacijo.
43. **Pristojni zdravnik** je osebni ali napotni zdravnik.
44. **Predhodno zavarovanje** je predpisana doba, ko mora biti oseba zavarovana, preden lahko uveljavlja določeno pravico iz obveznega zavarovanja.
45. **Preventivni pregled** je pregled, na podlagi katerega se spremlja zdravstveno stanje posameznika, odkriva dejavnike tveganja ali bolezni in zagotavlja pravočasno zdravljenje.
46. **Prispevek za obvezno zavarovanje** je obvezna denarna dajatev, ki jo morajo zavezanec oziroma zavezanka (v nadaljnjem besedilu: zavezanec) za plačilo tega prispevka plačati za uresničevanje pravic obveznega zavarovanja in se zbira pri ZZZS.
47. **Recept** je listina Zavoda za predpis zdravila in živila z receptne liste.
48. **Recept EU** je listina za predpis zdravila in živila z receptne liste, ki jo v okviru zdravstvene storitve predpiše zdravnik v drugi državi članici EU, ki izpolnjuje enake pogoje kot pristojni zdravnik.
49. **Prijavljeno prebivališče** je stalno ali začasno prebivališče v skladu s predpisi, ki urejajo prijavo prebivališča.
50. **Seznam predpisanih zdravil z imenom** je seznam iz 260. člena tega zakona.
51. **Seznam skupin zdravil s splošnim imenom** je seznam iz 261. člena tega zakona.
52. **Standardi kakovosti zdravstvenih storitev** so standardi, ki jih določa zakon, ki ureja zdravstveno dejavnost.
53. **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.
54. **Terapevtska skupina zdravil** je skupina industrijsko proizvedenih zdravil z receptne liste iz tega zakona.

55. **Veljavna cena zdravila** je določena ali dogovorjena cena zdravila v skladu s predpisi, ki urejajo zdravila.
56. **Zastopnik proizvajalca** je poslovni subjekt, ki ima s proizvajalcem sklenjeno pogodbo o zastopanju in izpolnjuje pogoje za opravljanje prometa na debelo z medicinskimi ali drugimi pripomočki.
57. **Zavarovalna podlaga** je pravno razmerje, ki je podlaga za nastanek zavarovalnega razmerja.
58. **Zavarovalno razmerje** je razmerje med zavodom in zavarovano osebo, ki nastopi po samem zakonu s pridobitvijo lastnosti zavarovane osebe in preneha z izgubo lastnosti zavarovane osebe.
59. **Zavarovalnica** je pravna oseba, ki opravlja dejavnost prostovoljnega zavarovanja v skladu s predpisi, ki urejajo zavarovalništvo.
60. **Zdravilo** je skupni izraz za industrijsko proizvedeno, galensko in magistralno zdravilo.
61. **Zdravilo na recept** je zdravilo z receptne liste, ki se predpiše na recept ali recept EU.
62. **Zdravljenje** je zdravstvena storitev, ki vključuje tudi zdravila oziroma živila.
63. **Zdravstvena dokumentacija** je pisni dokument ali elektronski zapis iz katerega je razvidno pacientovo zdravstveno stanje, razvoj njegovega zdravstvenega stanja v postopku zdravljenja, diagnoza in izvedeni ukrepi izvajalca zdravstvene dejavnosti.
64. **Zdravstveno nadomestilo** je obvezno plačilo zavarovane osebe za obvezno zavarovanje, ki ima značaj javnofinančnih sredstev.
65. **Zdravstvena tehnologija** je tehnologija, kot jo opredeljuje zakon, ki ureja zdravstveno dejavnost.
66. **Zavod** je nosilec obveznega zavarovanja v Republiki Sloveniji.
67. **Živilo** je živilo za posebne zdravstvene namene kot je opredeljeno v predpisih, ki urejajo živila za posebne zdravstvene namene.
68. **Živilo na recept** je živilo z receptne liste, ki se predpiše na recept ali recept EU.
- (2) Izrazi, uporabljeni v tem zakonu, imajo isti pomen kot izrazi, opredeljeni v predpisih, ki ureja zdravila in živila, če ni s tem zakonom določeno drugače.
- (3) Izrazi medicinski pripomoček, proizvajalec in predstavnik proizvajalca imajo isti pomen kot v zakonu, ki ureja medicinske pripomočke.

II. DEL

ZDRAVSTVENO VARSTVO

4. člen

(zdravstveno varstvo in naloge Republike Slovenije)

- (1) Zdravstveno varstvo obsega aktivnosti države, samoupravnih lokalnih skupnosti (v nadaljnjem besedilu: lokalne skupnosti), delodajalcev, posameznikov in drugih pravnih in fizičnih oseb na

področju krepitve zdravja, preprečevanja, zgodnjega odkrivanja in pravočasnega zdravljenja, nege in rehabilitacije zbolelih in poškodovanih.

- (2) Republika Slovenija uresničuje svoje naloge na področju zdravstvenega varstva, s tem da:
- načrtuje in usklajuje sistem zdravstvenega varstva in določa strategijo, naloge ter cilje zdravstvenega varstva,
 - sprejema predpise na področju zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja in nadzoruje njihovo izvajanje,
 - z ukrepi davčne, gospodarske in drugih politik spodbuja razvijanje zdravih življenjskih navad ter krepitev in varovanje zdravja na vseh področjih,
 - zagotavlja razvoj zdravstvenega informacijskega sistema,
 - skrbi za izenačitev socialno-ekonomskih razlik preko zagotavljanja dodatnih sredstev za izvajanje javne zdravstvene dejavnosti na primarni ravni na demografsko ogroženih območjih,
 - določa sistem obveznega zavarovanja, njegovo financiranje in nadzor nad njegovim delovanjem,
 - določa pravice in obveznosti obvezno zavarovanih oseb,
 - določa sistem prostovoljnih zavarovanj,
 - oblikuje mrežo izvajalcev javne zdravstvene dejavnosti in določa merila za vključitev vanjo, upoštevajoč dostopnost do zdravstvenih storitev po posameznih območjih,
 - določa usmeritve in obveznosti lokalnih skupnosti in delodajalcev pri krepitvi in ohranjanju zdravja,
 - zagotavlja finančna sredstva za naloge iz svoje pristojnosti, določene s tem zakonom.
- (3) Za uresničevanje nalog iz prejšnjega odstavka Državni zbor Republike Slovenije sprejme Resolucijo zdravstvenega varstva (v nadaljnjem besedilu: Resolucija) za obdobje šestih let.
- (4) Predlog Resolucije pripravi ministrstvo, pristojno za zdravje (v nadaljnjem besedilu: ministrstvo) v sodelovanju z Nacionalnem inštitutom Republike Slovenije za javno zdravje (v nadaljnjem besedilu: NIJZ), zdravstvenim svetom, Zavodom, zbornicami s področja zdravstvene dejavnosti in združenjem izvajalcev javne zdravstvene dejavnosti.
- (5) Za uresničevanje nalog, določenih v Resoluciji, ministrstvo sprejme Akcijski načrt zdravstvenega varstva (v nadaljnjem besedilu: Akcijski načrt), ki temelji na izhodiščih ekonomske in socialne politike ter makroekonomskih izhodiščih Vlade Republike Slovenije (v nadaljnjem besedilu: vlada) za načrtovanje javnih financ in se v primeru sprememb ustrezno dopolnjuje in revidira.
- (6) Ministrstvo sprejme Akcijski načrt za naslednje koledarsko leto v soglasju z ministrstvom, pristojnim za finance, do 31. oktobra tekočega leta. Obstoječi Akcijski načrt se uporablja do sprejema novega Akcijskega načrta.

5. člen

(finančne obveznosti Republike Slovenije)

Republika Slovenija zagotavlja iz proračuna finančna sredstva za:

1. spremljanje in proučevanje zdravstvenega stanja in kakovosti življenja, skupaj z dejavniki, ki vplivajo na zdravje,
2. izvajanje ukrepov na področju promocije, preventive in varovanja zdravja, ter ocenjevanje učinkovitosti sprejetih ukrepov,
3. izvajanje zdravstvenih ukrepov ob epidemijah, elementarnih nesrečah in drugih izrednih razmerah,
4. načrtovanje in zagotavljanje sistema javne zdravstvene dejavnosti, njegovo organizacijo ter nadzor,
5. financiranje poskusnih in raziskovalnih projektov za hitrejšo uvedbo novih zdravstvenih tehnologij,
6. 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,
7. plače in druge prejemke iz delovnega razmerja pripravnikov in specializantov v mreži javne zdravstvene dejavnosti,
8. sofinanciranje mednarodnega sodelovanja na področju zdravstvenega varstva,
9. sofinanciranje humanitarnih, invalidskih, strokovnih in drugih društev ter organizacij na področju zdravja,
10. dejavnost preskrbe s krvjo in delov človeškega telesa v skladu s predpisi s področja preskrbe s krvjo in deli človeškega telesa,
11. zdravstvene preglede vojakov na prostovoljnem služenju ter oseb, ki pogodbeno opravljajo vojaško službo v rezervni sestavi Slovenske vojske, za določitev ocene zdravstvene sposobnosti za vojaško službo, za službo v rezervni sestavi policije ali v pomožni policiji oziroma službo v Civilni zaščiti ali drugih reševalnih sestavah, ki jih organizirajo državni organi,
12. posebne pravice do zdravstvenih storitev, ki niso vključene v obvezno zdravstveno zavarovanje, po predpisih o vojnih invalidih, civilnih invalidih vojne, vojnih veteranov in žrtev vojnega nasilja ter udeležencev drugih vojn,
13. nujno zdravljenje oseb, ki niso vključeni v obvezno zavarovanje,
14. načrtovanje, upravljanje in nadziranje zdravstvenega informacijskega sistema,
15. naloge s področja javnih pooblastil, ki jih imajo pristojne zbornice,
16. za kritje stroškov dela organov, ki izvajajo naloge varovanja pacientovih pravic zunaj izvajalcev zdravstvene dejavnosti, v skladu z zakonom, ki ureja pacientove pravice,
17. plačilo prispevkov in zdravstvenega nadomestila za določene skupine zavarovance v skladu s tem zakonom,
18. plačilo prispevkov za obvezno zavarovanje za zavezance, ki jim je oprostitev plačila teh obveznosti zagotovljeno s posebnim zakonom,
19. javne zdravstvene zavode, ki jih je ustanovila, in sicer za investicije in druge obveznosti, določene z zakonom,
20. dopolnilna sredstva za delovanje javne zdravstvene dejavnosti na primarni ravni na demografsko ogroženih območjih.

6. člen

(naloge lokalnih samoupravnih skupnosti)

- (1) Lokalna samoupravna skupnost uresničuje naloge na področju zdravstvenega varstva, s tem da:
- oblikuje in izvaja zdravstveno vzgojo ter programe za preventivo, promocijo in varovanje zdravja prebivalstva na svojem območju, spreminjanja življenjskih navad na področju prehranjevanja, fizičnih aktivnosti ter preprečevanja in zmanjševanja odvisnosti,
 - sofinancira humanitarne, invalidske, strokovne in druge naloge društev ter organizacij za medsebojno pomoč,
 - zagotavlja zdravstveno varstvo pripadnikov Civilne zaščite, gasilskih in drugih splošnih reševalnih služb med usposabljanjem in opravljanjem nalog zaščite, reševanja in pomoči v enotah, službah ter drugih operativnih sestavah, ki jih organizirajo občine, če tega nimajo urejenega na drugi podlagi,
 - ustanavlja javne zdravstvene zavode in javne zavode za opravljanje lekarniške dejavnosti,
 - zagotavlja sredstva za investicije in druge obveznosti javnih zdravstvenih zavodov, ki jih je ustanovila za naloge določene z zakonom,
 - organizira in izvaja dejavnost ugotavljanja vzroka smrti na svojem območju.
- (2) Lokalna samoupravna skupnost zagotavlja iz proračuna finančna sredstva za:
- naloge iz prejšnjega odstavka,
 - plačilo prispevkov in zdravstvenega nadomestila za določene skupine zavarovancev, določene s tem zakonom,
 - 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.

7. člen (naloge delodajalcev)

- (1) Delodajalec v skladu s cilji, določenimi v Resoluciji:
- sprejme program za zagotavljanje zdravega delovnega okolja,
 - v sodelovanju s pristojnimi zdravniki in pooblaščenim zdravnikom za varno in zdravo delo spremlja zdravstveno stanje svojih zaposlenih in enkrat letno pripravi analizo zdravstvenega stanja zaposlenih, dejavnikov tveganja za nastanek bolezni, odsotnosti z dela zaradi poškodb pri delu in poklicnih bolezni, invalidnosti ter skupaj z zaposlenimi sprejeti ukrepe za izboljšanje zdravja zaposlenih,
 - omogoča zaposlenim z znaki funkcionalnih okvar, ki so posledica dolgotrajnega izpostavljanja dejavnikom iz delovnega okolja, ustrezno rehabilitacijo za povrnitev njihovih funkcionalnih sposobnosti,
 - na podlagi odločitve pooblaščenega zdravnika za varno in zdravo delo začne postopek ugotavljanja poklicnih bolezni in
 - opravlja druge naloge v skladu s predpisi, ki urejajo varnost in zdravje pri delu.

- (2) Sredstva za financiranje nalog iz prejšnjega odstavka zagotovi delodajalec.
- (3) Program iz prve alineje prvega odstavka tega člena, delodajalec posreduje NIJZ.

III. DEL

ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE

I. poglavje

OPREDELITEV

8. člen (zdravstveno zavarovanje)

- (1) Zdravstveno zavarovanje je zavarovanje za tveganje nastanka poškodb in bolezni zavarovanih oseb, ki nastanejo pri delu ali izven dela.
- (2) Obvezno zavarovanje je socialno zavarovanje za primer bolezni, poškodbe, poklicne bolezni, poškodbe pri delu in poroda.
- (3) Obvezno zavarovanje temelji na načelih vzajemnosti in solidarnosti ter na odgovornosti Republike Slovenije, delodajalcev, zavarovancev in izvajalcev zdravstvene dejavnosti za izvajanje zavarovanja.
- (4) Plačilo stroškov za zdravstvene storitve, ki niso določene v obveznem zavarovanju, se krije iz lastnih sredstev posameznika. Za te storitve se lahko posameznik prostovoljno zdravstveno zavaruje.
- (5) Nosilec obveznega zavarovanja po tem zakonu je Zavod.
- (6) Prostovoljno zavarovanje izvajajo zavarovalnice.

II. poglavje

OBVEZNO ZAVAROVANJE

9. člen (obvezno zavarovanje)

- (1) Zavarovalno razmerje nastane na podlagi tega zakona z vzpostavitvijo pravnega razmerja, ki je podlaga za obvezno zavarovanje.

- (2) Zavarovalno razmerje preneha na podlagi tega zakona s prenehanjem zavarovalne podlage.
- (3) Nastanek in prenehanje pravnega razmerja iz prvega in drugega odstavka sporoči delodajalec ali drug zavezanec za prijavo nosilcu zavarovanja z obvezno prijavo ali odjavo zavarovanja.
- (4) S prvo prijavo v zavarovanje zavod osebi izda kartico zdravstvenega zavarovanja.
- (5) Z obveznim zavarovanjem se zavarovanim osebam zagotavlja naslednje pravice:
 - 1. zdravstvene storitve, zdravila in živila za posebne zdravstvene namene ter medicinske in druge pripomočke,
 - 2. nadomestilo plače med začasno zadržanostjo od dela,
 - 3. povračilo potnih stroškov.
- (6) Za uresničevanje pravic iz prejšnjega odstavka zavarovanci, njihovi delodajalci in drugi zavezanci, določeni v tem zakonu, plačujejo prispevke v sorazmerju s svojimi dohodki oziroma osnovami, ki jih določa ta zakon.
- (7) Za družinske člane zavarovancev in zavarovance iz 19. člena tega zakona se ne plačujejo prispevki.

III. poglavje **OBVEZNO ZAVAROVANE OSEBE**

10. člen **(zavarovane osebe)**

- (1) Obvezno zavarovane osebe po tem zakonu so zavarovanke in zavarovanci (v nadaljnjem besedilu: zavarovanci) in njihovi družinski člani.
- (2) Zavarovanci po tem zakonu so osebe, ki opravljajo delo, pridobitno ali drugo dovoljeno dejavnost, prejemajo nadomestilo ali prejemke po posebnih predpisih in druge osebe, ki jih določa ta zakon.
- (3) Zavarovanje zavarovanca je temeljno zavarovanje. Zavarovanje družinskih članov je odvisno od obstoja temeljnega zavarovanja in ne more ustanoviti nadaljnjega zavarovalnega razmerja.
- (4) Zavarovani družinski člani so samostojni nosilci pravic in obveznosti v obveznem zdravstvenem zavarovanju. Zavarovani družinski člani ne morejo sodelovati pri upravljanju Zavoda.

11. člen **(osebe v delovnem razmerju)**

- (1) Obvezno se zavarujejo osebe, ki so v delovnem razmerju na območju Republike Slovenije.
- (2) Obvezno se zavarujejo izvoljeni ali imenovani nosilci javne ali druge funkcije v organih zakonodajne, izvršilne ali sodne oblasti ali v organih lokalne samouprave 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 bili poslani na delo v tujino, če s predpisi EU ali mednarodnim sporazumom ni 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 posebni predpis ali mednarodni sporazum ne določa drugače.
- (5) Obvezno se zavarujejo osebe s prijavljenim prebivališčem v Republiki Sloveniji, zaposlene pri tujem delodajalcu, ki niso zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja.

12. člen **(samozaposlene osebe)**

- (1) Obvezno se zavarujejo osebe, ki v Republiki Sloveniji samostojno opravljajo pridobitno ali drugo dovoljeno dejavnost.
- (2) Obvezno se zavarujejo osebe, ki v Republiki Sloveniji opravljajo versko dejavnost v skladu s predpisi, ki urejajo versko svobodo.
- (3) Obvezno se zavarujejo osebe, ki v Republiki Sloveniji izvajajo rejniško dejavnost kot poklic v skladu s predpisi, ki urejajo izvajanje rejniške dejavnosti.

13. člen **(družbeniki, 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.

14. člen **(osebe, ki opravljajo kmetijsko dejavnost)**

Obvezno se zavarujejo osebe, ki so po predpisih o pokojninskem in invalidskem zavarovanju zavarovane iz naslova opravljanja kmetijske dejavnosti.

15. člen
(vojaki)

Obvezno se zavarujejo vojaki na prostovoljnem služenju vojaškega roka.

16. člen
(uživalci pravic)

- (1) Obvezno se zavarujejo osebe, ki so po tem zakonu upravičene do nadomestila zaradi začasne nezmožnosti za delo v skladu s 112. členom tega zakona.
- (2) Obvezno se zavarujejo osebe, ki so po predpisih, ki urejajo trg dela, upravičene do denarnega nadomestila za primer brezposelnosti.
- (3) Obvezno se zavarujejo osebe, ki so po predpisih, ki urejajo starševsko varstvo, upravičene do:
 - starševskega nadomestila, če niso upravičene do starševskega dopusta,
 - starševskega nadomestila po prenehanju delovnega razmerja,
 - plačila sorazmernega dela prispevkov in dela s krajšim delovnim časom zaradi varstva in nege otroka za razliko do polnega delovnega časa,
 - delnega plačila za izgubljeni dohodek ali
 - plačila prispevkov za socialno varnost v primeru štirih ali več otrok.
- (4) Obvezno se zavarujejo družinski pomočniki, ki so po predpisih, ki urejajo socialno varstvo, upravičeni do delnega plačila za izgubljeni dohodek.
- (5) Obvezno se zavarujejo osebe s prijavljenim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki so po predpisih o pokojninskem in invalidskem zavarovanju upravičene do nadomestila za čas poklicne rehabilitacije.
- (6) Obvezno se zavarujejo osebe s prijavljenim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki prejemajo pokojnino po predpisih Republike Slovenije ali preživnino po predpisih o preživninskem varstvu kmetov. Za pokojnino se šteje pokojnina iz obveznega pokojninskega in invalidskega zavarovanja ter poklicna pokojnina. Za pokojnino se ne šteje dodatna pokojnina in renta iz življenjskega zavarovanja.
- (7) Obvezno se zavarujejo osebe s prijavljenim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki prejemajo pokojnino od tujega nosilca pokojninskega zavarovanja, če s pravnim redom EU ali mednarodnim sporazumom ni drugače določeno.

- (8) Obvezno se zavarujejo osebe s prijavljenim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki so po predpisih o pokojninskem in invalidskem zavarovanju upravičene do nadomestila zaradi invalidnosti.
- (9) Obvezno se zavarujejo osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki so upravičene do invalidnine po predpisih o vojaških invalidih in civilnih invalidih vojne, pravic po predpisih o varstvu vojnih veteranov, žrtev vojnega nasilja in udeležencev drugih vojn ter republiške priznavalnine.
- (10) Obvezno se zavarujejo osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki so po predpisih o varstvu udeležencev vojn upravičene do priznavalnine.
- (11) Obvezno se zavarujejo osebe, ki so po predpisih o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih odraslih oseb upravičene do nadomestila za invalidnost.
- (12) Obvezno se zavarujejo osebe, ki so po predpisih o socialno varstvenih prejemkih upravičene do trajne denarne socialne pomoči.

17. člen **(begunci in osebe s subsidiarno zaščito)**

Obvezno se zavarujejo osebe, ki so po predpisih o mednarodni zaščiti pridobile status begunca ali uživajo subsidiarno zaščito.

18. člen **(tujci, ki se izobražujejo)**

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

19. člen **(otroci, ki niso zavarovani kot družinski član)**

Obvezno se zavarujejo otroci, ki imajo prijavljeno prebivališče v Republiki Sloveniji, če niso zavarovani kot družinski člani po zavarovancu iz prve do pete alineje prvega odstavka 25. člena tega zakona in izpolnjujejo pogoje iz tretjega in četrtega odstavka 25. člena tega zakona.

20. člen **(upravičenci do plačila prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje)**

Obvezno se zavarujejo osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki so po predpisih o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev, upravičene do plačila prispevka za obvezno zavarovanje.

21. člen
(osebe s prebivališčem v Republiki Sloveniji)

- (1) Obvezno se zavarujejo osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki ne izpolnjujejo pogojev za zavarovanje po nobeni predhodni določbi tega zakona.
- (2) Obvezno se zavarujejo osebe, ki imajo v Republiki Sloveniji prijavljeno prebivališče zaradi združitve z družino, in ne izpolnjujejo pogojev za zavarovanje po nobeni predhodni določbi tega zakona.

22. člen
(priporniki in obsojenci)

- (1) Obvezno se zavarujejo priporniki, ki niso zavarovanci iz drugega naslova.
- (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 ter obvezno zdravljenje odvisnosti od alkohola in drog.
- (3) Če obsojenec prestaja kazen zapora ob koncu tedna ali na domu po predpisih o izvrševanju kazenskih sankcij, se ne zavaruje po tem členu, temveč ostane zavarovan po zavarovalni podlagi, po kateri je zavarovan pred nastopom prestajanja te kazni.

23. člen
(prednostni red zavarovanja)

- (1) Če oseba hkrati izpolnjuje pogoje za vključitev v zavarovanje po več zavarovalnih podlagah, se obvezno prednostno zavaruje po tisti zavarovalni podlagi, ki je v tem zakonu navedena pred drugimi.
- (2) Če je oseba po prednostni zavarovalni podlagi zavarovana za manj kot polni delovni oziroma zavarovalni čas, se do polnega delovnega oziroma zavarovalnega časa zavaruje na podlagi določb, ki urejajo zavarovanje po 11. do 16. členu tega zakona. Za polni delovni čas šteje polni delovni čas skladno s predpisi o delovnih razmerjih, zavarovalni čas pa znaša 40 ur na teden.
- (3) Ne glede na določbo prejšnjega odstavka se oseba iz 11. člena tega zakona, ki je hkrati samozaposlena oseba ali družbenik in poslovodna oseba, za razliko do polnega delovnega časa zavaruje po tretji alineji tretjega odstavka 16. člena tega zakona.

- (4) Ne glede na prvi, drugi in tretji odstavek tega člena, se zavarovanci iz 11. do 21. člena tega zakona in družinski člani iz 25. člena tega zakona prednostno zavarujejo po drugem odstavku 22. člena tega zakona z dnem nastanka pravnega razmerja, ki je podlaga za zavarovanje.

24. člen
(osebe, za katere se skladno s pravnim redom EU uporablja zakonodaja Republike Slovenije)

Po tem zakonu so obvezno zavarovane tudi osebe, za katere se skladno s pravnim redom EU uporablja zakonodaja Republike Slovenije.

25. člen
(družinski člani)

- (1) Kot družinski člani zavarovanca so ob pogojih iz tega člena zavarovani:
- zavarovančev otrok in otrok, ki je z odločbo pristojnega organa nameščen v družino z namenom posvojitve,
 - otrok zakonca, zunajzakonskega partnerja, partnerja iz partnerske zveze in partnerja iz neskljenjene partnerske zveze, ki živi z njima in ni zavarovan po enem od staršev,
 - otrok, za katerega skrbijo stari starši ali brat oziroma sestra oziroma druga oseba,
 - otrok, ki je nameščen v rejništvo, če se ne more zavarovati po enem od staršev,
 - otrok, ki mu je določen skrbnik, če se ne more zavarovati po enem od staršev,
 - zavarovančev zakonec, zunajzakonski partner, partner iz partnerske zveze in partner iz neskljenjene partnerske zveze, v skladu z zakonom, ki ureja partnersko zvezo,
- (2) Oseba je kot družinski član zavarovana, če sama ni zavarovanec po katerikoli zavarovalni podlagi iz tega zakona, razen po zavarovalni podlagi iz 21. člena tega zakona, in ima v Republiki Sloveniji prijavljeno prebivališče.
- (3) Otrok je kot družinski član zavarovan do dopolnjenega 15. leta starosti oziroma do dopolnjenega 18. leta starosti. Po tej starosti je otrok kot družinski član zavarovan, če se šola, a najdlje do zaključka programa druge bolonjske stopnje ali programa enovitega bolonjskega študija, vendar največ do dopolnjenega 26. leta starosti.
- (4) Otrok, ki postane nezmožen za delo do dopolnjenega 18. leta starosti ali do konca rednega šolanja, je zavarovan kot družinski član dokler traja takšna nezmožnost.
- (5) Oseba iz šeste alineje prvega odstavka tega člena je zavarovana kot družinski član, če:
- varuje in vzgaja otroka do vstopa v prvi razred osnovne šole,
 - varuje in vzgaja otroka iz prejšnjega odstavka tega člena

- je vpisana v evidenco brezposelnih oseb ali
 - je nezmožna za delo.
- (6) Šteje se, da je oseba iz prejšnjega odstavka nezmožna za delo, če je starejša od 65 let ali ima odločbo pristojnega organa o nezmožnosti za delo.
- (7) Zunajzakonski partner in partner iz neskljenjene partnerske je zavarovan kot družinski član, če pred vložitvijo prijave za obvezno zavarovanje z zavarovancem že vsaj dve 2 leti živita v življenjski skupnosti, ki je po predpisih o zakonski zvezi in družinskih razmerjih v pravnih posledicah izenačena z zakonsko zvezo oziroma po predpisih o partnerski zvezi 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.
- (8) Oseba iz šeste alineje prvega odstavka je kot družinski član zavarovana tudi po razvezi zakonske ali partnerske zveze oziroma po prenehanju zunajzakonske skupnosti ali neskljenjene partnerske zveze, če ji je s sodno odločbo prisojena preživnina ali je preživnina, sporazumno določena in izpolnjuje pogoje iz petega odstavka tega člena.

IV. poglavje

PRIJAVA IN ODJAVA IZ OBVEZNEGA ZAVAROVANJA

1. Lastnost zavarovane osebe

26. člen

(pridobitev in izguba lastnost zavarovane osebe)

- (1) Oseba pridobi lastnost zavarovane osebe po samem zakonu z dnem, ko nastane pravno razmerje, ki je podlaga za obvezno zavarovanje.
- (2) Oseba izgubi lastnost zavarovane osebe po samem zakonu z dnem, ko preneha pravno razmerje, ki je podlaga za obvezno zavarovanje.
- (3) Oseba iz 11. člena tega zakona pridobi lastnost zavarovanca največ za polni delovni čas, preko polnega delovnega časa pa le, če ima sklenjeno pogodbo o zaposlitvi zaradi opravljanja dopolnilnega dela po predpisih o delovnih razmerjih.
- (4) Če ima oseba sočasno sklenjeni dve ali več delovnih razmerij, pridobi lastnost zavarovanca:
 - iz vseh sklenjenih delovnih razmerij, če skupni delovni čas ne presega polni delovni čas na teden,
 - iz vseh delovnih razmerij, če skupni delovni čas presega polni delovni čas na teden, vendar se število ur zavarovanj iz prej nastalega delovnega razmerja zmanjša tako, da skupaj z urami iz poznejšega delovnega razmerja ne presega polni delovni čas ali
 - iz kasneje nastalega delovnega razmerja, če je kasneje nastalo delovno razmerje sklenjeno za polni delovni čas.
- (5) Zavarovancem iz 12., 13. in 14. člena tega zakona preneha lastnost zavarovanca v obveznem zavarovanju iz tega naslova z dnem, ko postane odločba o ugotovljeni I. kategoriji invalidnosti ali o pridobitvi pravice do invalidske pokojnine pravnomočna.
- (6) Oseba iz 21. člena tega zakona pridobi lastnost zavarovanca z dnem izpolnitve pogojev za zavarovanje, če je prijava vložena v roku iz četrtega odstavka 29. člena tega zakona, sicer pa z dnem vložitve prijave v zavarovanje, in traja do izpolnitve pogojev za zavarovanje iz drugega naslova.
- (7) Zavarovanec iz 21. člena tega zakona lahko prekine zavarovanje, če predloži dokazilo o vključitvi v obvezno zavarovanje v drugi državi, ali če je prijavil začasni odhod z območja Republike Slovenije po predpisih, ki urejajo prijavo prebivališča, in če s pravnim redom EU ni določeno drugače. Zavarovanje se prekine z dnem vložitve odjave iz obveznega zavarovanja in traja do prenehanja razlogov za prekinitve.

27. člen
(uveljavljanje pravic po izgubi lastnosti zavarovane osebe)

Če oseba izgubi lastnost zavarovane osebe, lahko uživa pravice iz zavarovanja pri izvajalcih zdravstvenih storitev še osem dni od izgube lastnosti zavarovane osebe, če v tem času ne pridobi lastnosti zavarovane osebe iz drugega naslova oziroma 30 dni po prenehanju šolanja, pri katerih je šolanje pogoj za zavarovanje.

28. člen
(prijava v zavarovanje)

- (1) Zavarovano osebo v zavarovanje prijavi zavezanec za prijavo.
- (2) Zavezanec za prijavo vloži prijavo v zavarovanje v roku osem dni po nastanku pravnega razmerja, ki je podlaga za obvezno zavarovanje.
- (3) Ne glede na prejšnji odstavek zavezanec za osebo v delovnem razmerju vloži prijavo v zavarovanje z dnem nastopa dela, ki je določen v pogodbi o zaposlitvi.
- (4) Oseba iz 21. člena tega zakona vloži prijavo v zavarovanje najpozneje 60 dni po nastanku z zakonom predpisanih pogojev za vključitev v obvezno zavarovanje.
- (5) Ne glede na drugi odstavek tega člena se prijava otroka v zavarovanje kot družinskega člana vloži najpozneje 60 dni po rojstvu otroka. Do takrat lahko otrok zdravstvene storitve uveljavlja v breme obveznega zavarovanja enega od staršev, če je ta vključen v obvezno zavarovanje.

29. člen
(odjava iz zavarovanja)

Zavezanec zavarovano osebo odjavi iz zavarovanja v roku osem dni po prenehanju pravnega razmerja, ki je podlaga za obvezno zavarovanje.

30. člen
(zavezanec za prijavo v zavarovanje)

- (1) Zavezanci za prijavo in odjavo iz obveznega zavarovanja so:
 1. delodajalec za osebe iz prvega, drugega, tretjega in četrtega odstavka 11. člena tega zakona,
 2. zavod za osebe iz prvega odstavka 16. člena, 19. in 20. člena tega zakona,
 3. Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje za osebe iz drugega odstavka 16. člena tega zakona,

4. Center za socialno delo za osebe iz tretjega odstavka 12. člena, tretjega, četrtega, enajstega in dvanajstega odstavka 16. člena tega zakona,
5. Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije za osebe iz petega odstavka 16. člena, šestega odstavka 16. člena, razen za prejemnike poklicne pokojnine in osebe iz osmega odstavka 16. člena tega zakona,
6. ministrstvo, pristojno za obrambo, za osebe iz 15. člena tega zakona,
7. upravna enota za osebe iz devetega in desetega odstavka 16. člena tega zakona,
8. ministrstvo, pristojno za notranje zadeve, za osebe iz 17. člena tega zakona,
9. Uprava Republike Slovenije za izvrševanje kazenskih sankcij oziroma zdravstveni zavod za osebe iz 22. člena tega zakona,
10. osebe iz petega odstavka 11. člena, prvega in drugega odstavka 12. člena, 13. člena, osebe, ki so prejemniki poklicne pokojnine iz šestega odstavka in osebe iz sedmega odstavka 16. člena ter osebe iz 18., 21. in 24. člena tega zakona,
11. zavezanec za plačilo prispevka za osebe iz 14. člena tega zakona,
12. zavarovanec iz 10. člena tega zakona za oseba iz 25. člena tega zakona.

(2) Ne glede na prvo točko prejšnjega odstavka je zavezanec za prijavo in odjavo iz obveznega zavarovanja oseba sama, ki je zaposlena v državah članicah EU, EGP in Švicarske konfederacije in zanje velja skladno s 24. členom tega zakona slovenska socialna zakonodaja.

31. člen **(prijava sprememb podatkov)**

Zavezanec za prijavo iz prejšnjega člena sporoči spremembo podatkov o zavarovani osebi med obveznim zavarovanjem v roku osem dni od dneva nastanka spremembe podatkov.

32. člen **(način posredovanja podatkov)**

- (1) Zavezanci za prijavo prijavljajo in odjavljajo osebe iz obveznega zavarovanja ter sporočajo spremembe podatkov v času trajanja obveznega zavarovanja na obrazcih, ki so določeni s predpisom o obrazcih za prijavo podatkov v obvezno zavarovanje.
- (2) Pri tem so zavodu dolžni predložiti tudi druge listine in dokazila, ki so pomembne za ugotavljanje pogojev za obvezno zavarovanje oziroma za določitev lastnosti zavarovane osebe. Zavod pridobiva podatke o dejstvih potrebnih za prijavo, odjavo in spremembe v obveznem zdravstvenem zavarovanju tudi iz uradnih evidenc, ki jih vodijo državni organi, uprave lokalnih skupnosti in drugi nosilci javnih pooblastil.

- (3) Poslovni subjekti vlagajo prijave, objave in spremembe podatkov med zavarovanjem v elektronski obliki. Prijave, objave in spremembe podatkov v papirni obliki vlagajo fizične osebe, ki niso poslovni subjekti ter poslovni subjekti, ki so že izbrisani iz poslovnega registra.

33. člen

(zamuda roka za prijavo v zavarovanje in pridobitev lastnosti zavarovane osebe)

Osebe pridobijo lastnost zavarovane osebe z dnem, ki je določen v 26. členu tega zakona tudi v primeru, če zavezanec vloži prijavo v zavarovanje po roku, ki je določen v 28. členu tega zakona, razen osebe iz 21. člena tega zakona, ki v primeru zamude roka pridobijo lastnost zavarovanca z dnem vložitve prijave.

34. člen

(zamuda roka za odjavo iz zavarovanja in izguba lastnosti zavarovane osebe)

Osebe izgubijo lastnost zavarovane osebe z dnem, ki je določen v 26. členu tega zakona tudi v primeru, če zavezanec vloži odjavo iz zavarovanja po roku, ki je določen v 29. členu tega zakona.

2. Postopek ugotavljanja lastnosti zavarovane osebe

35. člen

(ugotavljanje lastnosti zavarovane osebe)

Obstoj lastnosti zavarovane osebe se ugotavlja:

1. ko zavezanec za prijavo vloži prijavo oziroma odjavo iz zavarovanja,
2. če ni vložena prijava v zavarovanje, oseba pa po zakonu izpolnjuje pogoje za zavarovanje,
3. če ni vložena odjava iz zavarovanja, oseba pa po zakonu ne izpolnjuje več pogojev za zavarovanje,
4. če zavod zavrne prijavo ali odjavo iz zavarovanja,
5. če je zavarovanec prijavljen v obvezno zavarovanje v nasprotju s 23. členom tega zakona oziroma bi kot družinski član moral biti zavarovan kot zavarovanec,
6. če se zavarovana oseba ali zavezanec za prijavo ne strinja s prijavo ali odjavo iz zavarovanja, ki jo je vložil zavod po uradni dolžnosti na podlagi 41. člena tega zakona.

36. člen

(postopek ugotavljanja lastnosti zavarovane osebe)

- (1) Postopek za ugotavljanje lastnosti zavarovanca se uvede na zahtevo osebe, po uradni dolžnosti ali na zahtevo delodajalca v primerih iz 2. do 6. točke prejšnjega člena.

- (2) Zavod odloči o lastnosti zavarovane osebe z odločbo.
- (3) Če oseba ni vključena v obvezno zavarovanje se lastnost zavarovanca vzpostavi z dnem nastanka pravnega razmerja, ki je podlaga za obvezno zavarovanje.
- (4) Če je oseba vključena v obvezno zavarovanje in se v postopku ugotavljanja lastnosti zavarovane osebe ugotovi druga prednostna zavarovalna podlaga, oseba pridobi lastnost zavarovane osebe po prednostni zavarovalni podlagi z dnem nastanka pravnega razmerja, ki je podlaga za zavarovanje, vendar največ od 1. januarja preteklega leta pred koledarskim letom izdaje odločbe.
- (5) Če je postopek za ugotavljanje lastnosti zavarovanca uveden po uradni dolžnosti za osebe iz 21. člena tega zakona, le-te pridobijo lastnost zavarovanca z dnem dokončnosti odločbe.
- (6) Postopek ugotavljanja lastnosti zavarovanca se ne uvede, če zavezanec za plačilo prispevka ne obstaja več.
- (7) Zavezanec za prijavo je dolžan vložiti prijavo oziroma odjavo iz zavarovanja v roku osem dni po dokončnosti odločbe.

37. člen

(vložitev prijave oziroma odjave po uradni dolžnosti)

Zavod po uradni dolžnosti vloži prijavo oziroma odjavo iz zavarovanja:

1. če je bila pridobitev ali prenehanje lastnosti zavarovanca ugotovljena z dokončno odločbo, pa zavezanec za prijavo ni vložil prijave oziroma odjave iz zavarovanja v roku iz sedmega odstavka prejšnjega člena tega zakona,
2. če zavezanec za vlaganje prijav ne obstaja več,
3. v primerih iz 40. in 41. člena tega zakona.

38. člen

(uporaba določb o postopku)

Za odločanje v postopku ugotavljanja lastnosti zavarovanca se uporabljajo določbe o splošnem upravnem postopku, če s tem zakonom ni določeno drugače.

3. Preverjanje pravilnosti in popolnosti podatkov v evidenci zavarovanih oseb

39. člen

(nadzor)

Zavod kot nosilec javnih pooblastil opravlja nadzor nad pravilnostjo in popolnostjo podatkov, ki so evidentirani v evidenci zavarovanih oseb.

40. člen
(dopolnitev in poprava podatkov po uradni dolžnosti)

- (1) Če zavezanec za prijavo v roku iz 28. in 29. člena tega zakona ne vloži prijave oziroma odjave iz zavarovanja, zavod pa na podlagi podatkov iz uradnih evidenc ugotovi izpolnjevanje ali prenehanje pogojev za zavarovanje, uredi lastnost zavarovane osebe po uradni dolžnosti z dnem, ki je določen v 26. členu tega zakona.
- (2) Določba iz prejšnjega odstavka ne velja za osebe iz 21. člena tega zakona v delu, ki se nanaša na ugotavljanje izpolnjevanja pogojev za zavarovanje.
- (3) Zavod o vloženi prijavi in odjavi iz zavarovanja obvesti zavezanca za prijavo in zavarovano osebo.

41. člen
(odprava prekrivanja zaključenih obdobj zavarovanja)

- (1) V primeru prekrivanja zaključenih obdobj zavarovanja lahko zavod po uradni dolžnosti določi razmejitev med temi obdobji zavarovanja, vendar največ od uveljavitve tega zakona.
- (2) Zavod uredi obdobja zavarovanja iz prvega odstavka tega člena upoštevajoč prednostni vrstni red zavarovanja iz 23. člena tega zakona.
- (3) V primeru sočasnih zavarovanj iz naslova delovnega razmerja, katerih skupni delovni čas presega polni delovni čas, se obdobja zavarovanja uredijo na podlagi četrtega odstavka 26. člena tega zakona.
- (4) Zavod o spremembi obdobja zavarovanja obvesti zavezanca za prijavo in zavarovano osebo.

V. poglavje
PRAVICE IZ OBVEZNEGA ZAVAROVANJA

1. Pravice zavarovanih oseb

42. člen
(pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja)

(1) Obvezno zavarovanje obsega pravice zavarovanih oseb do:

1. preventivnih zdravstvenih storitev,
2. zdravstvenih storitev na primarni ravni zdravstvene dejavnosti, kot so ambulantno zdravljenje, hišni obiski in zdravljenje na domu, vključno z lekarniškimi storitvami,
3. zobozdravstvene storitve,
4. zdravstvenih storitev specialistično-ambulantne in bolnišnične dejavnosti na sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti,
5. zdravljenje v tujini,
6. zdravstvenih storitev medicinske rehabilitacije,
7. zdravstvenih storitev zdravstvene nege,
8. zdravstvenih storitev paliativne oskrbe,
9. nujnih reševalnih in nenujnih prevozov,
10. zdravil,
11. živil za posebne zdravstvene namene,
12. medicinskih in drugih pripomočkov, ki imajo za zavarovano osebo zdravstveno korist,
13. sobivanja,
14. spremstva,
15. denarnega nadomestila med začasno zadržanostjo od dela (v nadaljnjem besedilu: denarno nadomestilo) zavarovancev v delovnem razmerju in z njimi izenačenih zavarovancev v času, ko so začasno zadržani od dela zaradi bolezni, poklicne bolezni, poškodbe pri delu in izven dela, darovanje in posledic darovanja delov človeškega telesa v korist druge osebe, posledic dajanja krvi, izolacije, spremstva, sobivanja in nege,
16. potnih stroškov.

(2) Zdravstvene storitve iz obveznega zavarovanja se nanašajo na zdravljenje bolezni, poklicnih bolezni, poškodb pri delu ter poškodb izven dela.

(3) Poškodbe pri delu in poklicne bolezni so opredeljene s predpisi, ki urejajo pokojninsko in invalidsko zavarovanje.

(4) Seznam vseh zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju določi na predlog zdravstvenega sveta minister, pristojen za zdravje (v nadaljnjem besedilu: minister), v soglasju z Zavodom.

43. člen **(omejitev pravic)**

- (1) Zavarovanci iz 22. člena tega zakona nimajo pravice do zdravljenja in nege na domu, zdravljenja v tujini, zdraviliškega zdravljenja, nadomestila med začasno zadržanostjo od dela, nadomestila zaradi nege ožjega družinskega člana in povračila potnih stroškov.
- (2) Zavarovanci iz prejšnjega odstavka si osebne zdravnika izberejo izmed zdravnikov, ki opravljajo osnovno zdravstveno in zobozdravstveno dejavnost za te zavarovance v oziroma za zavod, v

katerem so na prestajanju pripora oziroma izrečene kazenske sankcije. Zdravstvene storitve, ki jih osebni zdravnik ne opravlja, uveljavljajo ti zavarovanci skladno s predpisi s področja izvrševanja kazenskih sankcij.

44. člen **(upravičenost do pravic iz obveznega zavarovanja)**

- (1) Pravice so predmet obveznega zdravstvenega zavarovanja, če pooblaščen zdravnik oziroma Zavod ugotovi, da so utemeljene v skladu s tem zakonom ali predpisi, izdanimi na njegovi podlagi.
- (2) Zavarovana oseba uveljavlja zdravstvene storitve pri izvajalcih in dobaviteljih, če ni v skladu s tem zakonom ali predpisi, izdanimi na njegovi podlagi, za posamezno zdravstveno storitev določeno drugače.
- (3) Zavarovana oseba uveljavlja pri izvajalcu in dobavitelju zdravstvene storitve, ki so po vrsti in obsegu predmet pogodbe med Zavodom in izvajalcem oziroma med Zavodom in dobaviteljem.
- (4) Oseba uveljavlja pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja le če ima status zavarovane osebe po tem zakonu na dan pridobitve in na dan uveljavitve pravice.
- (5) Zavarovane osebe so upravičene do zdravstvenih storitev, zdravil, živil za posebne zdravstvene namene, medicinskih in drugih pripomočkov v standardu, ki določa ta zakon ali predpisi, izdani na njegovi podlagi. Če zavarovana oseba v primerih iz prejšnjega stavka zahteva nadstandard, je upravičena do kritja standarda iz obveznega zdravstvenega zavarovanja le v primerih, ki jih določa ta zakon.
- (6) Standardi zdravstvenih storitev v vseh zdravstvenih dejavnostih so strokovno-doktrinarno utemeljene storitve glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe, skladno s presojo zavarovančevega osebnega ali napotnega zdravnika.

45. člen **(izločene zdravstvene storitve)**

Med pravice ne sodijo:

1. nadstandardne zdravstvene storitve, če ta zakon ne določa drugače,
2. zagotavljanje socialne nege pri izvajalcih v okviru neakutne bolnišnične obravnave, ki predstavlja obliko bolnišničnega zdravljenja po končani akutni bolnišnični obravnavi, ko iz socialnih razlogov ni možen odpust zavarovane osebe v domače okolje ali ni več možna nega v domačem okolju,
3. zdravstvene storitve medicine dela, prometa in športa,
4. estetski posegi zaradi prirojenih napak, bolezni ali poškodb, ki niso nujni za odpravo funkcionalne prizadetosti,
5. medicinski zapleti, ki so nastali kot posledica uveljavljanja zdravstvenih storitev izven mreže javne zdravstvene službe,

6. zdravstvene storitve, ki so potrebne za odpravo škode, ki so jo je zavarovana oseba povzročila naklepno ali z udeležbo pri kaznivem dejanju,
7. storitve alternativne diagnostike, zdravljenja ali rehabilitacije, za katere ni dal soglasja minister, ki je pristojen za zdravje,
8. zdravstvene storitve, ki se izvedejo na zahtevo zavarovane osebe in ki po mnenju pristojnega zdravnika niso potrebne glede na njeno zdravstveno stanje,
9. storitve ugotavljanja zdravstvenega stanja, ki jih zavarovana oseba uveljavlja zaradi zahtev ali predpisov na drugih področjih ali pri drugih organih (pri zavarovalnicah, sodiščih, v kazenskem postopku, izdaja potrdil za voznike motornih vozil, ukrepi v zvezi z varstvom pri delu itd.),
10. storitve, potrebne za uveljavljanje pravic iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja, ki presegajo obseg storitev, opredeljenih v seznamu obvezne medicinske dokumentacije za uveljavljanje pravic na podlagi invalidnosti in preostale delovne zmožnosti in storitve na zahtevo invalidske komisije,
11. kirurško zdravljenje debelosti, razen patološke debelosti, če je indeks telesne mase nad 40 ali če je indeks telesne mase nad 35 in ima zavarovana oseba druge pridružene bolezni,
12. zdravstvene storitve, ki so posledica zdravljenja bolezni, ki neposredno izhaja iz opustitve obveznega cepljenja, če za opustitev cepljenja ni ugotovljenih zdravstvenih razlogov,
13. sprememba spola na zahtevo zavarovane osebe, vključno z zdravili ter medicinskimi in drugimi pripomočki,
14. zdravstvene storitve drugega mnenja,
15. storitve neobveznega cepljenja,
16. stroški prevoza zavarovane osebe iz tujine v Republiko Slovenijo zaradi bolezni ali poškodbe,
17. nadomestilo plače na dan darovanja krvi.

2. Zdravstvene storitve

2.1 Pravica do preventivnih zdravstvenih storitev in programov za krepitev zdravja in postopek njihovega uveljavljanja

46. člen

(preventivne zdravstvene storitve in programi za krepitev zdravja)

- (1) Zavarovana oseba ima pravico do preventivnih zdravstvenih storitev in programov za krepitev zdravja.
- (2) Pravice iz prejšnjega odstavka obsegajo:
- varstvo pred nalezljivimi boleznimi v skladu s predpisi, ki podrobneje urejajo področje nalezljivih bolezni,
 - preventivne zdravstvene storitve in programe za krepitev zdravja na področju spolnega in reproduktivnega zdravja v skladu s predpisi, ki podrobneje urejajo preventivno zdravstveno varstvo,

- preventivne zdravstvene storitve in programe za krepitev zdravja za otroke in mladostnike v skladu s predpisi, ki podrobneje urejajo preventivno zdravstveno varstvo,
- preventivne zdravstvene storitve in programe za krepitev zdravja za odrasle v skladu s predpisi, ki podrobneje urejajo preventivno zdravstveno varstvo.

(3) Minister določi storitve in programe iz prejšnjega odstavka, za posamezno leto ali za daljše obdobje. Programi iz prejšnjega odstavka morajo določati ukrepe, njihove izvajalce, roke za izvršitev posameznih nalog ter potrebna finančna sredstva.

47. člen

(postopek uveljavljanja preventivnih zdravstvenih storitev in programov za krepitev zdravja)

Zavarovana oseba pravice iz prejšnjega člena uveljavlja v sklopu državnih presejalnih programov ali v okviru zdravstvene obravnave pri osebnem zdravniku, osebnem zobozdravniku, osebnem pediatru ali osebnem ginekologu.

2.2 Pravice do storitev zdravljenja in postopek njihovega uveljavljanja

48. člen

(storitve zdravljenja)

Pravica do storitev zdravljenja obsega:

- pravico do zdravljenja na osnovni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti,
- pravico do zdravljenja zob in ustne votline,
- pravico do nujne medicinske pomoči,
- pravico do nujnega zdravljenja,
- pravico do zdravljenja v tujini.

2.3. Pravica do zdravljenja na osnovni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti

49. člen

(zdravljenje na osnovni ravni)

Pravica do zdravljenja na osnovni ravni zdravstvene dejavnosti je zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost, ki obsega:

- preglede, diagnosticiranje in zdravljenje pri osebnem zdravniku,
- zdravstvene storitve in zdravstveno nego na domu oziroma v splošnih in specialnih socialnih zavodih ter zavodih za usposabljanje,
- laboratorijske storitve, rentgenska slikanja in ultrazvočne preiskave,
- patronažno zdravstveno nego,
- hišne obiske splošnih osebnih zdravnikov, osebnih otroških zdravnikov ter članov skupine razvojne medicine, kadar zavarovana oseba zaradi svojega zdravstvenega stanja ali drugih

okoliščin ne more priti k zdravniku v ambulantno ter v primerih, če se s tem lahko enakovredno nadomesti bolnišnično zdravljenje,

- zagotavljanje storitev nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči,
- storitve osnovne funkcionalne in korektivne fizioterapije,
- zdravljenje infekcije HIV in nalezljivih bolezni.

50. člen **(zdravljenje na sekundarni ravni)**

- (1) Pravica do zdravljenja na sekundarni ravni obsega pravico do zdravstvenih storitev:
 - specialistično zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti v okviru specialistične ambulantne dejavnosti,
 - bolnišnične zdravstvene dejavnosti v okviru specialistično bolnišnične dejavnosti z nastanitvijo in prehrano,
 - v drugi zdravstveni dejavnosti.
- (2) Zavarovane osebe imajo pravico do zdravstvenih storitev v okviru specialistične ambulantne dejavnosti, ki obsegajo specialistične preglede in zahtevnejše storitve s področja diagnostike, zdravljenja in rehabilitacije, ki ne sodijo na primarno raven zdravstvene dejavnosti in se lahko opravijo na ambulantni način.
- (3) V okviru specialistične ambulantne dejavnosti imajo ženske od dopolnjenega 18. leta starosti do dopolnjenega 43. leta starosti tudi pravico do oploditve z biomedicinsko pomočjo. Ta pravica obsega do največ šest postopkov zunaj telesne oploditve za prvi porod živorojenega otroka, za vsakega nadaljnjega otroka pa do največ štirih postopkov zunaj telesne oploditve. Pri ženski, mlajši od 35 let starosti, se pri prvih dveh postopkih zunajtelesne oploditve opravi elektivni prenos enega zarodka dobre kakovosti. Postopek oploditve z biomedicinsko pomočjo z odmrznjenimi zarodki se šteje v tisti cikel, v katerem so bili zarodki zamrznjeni. Ob medicinskih indikacijah je namesto prvega spodbujenega postopka zunaj telesne oploditve ženska upravičena do štirih postopkov oploditve v maternici ali treh postopkov zunaj telesne oploditve v naravnem ciklu.
- (4) Zavarovane osebe imajo pravico do zdravstvenih storitev specialistično bolnišnične dejavnosti, ki obsega:
 - strokovno, tehnološko in organizacijsko zahtevnejše storitve diagnostike in zdravljenja ter medicinske rehabilitacije, ki jih ni mogoče opraviti v osnovni ali specialistično ambulantni dejavnosti oziroma v zdraviliščih,
 - zdravstveno nego med bolnišničnim zdravljenjem,
 - nastanitev in prehrano med bivanjem v bolnišnici,
 - nastanitev in prehrano v bolnišnici samo podnevi v dnevnih bolnišnicah,
 - zdravila, ki so potrebna v času zdravljenja,
 - živila za posebne zdravstvene namene,
 - medicinske in druge pripomočke, ki so potrebni v času zdravljenja.

- (5) Med pravice do zdravstvenih storitev specialistično bolnišnične dejavnosti štejejo tudi zdravstvene storitve in nega v zvezi s porodom.
- (6) Pravica do bolnišničnega zdravljenja je omejena na najkrajši možen čas, ki je potreben za izvršitev posegov oziroma storitev, in preneha, ko je možno diagnostične, terapevtske in rehabilitacijske storitve zavarovani osebi zagotoviti v osnovni, specialistično-ambulantni ali zdraviliški dejavnosti oziroma z zdravljenjem na domu.

51. člen **(zdravljenje na terciarni ravni)**

Zavarovani osebi je, glede na njeno zdravstveno stanje, zagotovljena tudi pravica do najzahtevnejših storitev zdravljenja, ki jih opravljajo le klinike in inštituti na terciarni ravni zdravstvene dejavnosti.

52. člen **(pravica do zdravljenja zob in ustne votline)**

Pravica do zdravstvenih storitev s področja preprečevanja, odkrivanja in zdravljenja ustnih in zobnih boleznih obsega:

- letni pregled na zahtevo zavarovane osebe,
- zdravljenje zob, polnjenje zob, nadgrajevanje zob, rentgensko diagnostiko zobovja ali čeljustnic,
- zdravljenje vnetnih in drugih sprememb ustne sluznice,
- preventivne zobozdravstvene preglede vključno s čiščenjem zobnih oblog pri predšolskih otrocih, učencih in študentih do dopolnjenega 26. leta starosti v skladu z aktom, ki ga sprejme minister,
- oralnokirurške in maksilofacialne operativne storitve,
- zobno-protetične pripomočke,
- kontrolni pregled šest mesecev po končanem zobozdravstvenem ali zobnoprotetičnem zdravljenju,
- zobno-protetično rehabilitacijo s pomočjo zobnih vsadkov.

53. člen **(pravica do zobno-protetičnih storitev in pripomočkov)**

- (1) Pravico do zobno-protetičnih storitev oziroma pripomočkov imajo zavarovane osebe, če so izpolnjene biomehanske in funkcionalne strokovne zahteve za njihovo izdelavo ter se ob tem zagotovi celovita zobno-protetična rehabilitacija v obeh čeljustih v okviru pravic.
- (2) Zavarovane osebe so v skladu s pravico do zobno-protetičnih storitev oziroma pripomočkov upravičene do prevlek, nazidkov, vlitih zalivk, mostička, delne proteze, totalne proteze in drugih zobno-protetičnih pripomočkov.

- (3) Zavarovana oseba ima glede na njeno zdravstveno stanje in potrebe tudi pravico do obturatorja ter opornic pri parodontopatijah, ki sta lahko kombinirana tudi z zobno-protetičnimi pripomočki.
- (4) Zobni vsadek, ki ni pravica po 55. členu tega zakona, se pri uveljavljanju pravic do zobno-protetičnih pripomočkov po tem členu šteje kot lastni zob.
- (5) Podrobnejši seznam zobno-protetičnih storitev oziroma pripomočkov iz prejšnjega odstavka in zdravstvenih stanj, pri katerih so zavarovane osebe do njih upravičene, določi minister v soglasju z Zavodom.

54. člen
(pravica do ortodontskega zdravljenja)

- (1) Zavarovana oseba ima do 18. leta starosti pravico do ortodontskega zdravljenja, če ima po doktrini ortodontske stroke srednjo, težjo ali zelo težko obliko nepravilnosti zob in čeljusti.
- (2) Ne glede na prejšnji odstavek ima zavarovana oseba pravico do ortodontskega zdravljenja z ortodontskim aparatom, če je bila potreba po tem zdravljenju ugotovljena pred 16. letom 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 pravico do ortodontskega zdravljenja iz prvega in drugega odstavka tega člena:
 - s snemnim ortodontskim aparatom,
 - z nesnemnim ortodontskim aparatom, če s snemnim ortodontskim aparatom iz prejšnje alineje ni mogoče doseči ustreznih popravkov nepravilnosti zob in čeljusti.
- (4) Če zavarovana oseba ali njeni starši zahtevajo nesnemni aparat, pa zavarovana oseba do njega ni upravičena, ker bi bilo možno nepravilnost zdraviti tudi s snemnim aparatom, ji Zavod krije samo stroške za izdelavo in zdravljenje s snemnim aparatom.
- (5) Ortodont pred začetkom ortodontskega zdravljenja zavarovani osebi pisno pojasni vse možnosti ortodontskega zdravljenja, njegovo trajanje, obveznost zavarovane osebe glede vzdrževanja ustne higiene, nošenja ortodontskega aparata, prihajanja na kontrolne preglede in drugega ravnanja po navodilih ortodonta ter zdravstvene in finančne posledice, če ne bi spoštovala njegova navodila. Ortodont začne zdravljenje, če zavarovana oseba soglaša z načinom zdravljenja iz prejšnjega stavka, kar potrdi s podpisom v zdravstveni dokumentaciji zavarovane osebe.
- (6) Če se zavarovana oseba med zdravljenjem ne ravna po navodilih ortodonta iz prejšnjega odstavka, lahko ortodont zdravljenje prekine. V vsakem primeru pa je dolžan to storiti, če zavarovana oseba:
 - več kot šest mesecev brez upravičenega razloga ne pride na kontrolni pregled, na katerega je bila naročena,

- kljub večkratnim opozorilom osebe ali njenih staršev, ki so evidentirana v dokumentaciji, ne nosi aparata po ortodontovih navodilih,
 - ne vzdržuje ustrezne ustne higiene in s tem ogroža lastno zdravje ustne votline.
- (7) O prekinitvi zdravljenja obvesti ortodont izbranega osebnega zobozdravnika zavarovane osebe, ki ne sme izdati nove napotnice za zdravljenje pri drugem ortodontu.

55. člen

(pravica do zobno-protetične rehabilitacije s pomočjo zobnih vsadkov)

- (1) Zavarovana oseba ima pravico do zobno-protetične rehabilitacije 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 ni mogoče zagotoviti funkcionalno ustrezne rehabilitacije z zobno-protetičnimi pripomočki iz 53. člena tega zakona.
- (2) Ne glede na prejšnji odstavek ima zavarovana oseba pravico do zobno-protetične rehabilitacije s pomočjo zobnih vsadkov, če je pri njej podano zelo zahtevno zdravstveno stanje, zaradi katerega po mnenju pristojnega konzilija izvajalca na terciarni ravni zdravstvene dejavnosti ni mogoče zagotoviti funkcionalno ustrezne rehabilitacije z zobno-protetičnimi pripomočki iz 53. člena tega zakona.
- (3) Seznam zdravstvenih stanj iz prvega odstavka tega člena, število zobnih vsadkov, zdravstvena stanja, pri katerih zavarovana oseba nima pravice do zobno-protetične rehabilitacije s pomočjo zobnih vsadkov (kontraindikacije), in zobno-protetične pripomočke na zobnih vsadkih, do katerih je zavarovana oseba upravičena, določi minister v soglasju z Zavodom.
- (4) Zavarovana oseba z oligodontijo in razvojno anomalijo kosti – shizo ima pravico do zobno-protetične rehabilitacije s pomočjo zobnih vsadkov, če se ta začne pred 24. letom starosti, pri čemer se kot začetek šteje izdelava načrta zobno-protetične rehabilitacije.
- (5) Zobno-protetična rehabilitacija s pomočjo zobnih vsadkov je pri enakem zdravstvenem stanju enkratna pravica zavarovane osebe.

56. člen

(standard zobozdravstvenih storitev)

- (1) Standardi pri zobozdravstvenih storitvah, zobno-protetičnih pripomočkih, zobno-protetični rehabilitaciji s pomočjo zobnih vsadkov in ortodontskem zdravljenju so:
 - standardni materiali,
 - trajnostna doba, po izteku katere lahko zavarovana oseba ponovno uveljavi zobozdravstveno storitev ali prejme nov zobno-protetični pripomoček,
 - prilagoditve in popravila zobno-protetičnega pripomočka,
 - garancijski rok, med katerim krije stroške zobozdravstvene storitve ali prilagoditve, popravil ali novega zobno-protetičnega pripomočka izvajalec.

- (2) Zavod v soglasju z ministrom določi podrobnejši seznam standardov iz prejšnjega odstavka.

57. člen
(pravica do nujne medicinske pomoči)

- (1) Nujna medicinska pomoč je zdravniška pomoč osebi, ki je zaradi bolezni ali poškodbe neposredno življenjsko ogrožena oziroma, pri kateri bi glede na bolezenske znake v kratkem času lahko prišlo do takšne ogroženosti.
- (2) Pravica do nujne medicinske pomoči vključuje storitve oživljanja, storitve potrebne za ohranjanje življenjskih funkcij oziroma za preprečitev hudega poslabšanja zdravstvenega stanja nenadno obolelih, poškodovanih in kronično bolnih.
- (3) Storitve iz prejšnjega odstavka se zagotavljajo do stabilizacije življenjskih funkcij oziroma do začetka zdravljenja na ustreznem mestu.
- (4) Nujni reševalni prevozi so vključeni v storitve nujne medicinske pomoči.

58. člen
(pravica do nujnega zdravljenja)

Pravica do nujnega zdravljenja obsega:

- takojšnje zdravljenje po nudenju nujne medicinske pomoči, če je to potrebno,
- oskrbo ran, preprečitev nenadnih in usodnih poslabšanj kroničnih bolezni oziroma zdravstvenega stanja, ki bi lahko povzročilo trajne okvare posameznih organov ali njihovih funkcij,
- zdravljenje zvinov in zlomov ter poškodb, ki zahtevajo specialistično obravnavo,
- zdravljenje zastrupitev,
- zdravljenje vročinskih stanj in preprečevanje širjenja infekcij, ki bi pri zavarovani osebi utegnile povzročiti septično stanje,
- 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,
- zdravljenje šoka,
- storitve zdravstvene oskrbe ob predčasnemu in nepričakovanemu porodu,
- zobozdravstvene storitve, pri katerih je potrebno izpuljenje, rez ali odprtje zoba,
- medicinske in druge pripomočke, ki so potrebni za obravnavo stanj iz predhodnih alinej v obsegu, standardih in normativih, kot jih določa ta zakon.

59. člen
(pravica do proste izbire)

- (1) Vsaka zavarovana oseba ima pri uveljavljanju pravic do zdravstvenih storitev pravico do proste izbire osebnega zdravnika ali izvajalca zdravstvene dejavnosti.
- (2) Zavarovana oseba se z izbiro osebnega zdravnika in izvajalca odloči, da bo pri njiju uveljavljala tudi laboratorijske, rentgenske, in druge potrebne diagnostične ter terapevtske storitve, ki jih predpiše zdravnik, razen fizioterapevtskih storitev. Če zdravnik predpiše storitve, ki jih ne opravlja niti sam, niti izvajalec, pri katerem dela, jih opravi drug izvajalec ali zdravstveni delavec, ki ga določi osebni zdravnik.
- (3) Ne glede na prvi odstavek tega člena se lahko prosta izbira omeji v primeru, ko izvajalci v mreži javne zdravstvene službe ne morejo zagotoviti zdravstvenih storitev, ki so pravica, pa Zavod začasno organizira izvajanje zdravstvenih storitev pri izvajalcu izven mreže javne zdravstvene službe v Republiki Sloveniji ali v tujini.

60. člen **(osebni zdravnik)**

- (1) Zavarovana oseba izbere osebnega zdravnika s podpisom izjave o osebnem zdravniku.
- (2) Zavarovana oseba ima naslednje osebne zdravnike:
 - osebni zdravnik,
 - izbrani osebni zobozdravnik (v nadaljnjem besedilu: osebni zobozdravnik),
 - izbrani osebni ginekolog (v nadaljnjem besedilu: osebni ginekolog).
- (3) Osebni zdravnik:
 - za zavarovane osebe do dopolnjenega 18. leta starosti je lahko specialist pediater ali specialist šolske medicine, izjemoma specialist družinske medicine ali zdravnik splošne medicine s podiplomskim študijem zdravstvenega varstva žensk, otrok in mladine (osebni otroški zdravnik),
 - za zavarovane osebe nad 18. letom starosti je lahko specialist družinske medicine ali specialist medicine dela prometa in športa, izjemoma pa tudi zdravnik s podiplomskim študijem socialne medicine.
- (4) Osebni zobozdravnik:
 - za zavarovane osebe do dopolnjenega 18. leta starosti je zobozdravnik, usposobljen za zobozdravstveno varstvo otrok in mladine oziroma specialist pedontolog, izjemoma pa tudi drug zobozdravnik v krajih, kjer tako usposobljenega zobozdravnika ni,
 - za zavarovane osebe nad 18. letom starosti je splošni zobozdravnik ali zobozdravnik specialist, ki zavarovanim osebam zagotovi vse storitve s področja zdravljenja zob in ustne votline ter zobne protetike, razen zobno-protetično rehabilitacijo s pomočjo zobnih vsadkov.
- (5) Osebni ginekolog ženske je lahko specialist s področja ginekologije in porodništva.

61. člen
(izbira osebnega zdravnika)

- (1) Osebnega zdravnika za otroka do 15. leta starosti izberejo njegovi starši ali skrbnik.
- (2) Za zavarovano osebo, ki opravilno ni sposobna, izbere osebnega zdravnika Zavod ali skrbnik.
- (3) Zavarovana oseba, ki je zdravnik in na območju Republike Slovenije opravlja zdravstveno dejavnost, sama sebi ne more biti osebni zdravnik.
- (4) Osebni zdravnik, osebni zobozdravnik ali osebni ginekolog zavarovane osebe je praviloma zdravnik, ki je najlaže dosegljiv v kraju njenega stalnega ali začasnega prebivališča. Osebni zdravnik po tem zakonu je le zdravnik, ki dela v mreži javne zdravstvene službe v Republiki Sloveniji.
- (5) Izvajalci morajo na vidnem mestu objaviti seznam zdravnikov, ki jih lahko zavarovane osebe izberejo za svoje osebne zdravnike, in njihov delovni čas.
- (6) Zdravnik, ki izpolnjuje pogoje za osebnega zdravnika sprejme vse zavarovane osebe, ki si ga izberejo. Odkloni jih lahko, če:
 - pri njem evidentirano število zavarovanih oseb že presega število, ki ga določi Zavod,
 - si ga želi zavarovana oseba izbrati v nasprotju z določili tega zakona,
 - zavarovani osebi zaradi oddaljenosti ne bi mogel nuditi oziroma zagotoviti vseh storitev, za katere je pooblaščen.
- (7) Osebni zdravnik – pediater ali specialist šolske medicine lahko predlaga zavarovanim osebam prekinitev izbire, ko presežejo starostno mejo, specifično za dejavnost predšolske ali šolske medicine.
- (8) Osebni zdravnik v primeru svoje odsotnosti zaradi bolezni, službenega potovanja, študijskega izpopolnjevanja, praznikov ali dopusta, zagotovi uresničevanje njegovih nalog v dogovoru z nadomestnim zdravnikom v osnovni zdravstveni dejavnosti v istem kraju ali v njegovi neposredni bližini.
- (9) Če osebni zdravnik svoje dolžnosti iz prejšnjega odstavka iz upravičenih razlogov ne more izpolniti, lahko zavarovana oseba odide k vsakemu splošnemu osebnemu zdravniku ali osebnemu otroškemu zdravniku v mreži javne zdravstvene službe.

62. člen
(zamenjava osebnega zdravnika)

- (1) Zavarovana oseba lahko zamenja osebnega zdravnika po enem letu s podpisom izjave o novem osebnem zdravniku, pri čemer ni dolžna navesti razlogov za zamenjavo.
- (2) Ne glede na prejšnji odstavek lahko zavarovana oseba zamenja osebnega zdravnika tudi, če je ta več kot tri mesece neprekinjeno odsoten zaradi bolezni, porodniškega dopusta, strokovnega izpopolnjevanja ali drugih vzrokov ali, če je odšel na delo v drug kraj.

- (3) Ko prenehajo razlogi iz prejšnjega odstavka ima zavarovana oseba pravico ponovno izbrati prejšnjega osebnega zdravnika.
- (4) Zavarovana oseba lahko z navedbo razloga za zamenjavo izjemoma zamenja osebnega zdravnika pred iztekom dobe enega leta, če:
- pride med njima do nesporazumov,
 - predlaga zamenjavo osebni zdravnik, ker ne more uspešno in odgovorno opravljati nalog osebnega zdravnika zaradi neprimernega odnosa zavarovane osebe ali nespoštovanja navodil in postopkov za zdravljenje,
 - se zavarovana oseba preseli v drug kraj,
 - zdravniška zbornica na zahtevo zavarovane osebe, njenih svojcev ali delodajalca ugotovi, da postopki diagnostike, zdravljenja oziroma rehabilitacije niso bili v skladu z doktrinarnimi strokovnimi usmeritvami.
- (5) V primeru iz druge alineje prejšnjega odstavka zdravnik pisno ali ustno sporoči svoj predlog zavarovani osebi. Če zavarovana oseba s predlogom ne soglaša, lahko zdravnik zahteva presojo predloga pri pristojni območni enoti Zavoda.
- (6) V primeru zamenjave osebnega zdravnika je potrebno zdravstveno dokumentacijo zavarovane osebe posredovati novemu osebnemu zdravniku. Zdravstveno dokumentacijo posreduje novemu osebnemu zdravniku dotedanji osebni zdravnik.

63. člen **(pooblastila osebnega zdravnika)**

- (1) Osebni zdravnik:
- skrbi za zdravje zavarovane osebe in zagotavlja zavarovani osebi diagnostične, terapevtske in rehabilitacijske zdravstvene storitve določene za osnovno raven zdravstvene dejavnosti,
 - preventivne zdravstvene storitve,
 - zdravljenje na domu in hišne obiske, če ugotovi, da so utemeljeni,
 - predpisuje zdravila, živila za posebne zdravstvene namene in medicinske ter druge pripomočke,
 - ugotavlja začasno zadržanost od dela za prvih 30 dni,
 - napoti zavarovano osebo k imenovanemu zdravniku in invalidsko komisijo,
 - napoti zavarovano osebo k ustreznemu zdravstvenemu delavcu ali zdravstvenemu sodelavcu na enaki ali drugi ravni zdravstvene dejavnosti,
 - odredi reševalne prevoze in spremstvo,
 - izstavlja obrazce za povrnitev potnih stroškov in drugih potrdil,
 - zbira in hrani zdravstveno dokumentacijo zavarovane osebe.
- (2) Osebni zdravnik otrok, ki je specialist družinske medicine, za izvajanje preventivnih zdravstvenih storitev praviloma pooblasti najbližjega zdravnika specialista pediatra ali specialista šolske medicine.

- (3) Pooblaščen zdravnik iz prejšnjega odstavka o opravljenih preventivnih zdravstvenih storitvah obvešča osebnega zdravnika.
- (4) Osebni zobozdravnik sme zavarovani osebi predpisovati na recept zdravila, ki so potrebna pri preventivi ter zdravljenju ustnih in zobnih bolezni ter njihovih neposrednih posledic in jo napotiti k zobozdravniku – specialistom.
- (5) Osebni ginekolog zagotavlja ženski storitve s področja svetovanja o načrtovanju družine, kontracepcije, nosečnosti, med porodom in v poporodni dobi, storitve zgodnjega odkrivanja raka na vratu maternice in vse preventivne preglede ter storitve diagnostike in zdravljenja ginekoloških bolezni, ki se opravljajo v osnovni zdravstveni dejavnosti.
- (6) Osebni ginekolog in osebni zobozdravnik ugotavlja začasno zadržanost od zaradi bolezni oziroma zdravstvenih stanj, ki jih ugotovi na svojem delovnem področju, o čemer obvesti osebnega zdravnika zavarovane osebe.
- (7) Osebni zdravnik oseb do dopolnjenega 18. leta starosti ugotavlja tudi začasno zadržanost od dela zaradi nege ali spremstva otroka, o čemer nemudoma, vendar najpozneje v treh delovnih dneh, pisno obvesti osebnega zdravnika zavarovanca, ki uveljavlja zadržanost od dela zaradi nege, sobivanja ali spremstva otroka.
- (8) Osebni zdravnik zavarovanca, ki neguje svojega partnerja, ugotavlja začasno zadržanost od dela. Predlog poda osebni zdravnik partnerja, ki potrebuje nego.

64. člen **(napotitev in prenos pooblastil)**

- (1) Če osebni zdravnik ugotovi, da je potrebno zavarovani osebi zagotoviti zahtevnejšo diagnostično in terapevtsko obravnavo, ki je sam ne more zagotoviti lahko prenese pooblastilo na ustreznega zdravstvenega delavca ali zdravstvenega sodelavca na enaki ali drugi ravni zdravstvene dejavnosti (v nadaljnjem besedilu: napotni zdravnik), pri čemer lahko zavarovani osebi osebni zdravnik tudi svetuje in pomaga pri izbiri ter v soglasju z zavarovano osebo zavarovano osebo naroči na zdravstveno storitev pri napotnem zdravniku.
- (2) Za prenos pooblastila iz prejšnjega odstavka osebni zdravnik izda napotnico za:
 - pregled in mnenje o zdravstvenem stanju zavarovane osebe,
 - zdravljenje določene bolezni ali poškodbe ter predpis zdravil, živil za posebne zdravstvene namene in medicinskih in drugih pripomočkov,
 - zdravljenje iz prejšnje alineje in nadaljnjo napotitev k drugemu specialistu po svoji presoji.
- (3) Prenos pooblastila iz prejšnjega odstavka traja tri mesece lahko pa tudi dlje, če je vnaprej znano, da zdravljenje v tem času ne bo končano. Po enem letu je potrebno izdati novo napotnico.
- (4) Trajanje pooblastila označi osebni zdravnik na napotnici in velja od dneva, ko napotni zdravnik sprejme zavarovano osebo. Po izteku te dobe osebni zdravnik izstavi novo napotnico, če je na podlagi zdravstvene dokumentacije in mnenja napotnega zdravnika potrebno nadaljnje

zdravljenje. Za isto obolenje lahko osebni zdravnik prenese za isti čas pooblastilo le na enega napotnega zdravnika specialista iste specialnosti oziroma dejavnosti.

- (5) Če pooblastilo ni jasno opredeljeno oziroma zdravstvena dokumentacija ni popolna, se napotni zdravnik poveže z osebnim zdravnikom. Osebni zdravnik je napotnemu zdravniku dolžan posredovati strokovno obrazložitev pisno ali na drugem mediju in tudi osnovne podatke ter vse izvide o bolezni oziroma stanju zavarovane osebe, ki je razlog za napotitev.
- (6) Zavarovano osebo lahko na zdravstveno storitev napoti tudi napotni zdravnik, če ima za to ustrezno pooblastilo osebnega zdravnika. Prvi, drugi, tretji, četrti in peti odstavek tega člena veljajo tudi za napotnega zdravnika.

65. člen **(veljavnost napotnice in stopnje nujnosti)**

- (1) Na napotnici se poleg pooblastil iz drugega odstavka prejšnjega člena označi tudi stopnja nujnosti zdravstvene storitve, na katero se zavarovano osebo napotuje.

Stopnje nujnosti iz prejšnjega stavka so:

- nujno – zdravstvena storitev se izvede takoj, vendar najpozneje v 24 urah, zavarovana oseba predloži napotnico najkasneje naslednji dan po njeni izdaji,
- zelo hitro – zdravstvena storitev se izvede najpozneje v 14 dneh, zavarovana oseba predloži napotnico najkasneje naslednji dan po njeni izdaji,
- hitro – zdravstvena storitev se izvede najpozneje v treh mesecih, zavarovana oseba predloži napotnico najkasneje v roku sedmih dni po njeni izdaji,
- redno – zdravstvena storitev se izvede najpozneje v šestih mesecih, zavarovana oseba predloži napotnico najkasneje v roku sedmih dni po njeni izdaji.

- (2) Napotnica, ki jo zavarovana oseba ne predloži v rokih iz prejšnjega odstavka, preneha veljati.

66. člen **(prenos pooblastil v zobozdravstveni dejavnosti)**

- (1) Osebni zobozdravnik lahko prenese pooblastila kar zadeva diagnostiko, zdravljenje oziroma stomatološko rehabilitacijo na zobozdravnika specialista, in sicer na specialista s področja pedontologije, maksilofacialne in oralne kirurgije, zobne protetike, ortodontije in specialista za zobne in ustne bolezni ter parodontologijo. Ta pooblastila se lahko nanašajo le na določen vnaprej opredeljen poseg oziroma na zdravljenje s področja posamezne specialnosti.
- (2) Za zobno-protetično rehabilitacijo s pomočjo zobnih vsadkov so pooblaščen:

 - specialist parodontolog, specialist oralne kirurgije in specialist maksilofacialne kirurgije – za vstavev zobnih vsadkov,
 - specialist za stomatološko protetiko – za izdelavo zobno-protetičnih pripomočkov na zobnih vsadkih.

- (3) Pri pristojnem izvajalcu na terciarni ravni se izvaja najzahtevnejša zobno-protetična rehabilitacija s pomočjo zobnih vsadkov. Seznam zdravstvenih stanj, pri katerih so zavarovane osebe upravičene do te najzahtevnejše zobno-protetične rehabilitacije, določi minister v soglasju z Zavodom.

67. člen **(napotni zdravnik)**

- (1) Pravico do zdravstvenih storitev na osnovni ravni zdravstvene dejavnosti, ki jih ne izvaja osebni zdravnik, ter na sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti zavarovana oseba z napotnico uveljavlja pri napotnem zdravniku.
- (2) Zavarovana oseba lahko brez napotnice osebnega zdravnika uveljavlja pri izvajalcu na sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti nujno medicinsko pomoč ali nujno zdravljenje.
- (3) Napotnica ni potrebna tudi za:
- specialistični pregled pri okulistu zaradi ugotavljanja vida oziroma predpisovanja pripomočkov za izboljšanje vida,
 - specialistični pregled in zdravljenje pri specialistu psihiatru,
 - pri specialističnih pregledih zaradi odkrivanja kontaktov pri tuberkulozi in spolno prenosljivih boleznih ter za kontrolne preglede po končanem zdravljenju, ki so predpisani z zakonom,
 - sobivanje ob otroku.
- (4) Napotni zdravnik lahko odkloni sprejem pooblastila, če niso predhodno opravljene vse storitve, ki bi jih lahko zagotovil zdravnik, ki je zavarovano osebo napotil, oziroma narava bolezni ali poškodbe ne zahteva obravnave na višji ravni zdravstvene dejavnosti.
- (5) Napotni zdravnik je pooblaščen in dolžan zavarovani osebi zagotoviti vse utemeljene diagnostične in terapevtske storitve, za katere je prejel pooblastilo.
- (6) Specialist psihiater lahko predpisuje zdravila na recept in ugotavlja potrebo po nujnih reševalnih prevozi. Poleg tega lahko osebnemu zdravniku v treh dneh od pregleda zavarovane osebe pisno predlaga zadržanost od dela, ni pa pristojen za ugotavljanje začasnih zadržanosti od dela.
- (7) Po opravljenem zdravljenju napotni zdravnik posreduje zdravstveno dokumentacijo in pisno strokovno mnenje osebnemu zdravniku zavarovane osebe.
- (8) Določbe 62. člena tega zakona se smiselno uporabljajo tudi za zamenjavo napotnega zdravnika, ki si ga je zavarovana oseba izbrala, in ki je dobil pooblastilo za zdravljenje za daljši čas.

68. člen **(postopek uveljavljanja pravic v zobozdravstveni dejavnosti)**

- (1) Osebni zobozdravnik ali po njegovem pooblastilu specialist za stomatološko protetiko pred začetkom izdelave zobno-protetičnih pripomočkov predloži Zavodu v potrditev predlog načrta

zobno-protetične rehabilitacije na predpisani listini. Predlog načrta zobno-protetične rehabilitacije ni potreben pri:

- prilagoditvah in popravilih zobno-protetičnih pripomočkov,
- izdelavi največ treh posamičnih prevlek v obdobju enega leta,
- zobno-protetični rehabilitaciji s pomočjo zobnih vsadkov.

- (2) Zahteve po nujnih zobozdravstvenih storitvah, kot so izpuljenje zoba, rez ali odprtje zoba, sme zavarovana oseba uveljavljati tudi pri zobozdravniku, ki ni njen osebni zobozdravnik.

2.4. Pravica do medicinske rehabilitacije in postopek njenega uveljavljanja

69. člen

(medicinska rehabilitacija)

- (1) Zavarovana oseba ima pravico do storitev medicinske rehabilitacije, s katerimi je moč pričakovati povrnitev fizičnih in psihičnih zmožnosti zaradi poškodbe ali bolezni.
- (2) Pravica do storitev medicinske rehabilitacije obsega:
- storitve osnovne funkcionalne in korektivne fizioterapije,
 - storitve logopedije,
 - storitve delovne terapije,
 - storitve najzahtevnejše rehabilitacije,
 - storitve zdraviliškega zdravljenja.
- (3) Zavarovana oseba s kroničnimi bolečinami v hrbtenici, z degenerativnimi revmatskimi spremembami velikih sklepov spodnjih udov, z osteoporozo oziroma pri katerih je pričakovati nastanek in slabšanje osteoporoze, ali z vnetnimi revmatičnimi boleznimi, ki so bile vključene v ustrezní izobraževalni program, so po presoji osebnega zdravnika v koledarskem letu upravičene do največ 10 dni fizioterapevtske obravnave.

70. člen

(uveljavljanje medicinske rehabilitacije)

Zavarovana oseba medicinsko rehabilitacijo, razen zdraviliškega zdravljenja, uveljavlja na podlagi napotnice pooblaščenega zdravnika.

2.5. Pravica do zdraviliškega zdravljenja

71. člen

(zdraviliško zdravljenje)

- (1) Zavarovana oseba ima pravico do zdraviliškega zdravljenja, ki obsega zahtevnejšo medicinsko rehabilitacijo s souporabo naravnih zdravilnih sredstev v naravnih zdraviliščih.
- (2) Zdraviliško zdravljenje se izvaja na enega od naslednjih načinov:

- na stacionarni način, če mora zavarovana oseba glede na zdravstveno stanje bivati v zdravilišču,
- na ambulantni način, če lahko zavarovana oseba glede na zdravstveno stanje dnevno prihaja v zdravilišče.

(3) Zdraviliško zdravljenje je glede na vrsto:

- zdraviliško zdravljenje, ki je nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja in se izvaja na stacionarni način, če se začne neposredno po končanem bolnišničnem zdravljenju ali najpozneje pet dni od izdaje odločbe o odobritvi zdraviliškega zdravljenja,
- zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja in se izvaja na stacionarni ali ambulantni način in se začne po roku iz prejšnje alineje.

72. člen **(zdravstvena stanja)**

Zavarovana oseba ima pravico do zdraviliškega zdravljenja pri zdravstvenih stanjih, ki jih določi minister v soglasju z Zavodom, če je pričakovati povrnitev funkcionalnih sposobnosti.

73. člen **(neutemeljeno zdraviliško zdravljenje)**

Ne glede na prejšnji člen, zavarovana oseba nima pravice do zdraviliškega zdravljenja v naslednjih primerih, ko zdraviliško zdravljenje ni strokovno utemeljeno:

1. hude duševne motnje ali motnje osebnosti, zaradi katere zavarovana oseba ni sposobna aktivno sodelovati pri zdraviliškem zdravljenju
2. toksikomanije ali kroničnega etilizma,
3. slabo urejene epilepsije,
4. nalezljive bolezni v kužnem stanju,
5. kronične organske bolezni v fazi akutnega poslabšanja,
6. pogoste in močnejše krvavitve,
7. rakaste novotvorbe, ki ni bila operativno odstranjena ali drugače zaustavljena v rasti,
8. nosečnosti,
9. težje oblike generalizirane ateroskleroze,
10. nezaceljene rane,
11. kajenja pri boleznih dihal.

74. člen **(standard zdraviliškega zdravljenja)**

- (1) Tip standarda zdraviliškega zdravljenja je opredeljen z vrsto in obsegom zdravstvenih storitev, ki se opravijo v okviru zdraviliškega zdravljenja.

- (2) Med zdraviliškim zdravljenjem je zavarovani osebi zagotovljena nujna medicinska pomoč in nujno zdravljenje.
- (3) Zdraviliško zdravljenje vključuje zdravila in pripomočke, potrebne za izvajanje zdraviliškega zdravljenja.
- (4) Zdraviliško zdravljenje, ki se izvaja na stacionarni način, vključuje nastanitev in prehrano med bivanjem v zdravilišču. Standard nastanitve in prehrane pri zdraviliškem zdravljenju določi Zavod.
- (5) Minister v soglasju z Zavodom za posamezno zdravstveno stanje iz 72. člena tega zakona določi tip standarda zdraviliškega zdravljenja.

75. člen

(trajanje, odlog in prekinitev zdraviliškega zdravljenja)

- (1) Zavarovana oseba ima pravico do zdraviliškega zdravljenja, ki se izvaja:
 - na stacionarni način – v trajanju do 14 dni,
 - na ambulantni način – v trajanju do deset dni.
- (2) Za posamezne primere zdravstvenih stanj se lahko zdraviliško zdravljenje podaljša na skupno največ 21 dni, če je s tem pričakovati dodatno izboljšanje funkcionalne sposobnosti. Zdravstvena stanja, za katero je mogoče odobriti izjemno podaljšanje zdraviliškega zdravljenja iz prejšnjega stavka določi minister v soglasju z Zavodom.
- (3) Zdraviliško zdravljenje se izvede v odobrenem trajanju brez prekinitev.
- (4) Če zavarovana oseba zaradi zdravstvenega stanja ali razlogov na strani izvajalca oziroma Zavoda ne more začeti zdraviliškega zdravljenja v roku, ki je določen z odločbo o odobritvi zdraviliškega zdravljenja, se začetek zdraviliškega zdravljenja lahko odloži na obdobje, ko prenehajo razlogi za odlog.
- (5) Če zavarovana oseba med zdraviliškim zdravljenjem zboli ali se poškoduje in ga zato ni mogoče dokončati, se zdraviliško zdravljenje prekine in se lahko nadaljuje v poznejšem roku.
- (6) V primeru iz četrtega in petega odstavka tega člena obdobje odloga začetka zdraviliškega zdravljenja oziroma nadaljevanja zdraviliškega zdravljenja ne sme biti daljše od treh mesecev od izdaje odločbe o odobritvi zdraviliškega zdravljenja.

76. člen

(ponovna upravičenost do zdraviliškega zdravljenja)

- (1) Zavarovana oseba, ki ji je bilo predhodno odobreno zdraviliško zdravljenje ali je predhodno opravila celostno medicinsko rehabilitacijo pri izvajalcu na terciarni ravni, lahko uveljavlja pravico do zdraviliškega zdravljenja zaradi iste bolezni ali poškodbe ob njenem klinično pomembnem (funkcionalnem) poslabšanju:

- po preteku enega leta od izdaje predhodne odločbe ali od zaključka celostne medicinske rehabilitacije pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti na terciarni ravni – če gre za zavarovano osebo do dopolnjenega 18. leta starosti,
 - po preteku dveh let od izdaje predhodne odločbe ali od zaključka celostne medicinske rehabilitacije pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti na terciarni ravni – če gre za zavarovano osebo od dopolnjenega 18. leta starosti.
- (2) Ne glede na prejšnji odstavek lahko zavarovana oseba zaradi iste bolezni ali poškodbe uveljavlja pravico do zdraviliškega zdravljenja, če v skladu s predhodno izdano odločbo zavoda ni začela zdraviliškega zdravljenja zaradi razloga iz četrtega odstavka prejšnjega člena.

77. člen **(pristojnost odločanja o zdraviliškem zdravljenju)**

- (1) O pravici do zdraviliškega zdravljenja odloča na prvi stopnji imenovani zdravnik, na drugi stopnji pa zdravstvena komisija.
- (2) O pravici do zdraviliškega zdravljenja odloča imenovani zdravnik na predlog:
- zdravnika, ki zavarovano osebo zdravi v bolnišnici, če gre za zdraviliško zdravljenje, ki je nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, ki ga poda najpozneje pet dni pred odpustom iz bolnišničnega zdravljenja,
 - izbranega osebnega zdravnika, če gre za zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja.
- (3) Pri zdravstvenih stanjih, ki jih določi minister v soglasju z Zavodom, mora biti predlog za zdraviliško zdravljenje podan najpozneje v treh mesecih po končanem bolnišničnem zdravljenju, razen če zavarovana oseba zaradi zdravstvenega stanja ne more začeti zdraviliškega zdravljenja v tem roku.
- (4) Zdravnik iz prvega odstavka tega člena mora imenovanemu zdravniku predložiti podatke o zdravstvenem stanju zavarovane osebe, ki utemnjujejo zdraviliško zdravljenje. Na predlogu je lahko navedena tudi izjava zavarovane osebe glede zdravilišča, v katero želi biti napotena.
- (5) Osebni zdravnik lahko v primeru iz drugega odstavka prejšnjega člena tega zakona predlaga imenovanemu zdravniku zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, pri čemer v predlogu iz prejšnjega odstavka utemelji tudi razlog, zaradi katerega zavarovana oseba ni mogla začeti zdraviliškega zdravljenja.
- (6) Imenovani zdravnik o predlogu za zdraviliško zdravljenje, ki je nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, odloči v petih dneh od prejema predloga iz prvega odstavka tega člena.
- (7) Ne glede na predlog zdravnika iz drugega odstavka tega člena, se lahko v odločbi o odobritvi zdraviliškega zdravljenja določi drugo vrsto zdraviliškega zdravljenja ali drug način izvajanja zdraviliškega zdravljenja, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja.

- (8) Z odločbo o odobritvi zdraviliškega zdravljenja se določijo vrsta, način izvajanja, tip standarda in trajanje zdraviliškega zdravljenja, razlog obravnave, rok, v katerem mora zavarovana oseba začeti zdraviliško zdravljenje, naziv zdravilišča in namestitev na negovalni oddelek, če je to potrebno glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe.

78. člen **(nastop zdraviliškega zdravljenja)**

- (1) Zavarovana oseba začne zdraviliško zdravljenje, ki je nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, v roku iz prve alineje tretjega odstavka 71. člena tega zakona, in sicer na dan, ki ji ga sporoči zdravilišče.
- (2) Zavarovana oseba začne zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, v 30 dneh od izdaje odločbe o odobritvi zdraviliškega zdravljenja, če ni v njej določen drug datum začetka zdraviliškega zdravljenja, in sicer na dan, ki ji ga sporoči zdravilišče.
- (3) Zdravilišče lahko v primeru iz drugega odstavka 75. člena tega zakona predlaga imenovanemu zdravniku podaljšanje zdraviliškega zdravljenja najpozneje pet dni pred zaključkom trajanja zdraviliškega zdravljenja.
- (4) Zavarovana oseba ali njen osebni zdravnik lahko v primeru iz četrtega odstavka 75. člena tega zakona predlaga imenovanemu zdravniku odlog začetka zdraviliškega zdravljenja, o čemer zavarovana oseba istočasno pisno obvesti zdravilišče.
- (5) Zavarovana oseba ali njen osebni zdravnik lahko v primeru iz petega odstavka 75. člena tega zakona predlaga imenovanemu zdravniku nadaljevanje zdraviliškega zdravljenja.

79. člen **(določitev zdraviliškega zdravljenja)**

- (1) Zdraviliško zdravljenje se odobri v zdravilišču, ki zagotavlja ustrezen tip standarda zdraviliškega zdravljenja.
- (2) Zavarovana oseba lahko pred začetkom zdraviliškega zdravljenja predlaga imenovanemu zdravniku spremembo zdravilišča, ki zagotavlja ustrezen tip standarda zdraviliškega zdravljenja.
- (3) Zdravilišče lahko predlaga imenovanemu zdravniku spremembo obsega zdravstvenih storitev v okviru odobrenega tipa standarda zdraviliškega zdravljenja.

2.6. Pravica do zdravstvene nege in postopek njenega uveljavljanja

80. člen **(zdravstvena nega)**

- (1) Zavarovana oseba ima pravico do storitev s področja zdravstvene oziroma babiške nege na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti.
- (2) Samostojno izvajajo zdravstveno nego diplomirane medicinske sestre, babiško nego pa diplomirane babice, ki so nosilke dejavnosti zdravstvene oziroma babiške nege, pri izvajanju sodelujejo drugi izvajalci zdravstvene nege.
- (3) Zdravstvena oziroma babiška nega je sestavni del akutne zdravstvene oskrbe in se zagotavlja v obsegu, ki v postopkih zdravstvene oskrbe zagotavlja izboljšanje, preprečevanje poslabšanja ali vzdrževanje zdravstvenega stanja zavarovane osebe.
- (4) Zavarovana oseba ima pravico do zdravstvene nege v prehodnem obdobju, ko je zdravljenje zaključeno in se pričakuje izboljšanje zdravstvenega stanja, ki preprečuje in/ali zmanjšuje dolgotrajno odvisnost.
- (5) Zavarovani osebi pripada pravica do zdravstvene nege v osnovni zdravstveni dejavnosti, v lokalni skupnosti in na domu zavarovane osebe.

81. člen
(pravica do zdravstvene nege)

- (1) Pravice zavarovane osebe do storitev s področja zdravstvene in babiške nege na primarni ravni zdravstvene dejavnosti obsegajo:
 - pravico do zdravstvene nege kot del ambulantne obravnave (obrnave v splošnih in ambulantah družinske medicine, splošnih ambulantah nujne medicinske pomoči in specialističnih ambulantah),
 - pravico do zdravstvene nege kot sestavni del specialistične obravnave,
 - pravico do zdravstvene nege v preventivnih obravnavah (referenčne ambulate),
 - pravico do zagotavljanja preventivne patronažne obravnave (obrnava posameznika, družine in skupnosti, zdravstvena nega nosečnice, otročnice in novorojenčka na domu),
 - pravico do kurativne patronažne obravnave pri kroničnih obolenjih,
 - pravico do babiške nege,
 - pravico do paliativne oskrbe,
 - pravico do zdravstvene nege v domačem okolju in v drugih oblikah začasne ali trajne namestitve,
 - pravico do zdravstveno vzgojnih programov, ki vplivajo za zmanjševanje dejavnikov tveganja,
 - pravico do zobozdravstvene preventivne dejavnosti,
 - pravico do zobozdravstvene zdravstvene nege.
- (2) Pravice zavarovane osebe do zdravstvene in babiške nege na sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti:
 - pravico do postopkov in posegov v okviru diagnostike, zdravljenja in rehabilitacije(tim),
 - pravico do zdravstvene nege kot programa v prehodnem obdobju,
 - pravico do zdravstvene nege v paliativni oskrbi.

82. člen
(postopek uveljavljanja zdravstvene nege)

- (1) Zavarovani osebi je pravica po storitvah zdravstvene in babetne nege pri vstopu v zdravstveno obravnavo dodeljena avtomatično v okviru obravnave v timu.
- (2) Zavarovana oseba lahko uveljavi pravico do storitev zdravstvene in babetne nege neposredno pri izvajalcu zdravstvene in babetne nege.
- (3) Zavarovana oseba je do storitev zdravstvene nege kot programa v prehodnem obdobju upravičena, ko je zdravljenje zaključeno in se pričakuje izboljšanje zdravstvenega stanja, ki preprečuje in/ali zmanjšuje dolgotrajno odvisnost.
- (4) Zavarovana oseba je do storitev zdravstvene nege upravičena, če se zahtevnost podpore po zdravstveni negi poveča in jo ni mogoče v domačem okolju zagotoviti, se pa pričakuje, da je tako stanje mogoče v krajšem obdobju (1 mesec) izboljšati in se s tem zmanjša dolgotrajna odvisnost.
- (5) Zavarovani osebi je pravica po storitvah zdravstvene in babetne nege v okviru prizadevanj za krepitev in ohranjanje zdravja ter zmanjševanjem dejavnikov tveganja za zdravje priznana/zagotovljena v okviru dogovorjenih programov.
- (6) Zavarovana oseba lahko uveljavi pravico do storitev zdravstvene nege pri izbranem osebnem zdravniku, če potrebuje pomoč pri izvedbi preventivnega, diagnostičnega terapevtskega, zdravstveno vzgojnega ali rehabilitacijskega programa.
- (7) O pravici do obravnave v prehodnem obdobju na podlagi predloga zdravnika po zaključenem zdravljenju odloča diplomirana medicinska sestra najpozneje dva dni pred odpustom iz bolnišničnega zdravljenja.

2.7. Pravica do paliativne oskrbe in postopek njene uveljavitve

83. člen
(paliativna oskrba)

- (1) Zavarovane osebe imajo pravico do paliativne oskrbe na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti.
- (2) Izvajalci kompleksnejših storitev paliativne oskrbe so skupine za blažilno oskrbo pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti in socialnovarstvenih zavodih.
- (3) Zdravstveni delavci, ki zagotavljajo paliativno oskrbo morajo imeti predpisana znanja s paliativne oskrbe.

- (4) Zavarovana oseba ima pravico do obveščenosti o razpoložljivih možnosti in soodločanja v skladu s cilji, željami in prepričanju ter zagotovljeno kakovostjo življenja.

84. člen
(postopek uveljavitve paliativne oskrbe)

Zavarovani osebi se zagotavlja paliativna oskrba z interdisciplinarnim pristopom s preprečevanjem, lajšanjem, bolečin in trpljenja ter izboljšanja kakovosti pacientovega življenja na primarni ravni zdravstvene dejavnosti v okviru ambulantne obravnave in obravnave na domu ter na sekundarni ravni v okviru enot in ali oddelkov za zagotavljanje paliativne oskrbe.

6. Pravica do prevoza z reševalnimi in drugimi vozili ter postopek njene uveljavitve

85. člen
(prevoz z reševalnimi in drugimi vozili)

- (1) Zavarovana oseba ima pravico do prevoza z reševalnimi in drugimi vozili, kadar iz zdravstvenih razlogov ni mogoče opraviti prevoza z javnim prevoznim sredstvom.
- (2) Zavarovana oseba ima pravico do nujnega reševalnega prevoza ali nenujnega reševalnega prevoza.

86. člen
(nujni reševalni prevoz)

- (1) Nujni reševalni prevoz iz drugega odstavka prejšnjega člena obsega prevoz do najbližjega izvajalca, ki lahko zagotovi ustrezno medicinsko pomoč. Če zavarovana oseba oziroma njeni svojci zahtevajo prevoz k drugemu izvajalcu, dodatne stroške do izbranega izvajalca krijejo sami.
- (2) Če zaradi težko dostopnega terena, prometnih ovir ali drugih razlogov ni možen nujni reševalni prevoz z reševalnim avtomobilom, se lahko nujni prevoz opravi tudi s helikopterjem ali drugim prevoznim sredstvom.
- (3) Nujni reševalni prevozi vključujejo tudi reševanje poškodovanih zavarovanih oseb z gora, morja, voda in jam in njihov prevoz do najbližjega izvajalca zdravstvene dejavnosti, ki lahko zagotovi ustrezno medicinsko pomoč.

87. člen
(nenujni reševani prevoz)

Nenujni reševalni prevoz obsega prevoz do najbližjega izvajalca zdravstvene dejavnosti, ki lahko zagotovi ustrezno zdravstveno storitev. Če zavarovana oseba oziroma njeni svojci zahtevajo prevoz k drugemu izvajalcu, dodatne stroške do izbranega izvajalca krijejo sami.

88. člen

(postopek uveljavljanje pravice do prevoza z reševalnimi ali drugimi vozili)

- (1) Zavarovana oseba lahko uveljavi pravico do nujnega reševalnega ali nenujnega reševalnega prevoza, ko njen osebni zdravnik ugotovi, ali je le-ta potreben in utemeljen. V primeru, da gre za prevoze na in z dialize, lahko listino za naročilo prevoza izda napotni zdravnik. Z listino za naročilo prevoza praviloma vnaprej določi vrsto prevoza v skladu s 85. členom tega zakona in pravilnikom, ki ureja prevoze pacientov.
- (2) V primeru, ko je potrebno zavarovano osebo premestiti v drugo bolnišnico, iz bolnišnice v zdravilišče, iz bolnišnice ali iz zdravilišča na dom glede na njegovo zdravstveno stanje ali od specialista na dom, odredi prevoz na način iz prejšnjega odstavka napotni zdravnik.
- (3) Ne glede na prvi in drugi odstavek tega člena sme nujni reševalni prevoz odrediti tudi drug zdravnik, ki potrdi nujnost prevoza na listini za odreditev prevoza z reševalnim vozilom. Nujnost prevoza lahko potrdi tudi zdravnik, ki je po opravljenem prevozu prevzel zavarovano osebo v zdravljenje.
- (4) Če zavarovana oseba ali njeni svojci oziroma kdo drug v njenem imenu naroči prevoz z reševalnim vozilom, zavarovana oseba sama poravnava stroške prevoza. Zavarovana oseba lahko zahteva povračilo stroškov od Zavoda, če zdravnik, ki jo je prevzel na zdravljenje, ugotovi, da je bil prevoz nujen in ji o tem izda potrdilo.
- (5) Za prevoz s helikopterjem iz bolnišnice v bolnišnico mora dati soglasje predstojnik oddelka izvajalca, od kjer se zavarovana oseba premešča.

3. Zdravila in živila za posebne zdravstvene namene

3.1 Pravica do zdravil in živil ter postopek njene uveljavitve

89. člen

(način zagotavljanja zdravila in živila)

Zavarovana oseba ima pravico do zdravila in živila, ki ji ga:

1. pristojni zdravnik predpiše na recept,
2. izvajalec zagotovi v okviru zdravstvene storitve.

90. člen

(predpis zdravila na recept)

- (1) Na recept se predpiše zdravilo z receptne liste (v nadaljnjem besedilu: zdravilo na recept).
- (2) Zdravilo na recept se predpiše zavarovani osebi, ki se zdravi v splošni in specialistični zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti, če ni s splošnim aktom Zavoda določeno drugače.
- (3) Zdravilo na recept predpiše pristojni zdravnik.
- (4) Zdravila na recept se v izvidu predlaga za predpisovanje in predpisuje:
 1. v skladu s predpisi, ki urejajo predpisovanje in izdajanje zdravil za uporabo v humani medicini, in splošnimi akti zavoda,
 2. ob upoštevanju povzetka glavnih značilnosti zdravila, strokovnih smernic in vseh okoliščin, ki lahko vplivajo na potek zdravljenja in ob upoštevanju uspešnosti predhodnega zdravljenja,
 3. v smiselni kombinacijah, najprimernejših odmerkih in primernem obdobju, in
 4. ob upoštevanju stroškovnega vidika predpisa zdravila na recept.
- (5) 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 le v okviru določene omejitve, izven okvira določene omejitve predpisovanja pa le, če iz zdravstvenih razlogov enakovredno zdravljenje ni mogoče z drugim zdravilom, ki nima določene omejitve predpisovanja, kar pristojni zdravnik utemelji z dokumentiranjem v zdravstveni dokumentaciji zavarovane osebe.
- (6) Recept se predpiše v skladu s predpisi, ki urejajo predpisovanje in izdajanje zdravil za uporabo v humani medicini, in splošnimi akti Zavoda.

91. člen

(ime oziroma naziv zdravila na recept)

- (1) Industrijsko proizvedeno zdravilo se predpiše na recept s splošnim imenom, če je uvrščeno na Seznam skupin zdravil s splošnim imenom.
- (2) Ne glede na prejšnji odstavek se industrijsko proizvedeno zdravilo predpiše na recept z imenom, če je zdravilo predpisano, ker iz zdravstvenih razlogov enakovredno zdravljenje ni mogoče z drugim zdravilom, pri čemer se za zdravstveni razlog šteje kontraindikacija na 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 zamenjui".
- (3) Galensko zdravilo se predpiše z imenom, ki ga določi izvajalec lekarniške dejavnosti.
- (4) Magistralno zdravilo se predpiše na recept z nazivom, s katerim je razvrščeno na receptno listo.

92. člen

(izdaja zdravila na recept)

- (1) Zdravilo na recept se izda v skladu s predpisi, ki urejajo predpisovanje in izdajanje zdravil za uporabo v humani medicini, in splošnimi akti zavoda.

- (2) Zdravilo na recept z omejitvijo izdajanja, ki jo določi Zavod, se lahko izda le v okviru določene omejitve.
- (3) Zdravilo na recept se ne sme izdati:
1. če recept ni predpisan in izpolnjen v skladu s predpisi, ki urejajo predpisovanje in izdajanje zdravil za uporabo v humani medicini, in splošnimi akti Zavoda,
 2. po roku ali pred rokom, ki je določen s predpisi, ki urejajo predpisovanje in izdajanje zdravil za uporabo v humani medicini, in splošnimi akti Zavoda.

93. člen
(predpisovanje in izdajanje živila na recept)

- (1) Živilo se predpiše na recept z lastniškim imenom.
- (2) Za predpisovanje živila na recept in njegovo izdajanje v lekarni se smiselno uporabljajo določbe tega zakona in splošnih aktov Zavoda, ki urejajo predpisovanje in izdajanje zdravil na recept.

94. člen
(recept za osebno rabo)

- (1) Zdravilo se lahko predpiše 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 v njih zanjo določeno drugače (v nadaljnjem besedilu: recept za osebno rabo).
- (2) Recept za osebno rabo je neobnovljivi recept na papirnatem obrazcu.
- (3) Zdravnik lahko predpiše zdravilo na recept za osebno rabo sebi ali svojemu družinskemu članu, če ga ni pristojen predpisati na recept kot pristojni zdravnik za predpis zdravila in živila na recept.
- (4) Za družinskega člana iz prejšnjega odstavka se šteje oseba iz prvega odstavka 25. člena tega zakona, če je obvezno zavarovana v skladu s tem zakonom.
- (5) Zavod dodeli zdravniku na njegov predlog 30 receptov za osebno rabo letno, če:
1. je evidentiran v zbirki podatkov pod zaporedno številko 16 "Evidenca gibanja zdravstvenih delavcev in mreža zdravstvenih zavodov" iz Priloge 1 Zakona o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (Uradni list RS, št. 65/00 in 47/15),
 2. ima veljavno licenco Zdravniške zbornice Slovenije in
 3. ima enega od naslednjih statusov:
 - opravlja zdravstvene storitve v okviru mreže javne zdravstvene službe ali
 - ima sklenjeno pogodbo o zaposlitvi z Zavodom, Zavodom za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, ministrstvom, NIJZ ali Nacionalnim laboratorijem za zdravje, okolje in hrano, ali
 - je upokojenec s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, zavarovan na podlagi šestega odstavka 16. člena tega zakona, ki je imel neposredno pred pridobitvijo pravice do pokojnine status iz prve ali druge alineje te točke.

- (6) Ne glede na prejšnji odstavek Zavod trajno ali začasno zavrne dodelitev receptov za osebno rabo, če zdravnik pri predpisu zdravil v breme obveznega zavarovanja ni ravnal v skladu s predpisi ali splošnimi akti Zavoda, ne glede, ali jih je predpisal na recept, recept za osebno rabo ali v okviru standarda zdravstvene storitve, ki jo zagotovi izvajalec.
- (7) Natančnejši postopek dodelitve receptov za osebno rabo in merila, na podlagi katerih se zdravniku trajno ali začasno zavrne njihova dodelitev, sprejme generalni direktor Zavoda s splošnim aktom, ki se objavi na spletni strani Zavoda.

95. člen
(zdravilo in živilo v okviru zdravstvene storitve)

- (1) Izvajalec zagotovi zavarovani osebi v okviru zdravstvene storitve:
 - 1. ambulantno zdravilo z ambulantne liste,
 - 2. bolnišnično zdravilo z bolnišnične liste,
 - 3. zdravilo in živilo, ki ga izvajalec rabi za izvedbo zdravstvene storitve,
 - 4. zdravilo in živilo, ki ga zavarovana oseba rabi v času stacionarne zdravstvene obravnave,
 - 5. zdravilo, ki ga zavarovana oseba rabi po odpustu iz bolnišnice do prvega kontrolnega pregleda.
- (2) Zdravila in živila iz prejšnjega odstavka izvajalec ne sme predpisati na recept, če ni za posamezno zdravilo iz 4. ali 5. točke prejšnjega odstavka ali za posamezen primer predpisa tega zdravila, določeno drugače s splošnim aktom Zavoda.

96. člen
(splošni akt Zavoda za uresničevanje pravice do zdravila in živila)

- (1) Zavod s splošnim aktom določi naslednje standarde glede uveljavljanja pravice do zdravila in živila:
 - 1. določi obliko, vsebino in način izpolnitve recepta,
 - 2. določi primere, ko zdravila in živila z receptne liste ni dopustno predpisati na recept,
 - 3. določi pristojnega zdravnika za predpis zdravila in živila na recept,
 - 4. določi časovno in količinsko omejitev predpisovanja in izdajanja zdravila in živila na recept, ki ni določena že na podlagi 228. člena tega zakona,
 - 5. določi rok za predložitev recepta in recepta EU lekarni, ki ni določen že s tem zakonom, in določi primere, ko lahko zavarovana oseba ponovno izdajo zdravila na obnovljivi recept uveljavi v roku, ki je krajši od 30 dni pred predvideno ponovno izdajo zdravila,
 - 6. natančnejše določi postopek predpisovanja zdravila in živila na recept, vključno s pristojnostmi in z obveznostmi pristojnega zdravnika pri predpisu recepta,
 - 7. natančnejše določi postopek izdajanja zdravila in živila na recept, vključno s pristojnostmi in z obveznostmi pooblaščenih oseb za izdajo zdravila in živila na recept pri izdaji tega zdravila in živila,
 - 8. natančnejše določi pogoje in postopek za uveljavljanje pravice do zdravila in živila v državi članici Evropske unije iz 132. člena tega zakona, vključno s sestavinami vloge za predhodno odobritev Zavoda in vloge za povračilo stroškov zdravila in živila,

9. natančneje določi pogoje in postopek za uveljavljanje pravice do zdravila in živila v tujini iz 133. člena tega zakona, vključno z vsebino potrdila o deficitarnosti in s sestavinami vloge za povračilo stroškov zdravila in živila,
 10. natančneje določi pogoje za izjemno odobritev zdravila in živila ter postopek odločanja o izjemni odobritvi zdravila in živila,
 11. druge standarde glede uveljavljanja pravice do zdravila in živila na recept in v okviru zdravstvene storitve pri izvajalcu.
- (2) Splošni akt Zavoda iz prejšnjega odstavka sprejme svet Zavoda.

3.2 Izjemna odobritev zdravila in živila

97. člen

(pogoji izjemne odobritve zdravila in živila)

- (1) Zavod lahko po prostem preudarku zavarovani osebi izjemoma odobri zdravilo in živilo, ki ni pravica, ali celotno ali delno povračilo njegovih stroškov, če ga zavarovana oseba rabi za zdravljenje specifične bolezni ali motnje, ki ogroža njeno zdravje, glede na njeno zdravstveno stanje pa se pričakuje njegovo izboljšanje ali preprečitev ali upočasnitev njegovega poslabšanja, česar ni mogoče doseči z zdravilom in živilom, ki je pravica, (v nadaljnjem besedilu: izjemna odobritev zdravila in živila).
- (2) Zavod odloča o izjemni odobritvi zdravila in živila na podlagi naslednjih meril:
 1. merila za razvrstitev zdravila iz druge alineje drugega odstavka 222. člena in merila za razvrstitev živila iz druge alineje drugega odstavka 253. člena tega zakona,
 2. merila za razvrstitev zdravila iz tretje alineje drugega odstavka 222. člena in merila za razvrstitev živila iz tretje alineje drugega odstavka 253. člena tega zakona,
 3. merila za razvrstitev zdravila iz pete alineje drugega odstavka 222. člena tega zakona,
 4. ekonomskega vidika zdravila in živila.
- (3) Ne glede na prvi in drugi odstavek tega člena predmet izjemne odobritve zdravila in živila ne more biti:
 1. zdravilo in živilo za blažitev simptomov ali zdravljenje bolezni ali motnje, ki je z javnozdravstvenega vidika manj pomembna ali se uporablja pri obravnavi bolezni ali motnje, ki jo je mogoče urediti ali pozdraviti s spremenjenim načinom življenja,
 2. zdravilo, ki ga Zavod ni razvrstil na listo zdravil zaradi neizpolnjevanja merila za razvrstitev zdravila iz druge ali tretje alineje drugega odstavka 222. člena tega zakona in živilo, ki ga Zavod ni razvrstil na receptno listo zaradi neizpolnjevanja merila za razvrstitev živila iz druge ali tretje alineje drugega odstavka 253. člena tega zakona,
 3. novo zdravilo in živilo, ki je v postopku razvrstitve.
- (4) Povračilo in plačilo stroškov zdravila in živila na podlagi izjemne odobritve se odobri v višini, ki jo Zavod določi ob upoštevanju meril iz drugega odstavka tega člena.
- (5) Povračilo in plačilo stroškov zdravila in živila na podlagi izjemne odobritve se lahko odobri kot enkratno povračilo ali plačilo stroškov zdravila in živila ali za dalj časa.

- (6) Izjemna odobritev zdravila in živila se odobri za naprej najdlje za obdobje 12 mesecev od vložitve popolne vloge za izjemno odobritev zdravila in živila, lahko pa tudi za daljši čas, če je iz zdravstvene dokumentacije razvidno, da bo zdravljenje dolgotrajno.
- (7) Izjemna odobritev zdravila in živila se lahko odobri za nazaj najdlje za obdobje treh mesecev od vložitve popolne vloge za izjemno odobritev zdravila in živila.
- (8) Zavarovana oseba lahko po poteku veljavnosti izjemne odobritve zdravila in živila ponovno vloži vlogo za izjemno odobritev istega zdravila in živila.

98. člen

(postopek odločanja o izjemni odobritvi zdravila in živila)

- (1) Postopek odločanja o izjemni odobritvi zdravila in živila se začne na podlagi vloge zavarovane osebe (v nadaljnjem besedilu: vloga za izjemno odobritev zdravila in živila), ki jo vloži pri Zavodu.
- (2) Vloga za izjemno odobritev zdravila in živila mora vsebovati sestavine, določene v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, in druge sestavine, ki jih določi Zavod.
- (3) 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.
- (4) Odločba iz prejšnjega odstavka se izda v 60 dneh od vložitve popolne vloge za izjemno odobritev zdravila in živila.
- (5) O pritožbi zoper odločbo iz prejšnjega odstavka odloči Komisija za izjemno odobritev, ki jo imenuje generalni direktor Zavoda. Uradna oseba iz tretjega odstavka tega člena ne more biti član Komisije za izjemno odobritev.
- (6) Odločba iz prejšnjega odstavka se izda v 60 dneh od vložitve popolne pritožbe.

99. člen

(višina povračila in plačila stroškov zdravila in živila na podlagi izjemne odobritve)

Povračilo in plačilo stroškov zdravila in živila na podlagi izjemne odobritve se odobri v višini, ki jo Zavod določi ob upoštevanju meril iz drugega odstavka 97. člena tega zakona in vrednosti razvrščenih primerjalnih zdravil in razvrščenih primerjalnih živil.

100. člen

(veljavnost izjemne odobritve zdravila in živila)

- (1) Povračilo in plačilo stroškov zdravila in živila na podlagi izjemne odobritve se lahko odobri kot enkratno povračilo ali plačilo stroškov zdravila in živila ali za dalj časa.

- (2) Izjemna odobritev zdravila in živila se odobri za naprej najdlje za obdobje 12 mesecev od vložitve popolne vloge za izjemno odobritev zdravila in živila, lahko pa tudi za daljši čas, če je iz zdravstvene dokumentacije razvidno, da bo zdravljenje dolgotrajno.
- (3) Izjemna odobritev zdravila in živila se lahko odobri za nazaj najdlje za obdobje treh mesecev od vložitve popolne vloge za izjemno odobritev zdravila in živila.
- (4) Zavarovana oseba lahko po preteku veljavnosti izjemne odobritve zdravila in živila ponovno vloži vlogo za izjemno odobritev istega zdravila in živila.

4. Medicinski in drugi pripomočki

4.1 Pravica do medicinskih in drugih pripomočkov ter postopek njene uveljavitve

101. člen

(pravica do medicinskih in drugih pripomočkov)

- (1) Zavarovana oseba ima pravico do medicinskega ali drugega pripomočka, če po mnenju pooblaščenega zdravnika ali drugega zdravstvenega delavca, ki je usposobljen za predpisovanje slednjega, izpolnjuje pogoj zdravstvenega stanja in druge pogoje.
- (2) Zavarovana oseba ima v primerih serijsko izdelanih medicinskih in drugih pripomočkov pravico do pripomočka, ki je uvrščen na seznam znotraj posamezne vrste pripomočka, razen v primerih pripomočkov, ki so jih dolžni zagotavljati izvajalci zdravstvenih storitev.
- (3) Zavarovana oseba medicinski ali drug pripomoček lahko prejme v last ali v izposajo.
- (4) Zavarovana oseba ima pravico do medicinskih in drugih pripomočkov iz naslednjih skupin:
 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 pripomočki,
 8. blazine proti preležaninam,
 9. kilni pasovi,
 10. medicinski pripomočki pri izločilni stomi,
 11. medicinski pripomočki pri inkontinenci in težavah z odvajanjem seča,
 12. medicinski pripomočki pri zdravljenju sladkorne bolezni,
 13. kanile,
 14. medicinski pripomočki za slepe,
 15. medicinski pripomočki za sluh,
 16. obvezilni materiali,

17. raztopine,
 18. medicinski pripomočki za izboljšanje vida,
 19. drugi medicinski pripomočki, ki so potrebni za zdravstveno rehabilitacijo (npr. kompresijski),
 20. medicinski pripomočki ob povezani uporabi z zdravili.
- (5) Zavarovana oseba ima pravico do medicinskega ali drugega pripomočka z enakim namenom uporabe in podobnimi lastnostmi, ki je zanj funkcionalno ustrezen in je najcenejši, če standardni pripomoček zanj glede na njeno zdravstveno stanje ni funkcionalno ustrezen.
 - (6) Zavarovana oseba ima pri določenih vrstah medicinskih in drugih pripomočkov pravico do pripomočka v višjem standardu, kot je pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, če bi se s takšnim standardom omogočila ali ohranjala njena zmožnost za delo ali omogočila lažja uporaba medicinskega pripomočka v bivalnem okolju.
 - (7) Zavarovana oseba ima pri določenih vrstah medicinskih in drugih pripomočkov pravico do popravila, vzdrževanja in prilagoditev pripomočka.
 - (8) Zavarovana oseba ima pri vrstah medicinskih in drugih pripomočkov, pri katerih je določena trajnostna doba, pred iztekom le-te 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.
 - (9) V primeru iz šestega odstavka tega člena se iz obveznega zavarovanja krije znesek do standardne višine kritja, razliko do višjega standarda pa krije državni proračun.

102. člen (standardi)

Standardi pri medicinskih in drugih pripomočkih so:

1. doba trajanja pripomočka, ki je doba, po izteku katere lahko zavarovana oseba v breme obveznega zavarovanja prejme drug istovrstni pripomoček in je lahko trajnostna doba, obdobje in količina, ki jo določi splošni akt ali pooblaščen zdravnik oziroma druga usposobljena oseba, ali enkratna pravica,
2. cenovni standard, dnevna izposojnina, pogodbena cena, ali v okviru cenovnega standarda določena najvišja priznana cena je cena, do katere se lahko krije pripomoček v breme obveznega zavarovanja,
3. osnovne zahteve kakovosti, ki so na ravni vrste določene tehnične in druge zahteve, ki jih mora izpolnjevati posamezni pripomoček, da se lahko izdaja v breme obveznega zavarovanja.

103. člen (splošni akt Zavoda)

Zavod s splošnim aktom po vrstah medicinskih in drugih pripomočkov določi:

- vrste iz skupin, navedenih v četrtem odstavku 101. člena tega zakona, vključno s nazivi in šifrantom vrst,
- zdravstvena stanja in druge pogoje, pri katerih ima zavarovana oseba pravico do pripomočka,
- ali zavarovana oseba pripomoček prejme v last ali v izposoj, ali je možno oboje, v zadnjem primeru vključno s pogoji za prejem v last ali v izposoj,
- pripomočke, pri katerih ima zavarovana oseba pravico po popravila, vzdrževanja in/ali prilagoditve, vključno z njihovimi omejitvami v znesku ali deležu in z drugimi pogoji in vključno z določitvijo, ali je za popravila, vzdrževanja in/ali prilagoditve teh pripomočkov potrebna naročilnica,
- pripomočke, pri katerih ima zavarovana oseba pravico do višjega standarda, vključno z natančnejšo opredelitvijo pogojev,
- pod kakšnimi pogoji se lahko izda obnovljiva naročilnica,
- podrobnejše opredelitve dobe trajanja za pripomočke.

104. člen

(postopek uveljavljanja pravice do medicinskih in drugih pripomočkov)

- (1) Zavarovani osebi vrsto medicinskega ali drugega pripomočka predpiše osebni zdravnik.
- (2) Ne glede na prejšnji odstavek lahko Zavod s splošnim aktom določi za predpisovanje določenih vrst pripomočkov napotne zdravnike specialiste določene stroke, zdravnike specialiste v razvojni ambulanti, posebej poimensko določi zdravnike ali poleg osebnega zdravnika določi tudi druge usposobljene zdravstvene delavce. S splošnim aktom Zavod določi tudi roke za uveljavitev pravice do pripomočka in določi način izdaje naročilnice.
- (3) Medicinske in druge pripomočke, ki so jih pristojni predpisati osebni zdravniki ali druge usposobljene zdravstvene delavce lahko predpišejo tudi napotni zdravniki, če jih osebni zdravnik za to pooblasti.
- (4) Za odločanje o pravici zavarovane osebe do pripomočka pred iztekom trajnostne dobe predhodno prejetega je na podlagi prejete naročilnice in drugih listin, ki jih določi Zavod, pooblaščen imenovani zdravnik, na drugi stopnji pa zdravstvena komisija.
- (5) Za odločanje o višjem standardu in za odločanje o funkcionalni ustreznosti pripomočka je na prvi stopnji pristojna območna enota Zavoda, na drugi pa Direkcija Zavoda.
- (6) Zavarovana oseba mora naročilnico predložiti dobavitelju v roku 30 dni od njene izdaje ali od (dokončnosti) odločitve zavoda, s katero je dobila pravico do pripomočka.
- (7) Zavod s splošnim aktom podrobneje določi postopke uveljavljanja pravic zavarovanih oseb do pripomočkov.

4.2 Izjemna odobritev medicinskih in drugih pripomočkov

105. člen (izjemna odobritev in postopek izjemne odobritve)

- (1) Zavod lahko zavarovani osebi izjemoma, delno ali v celoti odobri nabavo, izposojajo ali povračilo stroškov nabave ali izposoje medicinskega ali drugega pripomočka, ki:
 - ni pravica,
 - je pravica, a zavarovana oseba ne izpolnjuje zdravstvenega stanja ali drugega pogoja,
 - je pravica, pa zavarovana oseba zaradi svojega zdravstvenega stanja potrebuje večjo količino pripomočkov od opredeljene v predpisih.
- (2) Pogoji za izjemno odobritev medicinskega ali drugega pripomočka zavarovani osebi so:
 - izjemno zdravstveno stanje,
 - z izjemno odobritvijo se lahko utemeljeno pričakuje ozdravitev ali izboljšanje zdravstvenega stanja oziroma preprečitev ali upočasnitev nadaljnjega poslabšanja, pri čemer navedenega ni mogoče doseči s pripomočki, ki so pravica, in
 - namen uporabe pripomočka, kot ga je določil proizvajalec, je skladen z zdravstvenim stanjem zavarovane osebe.
- (3) Postopek odločanja o izjemni odobritvi medicinskega ali drugega pripomočka se začne na podlagi vloge zavarovane osebe, ki mora vsebovati medicinsko in drugo dokumentacijo, ki jo določi Zavod.
- (4) Postopek vodi in v njem odloči na prvi stopnji uradna oseba organizacijske enote Direkcije Zavoda, pristojna za medicinske in druge pripomočke.
- (5) O pritožbi zoper odločbo iz prejšnjega odstavka odloči Komisija za izjemno odobritev kot kolegijski organ, ki jo imenuje generalni direktor Zavoda. Uradna oseba iz prejšnjega odstavka tega člena ne more biti član Komisije za izjemno odobritev.
- (6) Izjemna odobritev se odobri za naprej najdlje za obdobje 24 mesecev od izdaje odločbe.

5. Sobivanje

106. člen (pravica do sobivanja)

- (1) Sobivanje je 24 urno spremljanje zavarovane osebe pri izvajalcu v Republiki Sloveniji ali tujini v okviru bolnišničnega in zdraviliškega zdravljenja, ki zavarovani osebi zagotavlja čustveno oporo pri zdravljenju.
- (2) Pravico do sobivanja imajo otroci:
 - do šestega leta starosti,

- s težjo okvaro oziroma poškodbo možganov ali hrbtenjače, pri katerem je potrebno usposabljanje za poznejšo rehabilitacijo na domu,
 - s kroničnimi boleznimi ali okvarami v času usposabljanja za poznejšo rehabilitacijo otroka na domu,
 - do 18. leta starosti, če gre za zdravljenje težkih zdravstvenih stanj.
- (3) Ne glede na prvi odstavek tega člena je pravica do sobivanja v okviru zdraviliškega zdravljenja priznana le otrokom iz prve alineje prejšnjega odstavka.
- (4) Sobivanje v primeru iz druge alineje drugega odstavka tega člena traja največ 30 dni, v primeru iz tretje alineje drugega odstavka tega člena pa največ 14 dni v posameznem primeru.
- (5) Sobivanje ob otroku iz drugega odstavka tega člena lahko uveljavlja eden od staršev, njegov partner, otrokov skrbnik ali rejnik. Oseba, ki uveljavlja pravico do sobivanja ob otroku iz druge in tretje alineje drugega odstavka tega člena mora biti oseba, ki bo izvajala poznejšo rehabilitacijo otroka na domu.
- (6) V primeru stacionarnega bolnišničnega ali zdraviliškega zdravljenja matere, ki ima lastnost zavarovane osebe, ima otrok, ki ga mati doji, pravico do sobivanja, ki vključuje le nastanitev in prehrano.

107. člen **(druge pravice sobivanja)**

- (1) Oseba iz petega odstavka prejšnjega člena, ki uveljavlja otrokovo pravico do sobivanja, je upravičena do:
- denarnega nadomestila,
 - prevoznih stroškov,
 - prehrane in nastanitve pri izvajalcu.
- (2) Oseba iz petega odstavka prejšnjega člena:
- ima pravico do denarnega nadomestila v skladu s 112. členom tega zakona,
 - lahko uveljavlja pravico do povračila prevoznih stroškov, prehrane in nastanitve tudi, če nima lastnosti zavarovane osebe,
 - je v Republiki Sloveniji ali tujini upravičena do nastanitve in enakega standarda prehrane, kot zavarovana oseba, ki uveljavlja pravico do sobivanja.
- (3) Če izvajalec v Republiki Sloveniji ali tujini osebi iz petega odstavka prejšnjega člena ne zagotovi nastanitve oziroma prehrane, ki je določena kot standard v okviru bolnišničnega ali zdraviliškega zdravljenja, je oseba upravičena do povračila stroškov nastanitve in prehrane iz 126. člena tega zakona. Standard iz prejšnjega stavka določi Zavod.
- (4) Če oseba iz petega odstavka prejšnjega člena ne uveljavi pravico iz prejšnjega odstavka, lahko uveljavi pravico do povračila prevoznih stroškov iz 124. in 125. člena tega zakona.

108. člen
(postopek uveljavljanja pravice do sobivanja)

Pravico do sobivanja za zavarovane osebe iz drugega odstavka 106. člena tega zakona uveljavlja oseba iz petega odstavka 106. člena tega zakona pri izvajalcu v okviru bolnišničnega in zdraviliškega zdravljenja.

6. Spremistvo

109. člen
(pravica do spremstva)

- (1) Spremistvo je spremljanje zavarovane osebe, ki zaradi svojega fizičnega ali psihičnega stanja ni sposobna sama potovati k izvajalcu v Republiki Sloveniji ali tujini.
- (2) Pravico do spremstva ima:
 - težje ali težko duševno ali telesno prizadet otrok,
 - oseba, ki prejema nadomestilo po zakonu, ki ureja družbeno varstvo duševno in telesno prizadetih odraslih oseb, ali oseba, pri kateri je podaljšana roditeljska pravica tudi čez njeno polnoletnost,
 - otrok do 15. leta starosti, napoten k izvajalcu v Republiki Sloveniji,
 - otrok do 18. leta starosti, napoten k izvajalcu v tujini,
 - zavarovana oseba, katere zdravstveno stanje zahteva spremstvo.
- (3) Zavarovano osebo iz prejšnjega odstavka lahko spremlja kdorkoli (v nadaljnjem besedilu: spremljevalec), pri čemer ni potrebno, da ima spremljevalec lastnost zavarovane osebe.
- (4) Ne glede na prejšnji odstavek je lahko spremljevalec zavarovane osebe tudi zdravstveni delavec, če bi ji bilo treba med potjo zagotoviti medicinsko pomoč.
- (5) Spremistva ni mogoče odrediti med bolnišničnim ali zdraviliškim zdravljenjem.

110. člen
(dodatne pravice spremstva)

- (1) Spremljevalec je upravičen do:
 - denarnega nadomestila,
 - prevoznih stroškov,
 - prehrane in nastanitve.
- (2) Spremljevalec ima pravico do denarnega nadomestila v skladu s 112. členom tega zakona.

- (3) Spremljevalec lahko uveljavlja pravico do povračila prevoznih stroškov tudi, če nima lastnosti zavarovane osebe.
- (4) Pravica do povračila prevoznih stroškov je podana le v primeru spremljanja zavarovane osebe k izvajalcu izven kraja bivanja zavarovane osebe iz drugega odstavka prejšnjega člena.
- (5) Spremljevalec je upravičen do stroškov nastanitve in prehrane le, če je spremljal zavarovano osebo k izvajalcu v tujini. Standard nastanitve in prehrane oziroma povračila teh stroškov določi Zavod.
- (6) Če je spremljevalec zdravnik ali drug zdravstveni delavec, velja za povračilo prevoznih in drugih stroškov ureditev teh pravic pri izvajalcu, pri katerem dela zdravnik ali drug zdravstveni delavec. Plačilo teh potnih stroškov bremeni materialne stroške zdravstvenega zavoda.

111. člen **(postopek uveljavljanja pravice do spremstva)**

Potrebo po spremstvu ugotovi osebni zdravnik, od njega pooblaščen zdravnik, imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija, v primerih nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči pa tudi drug zdravnik.

7. Denarne dajatve

7.1 Pravica do denarnega nadomestilo med začasno zadržanostjo od dela in postopek njene uveljavitve

112. člen **(denarno nadomestilo in upravičenci)**

- (1) Denarno nadomestilo pripada zavarovancu kot nadomestilo plače ali nadomestilo prihodka v primeru:
 - bolezni ali poškodb izven dela,
 - poklicne bolezni ali poškodb pri delu,
 - darovanja in posledic darovanja delov človeškega telesa v korist tretje osebe,
 - darovanja in posledic darovanja krvi,
 - izolacije,
 - nege,
 - sobivanja,
 - spremstva
 - poškodbe, nastale pri izvajanju organiziranih aktivnosti iz tretjega odstavka 155. člena tega zakona.
- (2) Do denarnega nadomestila v primerih iz prejšnjega odstavka so upravičeni zavarovanci iz 11., 12., 13., 14., drugega in tretjega odstavka 157. člena tega zakona.

- (3) Denarno nadomestilo zaradi nege pripada zavarovancu, ki neguje:
- otroka do 18. leta starosti oziroma dokler traja roditeljska pravica,
 - partnerja.
- (4) Določba prve alineje prejšnjega odstavka velja za starša otroka, njegovega partnerja, rejnika in skrbnika, kadar otroka dejansko neguje in varuje. Denarno nadomestilo ne pripada poklicnemu rejniku, kadar neguje otroka, ki je nameščen v rejniško družino.
- (5) Zavarovanec ima pravico do denarnega nadomestila na podlagi ugotovitve osebnega zdravnika, imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije, da je pri zavarovancu nastopil razlog iz prvega odstavka tega člena, zaradi česar ni sposoben opravljati svojega dela oziroma dejavnosti.

113. člen
(plačnik denarnega nadomestila)

- (1) Zavarovanec iz drugega odstavka prejšnjega člena ima pravico do denarnega nadomestila v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja:
- od prvega delovnega dne začasne zadržanosti od dela zaradi darovanja in posledic darovanja delov človeškega telesa v korist tretje osebe, posledic darovanja krvi, nege, izolacije, sobivanja, spremstva, in zaradi poklicne bolezni ali poškodbe pri delu, nastale pri izvajanju organiziranih aktivnosti iz tretjega odstavka 155. člena tega zakona,
 - od 31. delovnega dne začasne nezmožnosti za delo zaradi bolezni ali poškodbe izven dela ter poklicne bolezni ali poškodbe pri delu, razen v primerih iz tretje in četrte alineje tega odstavka,
 - od prvega delovnega dne začasne nezmožnosti za delo delavca zaradi bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom, če je bilo za posamezno odsotnost z dela do 30 delovnih dni zaradi bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom, izplačano denarno nadomestilo v breme istega delodajalca v koledarskem letu za 120 delovnih dni,
 - od prvega delovnega dne po prekinitvi, če gre za dve ali več zaporednih odsotnosti z dela do 30 delovnih dni zaradi iste bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom, in traja prekinitvev med eno in drugo odsotnostjo manj kot deset delovnih dni.
- (2) Zavarovanec iz drugega odstavka prejšnjega člena ima za dan zadržanosti od dela zaradi darovanja krvi pravico do denarnega nadomestila v breme državnega proračuna. Proračun Republike Slovenije povrne Zavodu sredstva dvakrat na leto na podlagi zbirnega računa, h kateremu da soglasje ministrstvo.
- (3) V primeru iz prvega odstavka tega člena denarno nadomestilo izplača delodajalec v breme zdravstvenega zavarovanja kot to določa zakon, ki ureja delovna razmerja.

114. člen
(višina denarnega nadomestila)

- (1) Višina denarnega nadomestila je odvisna od osnove za denarno nadomestilo in vzroka za začasno zadržanost od dela.
- (2) Denarno nadomestilo znaša 100 % osnove v primeru:
 - poškodb pri delu in poklicnih boleznih,
 - darovanja delov človeškega telesa v korist tretje osebe,
 - posledic darovanja delov človeškega telesa,
 - darovanja krvi in posledice darovanja krvi.
- (3) Denarno nadomestilo znaša 80 % osnove v primeru:
 - bolezni in poškodbe izven dela,
 - nege,
 - izolacije,
 - sobivanja,
 - spremstva.
- (4) Denarno nadomestilo ne more biti manjše kot 80 % minimalne plače v Republiki Sloveniji, kot jo določa zakon, ki ureja minimalno plačo, veljavno v času izplačila denarnega nadomestila. To ne velja za zavarovance iz 12., 13. in 14. člena tega zakona, pri katerih je osnova za plačilo prispevkov nižja od tega zneska.
- (5) Denarno nadomestilo ne more biti višje od plače, ki bi jo zavarovanec prejel, če bi delal, oziroma od osnove, po kateri je v času zadržanosti od dela zavarovan. Ne glede na prejšnji stavek denarno nadomestilo ne more biti višje kot dvainpolkratnik povprečne mesečne plače v Republiki Sloveniji v preteklem koledarskem letu. Če za mesec zadržanosti od dela ni mogoče pridobiti podatka o plači, ki bi jo zavarovanec prejel če bi delal, se upošteva minimalna plača, veljavna za mesec zadržanosti od dela.
- (6) Znesek najnižjega in najvišjega denarnega nadomestila iz četrtega in petega odstavka tega člena se določita v sorazmernem delu glede na delovne ure oziroma delovne dneve, ko je bil zavarovanec začasno zadržan od dela s pravico do denarnega nadomestila v breme zdravstvenega zavarovanja.
- (7) Zavarovancu, ki je v času prejemanja denarnega nadomestila odstranjen z dela, se denarno nadomestilo zniža za toliko, kolikor bi se v tem času znižala njegova plača.
- (8) Denarno nadomestilo se ne valorizira.

115. člen
(osnova za denarno nadomestilo)

- (1) Osnova za denarno nadomestilo je povprečje izplačanih mesečnih plač in nadomestil ter osnov za plačilo prispevkov v koledarskem letu pred letom, v katerem je nastala začasna zadržanost od dela.
- (2) Zavarovancu, ki ni imel plače oziroma osnove za plačilo prispevkov in nadomestil v obdobju iz prejšnjega odstavka, je osnova za denarno nadomestilo povprečni mesečni znesek plač oziroma

osnove za plačilo prispevkov in nadomestil v obdobju iz obveznega zavarovanja 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 oziroma osnove za plačilo prispevkov in nadomestil, ter za zavarovanca, ki se poškoduje na poti na delo, preden je nastopil delo, je osnova za denarno nadomestilo plačilo, ki bi ga prejel, če bi delal, vendar ne več kot je to določeno v petem odstavku prejšnjega člena.
- (4) Osnova za odmero denarnega nadomestila se ugotavlja na podlagi podatkov iz obračuna davčnih odtegljajev, ki jih zavezanci posredujejo davčnemu organu na predpisanih obrazcih (v nadaljnjem besedilu: REK obrazci). Če zavezanec davčnemu organu za delavca ni posredoval predpisanih REK obrazcev, se osnova za odmero denarnega nadomestila določi na podlagi podatkov, ki jih je Zavodu na njegovo zahtevo dolžan posredovati delodajalec. Podatke o osnovi za odmero denarnega nadomestila pri zavarovancih iz 12., 13. in 14. člena tega zakona na podlagi podatkov, ki jih zavezanci posredujejo davčnemu organu, Zavodu posreduje davčni organ.
- (5) Če podatkov, potrebnih za obračun nadomestila plače ni moč pridobiti na način iz prejšnjega odstavka, se kot osnova za nadomestilo plače v primeru delovnega razmerja za polni delovni čas upošteva minimalno plačo, veljavno v obdobju iz prvega odstavka tega člena, oziroma njen sorazmerni del v primeru krajšega delovnega časa.
- (6) 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.

116. člen

(denarno nadomestilo po prenehanju delovnega razmerja oziroma po prenehanju zavarovanja)

Zavarovanec, ki mu je med začasno zadržanostjo od dela zaradi poklicne bolezni ali poškodbe pri delu prenehalo delovno razmerje oziroma mu je prenehalo zavarovanje iz 12., 13. ali 14. člena tega zakona, ima pravico do denarnega nadomestila do povrnitve zmožnosti za delo, vendar ne dlje kot je določeno v 274. členu tega zakona.

117. člen

(izguba pravice do denarnega nadomestila)

- (1) Zavarovanec ni upravičen do denarnega nadomestila, če v času začasne zadržanosti od dela:
 1. opravlja pridobitno delo,
 2. brez utemeljenih razlogov odkloni ali neupravičeno odloži predlagano zdravljenje in s tem neupravičeno podaljšuje začasno nezmožnost za delo,
 3. se brez upravičenega vzroka ne odzove pozivu na zdravniški pregled pri osebnemu zdravniku, napotnem zdravniku, imenovanem zdravniku, zdravstveni komisiji ali invalidski komisiji,
 4. ne ravna po navodilih za ravnanje v času začasne zadržanosti od dela,
 5. brez dovoljenja zdravnika odpotuje v tujino ali iz kraja dejanskega bivanja.

- (2) 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.
- (3) Zavarovanec izgubi pravico do denarnega nadomestila za celotni mesec, v katerem je bila storjena kršitev:
- 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),
 - v primeru kršitev iz 2., 3., 4. in 5. točke prvega odstavka tega člena v višini neto denarnega nadomestila.
- (4) Ne glede na prejšnji odstavek pa zavarovanec, pri katerem je bila v času nezmožnosti za delo že ugotovljena kršitev iz prvega odstavka tega člena, ugotovi nova kršitev, ni upravičen do denarnega nadomestila v skladu s prejšnjim odstavkom ves čas odobrene začasne zadržanosti od dela.
- (5) Zavarovanec nima pravice do bruto denarnega nadomestila za čas, ko je na podlagi sodbe, sodne ali izvensodne poravnave ali v okviru postopkov alternativnega reševanja sporov za nazaj vzpostavljeno delovno razmerje.
- (6) Ne glede na prejšnji odstavek zavarovanec ne izgubi pravice do denarnega nadomestila, če je zavarovanec v delovnem sporu uspel zoper delodajalca, ki je v postopku likvidacije ali stečaja po zakonu, ki ureja postopke zaradi insolventnosti, ali če tudi po enem letu od uvedbe postopka za prisilno izvršitev sodbe, ta še ni izvršena.

118. člen **(neizplačilo denarnega nadomestila)**

- (1) Če denarno nadomestilo zavarovancu še ni bilo izplačano, delodajalec oziroma Zavod zavarovancu ne izplačata zneska denarnega nadomestila, do katerega bi sicer bil upravičen, če ne bi prišlo do razlogov iz prejšnjega člena, in sicer tako, da:
- v primerih iz 2., 3., 4. in 5. točke prvega odstavka prejšnjega člena ne izplačata neto denarnega nadomestila, ne glede na določbe zakona, ki ureja davčni postopek, pa izvedeta obračun in plačilo davkov in obveznih prispevkov za socialno varnost,
 - v primerih iz 1. točke prvega in petega odstavka prejšnjega člena ne izplačata bruto denarnega nadomestila.
- (2) O neizplačilu denarnega nadomestila v skladu s prejšnjim odstavkom tega člena Zavod odloči z odločbo, ki jo vroči delodajalcu z navadno vročitvijo, vročitev pa se šteje za opravljeno tretji dan od dneva odpreme.

119. člen
(odvzem neupravičeno prejetega denarnega nadomestila)

- (1) Denarno nadomestilo, ki ga je zavarovanec prejel kljub obstoju razloga iz 116. člena tega zakona ter v drugih primerih, ko Zavod naknadno ugotovi, da zavarovanec v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja ni bil upravičen do denarnega nadomestila ali pa je bil upravičen do nižjega zneska denarnega nadomestila, kot mu je bilo izplačano, je neupravičeno prejeta denarno nadomestilo.
- (2) Zavod neupravičeno prejeta denarno nadomestilo in dolžnost njegovega vračila ugotovi z odločbo, s katero zavarovancu ali delodajalcu naloži obveznost vračila neupravičeno prejetega denarnega nadomestila v 30 dneh od dokončnosti odločbe, po poteku tega roka pa z zakonskimi zamudnimi obrestmi.
- (3) Zavarovanec, ki mu je Zavod neposredno obračunal in izplačal denarno nadomestilo, ali zavarovanec, ki mu je delodajalec obračunal in izplačal denarno nadomestilo v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja, je dolžan vrniti neupravičeno prejeta neto denarno nadomestilo v roku iz prejšnjega odstavka tega člena. V primerih iz 117. člena tega zakona, ko zavarovanec nima pravice do bruto denarnega nadomestila, pristojni davčni organ po določbah zakona, 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.
- (4) Če zavarovanec ni več v delovnem razmerju pri delodajalcu, ki je zavarovancu izplačal denarno nadomestilo v breme Zavoda, Zavodu na njegovo zahtevo posreduje podatke o višini neto denarnega nadomestila, ki ga nato zavarovanec v skladu s tretjim odstavkom tega člena vrne Zavodu.
- (5) Znesek neupravičeno prejetega denarnega nadomestila Zavod pobota z obveznostmi iz naslova denarnega nadomestila, ki ima do delodajalca za zavarovance iz 11. člena tega zakona, do zavarovancev iz 12., 13. in 14. člena tega zakona ali zavarovancev iz 121. člena tega zakona.

120. člen
(postopek izplačila denarnega nadomestila)

- (1) Denarno nadomestilo izplača delavcu v breme obveznega zavarovanja njegov delodajalec. Zavod povrne delodajalcu izplačano denarno nadomestilo v 30 dneh po predložitvi zahtevka, kateremu morajo biti priložene pravilno in popolno izpolnjene listine, potrebne za obračun denarnega nadomestila.
- (2) Zavarovancem iz 12., 13. in 14. člena tega zakona, ki so upravičeni do denarnega nadomestila, Zavod izplača neto denarno nadomestilo, zmanjšano za davke in prispevke, v 15 dneh po predložitvi listin, potrebnih za obračun nadomestila. Davke in prispevke od denarnih nadomestil Zavod obračuna in plača ob izplačilu denarnega nadomestila.

- (3) Obliko in vsebino listin iz prvega in drugega odstavka tega člena določi Zavod. Zavod predpiše način in postopke za izračun in izplačilo denarnega nadomestila.
- (4) Upravičenci do denarnega nadomestila lahko zahtevajo izplačilo denarnega nadomestila tudi v elektronski obliki prek državnega portala za podjetja in podjetnike (v nadaljnjem besedilu: e-DEM). Zavod določi zavezanca, ki lahko vlagajo zahteve za izplačilo denarnega nadomestila v elektronski obliki ter določi, za katere zavezanca je takšno vlaganje obvezno.
- (5) V primeru zahteve za denarno nadomestilo za dan prostovoljnega darovanja krvi je zahtevi potrebno priložiti potrdilo o darovanju krvi, ki ga izstavi ustanova, v kateri je zavarovana oseba darovala kri.
- (6) Zavod delodajalcu ne poravnava obračunanih denarnih nadomestil plač:
- če jih ni izplačal delavcem, ki so bili do njih upravičeni,
 - če ni izkazano, da je delodajalec plačal delavcu iz lastnih sredstev denarno nadomestilo plače za 120 delovnih dni v koledarskem letu v primeru začasne zadržanosti od dela zaradi njegove bolezni ali poškodbe, ali če ne izkaže, da gre za dve ali več zaporednih odsotnosti z dela zaradi iste bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom, do 30 dni, in je v posameznem primeru prekinitev med in eno in drugo odsotnostjo manj kot 10 delovnih dni (recidiv),
 - če v primerih začasne nezmožnosti za delo, ko gre za denarno nadomestilo v breme obveznega zavarovanja, ni odločal imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija, da je zadržanost od dela utemeljena.
- (7) Določba druge in tretje alineje prejšnjega odstavka se smiselno uporablja tudi za zavarovance iz 12., 13. in 14. člena tega zakona.
- (8) Zavod izplača denarno nadomestilo brez izdaje posebne odločbe. Če se upravičenec do denarnega nadomestila ne strinja z izplačilom, lahko zahteva izdajo odločbe.

121. člen

(neposredno izplačilo denarnega nadomestila delavcu)

- (1) Če delodajalec zavarovancu ne izplača denarnega nadomestila v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja v zakonsko določenem oziroma pogodbeno dogovorjenem roku, Zavod zavarovancu neposredno izplača zapadlo neizplačano denarno nadomestilo, ki se v skladu s tem zakonom izplačuje v breme zdravstvenega zavarovanja. Zavarovanec ali njegov delodajalec lahko od Zavoda zahtevata neposredno izplačilo zavarovancu, če:
- zaradi nelikvidnosti ne izplačuje plač ali denarnih nadomestil,
 - ima delodajalec blokiran račun,
 - je nad delodajalcem uveden postopek stečaja ali
 - je delodajalec izbrisan iz poslovnega registra.
- (2) Delodajalec je dolžan zahtevo iz prejšnjega odstavka vložiti v osmih dneh po preteku meseca, v katerem je nadomestilo plače zapadlo v plačilo. Če zavarovanec po preteku tega roka ne prejme pisnega obvestila delodajalca o vložitvi zahteve, lahko zahtevo vloži sam. Zahtevi delodajalca

mora biti priložen pisni obračun delodajalca, iz katerega so razvidni podatki o zapadlem neizplačanem denarnem nadomestilu in izjava delodajalca, da delavcu ni izplačal denarnega nadomestila v zakonsko določenem oziroma pogodbeno dogovorjenem roku.

- (3) Delavec izgubi pravico do neposrednega izplačila celotnega oziroma ustreznega dela denarnega nadomestila plače, če mu je bila terjatev iz tega naslova v celoti oziroma v delu poravnana pred izplačilom s strani Zavoda.
- (4) Natančnejši postopek uveljavljanja neposrednega izplačila denarnega nadomestila delavcu določi Zavod.

122. člen **(pobot denarnega nadomestila)**

Terjatev iz naslova denarnega nadomestila, ki jo ima delodajalec za zavarovanca iz 11. člena tega zakona in zavarovanec iz 12., 13. ali 14. člena tega zakona do Zavoda, se pobota z neplačanimi prispevki za zdravstveno zavarovanje.

7.2 Pravica do povračila potnih stroškov

123. člen **(potni stroški)**

- (1) Zavarovana oseba ima pravico do povračila potnih stroškov, kadar uveljavlja pravice do zdravstvenih storitev po tem zakonu, če mora potovati k izvajalcu v drug kraj, ker v kraju zaposlitve ali bivališča zavarovane osebe v Republiki Sloveniji ni ustreznega izvajalca.
- (2) Zavarovana oseba ima pravico do povračila potnih stroškov iz prejšnjega odstavka za potovanje do najbližjega ustreznega izvajalca, pri čemer potni stroški obsegajo:
 - prevozne stroške,
 - stroške prehrane in nastanitve med potovanjem in bivanjem v drugem kraju.
- (3) Zavarovana oseba ni upravičena do povrnitve potnih stroškov zaradi preventivnih zdravstvenih pregledov, udeležbe v programih krepitve zdravja, nabave zdravil in medicinskih pripomočkov, prevoza na zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, in na zobno-protetično zdravljenje odraslih.

124. člen **(upravičenci do prevoznih stroškov)**

- (1) Do povračila prevoznih stroškov so upravičeni:
- zavarovanci iz enajstega odstavka 16. člena in 20. člena tega zakona in po njih zavarovani družinski člani,
 - zavarovanci, ki so zavarovani za poškodbo pri delu in poklicno bolezen pri uveljavljanju pravic do zdravstvenih storitev, ki so potrebne zaradi zdravljenja poškodbe pri delu in poklicne bolezni,
 - spremljevalci, ne glede na to, ali spremljajo zavarovano osebo iz prve ali druge alineje tega odstavka.
- (2) Spremljevalec iz tretje alineje prejšnjega odstavka ima pravico do povračila prevoznih stroškov:
- ko potuje z zavarovano osebo v času spremstva z javnim prevozom, ki ni avtotaksi prevoz, za razdaljo od bivališča zavarovane osebe do izvajalca in nazaj,
 - ko potuje sam od izvajalca, h kateremu je spremljal zavarovano osebo, za razdaljo od izvajalca do bivališča spremljevalca, in ko potuje k izvajalcu po zavarovano osebo za razdaljo od bivališča spremljevalca do izvajalca.

125. člen **(višina prevoznih stroškov)**

- (1) Osebe iz prvega odstavka prejšnjega člena imajo pravico do povračila prevoznih stroškov v višini:
- cene javnega prevoza, ki ni avtotaksi prevoz, kot izhaja iz predložene vozne karte ali drugega ustreznega dokazila o njegovem plačilu,
 - cene avtotaksi prevoza, kot izhaja iz predloženega dokazila o njegovem plačilu, vendar ne več kot bi znašala kilometrina iz tretje alineje tega odstavka, ali
 - kilometrine, ki je enaka ceni 10 % cene litra neosvinčenega motornega bencina – 95 oktanov, veljavni v času potovanja, če je potovala z osebnim vozilom, z javnim ali avtotaksi prevozom, za katerega ni predložila vozne karte ali drugega ustreznega dokazila o njegovem plačilu.
- (2) Če zavarovana oseba iz prve in druge alineje prvega odstavka prejšnjega člena in spremljevalec iz tretje alineje prvega odstavka prejšnjega člena skupaj potujeta k izvajalcu z osebnim vozilom ali avtotaksi prevozom, sta skupaj upravičena do povračila prevoznih stroškov v višini iz druge in tretje alineje naslednjega člena.

126. člen **(prehrana in nastanitev)**

- (1) Do povračila stroškov prehrane in nastanitve med potovanjem in bivanjem v drugem kraju so upravičene osebe, ki v skladu s tem zakonom za zavarovano osebo uveljavljajo pravico do sobivanja, v primeru iz tretjega odstavka 107. člena tega zakona, v višini:

- dnevnice, ki se izplačuje javnim uslužbencem v organih državne uprave, če je odsotna iz svojega bivališča nad 12 do 24 ur, za stroške prehrane. V primeru iz prejšnjega stavka se dnevnic izplača za 24 ur, ob upoštevanju njene vrednosti na posamezen dan odsotnosti,
- dejanskih stroškov, vendar ne več kot znaša trikratna vrednost dnevnice iz prejšnjega odstavka, za stroške nastanitve za nočitev.

(2) Povračilo stroškov za otroka, starega do sedem let, znaša polovico zneska iz prejšnjega odstavka.

127. člen **(uveljavljanje pravice do potnih stroškov)**

V primeru iz 125. člena tega zakona mora vloga za povračilo potnih stroškov vsebovati sestavine, ki jih s splošnim aktom določi Zavod. Vlogo za povračilo potnih stroškov vloži zavarovana oseba, ki je potovala k izvajalcu, spremljevalec pa le v primeru smrti zavarovane osebe, ki jo je spremljal.

128. člen **(postopek odločanja o pravici do potnih stroškov)**

- (1) O vlogi iz prejšnjega člena odloča uradna oseba Zavoda. Na prvi stopnji odloča območna enota Zavoda, na drugi stopnji pa Direkcija Zavoda.
- (2) Zavod izplača potne stroške brez izdaje posebne odločbe. Upravičenec do potnih stroškov, ki se z izplačilom ne strinja, zahteva od Zavoda izdajo odločbe.

7.3 Splošne določbe denarnih terjatev

129. člen **(zastaralni rok)**

Denarne terjatve v skladu s tem zakonom zastarajo v enem letu.

130. člen **(uveljavljanje zahtevkov)**

Zapadle denarne terjatve lahko v primeru smrti zavarovane osebe, kot upravičenca, uveljavlja dedič, plačnik stroškov, oseba, ki so ji nastali potni stroški zaradi sobivanja, ali spremljevalec.

131. člen **(sporočanje odločitev)**

Zavod izplača denarne dajatve, pri čemer ne izda posebnih odločb, temveč se upravičencu pošlje obvestilo o nakazilu s pravnim poukom, da lahko zahteva izdajo odločbe, če se ne strinja z izplačilom denarne dajatve.

8. Pravica do zdravljenja v tujini

132. člen (zdravljenje v tujini)

- (1) Zavarovana oseba ima pravico do načrtovanega ali nenačrtovanega zdravljenja v tujini na podlagi tega zakona, prava EU in meddržavne pogodbe.
- (2) Pravice do zdravstvenih storitev, zdravil, živil in medicinskih pripomočkov lahko uveljavlja v času začasnega ali stalnega prebivanja v tujini.
- (3) Zavarovana oseba ima po zdravljenju v skladu s tem členom v Republiki Sloveniji zagotovljen enak dostop do pravic, kot če bi zdravljenje uveljavljala v Republiki Sloveniji.

133. člen (nenačrtovano zdravljenje v tujini)

- (1) Zavarovana oseba lahko uveljavlja pravico do nenačrtovanega zdravljenja v tujini v času začasnega bivanja v tujini ko:
 - je napotena na delo v tujino,
 - je na zasebnem potovanju,
 - je na izobraževanju v tujini.
- (2) Zavarovana oseba lahko uveljavlja pravico do nenačrtovanega zdravljenja v tujini tudi v času stalnega bivanja v tujini. Pravice do zdravstvenih storitev v času stalnega bivanja v državah ima zavarovana oseba, ki je:
 - zaposlena oziroma samozaposlena oseba in stalno prebiva v državi v kateri velja pravni red EU oziroma meddržavna pogodba,
 - upokojenec, ki stalno prebiva v državi, v katerih velja pravni red EU oziroma meddržavna pogodba,
 - družinski član zavarovanih oseb iz prve in druge alineje tega odstavka, ki stalno prebiva v državi, v katerih velja pravni red EU oziroma meddržavna pogodba.
- (3) Zavarovana oseba iz prvega in drugega odstavka tega člena uveljavlja pravice v času začasnega ali stalnega bivanja v tujini v:
 - državah, kjer velja pravni red EU,
 - državah, s katerimi so sklenjeni meddržavne pogodbe,

- drugih državah.

134. člen

(stalno prebivanje v državi, v katerih velja pravni red EU)

- (1) Zavarovana oseba, ki stalno prebiva v državi, kjer velja pravni red EU, ima pravico do zdravstvenih storitev v skladu z zakonodajo države stalnega prebivališča.
- (2) Zavarovana oseba iz prve alinee tretjega odstavka 133. člena tega zakona ima pravico do zdravstvenih storitev tudi v državi, kjer opravlja dejavnost zaposlene oziroma samozaposlene osebe.
- (3) Zavarovana oseba iz tretjega odstavka 133. člena tega zakona ima v času začasnega prebivanja,
 - v drugih državah, v katerih velja pravni red EU, pravico do nujnih oziroma potrebnih zdravstvenih storitev oziroma povračila stroškov teh storitev, ki so potrebne iz medicinskih razlogov, upoštevajoč naravo storitev in pričakovano dolžino začasnega bivanja v drugi državi,
 - v državah, kjer velja meddržavna pogodba, pravico do nujnih zdravstvenih storitev oziroma do povračila stroškov teh storitev, ki jih ni mogoče odložiti, ne da bi bilo pri tem ogroženo življenje ali zdravje osebe,
 - v ostalih državah imajo pravico do nujnih zdravstvenih storitev oziroma do povračila stroškov zdravstvenih teh storitev v obsegu obveznega zdravstvenega zavarovanja v Republiki Sloveniji.
- (4) Stroški zdravstvenih storitev iz prve in druge alinee prejšnjega odstavka se zavarovani osebi povrnejo v višini, ki jo sporoči nosilec zavarovanja države, v kateri je bila storitev uveljavljena. Stroški zdravstvenih storitev iz tretje alinee prejšnjega odstavka se zavarovani osebi povrnejo v višini povprečne cene teh storitev v Republiki Sloveniji.
- (5) Zavarovana oseba ima v času začasnega prebivanja v Republiki Sloveniji pravico do zdravstvenih storitev v obsegu obveznega zdravstvenega zavarovanja.

135. člen

(stalno prebivanje v državi, v katerih velja meddržavna pogodba)

- (1) Zavarovana oseba, ki stalno prebiva v državi, kjer velja mednarodni sporazum, razen osebe iz prve alinee tretjega odstavka 137. člena tega zakona, ima pravico do zdravstvenih storitev v skladu z zakonodajo države stalnega prebivališča.
- (2) Zavarovana oseba v času začasnega prebivanja v drugih državah, v katerih velja pravni red EU oziroma mednarodni sporazum oziroma tretjih državah, uveljavlja pravice do zdravstvenih storitev v skladu z zakonodajo države stalnega prebivališča.
- (3) Zavarovana oseba iz druge in tretje alinee tretjega odstavka 137. člena tega zakona ima v času začasnega prebivanja v Republiki Sloveniji pravico do nujnih zdravstvenih storitev iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja v Republiki Sloveniji.

136. člen
(stalno prebivanje v drugih državah)

Zavarovana oseba, ki stalno prebiva v tretjih državah, nima pravice do zdravstvenih storitev oziroma povračila stroškov.

137. člen
(začasno prebivanje v državi, v katerih velja pravni red EU)

- (1) Zavarovana oseba ima v času začasnega bivanja v državah, v katerih velja pravni red EU, pravico do zdravstvenih storitev oziroma do povračila stroškov teh storitev, ki so potrebne iz medicinskih razlogov, upoštevajoč naravo storitev in pričakovano dolžino začasnega bivanja v drugi državi.
- (2) Stroški zdravstvenih storitev iz prejšnjega odstavka se zavarovani osebi povrnejo v višini, kot jo sporoči nosilec zavarovanja države, v kateri je bila storitev uveljavljena.

138. člen
(začasno prebivanje v državi, v katerih velja meddržavna pogodba)

- (1) Zavarovana oseba ima v času začasnega bivanja v primeru zasebnega potovanja in izobraževanja v državah, v katerih velja mednarodni sporazum, pravico do zdravstvenih storitev oziroma do povračila stroškov, ki jih ni mogoče odložiti, ne da bi bilo pri tem ogroženo življenje ali zdravje osebe.
- (2) Zavarovana oseba ima v času začasnega bivanja v primeru napotitve na delo pravico do zdravstvenih storitev oziroma do povračila stroškov v obsegu obveznega zdravstvenega zavarovanja v skladu z zakonodajo države, v kateri uveljavlja storitev.
- (3) Stroški zdravstvenih storitev iz prvega in drugega odstavka tega člena se zavarovani osebi povrnejo v višini, kot jo sporoči nosilec zavarovanja države, v kateri je bila storitev uveljavljena.

139. člen
(začasno prebivanje v drugih državah)

- (1) Zavarovana oseba ima v času začasnega bivanja v primeru zasebnega potovanja in izobraževanja v ostalih državah pravico do povračila stroškov zdravstvenih storitev v obsegu nujne medicinske pomoči in nujnega zdravljenja v Republiki Sloveniji.
- (2) Zavarovana oseba ima v času začasnega bivanja v primeru napotitve na delo pravico do povračila stroškov zdravstvenih storitev v obsegu obveznega zdravstvenega zavarovanja v Republiki Sloveniji.

- (3) Zavarovana oseba ima v primeru zaposlitve v ostalih državah pravico do povračila stroškov zdravstvenih storitev v obsegu obveznega zdravstvenega zavarovanja v Republiki Sloveniji.
- (4) Stroški zdravstvenih storitev iz prvega, drugega in tretjega odstavka tega člena se zavarovani osebi povrnejo v višini povprečne cene teh storitev v Republiki Sloveniji

140. člen
(postopek uveljavljanja pravice do nenačrtovanega zdravljenja v tujini)

- (1) Zavarovani osebi izda Zavod na njeno zahtevo listino, s katero lahko uveljavlja pravice do zdravstvenih storitev med bivanjem in delom v tujini, če odhaja v državo, za katero velja pravni red EU ali s katero ima Republika Slovenija sklenjeno meddržavno pogodbo oziroma drugo listino. Delavce, ki jih napoti na delo ali strokovno izpopolnjevanje, mora zavezanec v primeru, da bo delo ali usposabljanje trajalo več kot 3 mesece, prijaviti Zavodu.
- (2) Če odhaja zavarovana oseba v tujino na lastno željo, da bi se tam zaposlila, mora pri zavodu zavarovati svoje družinske člane, če jim niso zagotovljene pravice z njegovim zdravstvenim zavarovanjem v tujini.
- (3) Zavod določi veljavnost listine v posameznem primeru. Listino izda:
 - zavarovancu, ki je napoten na delo v tujino, in njegovim družinskim članom največ za čas predvidenega dela v tujini,
 - zavarovanim osebam, ki študirajo ali so na strokovnem izpopolnjevanju v tujini, nimajo pa lastnosti delavca, največ za študijsko leto oziroma za predvideno dobo študija ali izpopolnjevanja v tujini,
 - zavarovanim osebam za čas začasnega bivanja v tujini za eno leto,
 - upokojencem in po njih zavarovanim družinskim članom ter otrokom do dopolnjenega 18. leta, če niso sami zavarovanci, za pet let oziroma do dopolnjenega 18. leta.
- (4) Zavod povrne zavarovani osebi stroške zdravljenja, zdravil, živil in medicinskih pripomočkov, ki jih je zavarovana oseba uveljavila oziroma kupila v tujini v skladu s tem zakonom in predpisi, izdanimi na njegovi podlagi, razen če ni s pravnim redom EU ali meddržavno pogodbo drugače določeno. Zavod se lahko v državah, v katerih ne velja pravni red EU ali s katerimi Republika Slovenija nima sklenjene meddržavne pogodbe, z diplomatsko-konzularnim ali drugim predstavništvom dogovori, da ta poravnava stroške zdravljenja, ki mu jih nato Zavod povrne. V ta namen lahko zavod zagotovi predstavništvu sredstva za plačilo zdravstvenih storitev. Podrobnejše opredelitve glede plačila stroškov, določanja cen zdravstvenih storitev, izplačila denarnih dajatev, se določijo z medsebojno pogodbo.

141. člen
(načrtovano zdravljenje v tujini zaradi izčrpanih možnosti)

- (1) Zavarovana oseba ima pravico do pregleda, preiskave ali zdravljenja v tujini oziroma do povračila stroškov teh storitev, če so v Republiki Sloveniji izčrpane možnosti zdravljenja, s pregledom, preiskavo ali z zdravljenjem v tujini pa je utemeljeno pričakovati ozdravitev ali izboljšanje ali preprečitev nadaljnjega slabšanja zdravstvenega stanja.
- (2) Možnosti zdravljenja v Republiki Sloveniji so izčrpane, ko v Republiki Sloveniji zavarovani osebi ni mogoče zagotoviti zdravljenja, vendar so potrebne zdravstvene storitve pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Za izčrpane možnosti ne gre v primeru:
 - porušenega zaupanja med izvajalcem in zavarovano osebo,
 - druge metode zdravljenja, ki se izvaja v tujini.
- (3) V primeru iz prvega odstavka tega člena ima pravico do spremstva med pregledom, preiskavo ali zdravljenjem v tujini:
 - zavarovana oseba, do dopolnjenega 18. leta starosti,
 - zavarovana oseba, katere zdravstveno stanje zahteva spremstvo.
- (4) Stroški zdravstvenih storitev iz prvega odstavka tega člena se zavarovani osebi povrnejo v višini dejanskih stroškov teh storitev v državi, v kateri so bile uveljavljene.

142. člen

(načrtovano zdravljenje v tujini zaradi preseganje najdaljše dopustne ali razumnega časa)

- (1) Zavarovana oseba ima v skladu z določbami Uredbe (ES) št. 883/2004 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 29. aprila 2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti (UL L št. 166 z dne 30. 4. 2004, str. 1), zadnjič spremenjene z Uredbo Sveta (EU) št. 517/2013 z dne 13. maja 2013 o prilagoditvi nekaterih uredb ter odločb in sklepov na področjih prostega pretoka blaga, prostega gibanja oseb, prava družb, politike konkurence, kmetijstva, varnosti hrane, veterinarske in fitosanitarne politike, prometne politike, energetike, obdavčitve, statistike, vseevropskih omrežij, pravosodja in temeljnih pravic, pravice, svobode in varnosti, okolja, carinske unije, zunanjih odnosov, zunanje, varnostne in obrambne politike ter institucij zaradi pristopa Republike Hrvaške (UL L št. 158 z dne 10. 6. 2013, str. 1), in Uredbe (ES) št. 987/2009 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 16. septembra 2009 o določitvi podrobnih pravil za izvajanje Uredbe (ES) št. 883/2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti (UL L št. 284 z dne 30. 10. 2009, str. 1), zadnjič spremenjene z Uredbo Komisije (EU) št. 1224/2012 z dne 18. decembra 2012 o spremembi Uredbe (ES) št. 883/2004 Evropskega parlamenta in Sveta o koordinaciji sistemov socialne varnosti in Uredbe (ES) št. 987/2009 Evropskega parlamenta in Sveta o določitvi podrobnih pravil za izvajanje Uredbe (ES) št. 883/2004 (UL L št. 349 z dne 19. 12. 2012, str. 45), pravico do pregleda, preiskave ali zdravljenja v drugi državi članici Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora in Švicarske konfederacije, oziroma do povračila stroškov teh storitev:
 - če ji je bila pri vpisu v čakalni seznam izvajalca določena čakalna doba, ki presega najdaljšo dopustno čakalno dobo in zdravstvene storitve ni mogoče uveljaviti v okviru najdaljših dopustnih čakalnih dob pri vsaj enem izvajalcu v Republiki Sloveniji,
 - če ji je bila pri vpisu v čakalni seznam izvajalca določena čakalna doba, ki ne presega najdaljše dopustne čakalne dobe, presega pa razumen čas in zdravstvene storitve ni mogoče uveljaviti v razumnem času pri vsaj enem izvajalcu v Republiki Sloveniji.

- (2) Prejšnji odstavek ne velja v primeru preseganja najdaljše dopustne čakalne dobe ali razumnega časa za zdravstvene storitve v osnovni zdravstveni dejavnosti, ki jih izvajajo osebni zdravnik, osebni ginekolog in osebni zobozdravnik
- (3) V primeru iz prvega odstavka tega člena ima pravico do spremstva med pregledom, preiskavo ali zdravljenjem v državi članici EU, EGP in Švicarski konfederaciji:
 - zavarovana oseba, do dopolnjenega 18. leta starosti,
 - zavarovana oseba, katere zdravstveno stanje zahteva spremstvo.
- (4) Če je predmet odobritve zdravljenja iz prvega odstavka tega člena izdelava zobno-protetičnih pripomočkov, Zavod v postopku odobritve zdravljenja odloči o pravici do zobno-protetičnih pripomočkov tudi ob upoštevanju 68. člena tega zakona.
- (5) Če je predmet povračila stroškov zdravstvenih storitev iz prvega odstavka tega člena izdelava zobno-protetičnih pripomočkov, pred njihovo izdelavo ni treba zahtevati potrditev Zavoda iz 68. člena tega zakona. Če predhodna potrditev Zavoda iz prejšnjega stavka ni bila zahtevana, Zavod v postopku odločanja o povračilu stroškov zdravstvenih storitev odloči o pravici do zobno-protetičnih pripomočkov tudi ob upoštevanju 68. člena tega zakona.
- (6) Stroški zdravstvenih storitev iz prvega odstavka tega člena se zavarovani osebi povrnejo v višini dejanskih stroškov, vendar ne več kot znašajo stroški teh storitev v javni zdravstveni mreži v državi, v kateri so bile uveljavljene.

143. člen
(čezmejno zagotavljanje zdravstvenih storitev)

- (1) Zavarovana oseba ima v skladu z določbami Direktive 2011/24/EU pravico do povračila stroškov zdravstvenih storitev, ki so pravica in jih uveljavi v drugi državi članici EU:
 - na podlagi napotnice osebnega zdravnika ali napotnega zdravnika v Republiki Sloveniji do bolnišničnih in specialistično ambulantnih zdravstvenih storitev, pri čemer napotnica ni potrebna za specialistično ambulantne zdravstvene storitve, ki jih zavarovana oseba lahko uveljavi pri izvajalcih brez napotnice,
 - na podlagi napotnice EU, če je zdravnik iz druge države članice EU prejel od osebnega zdravnika ali napotnega zdravnika zavarovane osebe, na podlagi napotnice iz prejšnje alineje, pooblastilo za nadaljnjo napotitev,
 - na podlagi odločbe zavoda o predhodni odobritvi,
 - na podlagi odločbe zavoda o odobritvi zdraviliškega zdravljenja,
 - na podlagi odločbe zavoda o upravičenosti do medicinskega ali drugega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe,
 - na podlagi naročilnice ali naročilnice EU,
 - na podlagi recepta ali receptnega obrazca.
- (2) Predhodna odobritev zavoda iz tretje alineje prejšnjega odstavka je pogoj za uveljavljanje pravice do povračila stroškov zdravstvenih storitev:
 - bolnišničnih zdravstvenih storitev, ki vključujejo prenočitev zavarovane osebe,

- zdravstvenih storitev, ki zahtevajo uporabo visoko specializirane in drage medicinske infrastrukture ali medicinske opreme.
- (3) Ne glede na določbe prvega odstavka tega člena zavarovana oseba ni upravičena do povračila stroškov za:
- zdravstvene storitve v osnovni zdravstveni dejavnosti, ki jih izvajajo osebni zdravnik, osebni ginekolog in osebni zobozdravnik,
 - zdravstvene storitve na področju dolgotrajne oskrbe, vključno z neakutno bolnišnično obravnavo ter zdravljenjem in nego v socialnovarstvenih zavodih,
 - zdravstvene storitve na področju pridobivanja in presaditve delov človeškega telesa,
 - zdravstvene storitve na področju presejalnih programov,
 - medicinske ali druge pripomočke, ki jih zavarovana oseba na naročilnico prejme v izposoj,
 - sobivanje,
 - potne stroške in spremstvo.
- (4) Predhodna odobritev se zavrne, če:
- je zdravstveno storitev mogoče uveljaviti v okviru najdaljših dopustnih čakalnih dob pri vsaj enem izvajalcu zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji, glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe in na verjetni razvoj bolezni pa za zdravljenje ne bo presežen razumen čas,
 - bo zavarovana oseba z zadostno gotovostjo izpostavljena tveganju za varnost, ki se ne more razumeti kot sprejemljivo, pri čemer se upoštevajo tudi morebitne prednosti, ki bi jih zdravstvena storitev, ki je predmet predhodne odobritve, za zavarovano osebo imela,
 - bo širša javnost zaradi zdravstvene storitve, ki je predmet predhodne odobritve, z zadostno gotovostjo izpostavljena varnostnemu tveganju,
 - bo storitev zagotovil izvajalec, glede katerega obstajajo resni in konkretni pomisleki v zvezi s spoštovanjem standardov in smernic glede kakovosti, varnosti in nadzora nad izvajanjem zdravstvenih storitev.
- (5) Če so v primeru zdravstvenih storitev, za katere se zahteva predhodna odobritev Zavoda iz drugega odstavka tega člena, hkrati izpolnjeni pogoji za uveljavljanje pravice na podlagi prejšnjega in tega člena, se uporabijo določbe prejšnjega člena, razen, če zavarovana oseba izrecno izjavi, da pravico uveljavlja na podlagi tega člena.
- (6) Če je predmet povračila stroškov zdravstvenih storitev iz prve in druge alineje prvega odstavka tega člena izdelava zobno-protetičnih pripomočkov pri specialistu protetiku, pred njihovo izdelavo ni treba zahtevati potrditev zavoda iz 68. člena tega zakona. Če predhodna potrditev Zavoda iz prejšnjega stavka ni bila zahtevana, Zavod v postopku odločanja o povračilu stroškov zdravstvenih storitev odloči o pravici do zobno-protetičnih pripomočkov tudi ob upoštevanju 68. člena tega zakona.
- (7) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov zdraviliškega zdravljenja, ki je bilo izvedeno v drugi državi članici EU na podlagi odločbe Zavoda o odobritvi zdraviliškega zdravljenja, ki jo Zavod izda na predlog pooblaščenega zdravnika, če je bilo zdraviliško zdravljenje izvedeno v skladu s to odločbo Zavoda, razen v delu, ki določa naziv zdravilišča v Republiki Sloveniji.

- (8) Ministrstvo seznani javnost o nastopu okoliščin za zavrnitev predhodne odobritve iz tretje in četrte alineje četrtega odstavka tega člena na svojih spletnih straneh.
- (9) Stroški zdravstvene storitve iz prvega odstavka tega člena se zavarovani osebi povrnejo v višini povprečne cene teh storitev v Republiki Sloveniji, veljavne na dan opravljene zdravstvene storitve v drugi državi članici EU, vendar ne več, kot znašajo dejanski stroški.
- (10) Seznam zdravstvenih storitev iz druge alineje drugega odstavka tega člena določi minister.

144. člen
(omejitev čezmejnega zdravstvenega varstva)

- (1) Minister lahko določi:
 - omejitev dostopa do zdravstvenih storitev pacientom iz drugih držav članic EU v javni zdravstveni mreži v Republiki Sloveniji,
 - omejitev povračila stroškov pri uveljavljanju pravice iz 143., 145. in 146. člena tega zakona,
 - če bi izvajanje zdravljenja v tujini na podlagi prejšnjega člena ali uveljavljanje zdravstvenih storitev pacientov iz drugih držav članic EU pomenilo poseg v prevladujoče razloge v splošnem interesu, kot so nezmožnost zagotavljanja zadostnega in stalnega dostopa do uravnoveženega obsega visokokakovostnega zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji ali preveliko porabo finančnih, tehničnih in človeških virov z vidika obvladovanja stroškov.
- (2) Omejitev iz druge alineje prejšnjega odstavka ne velja, če je zavarovani osebi že bila izdana odločba Zavoda o predhodni odobritvi iz tretje alineje prvega odstavka prejšnjega člena.

145. člen
(čezmejno zagotavljanje medicinskih in drugih pripomočkov)

- (1) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov cene medicinskega ali drugega pripomočka, če je kupljen v drugi državi članici EU na podlagi naročilnice.
- (2) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov cene medicinskega ali drugega pripomočka, če je kupljen v Republiki Sloveniji ali v drugi državi članici EU na podlagi naročilnice EU.
- (3) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov cene medicinskega ali drugega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe, če je kupljen v drugi državi članici EU na podlagi odločbe Zavoda o upravičenosti do pripomočka pred iztekom trajnostne dobe, ki se izda na predlog pooblaščenega zdravnika ali na zahtevo, ki se jo vloži na podlagi naročilnice EU.
- (4) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov cene medicinskega ali drugega pripomočka s seznama zdravstvenih storitev iz desetega odstavka 143. člena tega zakona, če je kupljen v drugi državi članici EU na podlagi naročilnice ali naročilnice EU in je bila pred nakupom izdana odločba Zavoda o predhodni odobritvi povračila stroškov cene medicinskega pripomočka. Odločba Zavoda o predhodni odobritvi povračila stroškov cene medicinskega pripomočka se izda:

- na zahtevo, ki jo je treba vložiti v 30 dneh od izdaje naročilnice ali naročilnice EU ali odločbe iz prejšnjega odstavka, na podlagi katere se zahteva predhodna odobritev Zavoda,
 - na zahtevo, ki se jo poda v predlogu pooblaščenega zdravnika ali v zahtevi iz prejšnjega odstavka, če se v tem predlogu oziroma zahtevi sočasno zahteva predhodna odobritev Zavoda iz tega odstavka.
- (5) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov cene medicinskega ali drugega pripomočka na podlagi naročilnice EU tudi, če v Republiki Sloveniji ta pripomoček predstavlja del zdravstvene storitve in ga mora zagotoviti izvajalec.
- (6) V primeru iz tretjega in četrtega odstavka tega člena si lahko zavarovana oseba nabavi medicinski ali drugi pripomoček pri dobavitelju na podlagi potrdila o upravičenosti do takega pripomočka, ki ga Zavod izda ob izdaji odločbe iz tretjega oziroma četrtega odstavka tega člena.
- (7) V primeru iz prvega, drugega, tretjega in četrtega odstavka tega člena pred nakupom medicinskega pripomočka ni treba zahtevati predhodne potrditve Zavoda v smislu odločanja o funkcionalni ustreznosti ali o višjem standardu. Če predhodna potrditev Zavoda iz prejšnjega stavka ni bila zahtevana, zavod odloči o pravici do predlaganega pripomočka višjega standarda v postopku odločanja o povračilu stroškov cene medicinskega pripomočka.
- (8) V primeru iz prvega, drugega, tretjega, četrtega in šestega odstavka tega člena mora biti medicinski ali drug pripomoček kupljen v 30 dneh oziroma v 120 dneh, če gre za medicinski ali drug pripomoček, ki je individualno izdelan za zavarovano osebo ali je zanj potrebna timska izdelava. Rok iz prejšnjega stavka začne teči:
- od izdaje naročilnice ali naročilnice EU,
 - od dokončnosti odločitve zavoda iz tretjega oziroma četrtega odstavka tega člena.
- (9) Stroški cene medicinskega ali drugega pripomočka iz prvega, drugega, tretjega in četrtega odstavka tega člena se zavarovani osebi povrnejo do višine iz cenovnega standarda, najvišje pogodbene cene, ali najvišje priznane cene, kadar je ta določena, vendar ne več, kot znašajo dejanski stroški.

146. člen **(čezmejno zagotavljanje zdravil in živil)**

- (1) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov zdravila in živila, če ga je kupila v drugi državi članici EU na podlagi recepta.
- (2) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov zdravila in živila, če ga je kupila v Republiki Sloveniji ali drugi državi članici EU na podlagi recepta EU.
- (3) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov zdravila in živila s seznama zdravstvenih storitev iz desetega odstavka 143. člena tega zakona:
1. če je pred nakupom iz prvega in drugega odstavka tega člena izdana odločba Zavoda o predhodni odobritvi povračila njegovih stroškov na vlogo, ki jo je treba vložiti v roku, ki ga določi Zavod, in
 2. če ga je kupila v roku, ki ga določi Zavod.

- (4) V primeru iz prvega, drugega in tretjega odstavka tega člena mora biti zdravilo oziroma živilo predpisano na recept oziroma recept EU in izdano v skladu s tem zakonom in splošnimi akti Zavoda.
- (5) Vloga za povračilo stroškov zdravila in živila iz prvega, drugega in tretjega odstavka tega člena in vloga za izdajo odločbe Zavoda o predhodni odobritvi povračila stroškov zdravila in živila tretjega odstavka tega člena mora vsebovati sestavine, določene v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, in druge sestavine, ki jih določi Zavod.
- (6) Stroški iz prvega, drugega in tretjega odstavka tega člena se zavarovani osebi povrnejo do višine vrednosti zdravila in živila, ki jo krije obvezno zdravstveno zavarovanje, vendar ne več kot znašajo dejanski stroški zdravila in živila v državi, v kateri je kupljeno.

147. člen
(nakup zdravila in živila v tujini)

- (1) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov zdravila in živila, če ga je kupila v tujini na podlagi recepta:
 - 1. ker ji ga v Republiki Sloveniji ni bilo mogoče izdati zaradi motnje v preskrbi in zdravila ni bilo mogoče zamenjati z drugim zdravilom s Seznama skupin zdravil s splošnim imenom oziroma živila ni bilo mogoče zamenjati s primerljivim živilom,
 - 2. če ji je lekarna v Republiki Sloveniji pred njegovim nakupom izdala potrdilo o deficitarnosti v roku in z vsebino, ki ju določi Zavod, in
 - 3. če ga kupi v roku, ki ga določi Zavod.
- (2) V primeru iz prejšnjega odstavka mora biti zdravilo in živilo predpisano na recept in izdano v skladu s tem zakonom in splošnimi akti Zavoda.
- (3) Vloga za povračilo stroškov zdravila in živila iz prvega odstavka tega člena mora vsebovati sestavine, določene v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, in druge sestavine, ki jih določi Zavod.
- (4) Stroški zdravila in živila iz prvega odstavka tega člena se zavarovani osebi povrne do višine dejanskih stroškov zdravila in živila v državi, v kateri je kupljeno.

148. člen
(oploditev z biomedicinsko pomočjo v tujini)

- (1) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov zdravstvene storitve oploditve z biomedicinsko pomočjo z darovanimi celicami, ki jo uveljavi v tujini.
- (2) Stroški zdravstvene storitve iz prejšnjega odstavka se zavarovani osebi povrnejo v višini povprečne cene te storitve v Republiki Sloveniji, vendar ne več, kot znašajo dejanski stroški.

149. člen

(prevozni stroški v primeru načrtovanega zdravljenja v tujini)

- (1) Zavarovana oseba, ki uveljavlja pravico iz prvega odstavka 141. člena ali prvega odstavka 142. člena tega zakona, in spremljevalec zavarovane osebe, ki ji je odobreno spremstvo kot pravica, imata pravico do povračila prevoznih stroškov v skladu s 123., 124. in 125. členom tega zakona.
- (2) Ne glede na drugo alinejo prvega in drugega odstavka 125. člena tega zakona se zavarovani osebi in spremljevalcu povrnejo prevozni stroški avtotaksi prevoza v višini njegove cene, kot izhaja iz predloženega dokazila o njegovem plačilu.
- (3) Zavarovana oseba, ki uveljavlja pravico iz prvega odstavka 141. člena ali prvega odstavka 142. člena tega zakona, in spremljevalec zavarovane osebe, ki ji je odobreno spremstvo kot pravica, imata:
 - v primeru odobrenega letalskega prevoza pravico do povračila prevoznih stroškov največ do višine cene prevoza v ekonomskem razredu,
 - v primeru odobrenega prevoza z vlakom pravico do povračila prevoznih stroškov največ do višine cene prevoza v drugem razredu,
 - v primeru odobrenega prevoza z vlakom s spalnikom pravico do povračila prevoznih stroškov največ do višine prevoza v spalniku z dvema posteljama.
- (4) Če zavarovana oseba umre med uveljavljanjem pravice iz prvega odstavka 141. člena ali prvega odstavka 142. člena tega zakona, ima oseba, ki poskrbi za prevoz posmrtnih ostankov zavarovane osebe nazaj v Republiko Slovenijo, pravico do povračila stroškov, nujno potrebnih za prevoz posmrtnih ostankov. Oseba iz prejšnjega stavka je upravičena do povračila dejanskih nujnih stroškov prevoza posmrtnih ostankov vendar ne več, kot znaša povprečna cena nujnih stroškov prevoza posmrtnih ostankov v Republiki Sloveniji. Povprečno ceno nujnih stroškov prevoza posmrtnih ostankov v Republiki Sloveniji enkrat letno določi Zavod.
- (5) Zavarovana oseba in spremljevalec iz prvega odstavka tega člena imata v primeru pravice do povračila stroškov nastanitve iz 126. člena tega zakona tudi pravico do povračila prevoznih stroškov za najkrajšo razdaljo od naslova nastanitve do izvajalca in nazaj v višini iz 125. člena tega zakona in ob upoštevanju drugega odstavka tega člena.

150. člen

(prehrana in nastanitev v primeru načrtovanega zdravljenja v tujini)

- (1) Zavarovana oseba, ki uveljavlja pravico iz prvega odstavka 141. ali prvega odstavka 142. člena tega zakona, ima pravico do povračila stroškov prehrane v višini dnevnice, ki se izplačuje javnim uslužbencem v organih državne uprave za službena potovanja v tujino, če je odsotna iz svojega bivališča nad 12 do 24 ur in ji ni zagotovljena prehrana v okviru zdravstvene storitve v tujini. V primeru iz prejšnjega stavka se dnevica izplača za 24 ur, ob upoštevanju njene vrednosti na posamezen dan odsotnosti zavarovane osebe, pri čemer se za izplačilo dnevnice za vsakih 24 ur ugotavlja:

- če zavarovani osebi ni bila zagotovljena prehrana v tujini – za skupen čas odsotnosti zavarovane osebe iz bivališča, ki se izračuna v urah od datuma in ure začetka potovanja do datuma in ure zaključka potovanja,
 - če je bila zavarovani osebi zagotovljena prehrana v tujini – posebej za čas odsotnosti zavarovane osebe iz bivališča do sprejema pri izvajalcu, ki se izračuna v urah od datuma in ure začetka potovanja do datuma in ure sprejema pri izvajalcu, in posebej za čas odsotnosti zavarovane osebe od odpusta pri izvajalcu do bivališča, ki se izračuna v urah od datuma in ure odpusta pri izvajalcu do datuma in ure zaključka potovanja.
- (2) Zavarovana oseba, ki uveljavlja pravico iz prvega odstavka 141. ali prvega odstavka 142. 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 iz prejšnjega odstavka, če ji ni zagotovljena nočitev v okviru zdravstvene storitve v tujini. V primeru iz prejšnjega stavka se račun, izstavljen v tuji valuti, preračuna v evre po referenčnem tečaju Evropske centralne banke na dan nočitve.
- (3) Pod pogoji iz prvega oziroma drugega odstavka tega člena ima zavarovana oseba pravico do povračila stroškov prehrane oziroma nastanitve tudi za naslednje dneve:
1. za dan pred izvedbo zdravstvene storitve v tujini:
 - če je razdalja med njenim bivališčem in izvajalcem nad 400 kilometrov ali
 - če to zahteva njeno zdravstveno stanje ali potek izvedbe zdravstvene storitve,
 2. za dneve po izvedeni zdravstveni storitvi v tujini, če to zahteva njeno zdravstveno stanje in to potrebo ugotoviti izvajalec v tujini,
 3. za dneve, dokler ji ni zagotovljen prvi možen prevoz s prevoznim sredstvom, določenim v odločbi Zavoda,
 4. za dneve po izvedeni zdravstveni storitvi v tujini, če je nadaljnja zdravstvena storitev v okviru pravice iz prvega odstavka 141. ali prvega odstavka 142. člena tega zakona predvidena v treh dneh od predhodno izvedene zdravstvene storitve in je razdalja med bivališčem zavarovane osebe in izvajalcem nad 400 kilometrov.
- (4) Spremljevalec iz tretjega odstavka 141. ali tretjega odstavka 142. člena tega zakona ima pravico do povračila stroškov iz prvega in drugega odstavka tega člena tudi za dneve iz prejšnjega odstavka.
- (5) Spremljevalec zavarovane osebe, ki ji je z odločbo Zavoda odobreno spremstvo za čas poti na zdravljenje v tujino, ima pravico do povračila stroškov iz prvega in drugega odstavka tega člena tudi za dneve iz 1. in 3. točke tretjega odstavka tega člena in za dan pred zaključkom zdravljenja zavarovane osebe v tujini, če je razdalja med bivališčem zavarovane osebe in izvajalcem nad 400 kilometrov.
- (6) Če je spremljevalec iz četrtega ali petega odstavka tega člena zdravnik ali drug zdravstveni delavec, velja za povračilo stroškov prehrane in nastanitve ureditev te pravice pri izvajalcu, pri

katerem dela zdravnik ali drug zdravstveni delavec, pri čemer plačilo teh stroškov bremeni materialne stroške izvajalca.

- (7) Če izvajalec osebi, ki je z otrokom uveljavljala pravico do spremstva po tem zakonu, ni mogel zagotoviti ustrezne prehrane in nastanitve, je oseba upravičena do povrnitve stroškov prehrane in nastanitve v višini iz prvega in drugega odstavka tega člena.
- (8) Povračilo stroškov za otroka, starega do šest let, znaša polovico zneska iz prvega in drugega odstavka tega člena.

151. člen

(pristojnost odločanja o načrtovanem zdravljenju v tujini)

- (1) Zahteva za uveljavljanje pravice iz 141., 142., 143., 145., 146., 147. in 148. člena tega zakona se vloži pri območni enoti Zavoda.
- (2) O zahtevi iz prejšnjega odstavka odloča na prvi stopnji območna enota Zavoda, na drugi stopnji pa Direkcija Zavoda.
- (3) O pravici iz prvega odstavka tega člena odloča uradna oseba Zavoda.
- (4) V postopku odločanja o pravici iz 141., 142., 143., 145., 146., 147. in 148. člena tega zakona lahko uradna oseba Zavoda, če nima določenega strokovnega znanja, pridobi mnenje imenovanega zdravnika, člana zdravstvene komisije ali drugega zdravnika zavoda.
- (5) Vsebinsko vloge, s katero zavarovana oseba uveljavlja pravico do načrtovanega zdravljenja v tujini določi Zavod.

152. člen

(predhodno pridobivanje mnenja ali podatkov)

- (1) V postopku odločanja o pravici iz 141., 142., 143., 145., 146., 147. in 148. člena tega zakona lahko uradna oseba Zavoda pridobi mnenje konzilija ustreznega izvajalca na terciarni ravni zlasti o naslednjih vidikih zdravljenja zavarovane osebe glede na zdravstveno storitev, ki je predmet zahteve za odobritev zdravljenja v tujini oziroma zahteve za povračilo stroškov tega zdravljenja:
 - katero zdravstveno stanje je podano pri zavarovani osebi ter opis dosedanjega zdravljenja,
 - kakšno zdravljenje potrebuje zavarovana oseba,
 - ali so v Republiki Sloveniji izčrpane možnosti zdravljenja,
 - ali je z zdravljenjem v tujini pričakovati ozdravitev ali izboljšanje ali preprečitev nadaljnega slabšanja zdravstvenega stanja,
 - kolikšen je razumen čas pri zavarovani osebi za zdravstveno storitev,
 - 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 zdravstvena storitev, uveljavljena v tujini, imela za zavarovano osebo,

- koliko časa naj bi trajala zdravstvena storitev v tujini,
 - ali zdravstveno stanje zavarovane osebe utemeljuje odhod v tujino dan pred začetkom zdravljenja v tujini,
 - ali zavarovana oseba rabi spremstvo za čas poti na zdravljenje in nazaj ali tudi za čas zdravljenja v tujini ter kakšno spremstvo,
 - kakšno prevozno sredstvo je potrebno glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe in če je potreben reševalni prevoz, ali rabi prevoz z nujnim reševalnim vozilom ali nenujnim reševalnim vozilom,
 - naziv najbližjega izvajalca zdravstvene dejavnosti v tujini, pri katerem se predlaga uveljavitev zdravstvene storitve.
- (2) Konzilij iz prejšnjega odstavka poda mnenje v roku 14 dni.
- (3) Če izvajalec zdravstvene dejavnosti v tujini, pri katerem je bila uveljavljena zdravstvena storitev na podlagi 141. člena tega zakona, predlaga, da se pri njem opravi prvi kontrolni pregled zavarovane osebe po tej storitvi, v postopku odločanja o odobritvi tega pregleda ni treba pridobiti mnenja konzilija iz prvega odstavka tega člena, ne glede na to, ali je bilo to mnenje pridobljeno v postopku odločanja o odobritvi same zdravstvene storitve.
- (4) V postopku odločanja o pravici iz 142. in drugega in četrtega odstavka 143. člena tega zakona, izvajalec, pri katerem je zavarovana oseba vpisana v čakalni seznam, ugotovi, ali je pri vsaj enem izvajalcu mogoče uveljaviti zdravstveno storitev v okviru najdaljših dopustnih čakalnih dob oziroma v okviru razumnega časa.

153. člen **(odločba o načrtovanem zdravljenju v tujini)**

- (1) Če je odobrena pravica na podlagi 141. ali 142. člena tega zakona, se z odločbo določi tudi, pri katerem izvajalcu zdravstvene dejavnosti v tujini se uveljavi in v kolikšnem času.
- (2) Če je odobrena zdravstvena storitev na podlagi 141. člena tega zakona, Zavod izda zavarovani osebi listino, na podlagi katere lahko uveljavi to storitev v tujini, ali nakaže akontacijo stroškov te storitve izvajalcu zdravstvene dejavnosti v tujini, pri katerem bo uveljavljena.
- (3) Če je odobrena zdravstvena storitev na podlagi 142. člena tega zakona, Zavod izda zavarovani osebi listino, na podlagi katere lahko uveljavi to storitev v državi članici Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora ali Švicarski konfederaciji.
- (4) Če je odobrena zdravstvena storitev na podlagi 141. ali 142. člena tega zakona, Zavod na zahtevo nakaže akontacijo za potne stroške zavarovani osebi in njenemu spremljevalcu. Zavarovana oseba lahko zahteva nakazilo akontacije za svoje potne stroške in potne stroške svojega spremljevalca, spremljevalec pa lahko zahteva nakazilo akontacije le za svoje potne strošek. Spremljevalcu se akontacija nakaže le za njegove potne stroške.

VI. poglavje

ZAVAROVANJE ZA POŠKODBE PRI DELU IN POKLICNE BOLEZNI

154. člen (poškodba pri delu in poklicna bolezen)

- (1) Poškodba pri delu je poškodba, ki je posledica kratkotrajnega mehaničnega, fizikalnega ali kemičnega učinka, ter poškodba, ki je posledica spremembe položaja telesa, nenadne obremenitve telesa ali drugih sprememb fiziološkega stanja organizma, če je takšna poškodba v vzročni zvezi z opravljanjem dela ali dejavnosti, na podlagi katere je zavarovanec zavarovan.
- (2) Za poškodbo pri delu šteje poškodba iz prejšnjega odstavka, ki jo zavarovanec utрпи na redni poti od stanovanja do delovnega mesta ali nazaj, pod pogojem, da prevoz organizira delodajalec, ter poškodba, ki jo utрпи zavarovanec na službeni poti. Za poškodbo pri delu šteje tudi poškodba, ki je neposredna in izključna posledica naključja ali višje sile med opravljanjem dela oziroma dejavnosti, na podlagi katere je zavarovanec zavarovan.
- (3) Poklicna bolezen je bolezen, ki je posledica daljšega neposrednega vpliva delovnega procesa in delovnih pogojev na določenem delovnem mestu ali na delu, ki sodi v neposredni okvir dejavnosti, na podlagi katere je zavarovanec zavarovan. Poklicne bolezni in dela, pri katerih se pojavljajo te bolezni, pogoje, ob katerih se bolezen šteje za poklicno bolezen, in postopek ugotavljanja, potrjevanja in prijavljanja poklicnih bolezni določi minister, pristojen za zdravje.

155. člen (nastanek in izguba lastnosti zavarovane osebe)

- (1) Oseba pridobi lastnost zavarovane osebe po samem zakonu z dnem, ko nastane pravno razmerje, ki je podlaga za zavarovanje.
- (2) Oseba izgubi lastnost zavarovane osebe po samem zakonu z dnem, ko preneha pravno razmerje, ki je podlaga za zavarovanje.
- (3) Oseba je za poškodbo pri delu in poklicno bolezen ob izpolnjevanju pogojev iz tega zakona zavarovana tudi, če nima lastnosti zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju.
- (4) Vključitev v obvezno zavarovanje po 25. členu tega zakona ne ustvarja zavarovalne zaščite v zavarovanju za poškodbe pri delu in poklicne bolezni.

156. člen (zavarovane osebe)

- (1) Za poškodbo pri delu in poklicno bolezen so zavarovane osebe iz prvega do četrtega odstavka 11. člena, 12., 13., 14., 15. in četrtega odstavka 16. člena tega zakona.
- (2) Za poškodbo pri delu in poklicno bolezen so zavarovani tudi:
- osebe, ki se šolajo, ter otroci in mladostniki z motnjami v telesnem in duševnem razvoju pri praktičnem usposabljanju z delom,
 - vojni invalidi, civilni invalidi vojne in druge invalidne osebe na poklicni rehabilitaciji oziroma usposabljanju pri praktičnih delih in vajah,
 - osebe, ki v okviru drugega pravnega razmerja opravljajo delo oziroma storitev za plačilo, kadar se plačilo, prejeta na podlagi tega pravnega razmerja, na podlagi zakona, ki ureja dohodnino, šteje za dohodek in ni oproščen plačila dohodnine ali ni drug dohodek na podlagi zakona, ki ureja dohodnino, če na podlagi tega dela niso zavarovane za poškodbo pri delu oziroma poklicno bolezen na podlagi točk tega člena,
 - osebe, ki se po predpisih, ki urejajo trg dela ali po predpisih, ki urejajo zaposlovanje invalidov, usposabljaajo z delom pri izvajalcu ukrepa aktivne politike zaposlovanja,
 - osebe, ki po predpisih o preprečevanju dela in zaposlovanja na črno, opravljajo kratkotrajno delo,
 - osebe, ki po predpisih o preprečevanju dela in zaposlovanja na črno, opravljajo osebno dopolnilno delo,
 - osebe, ki na podlagi predpisov, ki urejajo prekrške in izvrševanje kazenskih sankcij, opravljajo določene naloge v splošno korist ali v korist lokalne skupnosti,
 - osebe, ki opravljajo volontersko pripravništvo v skladu s predpisi o delovnih razmerjih,
 - osebe, ki opravlja prostovoljsko delo v skladu s predpisi o prostovoljstvu,
 - samozaposlene osebe, ki iz tega naslova niso zavarovane po 12. členu tega zakona,
 - nosilci dopolnilne dejavnosti na kmetiji,
 - fizične osebe, ki v skladu s predpisi o gostinstvu le občasno, največ do pet mesecev v koledarskem letu, opravljajo dejavnost kot sobodajalci,
 - osebe, ki so člani prostovoljnega gasilskega društva po predpisih o gasilstvu, med intervencijo ali med strokovnim usposabljanjem v času opravljanja nalog med intervencijo,
 - zavarovanci iz 22. člena pri delu, poklicnem izobraževanju in pri opravljanju dovoljenih dejavnosti v skladu z zakonom,
 - sodni cenilci, sodni izvedenci in sodni tolmači.
- (3) Za poškodbo pri delu so zavarovane tudi:
- osebe, ki opravljajo naloge zaščite, reševanja in pomoči v skladu s predpisi o varstvu pred naravnimi in drugimi nesrečami,
 - osebe, ki prostovoljno in ob soglasju policista pomaga pri opravljanju z zakonom določenih nalog policije in se pri tem poškoduje ali izgubi delovno zmožnost,
 - osebe, ki opravljajo naloge pomožne policije,
 - osebe, ki opravljajo na poziv državnih organov in nosilcev javnih pooblastil javno in drugo družbeno funkcijo ali državljansko dolžnost.

- (1) Za osebe iz prvega odstavka prejšnjega člena tega zakona se za prijavo in odjavo iz zavarovanja uporabljajo določbe od 26. do 41. člena tega zakona.
- (2) Za osebe iz drugega in tretjega odstavka prejšnjega člena tega zakona se za prijavo in odjavo iz zavarovanja smiselno uporabljajo določbe od 26. do 41. člena tega zakona, če ni drugače določeno.
- (3) Zavezanec za prijavo in odjavo iz zavarovanja za osebe iz drugega in tretjega odstavka prejšnjega člena tega zakona so zavezanci za plačilo prispevkov, razen za osebe iz šeste in petnajste alineje drugega odstavka 156. člena tega zakona, ki so sami zavezanci za prijavo.
- (4) Zavezanec iz prejšnjega odstavka vloži prijavo in odjavo iz zavarovanja na obrazcu, ki je določen s predpisom o obrazcih za prijavo podatkov v obvezno zavarovanje.
- (5) Zavezanec iz tretjega odstavka vloži prijavo v zavarovanje v roku treh dni po nastanku pravnega razmerja, ki je podlaga za zavarovanje, in zavarovano osebo odjavi iz zavarovanja v roku tri dni po prenehanju pravnega razmerja, ki je podlaga za zavarovanje. Če je trajanje zavarovanja znano ob prijavi, lahko zavezanec hkrati s prijavo vloži tudi odjavo iz zavarovanja.

158. člen
(postopek)

- (1) Zavarovane osebe imajo pravico do storitev v okviru postopka ugotavljanja in potrjevanja poklicnih bolezni.
- (2) Storitve iz prejšnjega odstavka določi minister.

VII. poglavje

ZAGOTAVLJANJE SREDSTEV

1. Tekoče financiranje

159. člen
(vrste prihodkov)

- (1) Prihodki obveznega zavarovanja so:
 - prispevki zavarovancev in delodajalcev za obvezno zdravstveno zavarovanje,
 - prispevki za poškodbo pri delu in poklicno bolezen,
 - zdravstveno nadomestilo.
- (2) Med prihodke obveznega zavarovanja štejejo tudi prihodki premoženja, obresti in drugi prihodki.
- (3) Obvezno zavarovanje se financira tudi iz državnega proračuna in iz drugih virov.

160. člen
(vrste odhodkov)

Odhodki iz obveznega zavarovanja so:

- plačilo zdravstvenih storitev,
- denarne dajatve na podlagi pridobljenih pravic,
- stroški v zvezi s podajo izvedenskih mnenj v postopkih uveljavljanja pravic iz obveznega zavarovanja,
- prispevki za obvezno zavarovanje uživalcev pravic do nadomestila plače po prenehanju obveznega zavarovanja,
- stroški delovanja zavoda,
- drugi odhodki.

2. Prispevki

161. člen
(določitev in obračun prispevkov)

- (1) Prispevki se obračunajo in plačajo od osnove za plačilo prispevkov, z izjemo prispevkov za osebe, ki opravljajo osebno dopolnilno delo, ki se plačajo v pavšalnem znesku.
- (2) Prispevne stopnje so določene s tem zakonom.

3. Osnove in stopnje za plačilo prispevkov za zavarovanje za primer poškodbe in bolezni

162. člen
(osnova za osebe v delovnem razmerju)

- (1) Osnova za plačilo prispevkov za zavarovance iz prvega do četrtega odstavka 11. člena tega zakona je enaka osnovi za plačilo prispevkov za pokojninsko in invalidsko zavarovanje.
- (2) Če se prispevek plačuje od najnižje osnove, je za zavarovance iz prejšnjega odstavka ne glede na prvo in drugo alinejo 1. točke 11. člena Zakona o prispevkih za socialno varnost (Uradni list RS, št. 5/96, 18/96 – ZDavP, 34/96, 87/97 – ZDavP-A, 3/98, 7/98 – odl. US, 106/99 – ZPIZ-1, 81/00 – ZPSV-C, 97/01 – ZSDP, 97/01, 62/10 – odl. US, 40/12 – ZUJF, 96/12 – ZPIZ-2, 91/13 – ZZVZZ-M, 99/13 – ZSVarPre-C in 26/14 – ZSDP-1) zavezanec za plačilo prispevka zavarovanja, zavarovanec za del prispevka, ki odpade na plačo ali nadomestilo plače, in delodajalec za del prispevka, ki odpade na razliko med najnižjo osnovo za plačilo prispevka in plačo ali nadomestilom plače delavca.
- (3) Osnova za plačilo prispevka za zavarovance iz petega odstavka 11. člena tega zakona je plača oziroma nadomestilo plače ter vsi drugi prejemki na podlagi delovnega razmerja.

4. Osnove in stopnje za plačilo prispevkov za zavarovanje za primer poškodbe in bolezni

163. člen

(osnova za samozaposlene osebe, družbenike, ki so poslovodne osebe in kmete)

- (1) Osnova za plačilo prispevkov za zavarovance iz 12., 13. in 14. člena tega zakona je osnova za pokojninsko in invalidsko zavarovanje.
- (2) Zavarovanci iz prvega in drugega odstavka 12. člena tega zakona plačujejo prispevke od osnove za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, vendar ne od osnove, nižje od 60% zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji, preračunane na mesec.

164. člen

(osnova za vojake)

Osnova za plačilo prispevka za osebe iz 15. člena tega zakona je enaka osnovi za pokojninsko in invalidsko zavarovanje.

165. člen

(osnova za uživalce pravic)

- (1) Osnova za plačilo prispevkov za osebe iz:
 - prvega, drugega, četrtega, petega, osmega, enajstega in dvanajstega odstavka 16. člena je znesek nadomestila oziroma prejemka, ki ga prejme,
 - tretjega odstavka 16. člena tega zakona je znesek nadomestila oziroma osnova za plačilo prispevkov po predpisih, ki urejajo starševsko varstvo in družinske prejemke,
 - šestega in sedmega odstavka 16. člena tega zakona je znesek pokojnine ali preživitine, ki ga prejme,
 - devetega in desetega odstavka 16. člena tega zakona je izplačan prejemek, razen dodatka za tujo pomoč in postrežbo.
- (2) Kot osnova za obračun prispevkov se nadomestila oziroma prejemki iz drugega, šestega, sedmega, devetega in enajstega odstavka 16. člena tega zakona, razen za upravičence poklicne pokojnine iz šestega odstavka 16. člena, povečajo s koeficientom povprečne stopnje davka od osebnih prejemkov in povprečne stopnje prispevkov za socialno varnost, ki se plačujejo iz plač v skladu s posebnim zakonom, ki ureja davek od osebnih prejemkov.
- (3) Ne glede na prvi in drugi odstavek je za osebe iz devetega, desetega, enajstega in dvanajstega odstavka 16. člena tega zakona najnižja osnova za plačilo prispevkov 30% zadnje znane

povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji preračunane na mesec, za osebe iz sedmega odstavka pa 13% zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji, preračunane na mesec.

166. člen
(osnova za begunce in osebe s subsidiarno zaščito)

Osnova za plačilo prispevka za osebe iz 17. člena tega zakona je osnova, ki je enaka osnovi 30% zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji preračunane na mesec.

167. člen
(osnova za tujce, ki se izobražujejo)

Osnova za plačilo prispevka za osebe iz 18. člena tega zakona je osnova, ki je enaka osnovi 30% zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji preračunane na mesec.

168. člen
(osnova za upravičence do plačila prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje)

Osnova za plačilo prispevka za osebe iz 20. člena tega zakona je osnova, ki je enaka osnovi 30% zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji preračunane na mesec.

169. člen
(osnova za osebe s prebivališčem v Republiki Sloveniji)

Osnova za plačilo prispevka za osebe iz 21. člena tega zakona je osnova, ki je enaka osnovi 13 % zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji preračunane na mesec.

170. člen
(osnova za pripornike, osebe na prestajanju kazni zapora oziroma ukrepa)

Osnova za plačilo prispevka za osebe iz 22. člena tega zakona je osnova, ki je enaka osnovi 60% zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji preračunane na mesec.

171. člen
(stopnje za plačilo prispevka)

(1) Prispevek za zavarovanje za poškodbo in bolezen je:

- prispevek zavarovanca po stopnji 6,36%,
 - prispevek delodajalca po stopnji 6,56%.
- (2) Za zavarovance iz tega zakona se plačujeta prispevka iz prejšnjega odstavka, razen za zavarovance iz šestega, sedmega in osmega odstavka 16. člena tega zakona, za katere se plačuje le prispevek delodajalca po stopnji 6,56%.

172. člen

(zavezanci za plačilo prispevkov zavarovanca)

- (1) Zavezanci za plačilo prispevkov zavarovancev so:
- osebe iz 11., prvega in drugega odstavka 12., 13., 14. člena, prvega, drugega in četrtega odstavka 16. člena, prve, druge, četrte in pete alineje tretjega odstavka 16. člena ter 18. in 21. člena tega zakona,
 - občina za osebe iz 20. člena tega zakona,
 - Republika Slovenija za osebe iz tretjega odstavka 12. člena, 15. člena, tretje alineje tretjega odstavka 16. člena, devetega, desetega, enajstega in dvanajstega odstavka 16. člena, 17. in 22. člena tega zakona,
 - Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije za osebe iz petega odstavka 16. člena.
- (2) Osebe iz 11. do 22. člena tega zakona, družinski člani iz 25. člena ter osebe iz drugega in tretjega odstavka 156. člena tega zakona plačujejo prispevek zavarovanca tudi:
- od dohodkov iz drugega pravnega razmerja, na podlagi katerega niso zavarovani na drugi podlagi, prejetih na podlagi opravljenega dela oziroma storitev, kadar se plačilo, prejeta 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,
 - od prejete pokojnine, na podlagi katere niso zavarovani po sedmem odstavku 16. 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,
 - od pokojninske rente, 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
 - iz naslova dejavnosti, ki jo opravljajo osebe iz desete, enajste in dvanajste alineje drugega odstavka 156. člena tega zakona,
 - od dohodkov iz kapitala.
- (3) Osnova za plačevanje prispevkov od dohodkov iz prve in druge alineje prejšnjega odstavka je vsak posamezen prejet dohodek oziroma prejemek.
- (4) Osnova za plačevanje prispevkov iz naslova dejavnosti iz tretje alineje drugega odstavka tega člena je 25 odstotkov zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji

preračunane na mesec, razen za osebe iz dvanajste alineje drugega odstavka 156. člena tega zakona, za katere znaša 125 % zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji preračunane na mesec, in se plača enkrat letno ob plačilu prispevka iz pete alineje prvega odstavka 177. člena tega zakona.

- (5) Ne glede na določbo iz prve alineje prvega odstavka 171. člena in prvo alinejo drugega odstavka tega člena se za osebe iz šeste alineje drugega odstavka 156. člena tega zakona šteje, da je prispevek zavarovanca po prvem odstavku plačan s plačilom prispevka iz petega odstavka 175. člena tega zakona.
- (6) Ne glede na določbo drugega odstavka tega člena je zavezanec za plačilo prispevka zavarovanca za osebe, ki opravljajo začasno in občasno delo dijakov in študentov, organizacija oziroma delodajalec, ki posreduje začasno in občasno delo dijakov in študentov.

173. člen **(način obračuna prispevkov)**

- (1) Če izplačevalec dohodka iz drugega odstavka prejšnjega člena tega zakona ni plačnik davka po predpisih, ki urejajo davčni postopek, prispevek od osnove, določene v tem odstavku, ugotovi davčni organ z odločbo, s katero izračuna akontacijo dohodnine od dohodkov, od katerih se plačuje prispevek v skladu s drugim odstavkom prejšnjega člena tega zakona. Zavezanec za prispevek mora plačati prispevek v roku in na način, ki je določen za akontacijo dohodnine od dohodkov, od katerih se plačuje prispevek.
- (2) Če se v primerih iz prejšnjega odstavka po predpisih, ki urejajo davčni postopek, akontacija dohodnine od dohodkov, od katerih se plačuje prispevek, ne odmeri, prispevek od osnove ugotovi davčni organ z odločbo enkrat letno za koledarsko leto, s katero izračuna prispevek, na podlagi podatkov, s katerimi razpolaga za potrebe akontacije dohodnine od teh dohodkov. Davčni organ odločbo izda najpozneje do 31. januarja tekočega leta za preteklo leto. Zavezanec za prispevek mora prispevek plačati v 30 dneh od vročitve odločbe.

174. člen **(zavezanci za plačilo prispevkov delodajalcev)**

Zavezanci za plačilo prispevkov delodajalca so:

- delodajalci za osebe iz prvega do četrtega odstavka 11. člena tega zakona,
- osebe iz prvega in petega odstavka 11. člena, če delodajalec ni plačnik davka po predpisih o davčnem postopku, prvega in drugega odstavka 12., 13. in 14. člena, prejemniki poklicne pokojnine iz šestega odstavka in osebe iz sedmega odstavka 16. člena, osebe iz 18. in 21. člena tega zakona,

- Republika Slovenija za osebe iz tretjega odstavka 12. in 15. člena, tretjega, devetega, desetega, enajstega in dvanajstega odstavka 16. člena ter 17. in 22. člena tega zakona,
- Zavod za zavarovance iz prvega odstavka 16. člena,
- Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje za osebe iz drugega odstavka 16. člena,
- občina za osebe iz četrtega odstavka 16. člena in 20. člena tega zakona,
- Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije za osebe iz petega, šestega odstavka, razen za osebe, ki prejemajo poklicno pokojnino, in osmega odstavka 16. člena tega zakona.

5. Osnove in stopnje za plačilo prispevkov za zavarovanje za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni

175. člen

(osnova za prispevek za poškodbo pri delu in poklicno bolezen)

- (1) Osnova za plačilo prispevka za osebe iz prvega odstavka 156. člena je enaka osnovi za plačilo prispevka za poškodbo in bolezen.
- (2) Osnova za plačilo prispevka za osebe iz prve, druge, četrte, pete, sedme, osme, devete, desete, enajste, trinajste, štirinajste in petnajste alineje drugega odstavka in tretjega odstavka 156. člena tega zakona je enaka osnovi zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji preračunane na mesec.
- (3) Osnova za plačilo prispevka za osebe iz tretje alineje drugega odstavka 156. 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 osebe iz dvanajste alineje tretjega odstavka 156. člena tega zakona je enaka osnovi 50 % zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji preračunane na mesec.
- (5) Ne glede na določbe od prvega do četrtega odstavka tega člena in prvi odstavek 176. člena tega zakona znaša višina prispevka za osebe iz šeste alineje drugega odstavka 156. člena tega zakona 2 evra 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, najpozneje do 1. aprila v koledarskem letu.

176. člen

(stopnje za plačilo prispevka)

- (1) Prispevek za zavarovanje za poškodbo pri delu in poklicno bolezen za osebe iz 156. člena se plačuje po stopnji 0,53%.
- (2) Če odhodki za poškodbe pri delu in za poklicne bolezni 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 poškodbe pri delu in za poklicne bolezni, Zavod predlaga novo višino stopnje prispevka za poškodbe pri delu in poklicno bolezen.
- (3) Če so prihodki za poškodbe pri delu in za poklicne bolezni za več kot 10 % večji od odhodkov iz tega naslova v posameznem koledarskem letu in če Zavod nima nepokritih primanjkljajev iz preteklih let iz naslova zavarovanja za poškodbe pri delu in poklicne bolezni, Zavod predlaga novo višino stopnje prispevka za poškodbe pri delu in poklicno bolezen.

177. člen

(zavezanec za plačilo prispevkov za poškodbo pri delu in poklicno bolezen)

- (1) Prispevek za zavarovanje za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni plačujejo:
 - delodajalci za osebe iz prvega do četrtega odstavka 11. člena tega zakona,
 - osebe iz prvega odstavka 11. člena, če delodajalec ni plačnik davka po predpisih o davčnem postopku, osebe iz prvega in drugega odstavka 12., 13., 14. člena in petnajste alineje drugega odstavka 157. člena tega zakona,
 - Republika Slovenija za osebe iz tretjega odstavka 12. in 15. člena tega zakona,
 - pravne ali fizične osebe, pri katerih se osebe iz drugega in tretjega odstavka 156. člena usposablajo ali delajo,
 - fizične osebe, ki opravljajo dejavnost iz desete, enajste in dvanajste alineje drugega odstavka 156. člena tega zakona,
 - posameznik, ki opravlja osebno dopolnilno delo, oziroma oseba, ki želi, da se pri njej opravijo dela, ki štejejo za osebno dopolnilno delo, za osebe iz šeste alineje drugega odstavka 156. člena tega zakona,
 - organizacija oziroma delodajalec, ki posreduje začasno in občasno delo dijakov in študentov za osebe, ki opravljajo začasno in občasno delo dijakov in študentov iz tretje alineje drugega odstavka 156. člena tega zakona.
- (2) Za osebe iz prvega odstavka 155. člena, druge, četrte, pete, sedme, osme, devete, desete, enajste in štirinajste alineje drugega odstavka 156. člena se prispevek plačuje mesečno.
- (3) Za osebe iz tretje in petnajste alineje drugega odstavka 156. člena tega zakona, se prispevek plačuje ob izplačilu plačila za opravljeno delo ali storitev.
- (4) Za zavarovane osebe iz prve, dvanajste in trinajste alineje drugega odstavka 156. člena in tretjega odstavka 156. člena tega zakona se prispevek plačuje letno. Prispevek se plača do 15.

marca v tekočem letu za tekoče koledarsko leto. Če nastopi obveznost zavarovanja po tem datumu se prispevek plača najpozneje do 15. v mesecu, ko je obveznost nastala.

6. Zdravstveno nadomestilo

178. člen

(osnova in višina zdravstvenega nadomestila)

- (1) Osnova za določitev zneska zdravstvenega nadomestila je letni dohodek zavarovane osebe, ki vključuje dohodke zavarovane osebe, ki se po zakonu, ki ureja dohodnino, štejejo za dohodke in niso oproščeni dohodnine.
- (2) Za dohodek iz dejavnosti se po prejšnjem odstavku tega člena šteje dobiček zavarovane osebe, ugotovljen v skladu z zakonom, ki ureja dohodnino, v katerem niso upoštevani obračunani prispevki za obvezno socialno zavarovanje ter znižanje in povečanje davčne osnove.
- (3) Za pokojnine iz obveznega pokojninskega in invalidskega zavarovanja v Sloveniji se šteje pokojnina, obdavčljiva v skladu z zakonom, ki ureja dohodnino, obrutena 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.
- (4) Letni dohodek zavarovane osebe se določi na podlagi podatkov – iz odločbe o odmeri dohodnine ali akontacije dohodnine, iz obračuna akontacije dohodnine in dohodnine od dohodka iz dejavnosti ali obračuna davčnega odtegljaja - za predpreteklo leto leta, v katerem se določa nova višina mesečnega nadomestila za novo obdobje izračuna, po stanju podatkov na dan 30. novembra leta pred letom, v katerem se določa nova višina mesečnega nadomestila za novo obdobje dvanajstih mesecev oziroma krajše obdobje.
- (5) Zavarovane osebe se razvrstijo v naslednje razrede za plačilo mesečnega zdravstvenega nadomestila:

če je letni dohodek zavarovane osebe	znaša mesečno zdravstveno nadomestilo v eurih
do vključno minimalne plače	20 eurov
višji od minimalne plače in nižji od vključno 75% zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji preračunane na mesec	25 eurov
višji od 75% zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji preračunane na mesec in nižji od vključno 100 % zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji preračunane	27 eurov

na mesec	
višji od 100% zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji preračunane na mesec in nižji od vključno 200 % zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji preračunane na mesec	29 eurov
višji od 200% zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji preračunane na mesec in nižji od vključno 300 % zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji preračunane na mesec	45 eurov
višji od 300% zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji preračunane na mesec in nižji od vključno 500 % zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji preračunane na mesec	55 eurov
višji od 500% zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji preračunane na mesec	75 eurov

- (6) Višina zdravstvenega nadomestila se uskladi 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 zdravje, najpozneje do 1. aprila v koledarskem letu.

179. člen
(zavezanec za plačilo zdravstvenega nadomestila)

- (1) Zdravstveno nadomestilo plačujejo:
- zavarovanci iz 11. do 18. in 21. člena tega zakona,
 - družinski član iz šeste alinee prvega odstavka 25. člena tega zakona.
- (2) Plačila zdravstvenega nadomestila so oproščeni zavarovanci iz 20. in 22. člena tega zakona.
- (3) Če je oseba v koledarskem mesecu hkrati vključena v zavarovanje po eni od zavarovalnih podlag iz prvega odstavka in drugega odstavka tega člena, je zavezanec za plačilo zdravstvenega nadomestila zavarovana oseba sama.
- (4) Obveznost plačila zdravstvenega nadomestila nastane za vsak mesec, v katerem je oseba iz prvega oziroma drugega odstavka vsaj en dan obvezno zavarovana.
- (5) Zdravstvenega nadomestila ne plačujejo:

- otroci, ki so obvezno zavarovani kot zavarovanci po 19. členu tega zakona,
- zavarovanci, ki so zavarovani kot prejemniki družinske pokojnine po šestem odstavku 16. člena tega zakona, če izpolnjujejo pogoje po tretjem in četrtem odstavku 25. člena tega zakona,
- zavarovanci iz enajstega odstavka 16. člena tega zakona,
- zavarovanci iz 17. člena tega zakona, če izpolnjujejo pogoje po tretjem in četrtem odstavku 25. člena tega zakona,
- otroci, ki so zavarovani kot družinski član po 25. členu tega zakona,

7. Plačevanje in pobiranje prispevkov in odmera zdravstvenega nadomestila

180. člen

(plačevanje prispevkov in odmera zdravstvenega nadomestila)

- (1) Prispevki in zdravstveno nadomestilo za obvezno zavarovanje, ki so določeni s tem zakonom, se plačujejo Zavodu.
- (2) Prispevki in zdravstveno nadomestilo za obvezno zavarovanje se plačajo v skladu s predpisi, ki veljajo v času nastanka obveznosti za plačilo prispevkov.
- (3) Z namenom kontrole pravilnosti plačila prispevkov in zdravstvenega nadomestila ima Zavod pravico nadzora nad poslovnimi knjigami zavezancev za plačilo prispevkov.
- (4) Na podlagi letnih dohodkov zavarovane osebe iz prejšnjega člena mesečno višino zdravstvenega nadomestila za zavarovano osebo za obdobje izračuna odmeri organ, pristojen za pobiranje zdravstvenega nadomestila po tem zakonu (v nadaljnjem besedilu: davčni organ).
- (5) Davčni organ izda odločbo na podlagi podatkov o:
 - zavezancih za plačilo zdravstvenega nadomestila po zakonu, ki ureja zdravstveno zavarovanje, po stanju na dan 31. marca leta, v katerem se določa nova višina mesečnega nadomestila za novo dvanajstmesečno obdobje izračuna ter
 - podatkov o letnem dohodku zavarovane osebe po stanju na dan 31. marca leta, v katerem se določa nova višina mesečnega nadomestila za novo dvanajstmesečno obdobje izračuna.
- (6) Ne glede na prvo alinejo prejšnjega odstavka izda davčni organ odločbo iz prejšnjega odstavka tega člena za osebe, ki pridobijo lastnost zavarovane po 31. marcu, za obdobje, za katero odmera še ni bila opravljena na podlagi podatka o datumu pridobitve statusa zavarovane osebe.
- (7) Davčni organ določi zdravstveno nadomestilo v mesečnem znesku v odločbi za obdobje dvanajstih mesecev, ki se začne s 1. julijem in konča z 30. junijem naslednjega leta oziroma za krajše obdobje, če oseba pridobi lastnost zavarovane osebe po 31. marcu leta, v katerem je odločba izdana.
- (8) Obveznost plačila mesečnega zdravstvenega nadomestila za posamezni mesec obdobja izračuna, za katero je izdana odločba po tem členu zakona, nastane pod pogojem, da je bila oseba za posamezni mesec vsaj en dan zavezanec za plačilo zdravstvenega nadomestila.

- (9) Odločba o odmeri mesečnega zdravstvenega nadomestila se izda najpozneje do 30. aprila leta, v katerem se določa nova višina mesečnega nadomestila za novo dvanajstmesečno obdobje izračuna.
- (10) V primeru iz šestega odstavka tega člena se odločba o odmeri mesečnega zdravstvenega nadomestila izda najpozneje v 15 dneh po poteku meseca, ko davčni organ pridobi podatek o pridobitvi statusa zavarovane osebe, ki je zavezanec za plačilo zdravstvenega nadomestila.

181. člen
(pobiranje prispevkov in zdravstvenega nadomestila)

- (1) Prispevke in zdravstveno nadomestilo po tem zakonu pobira davčni organ.
- (2) Če ni s tem zakonom drugače določeno, se glede postopka pobiranja prispevkov in zdravstvenega nadomestila, pravic in obveznosti zavezanca, varovanja podatkov in pristojnosti davčnega organa uporablja zakon, ki ureja davčni postopek in finančno službo.
- (3) Ne glede na prejšnji odstavek, v postopkih, ki jih davčni organ začne na zahtevo stranke, prispevkov in zdravstvenega nadomestila za obvezno zdravstveno zavarovanje ni mogoče odpisati, delno odpisati ali dovoliti odloga plačila oziroma plačila v obrokih.
- (4) Zdravstveno nadomestilo za posamezni mesec mora biti plačano najpozneje do 20. v mesecu za pretekli mesec.

8. Prihodki iz državnega proračuna

182. člen
(obveznosti državnega proračuna)

(1) Republika Slovenija zagotavlja sredstva iz državnega proračuna za pokrivanje obveznosti obveznega zavarovanja, ki nastanejo zaradi priznavanja ali odmere pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja pod posebnimi pogoji oziroma zaradi izpada prispevkov in zdravstvenega nadomestila, in sicer za:

- prispevek zavarovanca in delodajalca za zaposlene v invalidskih podjetjih in zaposlitvenih centrih,
- prispevek delodajalca za zavarovance, za katere ta prispevek plačuje Republika Slovenija,
- prispevek zavarovanca in delodajalca za upravičence do starševskega dodatka,
- prispevek delodajalca za kmete in člane kmečkih gospodarstev, ki so obvezno oziroma prostovoljno vključeni v pokojninsko in invalidsko zavarovanje,
- prispevek zavarovanca in delodajalca za kmete in člane kmečkih gospodarstev, ki jim je bil prispevek zmanjšan ali odpisan po zakonu o pogojih, pod katerimi se kmetom zmanjšani ali odpisani prispevki štejejo za plačane,
- zdravstveno nadomestilo za zavarovance iz 20. in 22. člena tega zakona,
- nadomestilo plače na dan darovanja krvi,
- v drugih primerih, če tako določa zakon.

(2) Osnove in način poračun finančnih obveznosti iz prejšnjega odstavka določa zakon, ki ureja poračunavanje finančnih obveznosti Republike Slovenije iz obveznega zavarovanja.

9. Finančno poslovanje

183. člen (vodenje denarnih sredstev Zavoda)

Zavod ima podračun, v okviru katerega se vodijo denarna sredstva za obvezno zavarovanje.

184. člen (finančni načrt Zavoda)

- (1) Zavod opredeljuje svoje finančno poslovanje s finančnim načrtom, ki ga pripravi v skladu z zakonom, ki ureja javne finance, na podlagi izhodišč, ki veljajo za državni proračun.
- (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.

185. člen (letno poročilo Zavoda)

Zavod pripravi letno poročilo v skladu s predpisi, ki urejajo računovodstvo in javne finance.

VIII. POGLAVJE

ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE SLOVENIJE

1. Status Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije

186. člen (nosilec obveznega zavarovanja)

- (1) Nosilec in izvajalec obveznega zavarovanja v Republiki Sloveniji je Zavod, ki ima status javnega zavoda.
- (2) Zavod je javni zavod s sedežem v Ljubljani.
- (3) Zavod oblikuje organizacijske enote tako, da je služba dostopna vsem zavarovanim osebam.
- (4) Zavod je dolžan s sredstvi, ki jih zbere, ravnati gospodarno in učinkovito.

187. člen

(izvajanje nalog Zavoda)

- (1) Izvajanje obveznega zavarovanja je javna služba.
- (2) Zavod je organiziran tako, da zagotavlja nemoteno opravljanje strokovnih, informacijskih, administrativnih, nadzorstvenih, izvedenskih in drugih nalog, ki so potrebne za izvajanje obveznega zavarovanja.

188. člen (naloge Zavoda)

Zavod opravlja naslednje naloge:

- vključuje osebe v obvezno zavarovanje,
- opravlja poslovno-finančne funkcije za izvajanje obveznega zavarovanja,
- sprejema splošne akte iz obveznega zavarovanja, ki se nanašajo na izvedbo posameznih pravic do zdravstvenih storitev, zdravil in medicinskih ter drugih pripomočkov,
- sklepa pogodbe za opravljanje zdravstvenih storitev, plačuje izvajalce zdravstvenih storitev in nadzira uresničevanje pogodb,
- sklepa pogodbe z dobavitelji in proizvajalci zdravil v okviru uresničevanja pravic iz obveznega zavarovanja,
- sklepa pogodbe z dobavitelji, proizvajalci, pooblaščenimi predstavniki in zastopniki proizvajalcev medicinskih in drugih pripomočkov v okviru uresničevanja pravic iz obveznega zavarovanja,
- izplačuje denarno nadomestilo in druge denarne dajatve,
- izvaja nadzor nad uveljavljanjem pravic iz obveznega zavarovanja,
- odloča o zahtevkih za uveljavljanje in varstvo pravic iz obveznega zavarovanja,
- izvaja dejavnost medicinskega izvedenstva in zavarovalniške medicine,
- izvaja obvezno zavarovanje po mednarodnih sporazumih in pravu EU,
- vzpostavlja in vodi podatkovne zbirke in evidence ter upravlja z zbirkami osebnih podatkov,
- izdaja, zalaga in prodaja obrazce in listine za izvajanje obveznega zavarovanja ter opravlja založniško in izdajateljsko dejavnost za obvešča javnosti o obveznem zavarovanju,
- nudi strokovno pomoč zavarovanim osebam ter opravlja druga strokovna, administrativna, dokumentacijska in tehnična dela,
- opravlja druge naloge v zvezi z izvajanjem obveznega zavarovanja,
- dolgoročno načrtuje obvezno zavarovanje v skladu strategijo razvoja države,
- sodeluje pri pripravi Resolucije zdravstvenega varstva,
- pripravlja in sprejema obračunske modele in cene, ki izvajalce spodbujajo k učinkovitemu in uspešnemu izvajanju kakovostnih storitev,
- izvaja izvedenske postopke, ki so po tem zakonu predvideni v zvezi z uresničevanjem pravic zavarovanih oseb,
- spremlja in analizira stroške zavarovanja ter načrtuje ukrepe za njihovo obvladovanje,
- ministrstvu predlaga spremembe v sistemu obveznega zavarovanja,
- informira javnost o stanju in potrebah v obveznem zavarovanju.

189. člen (nastopanje Zavoda v pravnem prometu)

- (1) Zavod ima pravico sklepati pogodbe v pravnem prometu in opravljati druge posle z namenom izvajanja obveznega zavarovanja v skladu s tem zakonom in statutom Zavoda.
- (2) Zavod ima v pravnem prometu pravno in poslovno sposobnost ter lahko v pravnem prometu pridobiva pravice in prevzema obveznosti.

190. člen (viri financiranja)

- (1) Zavod za opravljanje dejavnosti obveznega zavarovanja pridobiva naslednja sredstva:
 - denarna sredstva, ki jih zagotavljajo zavezanci s plačilom prispevka za obvezno zavarovanje,
 - sredstva iz proračuna Republike Slovenije,
 - denarna sredstva iz odškodninskih zahtevkov,
 - povračila stroškov po mednarodnih sporazumih in pravu EU,
 - plačilo dela, ki ga Zavod opravi za druge organizacije,
 - pogodbene kazni in globe,
 - druge vire.
- (2) Zavod je organiziran tako, da v okviru zakonskih pooblastil samostojno gospodari s sredstvi za izvajanje obveznega zavarovanja na način, da z njimi dosega čim večjo korist za zavarovane osebe.

191. člen (premoženje Zavoda)

V premoženje Zavoda štejejo nepremičnine, stvarnopravne in obligacijsko pravne pravice, denar in druga sredstva, na katerih ima Zavod lastninsko pravico.

2. Organi Zavoda

192. člen (organi)

Organa Zavoda sta:

- svet Zavoda,
- generalni direktor.

193. člen (sestava sveta Zavoda)

- (1) Zavod upravlja svet zavoda, ki ga sestavlja 9 članov, od tega:
 - pet članov predstavnikov zavarovancev, od tega dva predstavnika zaposlenih, dva predstavnika upokoјencev in en predstavnik invalidov,

- trije člani predstavnikov delodajalcev, od katerih dva imenujejo delodajalska združenja na ravni države in enega vlada,
 - en član predstavnik vlade.
- (2) Postopke imenovanja članov sveta Zavoda določijo posamezne skupine s svojimi notranjimi akti.
- (3) Svet Zavoda izmed članov izvoli predsednika in njegovega namestnika.

194. člen **(pogoji za članstvo v svetu Zavoda)**

- (1) Člani sveta Zavoda morajo izpolnjevati najmanj naslednje pogoje:
- ima izobrazbo univerzitetne druge stopnje oziroma raven izobrazbe, ki v skladu z zakonom ustreza tej stopnji znanja,
 - ne sme biti pravnomočno obsojen zaradi naklepne kaznivega dejanja, ki se preganja po uradni dolžnosti,
 - ne sme biti pravnomočno obsojen na nepogojno kazen zapora v trajanju več kot 6 mesecev,
 - ima petnajst let delovnih izkušenj.
- (2) V svet Zavoda ne morejo biti imenovani državni funkcionarji in funkcionarji lokalnih skupnosti, predstavniki izvajalcev zdravstvenih storitev 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.

195. člen **(mandat članov sveta Zavoda)**

- (1) Mandat članov sveta Zavoda traja 4 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:
- njegove smrti,
 - prenehanja lastnosti zavarovane osebe,
 - izgube statusa predstavnika skupine, ki jo zastopa,
 - ugotovitve konflikta interesov,
 - odpovedi mandatu,
 - zaradi drugih razlogov, ki jih določa zakon.
- (3) Če članu sveta Zavoda preneha mandat pred potekom mandatne dobe, interesna skupina imenuje novega člana z mandatom za čas do izteka mandata prejšnjega člana.

196. člen **(odgovornost članov sveta Zavoda)**

- (1) Člani sveta Zavoda pri opravljanju svojih nalog ravnaajo v skladu s standardom dobrega strokovnjaka. Člani sveta Zavoda so solidarno odgovorni zavod za škodo, ki bi jo ta imel zaradi kršitve njihovih obveznosti iz 197. člena tega zakona. Člani sveta Zavoda so prosti odškodninske odgovornosti, če dokažejo, da so pri izpolnjevanju svojih obveznosti ravnali z dolžno skrbnostjo.
- (2) Člani sveta Zavoda imajo pri opravljanju svojega dela dolžnost izogibanja nasprotju interesov. Vsako morebitno nasprotje interesov so dolžni prijaviti predsedniku sveta zavoda. Predsednik sveta zavoda zadevo predloži svetu zavoda, ki lahko odloča o izločitvi posameznega člana sveta zavoda.

197. člen
(naloge sveta Zavoda)

- (1) Svet Zavoda opravlja naslednje naloge:
 - sprejema strateški razvojni program Zavoda za obdobje najmanj 5 let,
 - določa finančni načrt Zavoda,
 - sprejema letno poročilo Zavoda po opravljeni reviziji Računskega sodišča,
 - odloča o razporeditvi presežka,
 - potrjuje program ukrepov za sanacijo primanjkljaja,
 - v imenovanje predlaga generalnega direktorja Zavoda,
 - odloča o načinu uporabe sredstev, odpisu, prodaji in odtujitvi premoženja ter sprejema poročilo o popisu sredstev,
 - sprejema statut Zavoda,
 - sprejema splošne akte iz pristojnosti Zavoda glede obveznega zavarovanja,
 - daje soglasje k finančno ovrednotenemu programu dela in kadrovskemu načrtu Zavoda,
 - sprejema Program izvajanja zdravstvenih storitev in Pogoje zagotavljanja medicinskih pripomočkov,
 - določa dostopnost zavarovanih oseb do storitev Zavoda,
 - imenuje predstavnika uporabnikov v svete javnih zdravstvenih zavodov,
 - obravnava in daje predloge pri pripravi Resolucije zdravstvenega varstva in predlogov zakonov s področja zdravstvenega varstva in zavarovanja, kot tudi pobude za spremembe in dopolnitve predpisov s tega področja,
 - opravlja druge naloge, ki jih določata ta zakon in statut Zavoda.
- (2) Podrobnejšo opredelitev nalog Zavoda določa njegov statut. Zavod deluje skladno z zakonom o zavodih, če ta zakon ne določa drugače.
- (3) Statut Zavoda opredeljuje najmanj naslednje vsebine:
 - način izvolitve ter mandat predsednika in podpredsednika sveta zavoda,
 - organiziranost Zavoda,
 - podrobno notranjo razčlenitev dejavnosti in nalog Zavoda,
 - vodilne delavce in njihova pooblastila,
 - organe oziroma komisije za posamezna področja dejavnosti Zavoda ter njihove pristojnosti,
 - izvajanje nadzorstvene funkcije.
- (4) Vlada poda soglasje k:
 - strateškemu razvojnemu programu,

- statutu,
 - razporeditvi presežka,
 - ukrepom za sanacijo primanjkljaja,
 - finančnemu načrtu in
 - zaključnemu računu Zavoda.
- (5) Ministrstvo da soglasje k splošnim aktom Zavoda, ki določajo standarde in normative iz obveznega zavarovanja in k Programu izvajanja zdravstvenih storitev.
- (6) Višino sejin in povračila drugih stroškov dela članov sveta Zavoda določi statut Zavoda.

198. člen
(odločanje sveta Zavoda)

- (1) Svet Zavoda veljavno odloča, če je na seji navzočih več kot polovica vseh članov.
- (2) Statut, splošne akte iz naslova obveznega zavarovanja, finančni načrt in letno poročilo, Program izvajanja zdravstvenih storitev in Pogoje zagotavljanja medicinskih 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) Svet Zavoda o sprejetih sklepih obvešča ministra v roku 3 dni od sprejema.
- (5) Minister lahko v roku 14 dni od prejema obvestila o sprejetih sklepih iz prejšnjega odstavka zadrži izvršitev odločitve, ki jo sprejme svet Zavoda, če oceni, da ni zakonita, ali če ni skladna s sprejeto politiko in o tem obvesti vlado.

199. člen
(generalni direktor)

- (1) Poslovodni organ Zavoda je generalni direktor.
- (2) Generalni direktor Zavoda načrtuje, organizira in vodi delo ter poslovanje Zavoda, predstavlja in zastopa Zavod in je odgovoren za zakonitost dela Zavoda.
- (3) Podrobnejši način izvolitve generalnega direktorja določa statut Zavoda.

200. člen
(pogoji za imenovanje)

- (1) Generalni direktor mora imeti:
- izobrazbo univerzitetne druge stopnje oziroma raven izobrazbe, ki v skladu z zakonom ustreza izobrazbi druge stopnje,

- najmanj 15 let delovnih izkušenj, od tega najmanj 5 let na vodstvenem položaju ter najmanj 5 let delovnih izkušenj na področju zdravstva,
 - aktivno znanje najmanj enega tujega jezika,
 - narejen program dela in vizija razvoja Zavoda.
- (2) Generalni direktor Zavoda mora pri opravljanju svojih nalog ravnati v skladu s standardom dobrega strokovnjaka. Generalni direktor Zavoda je odgovoren za škodo, ki bi jo ta imel zaradi kršitve njegovih obveznosti iz 203. člena tega zakona. Generalni direktor Zavoda je prost odškodninske odgovornosti, če dokaže, da je pri izpolnjevanju svojih obveznosti ravnal z dolžno skrbnostjo.
- (3) Generalni direktor Zavoda ima pri opravljanju svojega dela dolžnost izogibanja nasprotju interesov. Vsako morebitno nasprotje interesov je generalni direktor dolžan prijaviti predsedniku sveta zavoda. Predsednik sveta zavoda zadevo predloži svetu Zavoda, ki v primeru izločitve generalnega direktorja odloči o zadevi.

201. člen
(imenovanje generalnega direktorja)

- (1) Javni razpis za imenovanje generalnega direktorja Zavoda se objavi najkasneje šest mesecev pred iztekom mandata generalnega direktorja.
- (2) Generalnega direktorja v imenovanje Državnemu zboru predlaga svet Zavoda na podlagi javnega razpisa iz prejšnjega odstavka, in sicer za dobo 5 let.
- (3) Posameznik je za generalnega direktorja lahko imenovan največ dvakrat.
- (4) Če Državni zbor generalnega direktorja ne imenuje, svet Zavoda najkasneje v 30 dneh od zavrnitve kandidata za generalnega direktorja, objavi javni razpis.

202. člen
(imenovanje vršilca dolžnosti)

- (1) Vršilec dolžnosti generalnega direktorja Zavoda mora izpolnjevati enake pogoje za imenovanje kot generalni direktor Zavoda. Vršilca dolžnosti imenuje vlada.
- (2) Vršilec dolžnosti generalnega direktorja Zavoda je imenovan za dobo največ 6 mesecev in je lahko največ še enkrat ponovno imenovan.

203. člen
(naloge generalnega direktorja)

- (1) Naloge generalnega direktorja so predvsem:
- vodenje in poslovanje Zavoda,
 - priprava strateškega razvojnega načrta Zavoda,
 - priprava finančnega načrta Zavoda,

- izvajanje nalog za uresničevanje sklepov sveta Zavoda,
- priprava aktov za obravnavo na svetu Zavoda,
- sprejemanje aktov o notranji organizaciji Zavoda,
- vodenje kadrovske politike Zavoda in sprejemanje finančno ovrednotenega programa dela in kadrovskega načrta Zavoda ob upoštevanju obsega nalog,
- organiziranje izvedenskih organov in postopkov za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja in varstva pravic zavarovanih oseb,
- priprava strokovnih podlag za sprejem Programa izvajanja zdravstvenih storitev, Pogojev zagotavljanja zdravil in Pogojev zagotavljanja medicinskih pripomočkov,
- sklepanje pogodb z izvajalci zdravstvenih storitev, dobavitelji zdravil in medicinskih in drugih pripomočkov,
- organiziranje nadzora nad uresničevanjem Programa izvajanja zdravstvenih storitev in Pogojev zagotavljanja medicinskih pripomočkov ter pogodb z izvajalci zdravstvenih storitev in dobavitelji zdravil in medicinskih ter drugih pripomočkov,
- skrb za zakonitost poslovanja Zavoda,
- poročanje svetu Zavoda o izvajanju obveznega zavarovanja ter predlaganje ustreznih ukrepov,
- druge naloge, ki se opredelijo v statutu Zavoda.

- (2) Generalni direktor odgovarja za zakonitost dela Zavoda. Generalni direktor je dolžan opozoriti svet Zavoda na sklepe in ravnanja, ki ne bi bila v skladu z zakonom in drugimi predpisi in zadržati njihovo izvrševanje.

204. člen **(prenehanje mandata)**

Mandat generalnega direktorja Zavoda preneha:

- s pretekom časa za katerega je bil imenovan,
- z odpovedjo mandatu,
- z razrešitvijo.

205. člen **(razrešitev)**

- (1) Delo generalnega direktorja Zavoda za vsako leto ob obravnavi zaključnega računa Zavoda ocenjuje svet zavoda. Če generalni direktor ni izvajal razvojnih programov in poslovnega načrta ali sklepov sveta Zavoda, ali je neupravičeno privedel do primanjkljaja ali kršil predpise, lahko svet Zavoda ali vlada predlaga razrešitev generalnega direktorja Državnemu zboru.
- (2) Generalni direktor je lahko razrešen pred potekom časa, za katerega je imenovan, če:
- krši pogodbene ali druge obveznosti,
 - mu je bila s pravnomočno sodno odločbo izrečena kazen zapora ali če ne izpolnjuje nalog, določenih v zakonu, statutu in splošnih aktih Zavoda ali mu je bilo prepovedano opravljati določena dela,
 - opravlja zasebno zdravstveno ali drugo dejavnost, ki ni združljiva s funkcijo generalnega direktorja Zavoda,

- 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.
- (3) O razrešitvi generalnega direktorja, iz razlogov navedenih v prejšnjem odstavku, odloča Državni zbor.
- (4) Zoper sklep o razrešitvi je možen upravni spor.

3. Urejanje odnosov med Zavodom in izvajalci ter dobavitelji

206. člen (urejanje odnosov)

Za urejanje odnosov med Zavodom in izvajalci sprejme svet zavoda Program izvajanja zdravstvenih storitev in Pogoje zagotavljanja medicinskih pripomočkov za obdobje najmanj dveh let.

3.1. Program izvajanja zdravstvenih storitev

207. člen (program)

- (1) Podlaga za sprejem Programa izvajanja zdravstvenih storitev so izhodišča in prioritete, ki jih opredeli ministrstvo, na podlagi resolucije zdravstvenega varstva, akcijskega načrta iz sedmega odstavka četrtega člena tega zakona ter potreb zavarovanih oseb in v okviru finančnega načrta Zavoda.
- (2) Ministrstvo opredeli izhodišča in prioritete najkasneje do 1. septembra tekočega leta za obdobje naslednjih dveh let.
- (3) Opredelitev izhodišč in prioritet, ki jih sprejme ministrstvo vključuje:
- makroekonomska izhodišča in predvidevanja države glede obsega javnofinančnih sredstev za financiranje pravic iz obveznega zavarovanja,
 - cilje in prednostne naloge pri določanju programa zdravstvenih storitev in pri njihovi dostopnosti ter izboljšanju stanja zavarovancev, ki izhajajo iz sprejete resolucije zdravstvenega varstva in drugih strateških dokumentov,
 - krovne usmeritve glede vsebine, količine in vrste storitev ali programov iz obveznega zavarovanja po ravneh in vrstah zdravstvene dejavnosti,
 - oceno potreb zavarovanih oseb po storitvah ali programih posameznih vrst zdravstvene dejavnosti,
 - predloge za zmanjšanje ali povečanje količine posameznih vrst storitev ali programov.

208. člen (postopek)

- (1) Zavod na podlagi izhodišč in prioritet ministrstva za spremembe ali enkratno povečanje storitev ali programov izvede povpraševanje pri javnih zdravstvenih zavodih in drugih izvajalcih zdravstvenih storitev v mreži javne zdravstvene službe v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnost.
- (2) Povpraševanje se izvede na način, da Zavod možnim izvajalcem najkasneje do 1. oktobra sporoči podatke o:
 - obsegu zdravstvenih storitev ali programov,
 - zahtevanih ciljih,
 - zahtevanih standardih kakovosti,
 - pogojih, ki jih morajo izvajalci izpolnjevati za dodelitev programa zdravstvenih storitev.
- (3) Izvajalci do 31. oktobra sporočijo Zavodu vse potrebne informacije, ki se nanašajo na podatke iz prejšnjega odstavka, na podlagi katerih Zavod presoja izpolnjevanje pogojev in zahtev za izvajanje zdravstvenih storitev iz obveznega zavarovanja.
- (4) Če več izvajalcev izpolnjuje zahtevane pogoje, imajo prednost pri izbiri izvajalci, ki dosegajo boljše standarde kakovosti. Ob doseganju enakega standarda kakovosti imajo prednost pri izbiri javni zdravstveni zavodi.
- (5) Če Zavod ugotovi, da izvajalci zdravstvenih storitev v okviru mreže javne zdravstvene službe daljše obdobje ne zmorejo zagotoviti izvajanja storitev ali programov, to sporoči pristojnemu organu lokalne skupnosti v primeru programa na primarni ravni zdravstvene dejavnosti oziroma ministrstvu v primeru storitev ali programa na sekundarni ravni zdravstvene dejavnosti, na osnovi česar se lahko sprejme koncesijski akt.

209. člen **(sprejem programa)**

- (1) Zavod na podlagi izhodišč in prioritet ministrstva ter izvedenega povpraševanja sprejme Program izvajanja zdravstvenih storitev.
- (2) Program izvajanja zdravstvenih storitev vsebuje:
 - merila za sklenitev pogodb s posameznim izvajalcem glede količine storitev ali programov po posameznih vrstah zdravstvene dejavnosti,
 - cene,
 - način obračunavanja in plačevanja,
 - zahtevane standarde kakovosti,
 - opredelitev ciljev in spodbude za doseganje opredeljenih ciljev,
 - sankcije za neizvajanje programa,
 - merila in pogoje za odpoved pogodbe,
 - znižanje vrednosti pogodbe, v kolikor izvajalec ne izvaja zdravstvenih storitev ali programov s posamezniki, ki so pri njem v delovnem razmerju,
 - pogodbene kazni,
 - druge obveznosti izvajalcev in Zavoda.
- (3) Program izvajanja zdravstvenih storitev se sprejme najkasneje do 31. decembra tekočega leta za obdobje najmanj dveh let.

- (4) Ministrstvo v roku 15 dni poda soglasje k Programu izvajanja zdravstvenih storitev. Soglasje lahko zavrne le, če Program izvajanja zdravstvenih storitev očitno odstopa od izhodišč in prioritet ministrstva. Če soglasje zavrne, mora predlagati spremembo Programa izvajanja zdravstvenih storitev. Če soglasja izrecno ne zavrne in ne predlaga sprememb v opredeljenem roku, se šteje, da je soglasje dano.

210. člen (znižanje cen)

V primeru, da v tekočem letu pride do zmanjšanja prihodkov ali povečanja odhodkov Zavoda, pri čemer Zavod ne more več tekoče poravnati svojih obveznosti, lahko Zavod v soglasju z vlado, interventno zniža cene, vendar ne več kot za 3 odstotke v posameznem letu.

211. člen (ponudba pogodbe)

- (1) Na podlagi Programa izvajanja zdravstvenih storitev Zavod ponudi izbranemu izvajalcu v mreži javne zdravstvene službe sklenitev pogodbe.
- (2) Predmet pogodbe je:
- obseg storitev po vrstah zdravstvene dejavnosti (po šifrantu zdravstvenih dejavnosti),
 - cene,
 - ordinacijski čas,
 - rok za izvedbo storitev,
 - čas veljavnosti pogodbe.
- (3) Program izvajanja zdravstvenih storitev je sestavni del pogodbe.
- (4) Rok za sklenitev pogodbe je najkasneje do 30. aprila za tekoče leto za dveletno obdobje.

212. člen (zavrnitev pogodbe)

- (1) V primeru, da izvajalec v roku 8 dni od prejema ponujene pogodbe le-te ne podpiše, se šteje, da je od pogodbe odstopil in da izstopa iz mreže javne zdravstvene službe. V tem primeru Zavod program dodeli praviloma drugemu izvajalcu zdravstvenih storitev v mreži javne zdravstvene službe v skladu s Programom izvajanja zdravstvenih storitev. Če več izvajalcev izpolnjuje zahtevane pogoje, imajo prednost pri izbiri izvajalci, ki dosegajo boljše standarde kakovosti. Ob doseganju enakega standarda kakovosti imajo prednost pri izbiri javni zdravstveni Zavodi.
- (2) Določba prejšnjega odstavka ne velja, če izvajalec v roku treh dni od prejema pogodbe Zavod obvesti, da bo zaradi nestrinjanja z vsebino pogodbe vložil tožbo. Vsebina ponujene pogodbe velja do rešitve spora pred sodiščem.

213. člen
(izvajalci)

(1) Izvajalci so dolžni:

- 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 (na podlagi pogodbe),
- na vidnem mestu, v čakalnicah, hodnikih ali ordinacijah objaviti informacije o pravicah in dolžnostih zavarovanih oseb ter pritožbenih postopkih pri izvajalcu,
- vključiti se v storitve e- zdravja,
- vzpostaviti e-poslovanje z Zavodom,
- zbirati in posredovati podatke s področja zdravstvenega varstva v skladu s posebnimi predpisi, ki urejajo evidence na področju zdravstvenega varstva,
- posredovati podatke o zaključnih računih,
- vzpostaviti evidence o stroških in prihodkih ter posredovati podatke po posameznih vrstah stroškov po storitvah v skladu s smernicami in navodili Zavod za potrebe priprave obračunskih modelov, cen zdravstvenih storitev in medicinskih ter drugih pripomočkov,
- upoštevati klinične poti in nacionalne klinične smernice,
- izpolnjevati druge obveznosti, ki izhajajo iz Programa izvajanja zdravstvenih storitev.

214. člen
(oblikovanje cen)

(1) Načini plačevanja izvajalcev:

- plačilo po zavarovani osebi (glavarina),
- plačilo po primeru,
- plačilo posamezne zdravstvene storitve,
- plačilo plana dela,
- plačilo po skupinah primerljivih primerov,
- drugo.

(2) Elementi za oblikovanje cene so:

- stroški dela,
- stroški blaga, materiala in storitev,
- amortizacija.

3.2 Pogoji za zagotavljanje medicinskih in drugih pripomočkov

215. člen
(pogoji za zagotavljanje medicinskih in drugih pripomočkov)

(1) Za izdajo ali izposajo medicinskih in drugih pripomočkov, ki se predpisujejo na naročilnico, svet Zavoda sprejme Pogoje za zagotavljanje medicinskih in drugih pripomočkov za urejanje odnosov z dobavitelji in proizvajalci oziroma njihovimi zastopniki in pooblaščenimi predstavniki.

- (2) Predmet pogojev za zagotavljanje medicinskih in drugih pripomočkov so tisti medicinski in drugi pripomočki, ki so predpisani s strani pooblaščenega zdravnika ali za to usposobljenega zdravstvenega delavca.
- (3) Pogoji za zagotavljanje medicinskih in drugih pripomočkov vsebujejo:
- pogoje za dobavitelje, proizvajalce in zastopnike ter predstavnike proizvajalcev, ki izdajajo medicinske in druge pripomočke zavarovanim osebam,
 - pogoje za proizvajalce in zastopnike ter predstavnike proizvajalcev pri vzpostavitvi Seznama medicinskih pripomočkov,
 - veljavnost in način spreminjanja.

216. člen

(pogoji za dobavitelje, proizvajalce in zastopnike ter predstavnike proizvajalcev)

Pogoji za dobavitelje, proizvajalce in zastopnike ter predstavnike proizvajalcev, ki izdajajo medicinske in druge pripomočke zavarovanim osebam, vsebujejo:

- pogoje za izdajo in izposajo,
- vrste medicinskih in drugih pripomočkov, ki se izdajajo samo s strani proizvajalcev in zastopnikov ter pooblaščenih predstavnikov,
- zahteve za posredovanje in izmenjavo podatkov,
- način obračunavanja in plačilne roke,
- vsebino pogodbe,
- nadzor nad izvajanjem pogodb,
- pogodbene kazni v primeru kršitev pogodbenih obveznosti,
- merila in pogoje za odpoved pogodbe,
- druge obveznosti dobaviteljev, proizvajalcev, zastopnikov in predstavnikov proizvajalcev ter Zavoda.

217. člen

(seznam medicinskih pripomočkov)

- (1) Pogoji za proizvajalce in zastopnike ter predstavnike proizvajalcev pri vzpostavitvi Seznama medicinskih pripomočkov vsebujejo:
- zahteve za posredovanje in izmenjavo podatkov,
 - pogoje za sklenitev pogodbe v skladu s pravilnikom, ki ureja Seznam medicinskih pripomočkov,
 - vsebino pogodbe,
 - nadzor nad izvajanjem pogodb,
 - pogodbene kazni v primeru kršitev pogodbenih obveznosti,
 - merila in pogoje za odpoved pogodbe,
 - druge obveznosti proizvajalcev, zastopnikov in predstavnikov proizvajalcev ter Zavoda.
- (2) Seznam medicinskih pripomočkov vsebuje podatke o vrstah medicinskih pripomočkov in pripomočkih, ki se izdajajo v breme obveznega zavarovanja. Podrobnejšo vsebino Seznama medicinskih pripomočkov, merila in postopek za uvrstitev pripomočkov na seznam ter za izločitev s seznama določi Zavod s soglasjem ministrstva.

- (3) Na Seznam medicinskih pripomočkov se uvrstijo le medicinski pripomočki in pripomočki, ki so uvrščeni v uradno evidenco medicinskih pripomočkov na nacionalni ravni.

218. člen
(izhodišča za cenovne standarde)

V breme obveznega zavarovanja se lahko izdajajo medicinski in drugi pripomočki v skladu s cenovnimi standardi in cenami, ki jih določi Zavod. Izhodišča za cenovne standarde in cene določi Zavod v soglasju z ministrstvom.

219. člen
(odpoved pogodbe)

Vsaka pogodbeni stranka lahko poleg razlogov, navedenih v Pogojih za zagotavljanje medicinskih pripomočkov, odpove pogodbo brez navedbe razloga, s trimesečnim odpovednim rokom.

3.2 Vključitev zdravil v sistem obveznega zavarovanja

220. člen
(liste zdravil)

- (1) Zavod razvršča zdravila na:
- receptno listo,
 - ambulantno listo,
 - bolnišnično listo.
- (2) Receptna lista je lista zdravil, na katero se razvrsti zdravila in živila, ki se predpisujejo na recept.
- (3) Ambulantna lista je lista zdravil, na katero se razvrsti ambulantna zdravila.
- (4) Bolnišnična lista je lista zdravil, na katero se razvrsti bolnišnična zdravila.
- (5) Zdravilo se lahko razvrsti na eno listo zdravil ali več list zdravil.
- (6) Liste zdravil z datumom njihove uveljavitve in spremembe se objavi na spletni strani Zavoda.

221. člen
(zdravila, ki so predmet razvrstitve)

- (1) Na liste zdravil se lahko razvrsti:
- industrijsko proizvedeno zdravilo z dovoljenjem za promet v Republiki Sloveniji,
 - industrijsko proizvedeno zdravilo z dovoljenjem za promet s paralelno uvoženim zdravilom oziroma 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,

- industrijsko proizvedeno zdravilo z začasnim dovoljenjem 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 oziroma zdravilo ni na trgu v Republiki Sloveniji v skladu z zakonom, ki ureja zdravila,
 - galensko zdravilo izvajalca lekarniške dejavnosti, ki izpolnjuje pogoje v skladu z zakonom, ki ureja lekarniško dejavnost,
 - magistralno zdravilo izvajalca lekarniške dejavnosti, ki izpolnjuje pogoje v skladu z zakonom, ki ureja lekarniško dejavnost.
- (2) Ne glede na prejšnji odstavek, se na liste zdravil ne razvrsti:
- homeopatskega zdravila,
 - zdravila, ki se uporablja za diagnostiko,
 - cepiva za imunizacijo in imunoprolifakso, ki ga zagotavlja NIJZ v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja.
- (3) Industrijsko proizvedeno zdravilo iz prve do četrte alineje prvega odstavka tega člena se lahko razvrsti na liste zdravil, če ima določeno najvišjo dovoljeno ceno ali izredno višjo dovoljeno ceno.
- (4) 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.
- (5) Magistralno zdravilo se lahko razvrsti na listo 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.
- (6) Kot ambulantno zdravilo se lahko razvrsti ampulirano in drugo zdravilo, ki ga zavarovani osebi lahko aplicira le zdravstveni delavec v okviru zdravstvene storitve splošne ali specialistične zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti, če se ne uporablja v okviru nujne medicinske pomoči ali nujnega zdravljenja in ni vključeno v ceno zdravstvene storitve, v okviru katere se aplicira.
- (7) Kot bolnišnično zdravilo se lahko razvrsti zdravilo, ki ga zavarovani osebi lahko aplicira le zdravstveni delavec v okviru zdravstvene storitve bolnišnične zdravstvene dejavnosti in če se uporablja za dolgotrajno zdravljenje kronične bolezni zavarovane osebe in če njegova cena v priporočenem odmerku presega letno ceno na zavarovano osebo, ki jo določi Zavod.
- (8) Zdravilo mora imeti ves čas razvrstitve določeno ali dogovorjeno ceno zdravila, in sicer:
- industrijsko proizvedeno zdravilo najvišjo dovoljeno ceno ali izredno višjo dovoljeno ceno,
 - galensko zdravilo dogovorjeno ceno galenskega zdravila,
 - magistralno zdravilo določeno ceno magistralnega zdravila.

222. člen

(pogoj in merila za razvrstitev zdravila)

- (1) Zdravilo se razvrsti na liste zdravil (v nadaljnjem besedilu: razvrstitev zdravila), če ima enako ali dodano vrednost v terapevtskem ali ekonomskem smislu (v nadaljnjem besedilu: pogoj za razvrstitev zdravila):

- glede na razvrščena primerjalna zdravila z list zdravil ali
 - glede na standardno zdravljenje.
- (2) Pogoj za razvrstitev zdravila se ugotovi na podlagi naslednjih meril za razvrstitev zdravila na liste zdravil (v nadaljnjem besedilu: merila za razvrstitev zdravila):
- javnozdravstvenega vidika bolezni ali motenje, za katero se uporablja zdravilo,
 - terapevtskega pomena zdravila,
 - primerjalne terapevtske vrednosti zdravila,
 - farmakoekonomskih podatkov za zdravilo,
 - etičnega vidika bolezni ali motnje, za katero se uporablja zdravilo,
 - referenčnih virov za zdravilo.

223. člen
(novo in enako zdravilo)

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

224. člen
(razvrstitev zdravila za določen čas)

Zdravilo se lahko razvrsti na listo zdravil za določen čas:

- če je novo zdravilo z dovoljenjem za promet, ki je izdano za določen čas,
- če ima novo zdravilo varnostno tveganje ali ne dovolj dokazano učinkovitost, ko je razvrščeno predvsem na podlagi etičnega vidika, ali predstavlja ekonomsko tveganje za sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- če nadomešča zdravilo, s katerim je nastala motnja v preskrbi z zdravilom.

225. člen
(zdravilo z neregistrirano terapevtsko indikacijo)

Zavod lahko razvrsti zdravilo s terapevtsko indikacijo, ki ni določena z dovoljenjem za promet z zdravilom, je pa določena v terapevtskih smernicah ali priporočilih.

226. člen
(razvrstitev zdravila z imenom oziroma 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 in nacionalnim identifikatorjem, ki ga določi Zavod.
- (3) Magistralno zdravilo se razvrsti na liste zdravil z nazivom in nacionalnim identifikatorjem, ki ju določi Zavod.

227. člen
(prerazvrstitev zdravila)

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

228. 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 naslednje omejitve:
 - populacijsko skupino zavarovanih oseb, določeno s starostjo ali z drugo populacijsko značilnostjo,
 - 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,
 - stopnjo izraženosti zdravstvenega stanja,
 - raven, vrsto ali podvrsto zdravstvene dejavnosti,
 - vrsto izvajalca ali njegovo organizacijsko enoto (oddelek in podobno),
 - vrsto specializacije pristojnega zdravnika,
 - skupino pristojnih zdravnikov,
 - predhodno soglasje strokovne komisije izvajalca na sekundarni ali terciarni ravni zdravstvene dejavnosti za zdravljenje z določenim zdravilom,
 - predhodno soglasje Zavoda na predlog izvajalca na sekundarni ali terciarni ravni zdravstvene dejavnosti za zdravljenje posamezne zavarovane osebe z določenim zdravilom,
 - časovno omejitev,
 - količinsko omejitev.
- (3) Omejitev predpisovanja ali izdajanja zdravila se določi in spremeni ob upoštevanju pogoja za razvrstitev zdravila na podlagi meril za razvrstitev zdravila.
- (4) Besedilo omejitve predpisovanja ali izdajanja zdravila je sestavni del liste zdravil.

229. člen
(razširitev predpisovanja zdravila)

- (1) Predpisovanje razvrščenega zdravila se lahko razširi (v nadaljnjem besedilu: razširitev predpisovanja zdravila):

- na terapevtsko indikacijo, ki ni določena z dovoljenjem za promet z zdravilom, je pa navedena v terapevtski smernici ali priporočili ali ima podlago v klinični raziskavi,
 - 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.
- (2) Razširitev predpisovanja zdravila se določi in spremeni ob upoštevanju pogoja za razvrstitev zdravila na podlagi meril za razvrstitev zdravila in če:
- gre za hudo bolezen, ki ogroža življenje, za katero ni druge možnosti zdravljenja, ali
 - gre za bolezen, za katero je dovolj podatkov, da bo zdravljenje z zdravilom učinkovito.
- (3) Besedilo razširitve predpisovanja zdravila je sestavni del liste zdravil.

230. člen **(izločitev zdravila)**

- (1) Zdravilo se izloči z liste zdravil (v nadaljnjem besedilu: izločitev zdravila), če je izpolnjen vsaj en od naslednjih pogojev (v nadaljnjem besedilu: pogoj za izločitev zdravila):
- če zdravilo ne more biti več predmet razvrstitve v skladu z 221. členom tega zakona,
 - če zdravilo ne izpolnjuje več pogoja za razvrstitev zdravila zaradi vsaj enega od meril za razvrstitev zdravila,
 - če je potekel določen čas iz 224. člena tega zakona,
 - če zdravilo ni prisotno na trgu v Republiki Sloveniji več kot leto dni po razvrstitvi,
 - če nastane motnja v preskrbi z zdravilom, ki traja več kot leto dni,
 - če izločitev zdravila ne pomeni javnozdravstvenega tveganja za zavarovane osebe, ki bi nastalo zaradi njegove izločitve, in če ne pomeni ekonomskega tveganja za sredstva obveznega zdravstvenega tveganja.
- (2) Zavod za razvrščena zdravila preverja pogoje za izločitev zdravila iz prve do pete alineje prejšnjega odstavka najmanj enkrat letno.

231. člen **(vrste in začetek postopkov za zdravila)**

- (1) O zdravilu se odloča v postopku:
- razvrstitve zdravila,
 - prerazvrstitve zdravila,
 - določitve in spremembe omejitve predpisovanja ali izdajanja zdravila,
 - določitve in spremembe razširitve predpisovanja zdravila,
 - izločitve zdravila.
- (2) Imetnik dovoljenja iz prve do četrte alineje oziroma potrdila iz druge alineje prvega odstavka 221. člena tega zakona ali njegov zastopnik (v nadaljnjem besedilu: imetnik dovoljenja) lahko vloži vlogo za začetek postopka iz prve, druge, tretje in pete alineje prejšnjega odstavka za industrijsko proizvedeno zdravilo, ki je predmet dovoljenja.

- (3) Izvajalec lekarniške dejavnosti, ki izdeluje ali lahko izdeluje galensko zdravilo (v nadaljnjem besedilu: izvajalec lekarniške dejavnosti), lahko za to galensko zdravilo vloži vlogo za začetek postopka iz prve, druge, tretje in pete alineje prvega odstavka tega člena.
- (4) Zavod lahko za industrijsko proizvedeno in galensko zdravilo vloži predlog za začetek postopka iz prvega odstavka tega člena, razen za izločitev živila zaradi razloga iz šeste alineje 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).
- (5) Izvajalec (v nadaljnjem besedilu: pobudnik) lahko vloži pobudo za začetek postopka iz druge do pete alineje prvega odstavka tega člena.

232. člen **(elektronsko poslovanje prek portala eLista zdravil)**

- (1) V postopkih iz prvega odstavka prejšnjega člena se uporablja elektorska 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), predlog in pobuda se vloži pri Zavodu v elektorski obliki prek informacijskega sistema Zavoda (v nadaljnjem besedilu: portal eLista zdravil).
- (3) Imetniku dovoljenja in izvajalcu lekarniške dejavnosti (v nadaljnjem besedilu: vložnik) in pobudniku Zavod vroča dokumente prek portala eLista zdravil.
- (4) Zavod odloži dokument, ki ga je treba vročiti, v portal eLista zdravil in prek njega obvesti vložnika in pobudnika, da je prejel dokument, ki mu ga je treba vročiti. Informativno sporočilo o elektronsko odloženem dokumentu vložnik in pobudnik prejme tudi na elektronski naslov, če ga je sporočil Zavodu.
- (5) Vložnik in pobudnik dokument prevzame s portala eLista zdravil na način, ki ga določi Zavod.
- (6) Vročitev velja za opravljeno z dnem, ko vložnik in pobudnik 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 preteka tega roka. Portal eLista zdravil dokument po preteku šestih mesecev od dneva vročitve izbriše in vložniku in pobudniku pošlje elektronsko sporočilo, da je dokument izbrisan s portala eLista zdravil in ga lahko vložnik in pobudnik prevzame pri Zavodu.

233. člen **(obravnavo vlog in pobud)**

- (1) Zavod obravnava popolne vloge in pobude.
- (2) Vloga in pobuda je popolna, če vsebuje sestavine, ki jih določa splošni akt Zavoda.

- (3) Ne glede na določbe zakona, ki ureja splošni upravni postopek, imetnik dovoljenja k vlogi za razvrstitev industrijsko proizvedenega zdravila priloži odločbo o določitvi najvišje dovoljene cene oziroma izredne višje dovoljene cene.
- (4) Če je vloga oziroma pobuda nerazumljiva ali nepopolna, Zavod v petih delovnih dneh od njene vložitve pozove vložnika oziroma pobudnika, da odpravi pomanjkljivosti.
- (5) Zavod lahko na podlagi popolne vloge ali pobude in podatkov, s katerimi razpolaga, od vložnika oziroma pobudnika zahteva dodatne podatke, ki so potrebni za odločitev v postopku.
- (6) Zavod o predlogu obvesti imetnika dovoljenja oziroma izvajalca lekarniške dejavnosti s predlogom, da mu posreduje podatke, ki so potrebni za odločitev v postopku iz prvega odstavka 231. člena tega zakona. Če imetnik dovoljenja oziroma izvajalec lekarniške dejavnosti ne posreduje potrebnih podatkov, Zavod odloči na podlagi podatkov, s katerimi razpolaga.
- (7) Zavod pobudo sprejme ali zavrne in o tem obvesti pobudnika. V primeru sprejete pobude se postopek nadaljuje kot s predlogom Zavoda.

234. 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 prve, druge in šeste alineje prvega odstavka 230. člena tega zakona.
- (3) Zavod lahko pridobi mnenje Komisije za zdravila v postopku, ki ni naveden v prejšnjem odstavku, ne glede na to, ali gre za postopek iz prvega odstavka 231. člena tega zakona ali za drugo vrsto postopka, v katerem odloča Zavod.
- (4) Zavod lahko v postopkih iz drugega in tretjega odstavka tega člena pridobi tudi mnenje drugih strokovnjakov.

235. člen **(rok za odločitev Zavoda)**

- (1) Zavod odloči o razvrstitvi industrijsko proizvedenega zdravila v 90 dneh od vložitve popolne vloge oziroma popolnega predloga. 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 razvrstitve 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, pobude oziroma popolnega predloga.
- (3) Rok iz prvega odstavka tega člena ne teče:
 - v obdobju od dneva vročitve poziva za predložitev dodatnih podatkov iz petega odstavka 233. 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,
 - v obdobju od dneva vročitve poziva vložniku 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.

236. člen **(odločba in obvestilo Zavoda)**

- (1) V postopku razvrstitve novega industrijsko proizvedenega zdravila ali novega galenskega zdravila in v postopku izločitve industrijsko proizvedenega ali galenskega zdravila zaradi razloga iz prve, druge in šeste alineje prvega odstavka 230. člena tega zakona Zavod izda odločbo, v vseh drugih postopkih pa izda obvestilo o odločitvi (v nadaljnjem besedilu: obvestilo o odločitvi Zavoda), razen v postopkih iz prvega odstavka 231. člena tega zakona za magistralno zdravilo, v katerih Zavod izda sklep po uradni dolžnosti.
- (2) Obrazložitev odločbe Zavoda iz prejšnjega odstavka vsebuje tudi:
 - obrazložitev, ali je zdravilo lahko predmet razvrstitve v skladu z 221. členom tega zakona in ali izpolnjuje pogoj za razvrstitev zdravila na podlagi meril za razvrstitev zdravila, in
 - opredelitev Zavoda do mnenj iz 234. člena tega zakona, če jih je Zavod pridobil v postopku.
- (3) Obvestilo o odločitvi Zavoda vsebuje odločitev Zavoda brez obrazložitve in se vroči imetniku dovoljenja oziroma izvajalcu lekarniške dejavnosti s pravnim poukom, da lahko zahteva izdajo odločbe Zavoda v 15 dneh od vročitve tega obvestila, če se ne strinja z odločitvijo Zavoda. V primeru iz prejšnjega stavka se odločba Zavoda izda v roku iz drugega odstavka prejšnjega člena z obrazložitvijo iz prejšnjega odstavka.
- (4) Če imetnik dovoljenja oziroma izvajalec lekarniške dejavnosti ne zahteva izdaje odločbe Zavoda v roku iz prejšnjega odstavka, obvestilo o odločitvi Zavoda, šteje za dokončno in pravnomočno odločbo Zavoda.
- (5) Sklep Zavoda iz prvega odstavka tega člena vsebuje obrazložitev iz drugega odstavka tega člena in šteje za dokončno in pravnomočno odločbo Zavoda.

237. člen **(pritožba in sodno varstvo)**

- (1) Imetnik dovoljenja oziroma izvajalec lekarniške dejavnosti lahko zoper odločbo Zavoda iz prejšnjega člena vloži pritožbo na Zavod v 30 dneh od vročitve te odločbe. Pritožba ne zadrži izvršitve odločbe Zavoda. O pritožbi odloči minister v 60 dneh od vložitve popolne pritožbe.
- (2) Imetnik dovoljenja oziroma izvajalec lekarniške dejavnosti lahko s tožbo v upravnem sporu izpodbija odločitev ministra iz prejšnjega odstavka v 30 dneh od njene vročitve.

238. člen
(terapevtske skupine zdravil)

- (1) Zavod določa terapevtske skupine zdravil med industrijsko proizvedenimi zdravili z receptne liste.
- (2) Terapevtska skupina zdravil je skupina industrijsko proizvedenih zdravil z receptne liste z enako terapevtsko indikacijo, ki lahko vključuje posamezna zdravila, kombinirana zdravila in različne farmacevtske oblike zdravila, ki jo določi Zavod,
- (3) Zdravila se vključi v terapevtsko skupino zdravil na podlagi terapevtske indikacije in meril za razvrstitev zdravila.
- (4) Terapevtsko skupino zdravil se lahko razdeli na razrede primerljivih odmerkov zdravil glede na jakost in učinkovitost.
- (5) V vsaki terapevtski skupini zdravil in v vsakem razredu se določi zdravilo z najugodnejšim razmerjem med stroški in učinki zdravljenja na podlagi cen primerljivih odmerkov zdravil, vključenih v terapevtsko skupino zdravil.
- (6) Zdravilu, ki je vključeno v terapevtsko skupino zdravil, se določi dodana vrednost, izražena v odstotku cene primerljivega odmerka zdravila:
 - če ima zdravilo prednost za zavarovano osebo zaradi farmacevtske oblike v smislu načina uporabe ali zaradi kliničnih lastnosti v smislu učinkovitosti in varnosti,
 - če je kombinirano zdravilo.
- (7) Dodana vrednost zdravila iz prve alineje prejšnjega odstavka se lahko določi v naslednji višini:
 - zaradi farmacevtske oblike v smislu načina uporabe največ 20 % najvišje priznane vrednosti primerljivega odmerka zdravila,
 - 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.
- (8) Dodana vrednost zdravila iz druge alineje šestega odstavka tega člena se lahko določi v naslednji višini:
 - za kombinacijo zdravila z razvrščeno učinkovino največ 100 % najvišje priznane vrednosti primerljivega odmerka zdravila,
 - za kombinacijo zdravila z nerazvrščeno učinkovino največ 20 % najvišje priznane vrednosti primerljivega odmerka zdravila.
- (9) Dodane vrednosti iz sedmega in osmega 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 oziroma

enakimi učinkovinami iste jakosti oziroma istih jakosti primerljive farmacevtske oblike, veljavne ob določanju terapevtske skupine zdravil.

(10) Terapevtsko skupino zdravil določi svet Zavoda.

(11) Terapevtska skupina zdravil z datumom njene uveljavitve in spremembe se objavi na spletni strani Zavoda.

239. člen **(seznam predpisanih zdravil z imenom)**

- (1) Minister določi seznam industrijsko proizvedenih zdravil, ki se predpisujejo na recept le z imenom zaradi varnosti za zavarovano osebo ali posebnih lastnosti farmacevtskih oblik zdravila (v nadaljnjem besedilu: Seznam predpisanih zdravil z imenom).
- (2) Seznam predpisanih zdravil z imenom določi minister na predlog JAZMP po predhodnem mnenju Zavoda.
- (3) Seznam predpisanih zdravil z imenom z datumom njegove uveljavitve in spremembe se objavi na spletni strani ministrstva in v centralni bazi zdravil.
- (4) Natančnejše pogoje in postopek za določitev Seznama predpisanih zdravil z imenom določi minister.

240. člen **(seznam skupin zdravil s splošnim imenom)**

- (1) Zavod določi seznam skupin industrijsko proizvedenih zdravil, ki se predpisujejo na recept s splošnim imenom, v katerega se uvrsti zdravila z receptne liste, ki niso uvrščena v Seznam predpisanih zdravil z imenom (v nadaljnjem besedilu: Seznam skupin zdravil s splošnim imenom).
- (2) Posamezna skupina zdravil v Seznamu skupin zdravil s splošnim imenom se določi na podlagi splošnega imena zdravila, ATC oznake, primerljive farmacevtske oblike ter jakosti in učinkovine oziroma učinkovin.
- (3) Seznam skupin zdravil s splošnim imenom določi generalni direktor Zavoda.
- (4) Seznam skupin zdravil s splošnim imenom z datumom njegove uveljavitve in spremembe se objavi na spletni strani Zavoda.

241. člen **(vrednost zdravila)**

- (1) Obvezno zdravstveno zavarovanje krije vrednost zdravila največ v višini:
 - cene zdravila,
 - najvišje priznane vrednosti.

- (2) Če je veljavna cena zdravila nižja od najvišje priznane vrednosti, obvezno zdravstveno zavarovanje krije vrednost zdravila v višini veljavne cene zdravila.
- (3) Če je veljavna cena zdravila višja od najvišje priznane vrednosti, obvezno zdravstveno zavarovanje krije vrednost zdravila največ do najvišje priznane vrednosti.
- (4) Ne glede na prejšnji odstavek obvezno zdravstveno zavarovanje krije vrednost zdravila na recept do veljavne cene zdravila:
 - če je zdravilo predpisano na recept z oznako "ne zamenjui!",
 - če na trgu v Republiki Sloveniji ni prisotnega zdravila s Seznama skupin zdravil s splošnim imenom v okviru najvišje priznane vrednosti, pod pogojem, da to zdravilo s Seznama skupin zdravil s splošnim imenom ni vključeno v terapevtsko skupino zdravil.
- (5) Če je na recept predpisano zdravilo s splošnim imenom se izda zdravilo z najnižjo veljavno ceno, če se zavarovana oseba ne odloči drugače.

242. 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 oziroma galenskih zdravil.
- (3) Vrsto in vsebino dogovora o financiranju zdravila dogovorita Zavod in imetnik dovoljenja oziroma Zavod in izvajalec lekarniške dejavnosti.
- (4) Imetnik dovoljenja in izvajalec lekarniške dejavnosti 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 in izvajalec lekarniške dejavnosti 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) Dogovor o financiranju zdravila podpiše generalni direktor Zavoda.

243. člen **(dogovorjena cena zdravila)**

- (1) Dogovorjena cena zdravila je veljavna cena zdravila, ki jo Zavod dogovori za industrijsko proizvedeno zdravilo z imetnikom dovoljenja.
- (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.

244. člen
(dogovorjena cena galenskega zdravila)

- (1) Dogovorjena cena galenskega zdravila je cena, ki jo Zavod dogovori za galensko zdravilo z izvajalcem lekarniške dejavnosti.
- (2) Dogovorjena cena galenskega zdravila je vrsta dogovora o financiranju zdravila iz 243. člena tega zakona.

245. člen
(določena cena magistralnega zdravila)

- (1) Določena cena magistralnega zdravila je cena, ki jo Zavod določi za magistralno zdravilo na podlagi cen sestavin, ki jih določi Zavod.
- (2) Ceno magistralnega zdravila določi generalni direktor Zavoda.

246. člen
(najvišja priznana vrednost zdravila z receptne liste)

- (1) Zavod določa najvišje priznane vrednosti za zdravila z receptne liste:
- za zdravila s Seznama skupin zdravil s splošnim imenom,
 - za zdravila v terapevtskih skupinah zdravil.
- (2) Zavod za zdravila s Seznama skupin zdravil s splošnim imenom 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.
- (3) 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 zdravljenja, tako, da je iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v celoti krito vsaj eno zdravilo v posameznem razredu e terapevtske skupine zdravil, če so razredi določeni.
- (4) Ne glede na prejšnji odstavek se lahko zdravilu v posamezni terapevtski skupini zdravil določi višja najvišja priznana vrednost, če ima zdravilo določeno dodano vrednost na podlagi 223. člena tega zakona.
- (5) Če ima zdravilo določeno najvišjo priznano vrednost v skladu z drugim, tretjim in četrtim odstavkom tega člena, se mu določi nižja najvišja priznana vrednost med obema.
- (6) Najvišjo priznano vrednost za zdravila z receptne liste določi svet Zavoda ali po njegovem pooblastilu generalni direktor Zavoda najmanj vsakih šest mesecev.

- (7) Zdravila s Seznama skupin zdravil s splošnim imenom in iz terapevtske skupine zdravil z najvišjo priznano vrednostjo z datumom njihove uveljavitve se objavi na spletni strani Zavoda.
- (8) Če je zdravilo s Seznama skupin zdravil s splošnim imenom ali iz terapevtske skupine zdravil predpisano na obnovljivi recept, se upošteva najvišja priznana vrednost, veljavna ob vsaki izdaji zdravila.

247. člen

(najvišja priznana vrednost zdravila z ambulantne in bolnišnične liste)

- (1) Zavod določa najvišje priznane vrednosti za zdravila z ambulantne in bolnišnične liste za skupine zdravil.
- (2) Posamezna skupina zdravil z ambulantne in bolnišnične liste se določi na podlagi splošnega imena zdravila, ATC oznake, primerljive farmacevtske oblike ter jakosti in učinkovine oziroma učinkovin (v nadaljnjem besedilu: skupina zdravil z ambulantne in bolnišnične liste).
- (3) Seznam skupin zdravil z ambulantne in bolnišnične liste določi generalni direktor Zavoda.
- (4) Zavod za skupino zdravil z ambulantne in bolnišnične liste 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) Najvišjo priznano vrednost iz prejšnjega odstavka določi svet Zavoda ali po njegovem pooblastilu generalni direktor Zavoda najmanj vsakih šest mesecev.
- (6) Zdravila s Seznama skupin zdravil z ambulantne in bolnišnične liste z najvišjo priznano vrednostjo z datumom njihove uveljavitve se objavi na spletni strani Zavoda.

248. člen

(evidenca zdravil in centralna baza zdravil)

- (1) Zavod je upravljavec evidence zdravil, katerih vrednosti se krijejo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu: evidenca zdravil).
- (2) V evidenci zdravil se za namen izvajanja obveznega zdravstvenega zavarovanja vodijo:
 - podatki o zdravilih,
 - podatki o imetnikih dovoljenja, njihovih zastopnikih in kontaktnih osebah (ime oziroma naziv, naslov oziroma sedež, pravno organizacijska oblika, elektronski naslov, telefonska številka),
 - podatki o vrednostih zdravil, ki se krijejo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.
- (3) Zavod lahko določi podatke iz evidence zdravil, ki se vodijo v centralni bazi zdravil poleg podatkov, ki se v njej vodijo v skladu s predpisi, ki urejajo zdravila.

249. 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 obveznega zdravstvenega zavarovanja, 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, katerih zdravila se že krijejo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja ali pa imajo interes, da so oziroma da bodo njihova zdravila na trgu v Republiki Sloveniji.
- (3) Zavod zbira podatke od imetnikov dovoljenj iz prejšnjega odstavka preko portala eLista zdravil enkrat letno za pet let 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.

250. člen

(splošni akt Zavoda glede vključitve zdravil med pravice)

- (1) Za zdravila, ki se razvrščajo na liste zdravil, Zavod s splošnim aktom:
 - določi letno ceno na zavarovano osebo iz sedmega odstavka 221. člena tega zakona,
 - natančneje določi pogoj za razvrstitev zdravila in merila za razvrstitev zdravila,
 - določi način določitve naziva magistralnih zdravil,
 - natančneje določi omejitve predpisovanja ali izdajanja zdravila,
 - natančneje določi razširitve predpisovanja zdravila,
 - natančneje določi pogoje za izločitev zdravila in način njihovega preverjanja,
 - 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 in vsebinami vlog, predlogov in pobud ter s sestavo, z imenovanjem in delovanjem Komisije za zdravila in s pridobivanjem mnenj drugih strokovnjakov,
 - določi plačilo stroškov postopkov iz prejšnje točke,
 - 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
 - natančneje določi pogoje in merila ter postopek za določitev terapevtskih skupin zdravil in njihovih razredov,
 - natančneje določi pogoje in postopek za določitev Seznama skupin zdravil s splošnim imenom,
 - natančneje določi pogoje in postopek za določitev Seznama skupin zdravil z ambulantne in bolnišnične liste,
 - 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 in izvajalca lekarniške dejavnosti,
 - določi kalkulativne elemente za določanje cen magistralnih zdravil ter postopek določitve cen magistralnih zdravil,

- natančneje določi pogoje, merila, rok in postopek za določitev najvišje priznane vrednosti zdravil,
- natančneje določi vsebino evidence zdravil, obseg in način objave podatkov iz evidence zdravil,
- natančneje določi podatke iz evidence zdravil, ki se vodijo v centralni bazi zdravil poleg podatkov, ki se v njej vodijo v skladu s predpisi, ki urejajo zdravila,
- natančneje določi vrste podatkov, način zbiranja, obdelovanja in ocenjevanja podatkov o zdravilih z namenom načrtovanja odhodkov za zdravila, ki se krijejo iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja.

(2) Splošni akt Zavoda iz prejšnjega odstavka sprejme svet Zavoda.

3.4 Vključitev živil v sistem obveznega zavarovanja

251. člen (živila na receptni listi)

Zavod razvršča živila na receptno listo.

252. člen (živila, ki so predmet razvrstitve)

- (1) Na receptno listo se lahko razvrsti (v nadaljnjem besedilu: razvrstitev živila):
 - živilo s prilagojeno sestavo hranil,
 - živilo za prehransko podporo,
 - živilo za otroke.
- (2) Živilo s prilagojeno sestavo hranil je živilo s prilagojeno sestavo hranil za trajno zdravljenje zavarovane osebe z vrojenimi motnjami presnove.
- (3) 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 stranskih učinkov terapevtskih postopkov, in to živilo rabi za bistveno izboljšanje kakovosti življenja ali uspeh zdravljenja,
- (4) Živilo za otroka je živilo za dietetsko uravnavanje hudih alergij in drugih težkih oblik intolerance otroka na hrano.
- (5) 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.
- (6) Živilo mora imeti ves čas razvrstitve dogovorjeno ceno.

253. 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) glede na:
- razvrščena primerjalna živila ali
 - standardno zdravljenje.
- (2) Pogoj za razvrstitev živila se ugotovi na podlagi naslednjih meril za razvrstitev živila (v nadaljnjem besedilu: merila za razvrstitev živila):
- javnozdravstvenega vidika bolezni ali motenje, za katero se uporablja živilo,
 - terapevtskega pomena živila,
 - primerjalne terapevtske vrednosti živila,
 - prilagojenosti sestave hranil v živilu, specifične za zdravstveno stanje,
 - farmakoeconomiških podatkov za živilo,
 - referenčnih virov za živilo.

254. člen
(novo in podobno živilo)

Živilo se razvrsti kot novo živilo ali podobno živilo.

255. člen
(razvrstitev živila z imenom)

Živilo se razvrsti z lastniškim imenom in nacionalnim identifikatorjem, ki ga določi Zavod.

256. člen
(omejitev predpisovanja ali izdajanja živila)

Za omejitev predpisovanja živila in omejitev izdajanja živila se smiselno uporablja 228. člen tega zakona.

257. člen
(izločitev živila)

- (1) Živilo se izloči z receptne liste (v nadaljnjem besedilu: izločitev živila), če je izpolnjen vsaj en od naslednjih pogojev (v nadaljnjem besedilu: pogoj za izločitev živila), če:
- živilo ne more biti več predmet razvrstitve v skladu z 252. členom tega zakona,
 - živilo ne izpolnjuje več pogoja za razvrstitev živila zaradi vsaj enega od meril za razvrstitev živila,
 - živilo ni prisotno na trgu v Republiki Sloveniji več kot leto dni po razvrstitvi,
 - nastane motnja v preskrbi z živilom, ki traja več kot dve leti,

- izločitev živila ne pomeni javnozdravstvenega tveganja za zavarovane osebe, ki bi nastalo zaradi njegove izločitve, in ne pomeni ekonomskega tveganja za sredstva obveznega zdravstvenega tveganja.
- (2) Zavod za razvrščena živila preverja pogoje za izločitev živila iz prve do četrte alineje prejšnjega odstavka najmanj enkrat letno.

258. člen
(vrste in začetek postopkov za živila)

- (1) O živilu se odloča v postopku:
- razvrstitve živila,
 - določitve in spremembe omejitve predpisovanja ali izdajanja živila,
 - izločitve živila.
- (2) Proizvajalec živila ali njegov zastopnik (v nadaljnjem besedilu: proizvajalec živila) lahko za to živilo vloži vlogo za začetek postopka iz prejšnjega odstavka.
- (3) Zavod lahko vloži predlog za začetek postopka iz prvega odstavka tega člena, razen za izločitev živila zaradi razloga iz pete alineje prvega odstavka prejšnjega člena (v nadaljnjem besedilu: predlog).
- (4) Izvajalec (v nadaljnjem besedilu: pobudnik) lahko vloži pobudo za začetek postopka iz druge in tretje alineje prvega odstavka tega člena, razen za izločitev živila zaradi razloga iz pete alineje prvega odstavka prejšnjega člena.

259. člen
(elektronsko poslovanje prek portala eLista zdravil)

Za elektronsko poslovanje prek portala eLista zdravil v postopkih iz prvega odstavka prejšnjega člena se smiselno uporablja 233. člen tega zakona.

260. člen
(obravnavo vlog in pobud)

- (1) Zavod obravnava popolne vloge in pobude.
- (2) Vloga in pobuda je popolna, če vsebuje sestavine, ki jih določa splošni akt Zavoda.
- (3) Če je vloga ali pobuda nerazumljiva ali nepopolna, Zavod v petih delovnih dneh od njene vložitve pozove proizvajalca živila oziroma pobudnika, da odpravi pomanjkljivosti.
- (4) Zavod lahko na podlagi popolne vloge ali pobude in podatkov, s katerimi razpolaga, od proizvajalca živila oziroma pobudnika zahteva dodatne podatke, ki so potrebni za odločitev v postopku.

- (5) Zavod o predlogu obvesti proizvajalca živila s predlogom, da mu posreduje podatke, ki so potrebni za odločitev v postopku. Če proizvajalec živila ne posreduje potrebnih podatkov, Zavod odloči na podlagi podatkov, s katerimi razpolaga.
- (6) Zavod pobudo sprejme ali zavrne in o tem obvesti pobudnika. V primeru sprejete pobude se postopek nadaljuje kot s predlogom Zavoda.

261. člen
(strokovna mnenja)

Zavod lahko v postopkih iz prvega odstavka 259. člena tega zakona pridobi mnenje Komisije za zdravila in drugih strokovnjakov.

262. člen
(rok za odločitev Zavoda)

- (1) V postopkih iz prvega odstavka 258. člena tega zakona Zavod odloči v 180 dneh od vložitve popolne vloge, pobude oziroma popolnega predloga.
- (2) Rok iz prejšnjega odstavka ne teče:
- v obdobju od dneva vročitve poziva za predložitev dodatnih podatkov iz četrtega odstavka 260. 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,
 - v obdobju od dneva vročitve poziva proizvajalcu živila ali pobudnika 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.

263. člen
(odločba in obvestilo Zavoda)

- (1) V postopku razvrstitve novega živila in v postopku izločitve živila zaradi razloga iz prve, druge in pete alineje prvega odstavka 257. člena tega zakona Zavod izda odločbo, v vseh drugih postopkih pa izda obvestilo o odločitvi (v nadaljnjem besedilu: obvestilo o odločitvi Zavoda).
- (2) Obrazložitev odločbe Zavoda iz prejšnjega odstavka vsebuje tudi:
- obrazložitev, ali je živilo lahko predmet razvrstitve v skladu z 252. členom tega zakona in ali izpolnjuje pogoj za razvrstitev živila na podlagi meril za razvrstitev živila, in
 - opredelitev Zavoda do mnenj iz 261. člena tega zakona, če jih je Zavod pridobil v postopku.
- (3) Obvestilo o odločitvi Zavoda vsebuje odločitev Zavoda brez obrazložitve in se vroči proizvajalcu živila s pravnim poukom, da lahko zahteva izdajo odločbe Zavoda v 15 dneh od vročitve tega obvestila, če se ne strinja z odločitvijo Zavoda. V primeru iz prejšnjega stavka se odločba Zavoda izda v roku iz prvega odstavka prejšnjega člena z obrazložitvijo iz prejšnjega odstavka.
- (4) Če proizvajalec živila ne zahteva izdaje odločbe Zavoda v roku iz prejšnjega odstavka, obvestilo o odločitvi šteje za dokončno in pravnomočno odločbo Zavoda.

264. člen
(pritožba in sodno varstvo)

- (1) Proizvajalec živila lahko zoper odločbo Zavoda iz prejšnjega člena vloži pritožbo pri Zavodu v 30 dneh od vročitve te odločbe. Pritožba ne zadrži izvršitve odločbe Zavoda. O pritožbi odloči minister v 60 dneh od vložitve popolne pritožbe.
- (2) Proizvajalec živila lahko s tožbo v upravnem sporu izpodbija odločitve ministra iz prejšnjega odstavka v 30 dneh od njene vročitve.

265. člen
(vrednost živila)

- (1) Obvezno zdravstveno zavarovanje krije vrednost živila največ v višini:
 - dogovorjene cene živila,
 - najvišje priznane vrednosti živila.
- (2) Če je živilu določena najvišja priznana vrednost, obvezno zdravstveno zavarovanje krije vrednost živila največ do najvišje priznane vrednosti živila.

266. 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) Dogovor o financiranju živila podpiše generalni direktor Zavoda.

267. člen
(dogovorjena cena živila)

- (1) Dogovorjena cena živila je cena živila, ki jo Zavod dogovori s proizvajalcem živila.
- (2) Dogovorjena cena živila je vrsta dogovora o financiranju živila iz prejšnjega člena.

268. 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) Najvišjo priznano vrednost živila določi svet Zavoda ali po njegovem pooblastilu generalni direktor Zavoda 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.

269. člen
(evidenca živil in centralna baza zdravil)

- (1) Zavod je upravljavalec evidence živil, katerih vrednosti se krijejo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu: evidenca živil).
- (2) V evidenci živil se za namen izvajanja obveznega zdravstvenega zavarovanja vodijo:
 - podatki o živilih,
 - podatki o proizvajalcih živil, njihovih zastopnikih in kontaktnih osebah (ime oziroma naziv, naslov oziroma sedež, pravno organizacijska oblika, elektronski naslov, telefonska številka),
 - podatki o vrednostih živil, ki se krijejo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.
- (3) Zavod določi podatke iz evidence živil, ki se vodijo v centralni bazi zdravil.

270. člen
(splošni akt Zavoda glede vključitve živil med pravice)

- (1) Za živila, ki se razvrščajo, Zavod s splošnim aktom:
 - natančneje določi pogoj za razvrstitev živila in merila za razvrstitev živila,
 - določi način določitve nacionalnega identifikatorja živila,
 - natančneje določi omejitve predpisovanja ali izdajanja živila,

- natančneje določi pogoje za izločitev živila in način njihovega preverjanja,
- natančneje določi postopek razvrstitve živila, določitve in spremembe omejitve predpisovanja ali izdajanja živila in izločitve živila, vključno z vrstami in sestavinami vlog, predlogov in pobud ter s pridobivanjem mnenj Komisije za zdravila in drugih strokovnjakov,
- določi plačilo stroškov postopkov iz prejšnje točke,
- 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,
- natančneje določi pogoje, merila, rok in postopek za določitev najvišje priznane vrednosti živila in začetek njene veljavnosti,
- natančneje določi vsebino evidence živil, obseg in način objave podatkov iz evidence živil,
- določi podatke iz evidence živil, ki se vodijo v centralni bazi zdravil.

(2) Splošni akt Zavoda iz prejšnjega odstavka sprejme svet Zavoda.

4. Nacionalna kontaktna točka za čezmejno zdravstveno varstvo

271. člen (naloge Zavoda)

- (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 izvajalcih zdravstvene dejavnosti,
 - o dovoljenju za opravljanje zdravstvene dejavnosti,
 - o elementih, ki jih morajo vsebovati recepti in naročilnice,
 - o standardih in smernicah glede kakovosti in varnosti, ki jih morajo izvajalci zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji izpolnjevati in kateri izvajalci zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji jih izpolnjujejo,
 - o nadzoru in oceni izvajalcev zdravstvene dejavnosti,
 - o dostopnosti bolnišnic za invalidne osebe,
 - o pravicah pacientov v skladu z zakonom, ki ureja pacientove pravice,
 - o pritožbenih postopkih v primeru kršitev pravic pacientov v skladu z zakonom, ki ureja pacientove pravice,
 - o razpoložljivih pravnih sredstvih za ugotavljanje kazenske in odškodninske odgovornosti,
 - o kontaktnih podatkih NKT drugih držav članic Evropske unije.
- (2) NKT zagotovi tudi informacije o pravici do zdravljenja v tujini na podlagi 141., 142. in 143. člena tega zakona, zlasti informacije o:
- obsegu povračila stroškov zdravljenja in
 - pravicah in postopku uveljavljanja pravic do zdravljenja.
- (3) Informacije iz prejšnjega odstavka morajo jasno razmejiti pravico do zdravljenja v tujini na podlagi 141, 142 in 143. člena zakona.

- (4) NKT se:
- posvetuje z organizacijami pacientov, izvajalci zdravstvene dejavnosti in nosilci zdravstvenega zavarovanja,
 - sodeluje z NKT drugih držav članic EU in Evropsko komisijo,
 - izmenjuje informacije iz prvega odstavka tega člena z NKT drugih držav članic EU.
- (5) Informacije iz prvega odstavka tega člena, s katerimi Zavod ne razpolaga, posredujejo Zavodu zavezanici, ki te informacije obdelujejo na podlagi zakonov ali drugih predpisov.

272. člen
(obveznosti izvajalcev)

- (1) Izvajalci zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji zagotavljajo pacientom naslednje informacije o:
- možnostih zdravljenja, ki ga zagotavljajo,
 - čakalnih dobah za posamezno zdravstveno storitev ter zagotovljeni kakovosti in varnosti zdravstvene dejavnosti,
 - cenah zdravstvenih storitev, ki jih zagotavljajo, in pravici do predložitve računa za opravljeno zdravstveno storitev,
 - obsegu povračila stroškov zdravljenja na podlagi 142. in 143. člena tega zakona,
 - pravicah in postopku uveljavljanja pravic do zdravljenja na podlagi 142. in 143. člena tega zakona,
 - zavarovanju poklicne odgovornosti zdravstvenih delavcev,
 - dovoljenju za opravljanje zdravstvene dejavnosti.
- (2) Izvajalci zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji do 15. januarja za preteklo koledarsko leto ministrstvu, pristojnemu za zdravje, sporočijo podatke o uveljavljanju zdravstvenih storitev pacientov iz drugih držav članic EU.

IX. POGLAVJE

ORGANI IN POSTOPEK UVELJAVLJANJA PRAVIC IZ OBVEZNEGA ZAVAROVANJA

273. člen
(trajanje začasne zadržanosti od dela)

- (1) Zavarovancu pripada denarno nadomestilo za delovne dni oziroma delovne ure, ko je začasno zadržan od dela, kot tudi za praznične in druge dela proste dni, določene z zakonom.
- (2) Začasna zadržanost od dela in denarno nadomestilo traja v posameznem primeru neprekinjeno največ dvanajst mesecev ali s prekinitvami v dveh letih največ osemnajst mesecev.
- (3) Prejšnji odstavek se uporablja tudi za primere delne zadržanosti od dela.

274. člen
(trajnejša zadržanost od dela)

- (1) Po preteku roka iz drugega odstavka prejšnjega člena se denarno nadomestilo v enaki višini, kot se je zagotavljalo v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja, zagotavlja v breme pokojninskega in invalidskega zavarovanja, če pri zavarovancu ni prišlo do povrnitve delovne sposobnosti.
- (2) Osebni zdravnik zavarovanca mora dva meseca pred pretekom roka iz drugega odstavka prejšnjega člena tega zakona zavarovanca napoti na invalidsko komisijo, če oceni, da gre za trajnejšo zadržanost od dela ali ni pričakovati povrnitve delovne zmožnosti.

275. člen
(trajanje začasne zadržanosti od dela zaradi nege ali sobivanja)

- (1) Začasna zadržanost od dela zaradi nege osebe iz tretjega odstavka 25. člena tega zakona traja največ sedem delovnih dni, nega otroka do šestega leta starosti ali zmerno, težje ali težko duševno ali telesno prizadetega otroka pa največ 15 delovnih dni.
- (2) Ne glede na prejšnji odstavek se lahko začasna zadržanost od dela zaradi nege izjemoma podaljša tako, da traja:
 - največ 14 delovnih dni za nego oseb iz tretjega odstavka 25. člena tega zakona,
 - največ 30 delovnih dni za nego otroka do 7. leta starosti ali za starejše zmerno, težje ali težko duševno in telesno prizadete otroke,
 - največ 6 mesecev za nego otroka zaradi nenadnega hudega poslabšanja zdravstvenega stanja oziroma v drugih izjemnih primerih,
 - več kot 6 mesecev za nego otroka do 18. leta starosti oziroma dokler traja roditeljska pravica zaradi težke možganske okvare, rakavih obolenj ali drugih posebno hudih poslabšanj zdravstvenega stanja, na predlog strokovnega kolegija za pediatrijo univerzitetnega kliničnega centra.
- (3) Začasna zadržanost od dela zaradi sobivanja traja:
 - celotno obdobje bolnišničnega in zdraviliškega zdravljenja,
 - največ 30 dni v primeru iz druge alineje drugega odstavka 275. člena tega zakona,
 - največ 14 dni v posameznem primeru v primeru iz tretje alineje drugega odstavka 275. člena tega zakona.
- (4) V primeru iz prve alineje drugega odstavka tega člena traja pravica do denarnega nadomestila največ tri mesece v koledarskem letu, v primeru iz druge alineje drugega odstavka tega člena pa največ šest mesecev v koledarskem letu.
- (5) Pravica do denarnega nadomestila za nego otroka ne pripada zavarovancu, če nege ne more zagotoviti eden izmed staršev, partner iz tretjega odstavka 25. člena tega zakona, če otroka dejansko neguje in varuje, rejnik ali skrbnik, pri katerem zaradi nege ne nastopi začasna zadržanost od dela.

276. člen
(seštevanje dni zadržanosti od dela)

- (1) Če je zavarovanec najprej začasno zadržan od dela zaradi okoliščin iz tretje alineje prvega odstavka 25. člena tega zakona ali zaradi poškodb, ki so nastale pri aktivnostih iz 154. člena tega zakona, nege, sobivanja iz druga in tretje alineje drugega odstavka 106. člena tega zakona, spremstva zavarovane osebe ali zdraviliškega zdravljenja, nato pa brez prekinitve še zaradi bolezni oziroma poškodbe, ki ni posledica prej navedenih vzrokov, se dnevi zavarovančeve zadržanosti od dela ne seštevajo.
- (2) Dnevi začasne zadržanosti od dela zaradi zadržanosti od dela zavarovanca zaradi ene diagnoze in nadaljevanje nezmožnosti zaradi druge diagnoze brez prekinitve se seštevajo. Če gre za prekinitve začasne zadržanosti od dela pri istih ali različnih diagnozah, se dnevi zadržanosti od dela ne seštevajo.

277. člen
(obveznosti zavarovanca)

- (1) Zavarovanec mora v času začasne zadržanosti od dela spoštovati navodila izbranega osebnega zdravnika glede ravnanja, zdravljenja, medicinske rehabilitacije ter prihajanja na kontrolne preglede. V času začasne zadržanosti od dela sme zapustiti kraj svojega prebivališča le z dovoljenjem izbranega osebnega zdravnika zaradi napotitve na zdravstvene storitve, nujnih nakupov in opravkov, če tega namesto njega ne morejo opraviti ožji družinski člani, ter v primerih, ko je gibanje v okolici doma za vrnitev njegovega zdravja priporočljivo in potrebno. Navodila o ravnanju v času začasne zadržanosti z dela mora zavarovančev osebni zdravnik posredovati zavarovancu in njegovemu delodajalcu v pisni obliki ob nastopu začasne zadržanosti z dela.
- (2) Zavarovanec se mora nemudoma odzvati na vsak poziv imenovanega zdravnika in zdravstvene komisije za pregled, obravnavo ali zaradi ocene nadaljnje začasne zadržanosti z dela.
- (3) V primeru zadržanosti od dela, za katero se denarno nadomestilo plačuje v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja, navodila iz prvega odstavka tega člena poda imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija in jih posreduje zavarovancu, njegovemu delodajalcu in izbranemu osebnemu zdravniku zavarovanca.

278. člen
(ugotavljanje začasne zadržanosti od dela)

- (1) Začasna zadržanost od dela pri zavarovancu nastopi z dnem, ko osebni zdravnik na podlagi pregleda ugotovi, da začasno ni sposoben opravljati svojega dela zaradi bolezni ali poškodbe oziroma z dnem, ko ugotovi potrebo po negi oziroma drug razlog za zadržanost od dela iz prvega odstavka 275. člena tega zakona.
- (2) Osebni zdravnik lahko le izjemoma oceni zavarovančevo začasno zadržanost od dela za nazaj, vendar največ za 3 dni od dneva, ko se je zavarovanec zgledil pri njem, razen če osebni zdravnik zaradi praznikov ni bil dosegljiv v tem času. Če je bil zavarovanec v bolnišnici ali če je zbolel v tujini, in v drugih utemeljenih primerih, ko ni mogel do osebnega zdravnika oziroma mu ni mogel

sporočiti razlogov za začasno zadržanost, imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija oceni odsotnost, daljšo od 3 dni.

- (3) Osebni zdravnik, imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija opredeli začasno zadržanost od dela z datumom njenega začetka in zaključka.

279. člen
(pritožba zoper odločitev izbranega osebnega zdravnika)

- (1) Če se zavarovanec ali delodajalec ne strinjata z ugotovitvijo izbranega osebnega zdravnika glede zavarovančeve začasne zadržanosti od dela do 30 dni, lahko v roku 3 delovnih dni od dne, ko sta bila z oceno seznanjena, zahtevata presojo s strani imenovanega zdravnika. Ne glede na vloženo zahtevo, se mora zavarovanec ravnati po mnenju izbranega osebnega zdravnika. Odločitev imenovanega zdravnika velja le za naprej, za nazaj pa le v primerih iz drugega odstavka prejšnjega člena.
- (2) Zavarovanec ali delodajalec lahko vložita zahtevo iz prejšnjega odstavka neposredno pri imenovanem zdravniku. V tem primeru imenovani zdravnik zahteva od osebnega zdravnika zavarovančevo zdravstveno dokumentacijo. Če zavarovanec ali delodajalec vložita zahtevo za presojo pri osebnem zdravniku, jo mora ta skupaj z zdravstveno dokumentacijo posredovati imenovanemu zdravniku še isti dan.

280. člen
(imenovani zdravnik)

- (1) Osebni zdravnik mora zavarovanca vsaj 3 dni pred pretekom začasne zadržanosti od dela, katere ugotavljanje sodi v njegovo pristojnost oziroma v primeru recidiva iz druge alineje šestega odstavka 120. člena tega zakona napotiti k imenovanemu zdravniku, če oceni, da še vedno ni sposoben za svoje delo oziroma, da so še podani razlogi za začasno zadržanost od dela zaradi nege ožjega družinskega člana.
- (2) O začasni nezmožnosti za delo odloča imenovani zdravnik, ki je pristojen po sedežu izbranega osebnega zdravnika zavarovanca.
- (3) Predlog ali zahtevo za presojo ocene osebnega zdravnika, zdravstveno in drugo dokumentacijo pregleda imenovani zdravnik in po potrebi zahteva od osebnega zdravnika njeno dopolnitev ali obrazložitev. Istočasno oceni, ali je potrebno zavarovanca klicati na pregled. V tem primeru povabi zavarovanca na pregled, sicer pa imenovani zdravnik odloči o začasni nezmožnosti za delo na podlagi zdravstvene in druge dokumentacije. Pregled pri imenovanem zdravniku mora biti opravljen tudi v primeru, če to zahteva zavarovanec.
- (4) Če se zavarovanec ne odzove na pregled, odloči imenovani zdravnik na podlagi razpoložljive dokumentacije.
- (5) Imenovani zdravnik mora izdati odločbo o začasni zadržanosti od dela najpozneje v 8 dneh po prejemu zahteve oziroma predloga izbranega osebnega zdravnika. Odločba imenovanega

zdravnika, ki jo prejme delodajalec ne sme navajati podatkov o zdravstvenem stanju zavarovanca. Zavarovanec mora ravnati v skladu s prejeto odločbo od dneva prejema odločbe dalje.

- (6) Če je zavarovanec začasno nezmožen za delo dalj časa, mora imenovani zdravnik odločiti o njegovi zmožnosti za delo praviloma vsaka 2 meseca, razen če že v naprej oceni, da bo upravičena odsotnost z dela trajala dalj časa.
- (7) Ne glede na določbo prejšnjega odstavka lahko imenovani zdravnik odloči o zavarovančevi začasni nezmožnosti za delo tudi prej. V tem primeru praviloma pokliče zavarovanca na pregled.

281. člen

(pritožba zoper odločitve imenovanega zdravnika)

- (1) Če se zavarovanec ali delodajalec ne strinjata z odločbo imenovanega zdravnika, se lahko zoper odločbo pritožita. Pritožba se vloži pri imenovanemu zdravniku, ki je izdal odločbo, v petih delovnih dneh od vročitve odločbe.
- (2) Imenovani zdravnik mora zdravstveni komisiji po prejemu pritožbe posredovati vso dokumentacijo o zavarovancu, vključno z izpodbijano odločbo, praviloma isti dan.

282. člen

(zdravstvena komisija)

- (1) Zdravstvena komisija lahko pred odločitvijo povabi zavarovanca na pregled. Če se zavarovanec pisnemu vabilu ne odzove, se obravnava njegova zadržanost od dela na podlagi zdravstvene dokumentacije.
- (2) Če zdravstvena komisija v nasprotju z odločbo imenovanega zdravnika odloči, da so podani razlogi za začasno zadržanost od dela, veljajo takšne ugotovitve praviloma za naprej, za nazaj pa največ od dneva, ki je določen v odločbi imenovanega zdravnika, razen če zdravstvena komisija določi, kdaj je zadržanost od dela nastopila.
- (3) Če zdravstvena komisija odloči v nasprotju z odločbo imenovanega zdravnika, da niso podani razlogi za zavarovančevo nezmožnost za delo, velja ta odločba za naprej. V tem primeru ni mogoče odpraviti že uveljavljene zadržanosti od dela.
- (4) Če zdravstvena komisija ne ugotovi razlogov za zadržanost od dela, velja ta odločba za naprej.
- (5) Zavarovanec se mora ravnati v skladu s prejeto odločbo zdravstvene komisije tudi v primeru, če je vložil tožbo pri sodišču, pristojnem za socialne spore.
- (6) Zdravstvena komisija je dolžna izdati svojo odločbo o zadržanosti od dela najpozneje v 8 dneh od prejema popolne pritožbe.
- (7) Če zdravstvena komisija ne izda odločbe v roku iz prejšnjega odstavka in če je tudi na novo zahtevo ne izda v nadaljnjih 7 dneh, sme zavarovana oseba skladno z zakonom, ki ureja delovna in socialna sodišča vložiti tožbo, kot če bi bila njena pritožba zavrnjena.

- (8) Določbe glede pregleda zavarovane osebe pri imenovanem zdravniku, neodzivnosti zavarovanca na povabilo na pregled in navajanje podatkov o zdravstvenem stanju zavarovanca v odločbi za delodajalca veljajo tudi za zdravstveno komisijo.

283. člen
(vezanost na odločitve)

- (1) Odločbe, izdane s strani imenovanega zdravnika oziroma zdravstvene komisije, so za zavarovance in njihove izbrane osebne zdravnike obvezne. Osebni zdravnik ne more ugotoviti pri zavarovancu začasne zadržanosti od dela zaradi iste bolezni oziroma stanja, za katero je imenovani zdravnik oziroma zdravstvena komisija ugotovila, da ni več utemeljena, in od izdaje zadnje odločbe še ni preteklo 30 dni.
- (2) Ne glede na prejšnji odstavek lahko osebni zdravnik izjemoma, če gre za nenadno in nepričakovano poslabšanje zdravstvenega stanja zavarovanca, kar dokazuje z dokumentacijo, iz katere je razvidno, da je prišlo do poslabšanja zdravstvenega stanja, ugotovi začasno zadržanost od dela. V tem primeru mora osebni zdravnik zavarovanca še isti dan napotiti na obravnavo k imenovanemu zdravniku. Če imenovani zdravnik ne ugotovi razlogov za zadržanost od dela, velja ta ugotovitev za naprej.

284. člen
(vročitev odločitve)

Ne glede na določbe zakona, ki ureja splošni upravni postopek, se odločba, s katero se odloči o začasni nezmožnosti za delo, delodajalcu vroči z navadno vročitvijo, vročitev pa se šteje za opravljeno tretji dan od dneva odpreme.

X. POGLAVJE

POVRNITEV POVZROČENE ŠKODE IN NEUPRAVIČENO PRIDOBLENIH SREDSTEV

285. 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 osebe, ki je povzročila bolezen, poškodbo ali smrt zavarovane osebe.

- (4) Zavod zahteva povrnitev povzročene škode neposredno od tistega, ki je škodo povzročil s kaznivim dejanjem.

286. člen
(odgovornost delodajalca za škodo)

- (1) Zavod zahteva povrnitev povzročene škode od delodajalca, če je zavarovančeva poškodba, bolezen ali smrt posledica tega, ker 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 zdravstvenega zavarovanja.
- (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.

287. člen
(domneva nastanka škode)

V primerih iz prvega odstavka prejšnjega člena se šteje, da je imel zavod škodo, ne glede na to, če je zavarovani primer pokrit z zavarovanjem po tem zakonu.

288. člen
(odgovornost izvajalca zdravstvenih storitev za škodo)

- (1) Zavod zahteva povrnitev povzročene škode od izvajalca zdravstvenih storitev, ki jo ta povzroči zavodu pri opravljanju ali v zvezi z opravljanjem svoje dejavnosti.
- (2) Izvajalec zdravstvenih storitev 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) Kot izvajalec zdravstvenih storitev se v zakona šteje vsaka pravna ali fizična oseba, ki v skladu s predpisi opravlja zdravstveno dejavnosti in ima z zavodom sklenjeno pogodbo o izvajanju zdravstvenih storitev.

289. člen
(posebni primeri odgovornosti)

- (1) Če škoda nastane kot posledica dejanj zavarovanca, ki imajo za posledico njegovo poškodbo, bolezen ali okvaro zdravja, lahko zavod zahteva povračilo škode tudi neposredno od njega, ne glede na to, da je zavarovani primer pokrit z zavarovanjem po tem zakonu.
- (2) Zavod zahteva povrnitev povzročene škode od zavarovanca, ki je sam dolžan dajati podatke v zvezi z zavarovanjem, če je škoda nastala zato, ker ni dal podatkov ali je dal neresnične podatke.
- (3) 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 zdravstvenega zavarovanja in so bile na podlagi takšne izpovedbe uveljavljene pravice po tem zakonu, do katere tisti, ki jih je dobil, ni imel pravice.

290. 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 določeno drugače.
- (2) Odškodnina, ki jo ima zavod pravico zahtevati po tem zakonu, obsega nastale stroške zdravstvenih in drugih storitev ter celotne zneske denarnih nadomestil oziroma drugih dajatev, ki jih izplačuje zavod, ne glede na omejitve, določene v drugih zakonih.

291. 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.

292. 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 zdravstvenih storitev ter od upravljavcev evidenc kot so zdravstveni zavodi, inšpektorati, inštituti, tožilstvo, policija in drugi državni organi, ki na podlagi zakona ali v okviru svojih pristojnosti zbirajo podatke, ki lahko vplivajo na zdravstveno zavarovanje zavarovanca.
- (2) Osebe in upravljavci zbirk osebnih in drugih podatkov iz prejšnjega odstavka so dolžni zavodu brezplačno posredovati podatke v roku 14 dni.

293. člen
(povrnitev preplačil)

- (1) Oseba, ki ji je bil na račun zavoda izplačan denarni znesek, do katerega ni imela pravice, mora vrniti 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.

294. člen
(plačilo odškodnine iz naslova prometnih nesreč)

- (1) Zavarovalnice, ki zavarujejo avtomobilsko odgovornost po zakonu, ki ureja obvezno zavarovanje v prometu so dolžne Zavodu plačati vnaprejšnjo pavšalno odškodnino za škodo, ki mu nastane zaradi smrti ali poškodb zavarovanih oseb v prometnih nesrečah.
- (2) Vnaprejšnja pavšalna odškodnina iz prejšnjega odstavka znaša 8,5 % od obračunane kosmate zavarovalne premije za obvezno avtomobilsko zavarovanje.
- (3) Zavarovalnice plačajo Zavodu pavšalno odškodnino iz prejšnjega odstavka najpozneje do 15. v mesecu, za zavarovalne premije, ki so bile obračunane v predhodnem mesecu.
- (4) 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.

XI. POGLAVJE

ZBIRKE PODATKOV OBVEZNEGA ZAVAROVANJA

295. člen
(področje urejanja)

Zbirke podatkov obveznega zavarovanja vsebujejo podatke za namen urejanja obveznega zavarovanja, uveljavljanja pravic iz obveznega zavarovanja, vodenje in odločanje v postopkih po tem zakonu ter sodelovanja v odškodninskih postopkih, kjer je zavod stranka ali udeleženec v postopku.

296. člen
(upravljavec zbirk podatkov)

Upravljavec zbirk podatkov obveznega zavarovanja je Zavod.

297. člen
(pridobivanje podatkov)

- (1) Zavod pridobiva podatke od zavezancev za prijavo v zavarovanje in drugih upravljavcev zbirk podatkov, ki vodijo uradne evidence.
- (2) Upravljavci zbirk podatkov zavodu posredujejo podatke brezplačno.

298. člen (vodenje zbirk podatkov)

- (1) Zbirke podatkov obveznega zavarovanja se vodijo tako, da se vanje vnašajo podatki o zavarovanih osebah na podlagi:
 - prijav podatkov, ki so jih po tem zakonu dolžni sporočati zavezanci za vlaganje prijav,
 - posredovanih podatkov upravljavcev zbirk podatkov,
 - izvedenih postopkov po tem zakonu za zagotavljanje pravilnosti podatkov in postopkov ugotavljanja lastnosti zavarovanja,
 - izvedenih postopkov na podlagi uveljavljanja pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.
- (2) Zbirke podatkov se vodijo v elektronski obliki.

299. člen (povezovalni znak)

Za namene enotne opredelitve in povezave podatkov v zbirkah obveznega zavarovanja in upravljavcev zbirk podatkov iz drugega odstavka 297. člena tega zakona se kot povezovalni znak uporabljata enotna matična številka občana (v nadaljnjem besedilu: EMŠO) ali davčna številka za fizične osebe ter davčna ali matična številka delodajalca iz Poslovnega registra Slovenije za pravne osebe.

300. člen (vrste zbirk podatkov)

Zbirke podatkov obveznega zavarovanja so:

1. zbirka zavarovanih oseb
2. zbirka o zavezancih za prijavo v zavarovanje,
3. zbirka o izdanih in prejetih listinah,
4. zbirka o uveljavljanju pravice do načrtovanega zdravljenja v tujini,
5. zbirka o uveljavljanju pravice do nujnega in potrebnega zdravljenja v tujini,
6. zbirka o uveljavljanju pravice do zdravljenja v tujino napotениh delavcev,
7. zbirka o povračilu stroškov postopka oploditve z biomedicinsko pomočjo z darovano celico v tujini.

1. Zbirke podatkov s področja urejanja obveznega zavarovanja

301. člen
(zbirka zavarovanih oseb)

Zbirka vsebuje naslednje podatke:

1. priimek in ime,
2. identifikacijska številka (ZZZS številka),
3. EMŠO,
4. davčna številka,
5. državljanstvo,
6. datum rojstva,
7. datum smrti,
8. naslov stalnega in začasnega prebivališča ter naslov za vročanje,
9. zakonski stan,
10. podatke o nosilcu zavarovanja pri osebah, zavarovanih kot družinski član (EMŠO nosilca zavarovanja in razmerje družinskega člana do nosilca zavarovanja),
11. podatek, ali je na upravni enoti prijavil začasen odhod v tujino (DA/NE),
12. podatki o dovoljenjih za prebivanje (številka in vrsta dovoljenja, razlog oziroma namen, zaradi katerega je bilo izdano, veljavnost dovoljenja (od kdaj do kdaj velja)),
13. podatek, ali je oseba družbenik oziroma ustanovitelj zavoda in poslovodna oseba,
14. podatki o priznani pravici do plačila prispevka za obvezno zavarovanje po predpisih o uveljavljanju 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),
15. podatki o šolanju za zavarovane osebe, pri katerih je pogoj za urejenost zavarovanja, da se šolajo (šolsko oziroma študijsko leto, obdobje statusa šolajoče se osebe),
16. podlaga za zavarovanje,
17. datum pričetka zavarovanja,
18. datum spremembe in vzrok spremembe zavarovanja,
19. datum in vzrok prenehanja zavarovanja,
20. tedensko številu ur delovnega časa po pogodbi o zaposlitvi oziroma zavarovalnega časa (samo cela števila),
21. tedensko številu ur polnega delovnega oziroma zavarovalnega časa zavezanca za prijavo (samo cela števila),
22. številka dovoljenja za zaposlitev oziroma samozaposlitev tujca in datum izteka veljavnosti tega dovoljenja,
23. invalidnost pri zavarovancih, za katere je tako določeno s predpisi o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov,
24. država napotitve na delo v tujino,
25. država pristojnega tujega nosilca zavarovanja,
26. država, v kateri oseba opravlja dejavnost zaposlene ali samozaposlene osebe,
27. poklic, ki ga opravlja.

302. člen
(zbirka o zavezancih za prijavo)

Zbirka o zavezancih za prijavo vsebuje naslednje podatke:

1. firma (če gre za poslovni subjekt) oziroma ime in priimek (če gre za fizično osebo),
2. identifikacijska številka (ZZZS številka),
3. matična številka (če gre za poslovni subjekt) oziroma EMŠO (če gre za fizično osebo),
4. davčna številka,
5. registrska številka,
6. sedež (če gre za poslovni subjekt) oziroma naslov stalnega, začasnega prebivališča in naslova za vročanje (če gre za fizično osebo),
7. šifra dejavnosti (če gre za poslovni subjekt),
8. datum vpisa v sodni oziroma poslovni register (če gre za poslovni subjekt) oziroma datum rojstva (če gre za fizično osebo),
9. datum izbrisa iz sodnega oziroma poslovnega registra (če gre za poslovni subjekt) oziroma datum smrti (če gre za fizično osebo),
10. datum pričetka in datum prenehanja zavezanosti za prijavo.

303. člen
(metodološka načela)

(1) Za zagotovitev enotnega sistema vodenja zbirk podatkov 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.

(2) Zbirka podatkov zavarovanih oseb se vodi po enotnih metodoloških načelih, ki jih določi minister, pristojen za zdravje, po predhodnem mnenju po predhodnem mnenju Statističnega urada Republike Slovenije, Zavoda Republike Slovenije za zaposlovanje, Finančne uprave Republike Slovenije in zavoda.

304. člen
(viri podatkov)

(1) Podatki o zavarovanih osebah in zavezancih za prijavo se zbirajo od zavarovanih oseb in zavezancev za prijavo samih ter iz obstoječih zbirk podatkov naslednjih upravljavcev:

1. ministrstva, pristojnega za notranje zadeve – podatke iz 1. in 3. do 12. točke prvega odstavka 301. člena tega zakona,
2. ministrstva, pristojnega za šolstvo – podatke o statusu dijaka, študenta in udeleženca izobraževanja odraslih (obdobje statusa v šolskem oz. študijskem letu),
3. Agencija Republike Slovenije za javnopravne evidence in storitve – podatke iz 13. točke 301. člena tega zakona in 1., 3., 4. in 6. do 9. točke 301. člena tega zakona,

4. ministrstva, pristojnega za socialne zadeve – podatke iz 14. in 15. točke 301. člena tega zakona.

(2) Zavod zbirko podatkov iz 301. in 302. člena tega zakona poveže z zbirkami podatkov upravljavcev iz prejšnjega odstavka tega člena.

305. 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 zavarovanju zavarovanih iz prejšnjega odstavka se evidentirajo v zbirko podatkov o zavarovanih osebah in o zavezancih za prijavo ter skladno z dogovorom posredujejo nosilec socialnih zavarovanj v dogovorjenih rokih.

2. Zbirke podatkov s področja uveljavljanja pravic iz obveznega zavarovanja

306. člen **(zbirka podatkov izdanih in prejetih listinah)**

(1) Zbirka podatkov izdanih in prejetih listin vsebuje naslednje podatke:

1. vrsta listine,
2. osebno ime,
3. datum rojstva,
4. identifikacijska številka (ZZSZ številka ali PIN številka),
5. naslov stalnega ali začasnega prebivališča,
6. država pristojnega nosilca,
7. država nosilca pristojnega, po kraju stalnega ali začasnega prebivališča,
8. datum izdaje listine,
9. datum prejema listine,
10. obdobje veljavnosti,
11. ime poslovnega subjekta oziroma ime in priimek osebe v državi, v kateri oseba opravlja dejavnost zaposlene ali samozaposlene osebe,
12. naslov poslovnega subjekta oziroma osebe v državi, v kateri oseba opravlja dejavnost zaposlene ali samozaposlene osebe,
13. stroški zdravstvenih storitev.

(2) V zbirki podatkov tujih nosilcev zavarovanja se vodijo naslednji podatki:

1. osebno ime,
2. naslov,
3. identifikacijska številka,
4. akronim,

5. država,
6. datum začetka in datum konca veljavnosti.

307. člen

(zbirka podatkov o uveljavljanju pravice do načrtovanega zdravljenja v tujini)

Zbirka podatkov o uveljavljanju pravice do načrtovanega zdravljenja v tujini vsebuje naslednje podatke:

1. osebno ime,
2. identifikacijska številka (ZZZS številka),
3. datum prejema vloge,
4. zaprosilo za mnenje konzilija ali je tu mišljeno mnenje zdravnika izvedenca,
5. vrsta zdravstvene storitve,
6. država uveljavljanja zdravstvene storitve,
7. zaprosilo tujemu nosilcu zavarovanja,
8. vrsta odločitve (odločba, sklep, odobrena, neodobrena),
9. pravna podlaga,
10. datum odločitve,
11. podatek o neposrednih plačilih,
12. podatek o odobrenih povračilih,
13. Vrsta zdravljenja,
14. Ime in naslov izvajalca zdravstvenih storitev v tujini,
15. Klinika, ki je podala konzilijarno mnenje,
16. Podatki o stroških zdravljenja,
17. Podatki o potnih stroških.

308. člen

(zbirka podatkov o uveljavljanju pravice do nujnega in potrebnega zdravljenja v tujini)

Zbirka podatkov o uveljavljanju pravice do nujnega in potrebnega zdravljenja v tujini vsebuje naslednje podatke:

1. osebno ime,
2. identifikacijska številka (ZZZS številka),
3. datum prejema vloge,
4. zaprosilo za mnenje izvedenca Zavoda (če je to sploh potrebno),
5. vrsta zdravstvene storitve,
6. zaprosilo tujemu nosilcu zavarovanja,
7. država uveljavljanja zdravstvene storitve,
8. vrsta odločitve (odločba, sklep, odobrena, neodobrena),
9. datum odločitve,
10. podatek o višini povračila.

309. člen

(zbirka podatkov o uveljavljanju pravice do zdravljenja v tujino napotениh delavcev)

Zbirka podatkov o uveljavljanju pravice do zdravljenja v tujino napotениh delavcev vsebuje naslednje podatke:

1. osebno ime,
2. identifikacijska številka (ZZZS številka),
3. datum prejema vloge,
4. zaprosilo za mnenje izvedenca Zavoda (če je to sploh potrebno),
5. vrsta zdravstvene storitve,
6. zaprosilo tujemu nosilcu zavarovanja,
7. država uveljavljanja zdravstvene storitve,
8. vrsta odločitve (odločba, sklep, odobrena, neodobrena),
9. datum odločitve,
10. podatek o višini povračila.

310. člen

(zbirka podatkov o povračilu stroškov postopka oploditve z biomedicinsko pomočjo z darovano celico v tujini)

Zbirka podatkov o povračilu stroškov postopka oploditve z biomedicinsko pomočjo z darovano celico v tujini vsebuje naslednje podatke:

1. osebno ime,
2. identifikacijska številka (ZZZS številka),
3. datum prejema vloge,
4. zaprosilo za mnenje izvedenca Zavoda,
5. vrsta opravljenega postopka,
6. podatek o številu opravljenih postopkov OBMP,
7. država uveljavljanja zdravstvene storitve,
8. vrsta odločitve (odločba, sklep, odobrena, neodobrena),
9. datum odločitve,
10. podatek o višini povračila.

XII. POGLAVJE

NADZOR

311. člen

(splošna določba)

- (1) Nadzor po tem zakonu izvajata ministrstvo in Zavod.
- (2) Nadzor nad izvrševanjem določb tega zakona kot prekrškovni organ izvajata Zdravstveni inšpektorat RS in Zavod.

1. Nadzor nad Zavodom

312. člen (vrste nadzora)

Vlada v okviru svojih pristojnosti organizira in izvaja:

- finančni nadzor,
- sistemski nadzor,
- upravni nadzor in
- inšpekcijski nadzor.

313. člen (obseg nadzora)

- (1) Finančni nadzor obsega nadzor nad:
 - namensko porabo sredstev za financiranje zdravstvenih programov rabe sredstev in
 - namensko porabo sredstev iz proračuna Republike Slovenije v skladu s predpisi, ki urejajo javne finance.
- (2) Sistemski nadzor obsega upravni nadzor, ki preverja zakonitost delovanja Zavoda in strokovni nadzor. V sistemskem nadzoru, vsak v sklopu svojih pristojnosti, sodelujejo strokovnjaki s področja zdravstvene dejavnosti, financ, javnega sektorja, in drugi, glede na odločitev vlade ter predmet nadzora.
- (3) Upravni nadzor obsega in se izvaja v skladu s predpisi, ki urejajo zdravstveno dejavnost.

314. člen (izvajalec inšpekcijskega nadzora)

Inšpekcijski nadzor nad izvajanjem tega zakona in predpisov, izdanih na njegovi podlagi, izvaja Zdravstveni inšpektorat RS.

315. člen (redni in izredni nadzor)

- (1) Inšpekcijski nadzor se opravi kot redni ali izredni inšpekcijski nadzor.
- (2) Redni inšpekcijski nadzor se opravi najmanj enkrat v obdobju dveh let.

- (3) Izredni inšpekcijski nadzor se lahko opravi na zahtevo ministrstva in zavarovanih oseb oziroma druge osebe, ki je ima v postopku položaj stranke.

316. člen
(končanje nadzornega postopka)

- (1) Nadzorni postopek iz 311. člena tega zakona 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 8 dni in začne teči naslednji dan po vročitvi predloga poročila Zavodu.
- (6) Revizijsko poročilo se vroči Zavodu in drugim organom, za katere ministrstvo oceni, da jih je treba obvestiti o revizijskih razkritjih.
- (7) Če je Zavod vložil ugovor zoper ugotovitve v predlogu poročila, se Zavodu ob vročitvi poročila vroči tudi odgovor na ugovor.
- (8) Zoper odgovor iz prejšnjega odstavka ni pravnega sredstva.

2. Nadzor Zavoda

317. člen
(nadzor Zavoda pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti)

- (1) Zavod je pristojen za izvajanje nadzora pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti v okviru mreže javne zdravstvene službe, in sicer nad:
- izpolnjevanjem pogodb, sklenjenih z izvajalci zdravstvene dejavnosti glede izvajanja storitev, nad pravilnostjo evidentiranih in obračunanih storitev ter spoštovanja predpisov s področja obveznega zavarovanja,
 - skladnostjo obračunanih storitev glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe in strokovne smernice,
 - upravičenostjo napotovanja med istimi ali različnimi ravni izvajanja zdravstvene dejavnosti,
 - predpisovanjem, izdajanjem in zaračunavanjem zdravil, živil in medicinskih in drugih pripomočkov,
 - skladnostjo izvajanja zdravstvenih storitev ali programov izven ordinacijskega časa oziroma obsega dela, dogovorjenega z Zavodom, z določbami tega zakona.

- (2) Pri izvajanju nadzora se ne uporabljajo določbe zakona, ki ureja splošni upravni postopek.
- (3) Postopek nadzora se določi v posebnem aktu Zavoda.
- (4) V primeru kršitev iz prvega odstavka tega člena Zavod izreče izvajalcu pogodbeno kazen v višini 10% zneska nepravilno obračunanih storitev, vendar ne manj kot 50 eur in ne več kot 50.000 eur. V primeru drugih kršitev pogodbe, ki nimajo neposrednih finančnih posledic, pogodbeno kazen znaša 400 eur za vsak primer.
- (5) Če izvajalec kršitve ponavlja, lahko Zavod odpove pogodbo.
- (6) Natančnejše določbe o višinah pogodbene kazni se lahko določijo v Programu izvajanju zdravstvenih storitev.
- (7) Zavod mora o obsegu in vsebini izvedenega nadzora enkrat letno poročati ministrstvu.

318. člen
(nadzor pri uresničevanju pravic in obveznosti)

- (1) Zavod po tem zakonu opravlja nadzor nad:
 - uresničevanjem pravic in obveznosti delodajalcev in drugih zavezancev za prijavo v zavarovanje, zlasti glede prijave in odjave zavarovanih oseb v zavarovanje,
 - uresničevanjem pravic in obveznosti zavarovanih oseb v obveznem zavarovanju, zlasti glede ravnanja med začasno zadržanostjo z dela v delu, za katerega Zavod zagotavlja nadomestilo plače,
 - plačilom vnaprejšnje pavšalne odškodnine pri zavarovalnicah, ki zavarujejo avtomobilsko odgovornost.
- (2) Zavod opravlja nadzor iz prejšnjega odstavka na podlagi akta Zavoda.
- (3) Zavod mora o obsegu in vsebini izvedenega nadzora enkrat letno poročati ministrstvu.
- (4) Globe so prihodek Zavoda.

319. člen
(pridobivanje podatkov)

Za izvajanje nadzora so izvajalci, delodajalci in druge osebe Zavodu dolžni posredovati vse potrebne podatke in omogočiti nadzornemu organu izvajanje nadzora.

3. Ukrepi nadzora

320. člen
(vrste ukrepov za odpravo kršitev)

- (1) V primeru ugotovljenih nepravilnosti ministrstvo določi ukrepe in roke za odpravo nepravilnosti.
- (2) V primeru ugotovljenih nepravilnosti Zdravstveni inšpektorat RS:
- določi ukrepe in roke za odpravo nepravilnosti,
 - izvede postopke v skladu z zakonom, ki ureja prekrške.
- (3) V primeru ugotovljenih nepravilnosti Zavod:
- določi ukrepe in roke za odpravo nepravilnosti,
 - izvede postopke v skladu z zakonom, ki ureja prekrške.

KAZENSKE DOLOČBE

321. člen
(pravna oseba)

- (1) Z globo od 5.000 do 100.000 eurov se kaznuje za prekršek pravna oseba, ki:
- delodajalec, če v predpisanem roku ne vloži prijave in odjave iz obveznega zavarovanja v skladu s 1. točko prvega odstavka 30. člena in prvim odstavkom 157. člena tega zakona,
 - ne sporoča sprememb podatkov, ki vplivajo na lastnost zavarovane osebe v skladu z 31. členom tega zakona.
 - Zavodu ne omogoči nadzora nad poslovnimi knjigami zavezancev za plačilo prispevkov (tretji odstavek 180. člena),
 - Zavodu ne posreduje podatkov, ki jih ta potrebuje za izvajanje postopkov povračila škode (292. člen),
 - Zavodu ne posreduje podatkov, ki jih ta potrebuje za izvajanje nadzorne funkcije (316. člen).
- (2) Z globo od 1.000 do 10.000 evrov se za prekršek iz prejšnjega odstavka kaznuje tudi odgovorna oseba pravne osebe.

322. člen
(samostojni podjetnik posameznik)

- (1) Z globo od 3.000 do 100.000 eurov se za prekršek kaznuje samostojni podjetnik posameznik, ki:
- če v predpisanem roku ne vloži prijave in odjave v obvezno zavarovanje v skladu s 1. točko prvega odstavka 30. in 157. členom tega zakona,
 - ne sporoča sprememb podatkov, ki vplivajo na lastnost zavarovane osebe v skladu z 31. členom tega zakona,
 - Zavodu ne omogoči nadzora nad poslovnimi knjigami zavezancev za plačilo prispevkov (tretji odstavek 180. člena),
 - Zavodu ne posreduje podatkov, ki jih ta potrebuje za izvajanje postopkov povračila škode (292. člen),
 - Zavodu ne posreduje podatkov, ki jih ta potrebuje za izvajanje nadzorne funkcije (316. člen).

(2) Z globo od 1.000 do 10.000 eurov se za prekršek iz prejšnjega odstavka kaznuje tudi odgovorna oseba samostojnega podjetnika posameznika.

XIII. POGLAVJE

PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

1. Prehodne določbe za področje zavarovanih oseb

323. člen

(uskladitev določb o zavarovanih osebah)

(1) Zavarovanci, ki so bili do uveljavitve tega zakona vključeni v obvezno zdravstveno zavarovanje iz naslova opravljanja kmetijske dejavnosti za ožji obseg pravic, so od uveljavitve tega zakona zavarovani za vse pravice, tudi za pravico do nadomestila plače. Prijavo v zavarovanje za širši obseg pravic izvede zavod po uradni dolžnosti in o tem obvesti zavarovanca.

(2) Osebe, ki opravljajo kmetijsko dejavnost, in so bile do uveljavitve tega zakona vključene le v obvezno zdravstveno zavarovanje, vrhunski športniki in vrhunski šahisti - člani telesnokulturnih in šahovskih organizacij v Republiki Sloveniji, osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja, ki med bivanjem v Republiki Sloveniji ne morejo uporabljati pravic iz tega naslova in družinski člani osebe, zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja, ki imajo stalno prebivališče v Republiki Sloveniji ter niso zavarovani kot družinski člani pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja osebe, morajo uskladiti lastnost zavarovanca po določbah tega zakona v roku 30 dni od uveljavitve tega zakona. Če ne uskladijo lastnosti zavarovanca v navedenem roku, jih zavod odjavi iz zavarovanja po uradni dolžnosti z dnem izteka tridesetdnevnega roka in jih o tem obvesti.

(3) Osebe, ki so se vključile v obvezno zavarovanje kot družinski član starš 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 in 47/15 – ZZSDT) ohranijo status zavarovane osebe do prenehanja pravnega razmerja, ki je bilo podlaga za zavarovanje.

(4) Z uveljavitvijo tega zakona preneha veljati deveti 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).

(5) 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 obvezno zdravstveno zavarovanje Zavod po uradni dolžnosti uskladi lastnost zavarovanca po 19. členu tega zakona v roku 30 dni od uveljavitve tega zakona in o prijavi obvesti zavarovanca.

324. člen

(Zakona o matični evidenci zavarovancev in uživalcev pravic iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja)

Z uveljavitvijo tega zakona se spremeni tretji odstavek 57. člena Zakona o matični evidenci zavarovancev in uživalcev pravic iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja (Uradni list RS, št. 111/13 in 97/14) in sicer tako, da se glasi: V primerih enakovrednih zavarovalnih podlag se obdobja zavarovanja iz prvega odstavka tega člena uredijo upoštevajoč polni delovni čas, tako da skupni delovni čas ne presega polnega delovnega časa, pri čemer ima kasneje nastala zavarovalna podlaga prednost pred prej nastalimi zavarovalnimi podlagami.

325. člen

(uporaba prejšnjih predpisov)

- (1) Zbirke podatkov zavarovanih oseb, ki je bila uvedena in vodena po predpisih, 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 po predpisih, ki so veljali do uveljavitve tega zakona, lastnost zavarovane osebe pa oseba pridobi skladno z veljavnim zakonom.

2. Prehodne določbe s področja prispevkov

326. člen

(zdravstveno nadomestilo)

Mesečni znesek zdravstvenega nadomestila po tem zakonu se prvič odmeri za obdobje izračuna julij 2019 do junij 2020.

327. člen

(pobiranje prispevkov)

Finančna uprava prične izvajati aktivnosti nadzora nad obračunavanjem in plačevanjem prispevkov ter izterjavo zapadlih prispevkov za zdravstveno zavarovanje določene s te zakonom najkasneje 3 mesece po uveljavitvi tega zakona.

328. člen

(prispevek delodajalca za zavarovance iz 14. člena tega zakona)

Ne glede na določbo druge alineje 139. člena tega zakona je do ureditve v predpisih s področja kmetijstva zavezanec za plačilo prispevka delodajalca za zavarovance iz 14. člena tega zakona Republika Slovenija.

329. člen

(spreminjanje prispevne stopnje za poškodbo pri delu in poklicno bolezen)

Določbe tega zakona, ki se nanašajo na spremenjeno stopnjo za zavarovanje a primere poškodbe pri delu in poklicno bolezen se začnejo uporabljati 6 mesecev po uveljavitvi tega zakona.

3. Prehodne določbe s področja pravic

330. člen

(zagotavljanje medicinskih pripomočkov)

Pogoji za zagotavljanje medicinskih pripomočkov se sprejmejo najkasneje v enem letu od uveljavitve tega zakona.

331. člen

(nakup zdravila in živila v državah članicah Evropske unije in tretjih državah do začetka elektronske izmenjave recepta in recepta EU)

- (1) Do začetka elektronske izmenjave recepta in recepta EU med državami članicami Evropske Unije oziroma do začetka elektronske izmenjave recepta s tretjimi državami, se zaradi uveljavljanja pravice do zdravila in živila iz 146. in 147. člena tega zakona uporabljajo določbe tega člena.
- (2) Zaradi uveljavljanja pravice na podlagi recepta iz prvega in tretjega odstavka 146. člena tega zakona se predpiše recept na papirnatem obrazcu, če zavarovana oseba to zahteva:
 1. ob predpisu zdravila in živila namesto elektronskega recepta,
 2. po predpisu elektronskega recepta v roku, ki velja za predložitev recepta lekarni v Republiki Sloveniji.
- (3) Zaradi uveljavljanja pravice iz 147. člena tega zakona se predpiše recept na papirnatem obrazcu, če zdravila ni mogoče zamenjati z drugim zdravilom s Seznama skupin zdravil z splošnim imenom, ali živila ni mogoče zamenjati s primerljivim živilom, in zavarovana oseba to zahteva:
 1. ob predpisu zdravila in živila namesto elektronskega recepta,
 2. po predpisu elektronskega recepta v roku, ki ga določi Zavod in začne teči po izteku roka, ki velja za predložitev recepta lekarni v Republiki Sloveniji, če predloži potrdilo o deficitarnosti iz 2. točke prvega odstavka 147. člena tega zakona.

- (4) V primeru iz 2. točke drugega odstavka in 2. točke tretjega odstavka tega člena recept na papirnatem obrazcu predpiše zdravnik, ki je predpisal elektronski recept, ali splošni osebni zdravnik oziroma osebni otroški zdravnik, če na elektronski recept še ni bila izdana predpisana količina zdravila ali živila, pri čemer sočasno zaključi elektronski recept.
- (5) Če je predpisan recept iz prejšnjega odstavka, začne teči rok, ki velja za predložitev recepta lekarni v Republiki Sloveniji in se uporablja pri uveljavljanju pravice iz 146. in 147. člena tega zakona, od predpisa elektronskega recepta.
- (6) Zavarovana oseba lahko na podlagi recepta iz drugega in tretjega odstavka tega člena prevzame zdravilo in živilo v lekarni v Republiki Sloveniji v roku, ki ga določi Zavod in začne teči po izteku roka, ki velja za predložitev recepta lekarni v Republiki Sloveniji.
- (7) Zavod določi primere, v katerih zavarovana oseba v roku, ki ga določi Zavod, pisno obvesti Zavod o izdaji zdravila in živila v lekarni v Republiki Sloveniji.
- (8) Zavod s splošnim aktom natančneje določi pogoje in postopek za uveljavljanje pravice do zdravila in živila iz tega člena, vključno z rokom iz 2. točke drugega odstavka in šestega odstavka tega člena ter s primeri iz prejšnjega odstavka.

4. Prehodne določbe s področja Zavoda

332. 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 najkasneje v treh mesecih po uveljavitvi tega zakona.
- (3) Zavod mora uskladiti statut in druge splošne akte Zavoda najkasneje 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, v kolikor niso v nasprotju z določbami tega zakona.

333. člen (splošni akt Zavoda glede vključitve živil med pravice)

Svet Zavoda sprejme splošni akt Zavoda iz drugega odstavka 250. člena tega zakona v enem letu po uveljavitvi tega zakona.

334. člen (portal eLista zdravil)

- (1) Zavod vzpostavi portal eLista zdravil v petih letih po uveljavitvi tega zakona.

- (2) Zavod na svoji spletni strani objavi datum začetka uporabe posamezne funkcije portala eLista zdravil najmanj 30 dni pred datumom določenim v prejšnjem odstavku.
- (3) Do datuma začetka uporabe posamezne funkcije portala eZdravila za elektronsko vročanje, se dokumenti vročajo po pošti, pri čemer natančnejši način vročanja določi Zavod s splošnim aktom.

335. člen

(najvišja priznana vrednost za skupine medsebojno zamenljivih zdravil)

Do uveljavitve Seznama skupin zdravil s splošnim imenom se za določanje najvišje priznane vrednosti uporablja seznam medsebojno zamenljivih zdravil, določen s predpisi, ki urejajo zdravila.

336. člen

(Seznam skupin zdravil s splošnim imenom)

Generalni direktor Zavoda sprejme Seznam skupin zdravil s splošnim imenom iz 240. člena v šestih mesecih po uveljavitvi Seznama predpisanih zdravil z imenom.

337. člen

(splošni akt Zavoda glede vključitve zdravil med pravice)

Svet Zavoda sprejme splošni akt Zavoda iz prvega odstavka 251. člena tega zakona v enem letu po uveljavitvi tega zakona.

5. Skupne prehodne določbe

338. člen

(izdaja podzakonskih predpisov)

(1) Minister, pristojen za zdravje in zavod izda podzakonske predpise po tem zakonu v enem letu od dneva uveljavitve tega zakona.

(2) Do uveljavitve podzakonskih predpisov iz prejšnjega odstavka se, kolikor niso v nasprotju s tem zakonom, uporabljajo podzakonski predpisi izdani na podlagi Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju: Uradni list RS, št. 9/92, 13/93, NPB1, 9/96, NPB2, 29/98, NPB3, 6/99, NPB4, 56/99 – ZVZD, NPB5, 99/01, NPB6, 42/02 – ZDR, NPB7, 60/02, NPB8, 126/03, NPB9, 20/04 – UPB1, NPB10, 76/05, NPB11, 100/05 – UPB2, NPB12, 38/06, NPB13, 72/06 – UPB3, NPB14, 114/06 – ZUTPG, NPB15, 91/07, NPB16, 76/08, NPB17, 62/10 – ZUPJS, NPB18, 87/11, NPB19, 40/12 – ZUJF, NPB20, 21/13 – ZUTD-A, NPB21, 91/13, NPB22, 99/13 – ZUPJS-C, NPB23, 99/13 – ZSVarPre-C, NPB24, 111/13 – ZMEPIZ-1, NPB25, 95/14 – ZUJF-C, NPB26, 47/15 – ZZSDT in NPB27).

339. člen

(uskladitev drugih zakonov)

1. (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 za zdravljenje zdravstvenih stanj iz te točke,".

2. (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 za zdravljenje zdravstvenih stanj iz te točke,".

340. člen

(postopki, začeti pred uveljavitvijo tega zakona)

Postopki, začeti pred dnevom uveljavitve tega zakona, se končajo po predpisih, ki so veljali pred uveljavitvijo tega zakona.

341. člen

(prenehanje veljavnosti)

Z dnem uveljavitve tega zakona prenehajo veljati Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju: Uradni list RS, št. 9/92, 13/93, NPB1, 9/96, NPB2, 29/98, NPB3, 6/99, NPB4, 56/99 – ZVZD, NPB5, 99/01, NPB6, 42/02 – ZDR, NPB7, 60/02, NPB8, 126/03, NPB9, 20/04 – UPB1, NPB10, 76/05, NPB11, 100/05 – UPB2, NPB12, 38/06, NPB13, 72/06 – UPB3, NPB14, 114/06 – ZUTPG, NPB15, 91/07, NPB16, 76/08, NPB17, 62/10 – ZUPJS, NPB18, 87/11, NPB19, 40/12 – ZUJF, NPB20, 21/13 – ZUTD-A, NPB21, 91/13, NPB22, 99/13 – ZUPJS-C, NPB23, 99/13 – ZSVarPre-C, NPB24, 111/13 – ZMEPIZ-1, NPB25, 95/14 – ZUJF-C, NPB26, 47/15 – ZZSDT in NPB27).

342. člen

(začetek veljavnosti)

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

