

Opozorilo: Neuradno prečiščeno besedilo predpisa predstavlja zgolj informativni delovni pripomoček, glede katerega organ ne jamči odškodninsko ali kako drugače.

Neuradno prečiščeno besedilo Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju obsega:

- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 9/92 z dne 21. 2. 1992),
- Zakon o spremembi in dopolnitvi Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – ZZVZZ-A (Uradni list RS, št. 13/93 z dne 12. 3. 1993),
- Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – ZZVZZ-B (Uradni list RS, št. 9/96 z dne 16. 2. 1996),
- Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – ZZVZZ-C (Uradni list RS, št. 29/98 z dne 10. 4. 1998),
- Zakon o dopolnitvi zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – ZZVZZ-D (Uradni list RS, št. 6/99 z dne 29. 1. 1999),
- Zakon o varnosti in zdravju pri delu – ZVZD (Uradni list RS, št. 56/99 z dne 13. 7. 1999),
- Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – ZZVZZ-E (Uradni list RS, št. 99/01 z dne 7. 12. 2001),
- Zakon o delovnih razmerjih – ZDR (Uradni list RS, št. 42/02 z dne 15. 5. 2002).

ZAKON **o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ)**

(neuradno prečiščeno besedilo št. 7)

Prvi del
ZDRAVSTVENO VARSTVO

I. TEMELJNE DOLOČBE

1. člen

Ta zakon ureja sistem zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, določa nosilce družbene skrbi za zdravje in njihove naloge, zdravstveno varstvo v zvezi z delom in delovnim okoljem, ureja odnose med zdravstvenim zavarovanjem in zdravstvenimi zavodi ter uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja.

Zdravstveno varstvo po tem zakonu obsega sistem družbenih, skupinskih in individualnih aktivnosti, ukrepov in storitev za krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, zgodnje odkrivanje, pravočasno zdravljenje, nego in rehabilitacijo zbolelih in poškodovanih.

Poleg tega zdravstveno varstvo obsega tudi pravice iz zdravstvenega zavarovanja, s katerimi se zagotavlja socialna varnost v primeru bolezni, poškodbe, poroda ali smrti.

2. člen

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

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

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

3. člen

Republika Slovenija z ukrepi gospodarske, ekološke in socialne politike ustvarja pogoje za uresničevanje zdravstvenega varstva in nalog pri krepitvi, ohranitvi in povrnitvi zdravja ter usklajuje delovanje in razvoj vseh področij s cilji zdravstvenega varstva.

Občina in mesto v skladu s svojimi pravicami in dolžnostmi zagotavljata pogoje za uresničevanje zdravstvenega varstva na svojem območju.

Podjetja, zavodi, druge organizacije in posamezniki so pri opravljanju in načrtovanju svoje dejavnosti dolžni zagotavljati pogoje za uresničevanje zdravstvenega varstva z razvijanjem in uporabo zdravju in okolju neškodljivih tehnologij ter z uvajanjem ukrepov za varovanje in krepitev zdravja pri njih zaposlenih delavcev oziroma varovancev.

II. DRUŽBENA SKRB ZA ZDRAVJE

4. člen

Republika Slovenija uresničuje svoje naloge na področju zdravstvenega varstva, s tem da:

- načrtuje zdravstveno varstvo in določa strategijo razvoja zdravstvenega varstva;
- sprejema predpise in ukrepe, ki spodbujajo krepitev in varovanje zdravja;
- zagotavlja pogoje za zdravstveno osveščanje ljudi;
- zagotavlja zakonodajno politiko, ki izhaja iz ciljev zdravstvenega varstva;
- z ukrepi davčne in gospodarske politike spodbuja razvijanje zdravih življenjskih navad;
- zagotavlja enotnost razvoja zdravstvenega informacijskega sistema v Republiki Sloveniji;
- zagotavlja finančna sredstva za naloge iz svoje pristojnosti, določene s tem zakonom.

Republika Slovenija uresničuje družbeno skrb za zdravje prebivalstva tudi z:

- ukrepi na področju varovanja okolja;
- določanjem obveznosti in nosilcev politike, ki se nanaša na življenjsko okolje;
- medpodročnim planiranjem posegov v okolje, ki so zdravju neškodljivi;
- ukrepi, ki zagotavljajo prebivalstvu higiensko neoporečno pitno vodo in hrano ter odlaganje odpadnih snovi, kvaliteto zraka in bivanja ter varstvo pred viri ionizirajočega sevanja.

5. člen

Za uresničevanje nalog iz prejšnjega člena se pri Vladi Republike Slovenije ustanovi Svet za zdravje.

Svet za zdravje ima naslednje naloge:

- spremlja vplive okolja in življenjskih navad na zdravje prebivalstva ali skupin ljudi in predlaga primerne ukrepe;
- ocenjuje razvojne načrte in zakonske osnutke z vseh področij dejavnosti z vidika njihovega vpliva na zdravje ljudi;
- predlaga republiškim upravnim organom uskladitev vprašanj, pomembnih za zdravje ljudi;
- predlaga ukrepe za spodbujanje proizvodnje in uporabe zdrave hrane in za uvedbo zdravju manj škodljivih tehnoloških postopkov in izdelkov;
- predlaga ukrepe za zmanjšanje zdravju škodljivih razvad;
- sodeluje z ustreznim organom na področju varstva okolja;
- obravnava druga vprašanja s področja zdravstvenega varstva, ki zahtevajo medpodročno reševanje, ter zagotavlja strokovno pomoč upravnim organom in skupščinam pri uresničevanju nalog, ki se nanašajo na družbeno skrb za zdravje.

Predlagatelji predpisov in razvojnih planov zdravstvenega varstva so dolžni obravnavati predloge, pobude in mnenja Sveta za zdravje, zavzeti do njih stališča in z njimi seznaniti Skupščino Republike Slovenije oziroma skupščine občin.

Sestavo sveta in način njegovega dela predpiše Vlada Republike Slovenije.

6. člen

Republika Slovenija planira razvojne možnosti in potrebe z zdravstvenimi programi in zdravstvenimi zmogljivostmi. Plan zdravstvenega varstva mora temeljiti na analizi zdravstvenega stanja prebivalstva, izhajati iz zdravstvenih potreb po celovitem zdravstvenem varstvu, upoštevati kadrovske in druge zmogljivosti ter zagotoviti smotrno delitev dela.

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

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

Plan zdravstvenega varstva vsebuje dolgoročne, srednjeročne in kratkoročne opredelitve.

Predlog plana zdravstvenega varstva pripravi Vlada Republike Slovenije. Pri pripravi predloga plana zdravstvenega varstva sodelujejo Zdravstveni svet, pristojne zbornice, združenja zdravstvenih in drugih zavodov ter organizacij, ki opravljajo zdravstveno dejavnost, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in Svet za zdravje.

Plan zdravstvenega varstva sprejme Skupščina Republike Slovenije.

7. člen

Republika Slovenija iz proračuna zagotavlja sredstva za:

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

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

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

8. člen

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

- oblikuje in uresničuje programe za krepitev zdravja prebivalstva na svojem območju in zagotavlja proračunska sredstva za te programe;
- zagotavlja izvajanje higiensko epidemiološke, zdravstvenostatistične in socialnomedicinske dejavnosti za svoje območje, ki niso vključene v republiški program;
- oblikuje in izvaja program nalog za ohranitev zdravega okolja, ki niso vključene v republiški program;
- zagotavlja zdravstveno varstvo pripadnikov civilne zaščite, splošnih reševalnih služb, narodne zaščite in enot za zveze občine oziroma mesta, če tega nimajo urejenega na drugi podlagi;
- kot ustanovitelj javnih zdravstvenih zavodov zagotavlja sredstva za investicije in za druge obveznosti, določene z zakonom in z aktom o ustanovitvi;
- zagotavlja mrliško pregledno službo.

III. ZDRAVSTVENO VARSTVO V ZVEZI Z DELOM IN Z DELOVNIM OKOLJEM

9. člen **(prenehal veljati)**

10. člen **(prenehal veljati)**

11. člen **(prenehal veljati)**

Drugi del ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE

12. člen

Zdravstveno zavarovanje je obvezno in prostovoljno.

Obseg obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu: obvezno zavarovanje) določa ta zakon.

Nosilec obveznega zavarovanja po tem zakonu je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: Zavod).

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje (v nadaljnjem besedilu: prostovoljno zavarovanje) izvajajo zavarovalnice.

I. OBVEZNO ZAVAROVANJE

13. člen

Obvezno zavarovanje obsega:

1. zavarovanje za primer bolezni in poškodbe izven dela;
2. zavarovanje za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni.

Z obveznim zavarovanjem se zavarovanim osebam zagotavlja v obsegu, ki ga določa ta zakon:

1. plačilo zdravstvenih storitev;
2. nadomestilo plače med začasno zadržanostjo od dela;
3. pogrebna in posmrtnina;
4. povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev.

1. Zavarovane osebe

14. člen

Zavarovane osebe so zavarovanci in njihovi družinski člani.

15. člen

Zavarovanci po tem zakonu so:

1. osebe, ki so v delovnem razmerju v Republiki Sloveniji;
2. osebe v delovnem razmerju pri delodajalcu s sedežem v Republiki Sloveniji, poslane na delo ali na strokovno izpopolnjevanje v tujino, če niso obvezno zavarovane v državi, v katero so bile poslane;
3. osebe, zaposlene pri tujih in mednarodnih organizacijah in ustanovah, tujih konzularnih in diplomatskih predstavništvi s sedežem v Republiki Sloveniji, če ni z mednarodno pogodbo drugače določeno;
4. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, zaposlene pri tujem delodajalcu, ki niso zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja;
5. osebe, ki na območju Republike Slovenije samostojno opravljajo gospodarsko ali poklicno dejavnost kot edini ali glavni poklic;
6. osebe, ki so lastniki zasebnih podjetij v Republiki Sloveniji, če niso zavarovane iz drugega naslova;
7. kmetje, člani njihovih gospodarstev in druge osebe, ki v Republiki Sloveniji opravljajo kmetijsko dejavnost kot edini ali glavni poklic;
8. vrhunski športniki in vrhunski šahisti - člani telesnokulturnih in šahovskih organizacij v Republiki Sloveniji, ki niso zavarovani iz drugega naslova;
9. brezposelne osebe, ki prejemajo pri zavodu za zaposlovanje nadomestilo oziroma denarno pomoč;
10. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki prejemajo pokojnino po predpisih Republike Slovenije oziroma preživnino po predpisih o preživninskem varstvu kmetov;
11. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki prejemajo pokojnino od tujega nosilca pokojninskega zavarovanja, če z mednarodno pogodbo ni drugače določeno;
12. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja, ki med bivanjem v Republiki Sloveniji ne morejo uporabljati pravic iz tega naslova;
13. družinski člani osebe, zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja, ki imajo stalno prebivališče v Republiki Sloveniji in niso zavarovani kot družinski člani pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja;
14. tujci, ki se izobražujejo ali izpopolnjujejo v Republiki Sloveniji, ki niso zavarovani iz drugega naslova;
15. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki so uživalci invalidnin po predpisih o vojaških invalidih in civilnih invalidih vojne, pravic po predpisih o varstvu vojnih veteranov, žrtev vojnega nasilja in udeležencev drugih vojn ter uživalci republiških priznavalnin, če niso zavarovane iz drugega naslova;
16. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki prejemajo nadomestilo po zakonu o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih odraslih oseb, če niso zavarovane iz drugega naslova;
17. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki prejemajo stalno denarno pomoč kot edini vir preživljanja po predpisih o socialnem varstvu;
18. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki so uživalci priznavalnin po predpisih o varstvu udeležencev vojn, če niso zavarovane iz drugega naslova;
19. vojaški obvezniki s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki so v civilni službi kot nadomestilu vojaškega roka;
20. osebe z drugimi prihodki in s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, če niso zavarovane iz drugega naslova;
21. državljani Republike Slovenije s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki niso zavarovanci iz drugega naslova.

Za zavarovance po 7. točki prejšnjega odstavka se štejejo:

- osebe, ki so na podlagi opravljanja kmetijske dejavnosti pokojninsko in invalidsko zavarovane;

- osebe, ki opravljajo kmetijsko dejavnost kot edini ali glavni poklic in niso pokojninsko in invalidsko zavarovane, če kmetijsko gospodarstvo dosega na člana gospodarstva mesečno najmanj tolikšen katastrski in drug dohodek, ki ustreza znesku 50% zjamčene plače, zmanjšane za davke in prispevke. Za člane kmetijskega gospodarstva se štejejo vse osebe, ki v okviru tega gospodarstva opravljajo kmetijsko dejavnost kot edini ali glavni poklic.

16. člen

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

Osebe iz 7. točke prvega odstavka prejšnjega člena so zavarovane za poškodbo pri delu in poklicno bolezen, če plačujejo prispevek od osnove, določene za pokojninsko in invalidsko zavarovanje. Osebe iz 7. točke prvega odstavka prejšnjega člena, ki ne plačujejo tega prispevka, pridobijo v primeru poškodbe pri delu ali poklicne bolezni pravice v obsegu, določenem za primer bolezni ali poškodbe izven dela.

17. člen

Za poškodbo pri delu in poklicno bolezen so zavarovani tudi:

1. učenci in študentje pri praktičnem pouku, pri opravljanju proizvodnega dela oziroma delovne prakse in na strokovnih ekskurzijah;
2. otroci in mladostniki z motnjami v telesnem in duševnem razvoju pri praktičnem pouku v organizacijah za usposabljanje ali na obveznem praktičnem delu;
3. osebe, ki so po končanem šolanju na prostovoljni praksi, ne glede na to ali za to prakso prejemajo nagrado;
4. vojaški invalidi, civilni invalidi vojne in druge invalidne osebe na poklicni rehabilitaciji oziroma usposabljanju pri praktičnih delih in vajah;
5. osebe, ki opravljajo delo na podlagi pogodbe o delu;
6. učenci srednjih šol oziroma študenti višjih in visokih šol pri opravljanju dela preko pooblaščenih organizacij;
7. brezposelne osebe na javnih delih, organiziranih po predpisih o zaposlovanju;
8. volonterji;
9. osebe na prestajanju zaporne kazni in vzgojnega ukrepa pri delu, poklicnem izobraževanju in pri opravljanju dovoljenih dejavnosti v skladu z zakonom;
10. osebe, ki opravljajo dejavnost kot postranski poklic.

18. člen

Za poškodbo pri delu so zavarovane tudi:

1. osebe, ki sodelujejo pri organiziranih javnih delih splošnega pomena, pri reševalnih akcijah ali pri zaščiti in reševanju ob naravnih in drugih nesrečah;
2. udeleženci mladinskih taborov v Republiki Sloveniji;
3. osebe, ki opravljajo dela oziroma naloge vojaške službe ali nadomestne civilne službe, narodne zaščite, civilne zaščite, službe za opazovanje in obveščanje, splošnih reševalnih služb ali enot za zveze ter pri usposabljanju za obrambo in zaščito;
4. osebe, ki pomagajo organom za notranje zadeve in pooblaščenim osebam teh organov pri opravljanju njihovih nalog v skladu z zakonom;
5. osebe, ki opravljajo naloge organov za notranje zadeve kot osebe v rezervnem sestavu organov za notranje zadeve;

6. osebe, ki opravljajo na poziv državnih in drugih pooblaščenih organov, javne in druge družbene funkcije ali državljansko dolžnost;
7. športniki, trenerji ali organizatorji, ki v okviru organizirane športne dejavnosti sodelujejo pri športnih akcijah;
8. osebe, ki kot člani operativnih sestavov prostovoljnih gasilskih organizacij opravljajo naloge pri gašenju požarov, zaščiti in reševanju pri drugih nesrečah, pri usposabljanju, zavarovanju na požarno nevarnih mestih in pri javnih prireditvah, naloge pri javnih nastopih in demonstracijah s prikazovanjem demonstrativnih vaj ter pri poučevanju ljudi o požarni varnosti;
9. osebe, ki kot člani gorske reševalne službe ali potapljači opravljajo naloge reševanja življenj ali odvratitve oziroma preprečitve nevarnosti, ki neposredno ogrožajo življenje ali premoženje občanov.

19. člen

Za poškodbo pri delu in za poklicno bolezen se štejejo poškodbe in bolezni v skladu s predpisi, ki urejajo pokojninsko in invalidsko zavarovanje.

20. člen

Kot družinski člani zavarovanca so ob pogojih, ki jih določa ta zakon, zavarovani:

- a) ožji družinski člani:
 1. zakonec,
 2. otroci (zakonski in nezakonski otroci in posvojenci);
- b) širši družinski člani:
 1. pastorki, ki jih zavarovanec preživlja,
 2. vnuki, bratje, sestre in drugi otroci brez staršev, ki jih je zavarovanec vzel k sebi in jih preživlja, ob pogojih, ki jih določa ta zakon za otroke,
 3. starši (oče in mati, očim in mačeha, ter posvojitelj), ki živijo z zavarovancem v skupnem gospodinjstvu in jih zavarovanec preživlja ter nimajo za preživljanje dovolj lastnih sredstev in so trajno in popolnoma nezmožni za delo.

Za otroka brez staršev se šteje tudi otrok, ki ima starše, če so starši popolnoma in trajno nezmožni za delo ali, če zaradi drugih okoliščin ne morejo skrbeti za otroka in ga preživljati.

Družinski člani so zavarovani, če imajo stalno prebivališče v Republiki Sloveniji, razen če ni za ožje družinske člane z mednarodno pogodbo drugače določeno.

21. člen

Zakonec je zavarovan kot družinski član, če ni sam zavarovanec.

Ob pogoju iz prejšnjega odstavka je zavarovan tudi razvezani zakonec, ki mu je s sodno odločbo prisojena preživnina.

Kot zakonec je zavarovana tudi oseba, ki živi z zavarovancem v življenjski skupnosti, ki je po zakonu o zakonski zvezi in družinskih razmerjih v pravnih posledicah izenačena z zakonsko zvezo.

22. člen

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

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

2. Pravice iz obveznega zavarovanja

Pravice do zdravstvenih storitev

23. člen

Z obveznim zavarovanjem je zavarovanim osebam zagotovljeno plačilo zdravstvenih storitev:

1. v celoti:

- sistematični in drugi preventivni pregledi otrok, šolske mladine, študentov, ki se redno šolajo, žensk v zvezi z nosečnostjo in drugih odraslih oseb v skladu s programom, razen preventivnih pregledov, ki jih na podlagi zakona zagotavljajo delodajalci,
- zgodnje odkrivanje in preprečevanje bolezni, skladno s programom,
- zdravljenje in rehabilitacija otrok, učencev in študentov, ki se redno šolajo, ter otrok in mladostnikov z motnjami v telesnem in duševnem razvoju,
- zdravstveno varstvo žensk v zvezi s svetovanjem pri načrtovanju družine, kontracepcijo, nosečnostjo in porodom,
- preprečevanje, odkrivanje in zdravljenje infekcije HIV in nalezljivih bolezni, za katere je z zakonom določeno izvajanje ukrepov za preprečevanje njihovega širjenja,
- obvezna cepljenja, imunoprofilaksa in kemoprofilaksa skladno s programom,
- zdravljenje in rehabilitacija malignih bolezni, mišičnih in živčno-mišičnih bolezni, paraplegije, tetraplegije, cerebralne paralize, epilepsije, hemofilije, duševnih bolezni, razvitih oblik sladkorne bolezni, multiple skleroze in psoriaze,
- zdravljenje in rehabilitacija zaradi poklicnih bolezni in poškodb pri delu,
- zdravstveno varstvo v zvezi z dajanjem in izmenjavo tkiv in organov za presaditev drugim osebam,
- nujna medicinska pomoč, vključno z nujnimi reševalnimi prevozi,
- patronažni obiski, zdravljenje in nega na domu ter v socialnovarstvenih zavodih,
- zdravila na recept v skladu z razvrstitvijo zdravil, ortopedski in drugi pripomočki v zvezi z zdravljenjem pri osebah in stanjih iz prve do desete alineje te točke;

2. najmanj 95% vrednosti:

- storitev v zvezi s presaditvijo organov in z drugimi najzahtevnejšimi operativnimi posegi ne glede na razlog,
- zdravljenja v tujini,
- storitev v zvezi 2 intenzivno terapijo, radioterapijo, dializo in drugimi nujnimi najzahtevnejšimi diagnostičnimi, terapevtskimi in rehabilitacijskimi posegi;

3. najmanj 85% vrednosti za:

- storitve v zvezi z zagotavljanjem in zdravljenjem zmanjšane plodnosti in umetno oploditvijo, sterilizacijo in umetno prekinitvijo nosečnosti;
- specialističnoambulantne, bolnišnične in zdraviliške storitve kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, razen za poškodbe izven dela,
- nemedicinski del oskrbe v bolnišnici in zdravilišču v okviru nadaljevanja bolnišničnega zdravljenja, razen za poškodbe izven dela,

- storitve v osnovni zdravstveni dejavnosti, ki niso zajete v 1. točki, ter zdravljenje zobnih in ustnih bolezni,
 - ortopedske, ortotične, slušne in druge pripomočke, razen v primerih iz 1. in 4. točke tega odstavka;
4. najmanj 75% vrednosti za:
- specialističnoambulantne, bolnišnične in zdraviliške storitve kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja in nemedicinski del oskrbe v bolnišnici in zdravilišču kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, ortopedske, ortotične in druge pripomočke v zvezi z zdravljenjem poškodb izven dela,
 - zdravila s pozitivne liste za vse druge primere;
5. največ do 60% vrednosti za:
- reševalne prevoze, ki niso nujni, zavarovanih oseb, ki so nepokretne ali rabijo prevoz na in z dialize ali v drugih primerih, ko bi bil prevoz z javnim prevoznim sredstvom ali osebnim avtomobilom za njihovo zdravje škodljiv, ali zaradi svojega zdravstvenega stanja potrebujejo spremstvo zdravstvenega delavca,
 - zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja;
6. največ do 50% vrednosti za:
- zdravila z vmesne liste,
 - zobnoprortetično zdravljenje odraslih,
 - očesne pripomočke za odrasle.

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

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

24. člen

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

25. člen

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

- invalidov in drugih oseb, ki jim je priznana pomoč druge osebe za opravljanje večine ali vseh življenjskih funkcij po posebnih predpisih; invalidov, ki imajo najmanj 70% telesno okvaro po predpisih o pokojninskem in invalidskem zavarovanju in zavarovancev iz 16. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona ter oseb nad 75 let starosti;
- oseb, ki izpolnjujejo dohodkovni pogoj za pridobitev dajatev po predpisih o socialnem varstvu;
- oseb, katerih izdatki za doplačilo teh storitev v posameznem koledarskem letu presežejo znesek, ki ga določi Zavod. Ta znesek je odvisen od dohodka na družinskega člana zavarovanca in ne more biti manjši od dvojne letne premije za prostovoljno zavarovanje za te primere.

Nujno zdravljenje obsega neodložljive zdravstvene storitve oživljanja, ohranitve življenja in preprečitve poslabšanja zdravstvenega stanja obolelega ali poškodovanega.

Nujnost zdravljenja presoja osebni zdravnik oziroma pristojna zdravniška komisija v skladu s splošnim aktom Zavoda.

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

26. člen

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

27. člen

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

Nadomestila med začasno zadržanostjo od dela

28. člen

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

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

29. člen

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

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

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

30. člen

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

Kadar to terjaja zdravstveno stanje ožjega družinskega člana, lahko pristojna zdravniška komisija izjemoma podaljša trajanje pravice do nadomestila, vendar največ do 30

delovnih dni za nego otrok do sedem let starosti ali starejšega zmerno, težje ali težko duševno in telesno prizadetega otroka oziroma do 14 delovnih dni za nego drugih ožjih družinskih članov.

Na predlog zdravniške komisije 1. stopnje lahko zdravniška komisija II. stopnje izjemoma podaljša trajanje pravice do nadomestila osebnega dohodka za nego otroka, in sicer v primerih, ko je taka odsotnost potrebna zaradi nenadnega poslabšanja zdravstvenega stanja otroka oziroma v drugih izjemnih primerih. Taka odsotnost ne more biti daljša od 6 mesecev.

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

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

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

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

31. člen

Osnova za nadomestilo je povprečna mesečna plača in nadomestila oziroma povprečna osnova za plačilo prispevkov v koledarskem letu pred letom, v katerem je nastala začasna zadržanost od dela. Osnova se valorizira skladno z rastjo povprečnih plač vseh zaposlenih v Republiki Sloveniji.

Nadomestilo znaša:

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

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

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

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

Način valorizacije osnove in nadomestila določi Zavod s splošnim aktom.

32. člen

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

Zavarovancu, ki se je poškodoval na poti na delo, preden je nastopil delo in zavarovancu, ki po odslužitvi ali doslužitvi vojaškega roka ali po predčasnem odpustu s služenja vojaškega roka zaradi bolezni ali poškodbe ne more nastopiti dela, se za izračun osnove upošteva plača, ki bi jo prejemal, če bi nastopil delo.

33. člen

Zavarovanec, ki na podlagi mnenja osebnega zdravnika oziroma zdravniške komisije dela skrajšan delovni čas, ima za čas zadržanosti od dela pravico do nadomestila. Če je njegova plača za skrajšani delovni čas manjša od nadomestila, ki mu pripada za čas, ko ne dela, ima pravico tudi do nadomestila za to razliko.

Če zavarovanec na podlagi ugotovitve zdravniške komisije ne more opravljati svojega dela in dela poln delovni čas na drugem delu, ima pravico do razlike med plačo in višino nadomestila, ki bi mu pripadalo, če ne bi delal.

34. člen

Zavarovanca, ki je zadržan od dela zaradi začasne nezmožnosti za delo, osebni zdravnik oziroma zdravniška komisija napoti na invalidsko komisijo, če oceni, da ni pričakovati povrnitve delovne zmožnosti.

Zavarovancu, ki mu je med trajanjem zadržanosti od dela prenehalo delovno razmerje, pripada nadomestilo še za največ 30 dni začasne nezmožnosti za delo po prenehanju delovnega razmerja.

Če je zadržanost od dela posledica poškodbe pri delu ali poklicne bolezni, pripada zavarovancu nadomestilo tudi po prenehanju delovnega razmerja, in sicer dokler ni spet zmožen za delo.

Zavarovancu, ki je v času, ko prejema nadomestilo, začasno odstranjen z dela, se nadomestilo zniža za toliko, kolikor bi se v tem času znižala njegova plača.

35. člen

Zavarovanec ni upravičen do nadomestila med začasno zadržanostjo od dela če v tem času opravlja pridobitno delo.

Zavarovancu se zadrži izplačevanje nadomestila:

- če neopravičeno najpozneje tri dni po začetku bolezni ne obvesti delodajalca oziroma osebnega zdravnika, da je zbolel;
- če se brez opravičenega vzroka ne odzove vabilu na zdravniški pregled ali zdravniško komisijo;
- če pooblaščen zdravnik, zdravniška komisija ali nadzorni organ ugotovi, da se ne ravna po navodilih za zdravljenje ali če brez dovoljenja zdravnika odpotuje iz kraja stalnega prebivališča.

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

Pogrebna in posmrtnina

36. člen

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

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

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

37. člen

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

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

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

Višina pogrebne znaša:

- 60% povprečne mesečne bruto plače v Republiki Sloveniji za obdobje januar–september preteklega leta, če je bil dohodek umrle zavarovane osebe v koledarskem letu pred letom smrti nižji od 100% minimalne plače v Republiki Sloveniji za isto obdobje;
- 40% povprečne mesečne bruto plače v Republiki Sloveniji za obdobje januar–september preteklega leta, če je bil dohodek umrle zavarovane osebe v koledarskem letu pred letom smrti višji od 100% in nižji od 150% minimalne plače v Republiki Sloveniji za isto obdobje.

Če je bil dohodek umrle zavarovane osebe v koledarskem letu pred letom smrti višji od 150% minimalne plače v Republiki Sloveniji za isto obdobje, pogrebna osebi iz prvega odstavka tega člena ne pripada.

Če za umrlo zavarovano osebo ni podatka o njenem dohodku za koledarsko leto pred letom smrti, se upoštevajo podatki iz četrtega in petega odstavka tega člena za predpreteklo leto.

Višino pogrebne za zavarovano osebo, ki je umrla v tujini, določi zavod s splošnim aktom.

38. člen

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

Višina posmrtnine znaša:

- 25% povprečne mesečne bruto plače v Republiki Sloveniji za obdobje januar–september preteklega leta, če je bil dohodek umrle zavarovane osebe v koledarskem letu pred letom smrti nižji od 100% minimalne plače v Republiki Sloveniji za isto obdobje;
- 10% povprečne mesečne bruto plače v Republiki Sloveniji za obdobje januar–september preteklega leta, če je bil dohodek umrle zavarovane osebe v koledarskem letu pred letom smrti višji od 100% in nižji od 150% minimalne plače v Republiki Sloveniji za isto obdobje.

Družinski član zavarovanca ni upravičen do posmrtnine, če je bil dohodek umrlega zavarovanca v koledarskem letu pred letom smrti višji od 150% minimalne plače v Republiki Sloveniji za isto obdobje.

Če za umrlega zavarovanca ni podatka o njegovem dohodku za koledarsko leto pred letom smrti, se upoštevajo podatki iz drugega in tretjega odstavka tega člena za predpreteklo leto.

38.a člen

Za dohodek umrle zavarovane osebe iz 37. in 38. člena tega zakona se šteje znesek letne osnove za odmero dohodnine.

Podatke iz prejšnjega odstavka zagotavlja zavodu na podlagi pisnega zaprosila brezplačno Davčna uprava Republike Slovenije.

Podatki iz prvega odstavka tega člena se štejejo za davčno tajnost in velja zanje varstvo tajnosti v skladu z določbami zakona o davčnem postopku.

Povračilo potnih stroškov

39. člen

Zavarovane osebe imajo pravico do povračila potnih stroškov, ki obsegajo prevozne stroške, stroške prehrane in nastanitve med potovanjem in bivanjem, v primeru napotitve na zdravljenje v tujino.

Otroci in mladostniki do 18. leta starosti imajo pravico do povračila prevoznih stroškov, kadar uveljavljajo zdravstvene storitve v specialistično-ambulantni ali bolnišnični dejavnosti v kraju izven svojega bivališča.

Bolniki, ki zaradi zdravljenja in diagnostike večkrat na mesec potujejo v drug kraj, imajo pravico do povračila potnih stroškov.

Postopek za uresničevanje pravic do povračila stroškov iz prvega, drugega in tretjega odstavka tega člena in merila za njihovo povračilo zavarovani osebi določi Zavod.

40. člen (črtan)

41. člen (črtan)

42. člen (črtan)

43. člen

Pravico do povračila potnih stroškov ima tudi spremljevalec zavarovane osebe iz prvega odstavka 39. člena tega zakona, če upravičenost za to na podlagi zdravstveno utemeljenih razlogov ugotovi zavod z odločbo. Spremljevalec zavarovane osebe iz drugega odstavka 39. člena tega zakona pa ima pravico do prevoznih stroškov, če upravičenost za to na podlagi zdravstveno utemeljenih razlogov ugotovi osebni zdravnik oziroma zdravniška komisija.

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

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

44. člen (črtan)

3. Viri sredstev

45. člen

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

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

46. člen

Za zavarovanje za primer bolezni in poškodbe izven dela se plačujejo:

1. prispevek za vse pravice;
2. prispevek za pravice do zdravstvenih storitev, povračila potnih stroškov, pogrebno in posmrtnino;
3. prispevek za zdravstvene storitve in povračila potnih stroškov;
4. prispevek za nadomestila, pogrebno in posmrtnino.

47. člen

Za zavarovanje za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni se plačuje:

1. prispevek za vse pravice;
2. prispevek za pravice do zdravstvenih storitev, povračila potnih stroškov ter pogrebno in posmrtnino.

48. člen

Prispevke za zavarovanje za primer bolezni in poškodbe izven dela plačujejo:

1. prispevek iz 1. točke 46. člena tega zakona:
 - zavarovanci iz 1., 2. in 3. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona in njihovi delodajalci,
 - zavarovanci iz 4., 5., 6. in 8. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona;
2. prispevek iz 2. točke 46. člena tega zakona:
 - zavod za zaposlovanje za zavarovance iz 9. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
 - skupnost pokojninskega in invalidskega zavarovanja za zavarovance iz 10. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
 - Republika Slovenija za zavarovance iz 15., 16. in 19. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
 - zavarovanci iz 20. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona;
3. prispevek iz 3. točke 46. člena tega zakona:
 - zavarovanci iz 7. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
 - zavarovanci iz 11., 12., 13. in 14. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
 - izplačevalec prejemkov za zavarovance iz 18. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
 - občine za zavarovance iz 21. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
 - Republika Slovenija za zavarovance iz 17. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona;
4. prispevek iz 4. točke 46. člena tega zakona: zavarovanci iz 7. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona, če so pokojninsko in invalidsko zavarovani.

49. člen

Prispevek za zavarovanje za poškodbo pri delu in poklicno bolezen plačujejo:

1. prispevek iz 1. točke 47. člena tega zakona:
 - delodajalci za zavarovance iz 1., 2. in 3. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
 - zavarovanci iz 5., 6. in 8. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
 - zavarovanci iz 7. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona, ki so pokojninsko in invalidsko zavarovani;
2. prispevek iz 2. točke 47. člena tega zakona:
 - Republika Slovenija za zavarovance iz 19. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
 - pravne in fizične osebe, pri katerih so zavarovanci iz 1. do 9. točke 17. člena tega zakona na usposabljanju oziroma delu,
 - zavarovanci iz 10. točke 17. člena tega zakona,
 - organizatorji del oziroma akcij za zavarovance iz 18. člena tega zakona.

50. člen

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

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

Delodajalci plačujejo prispevke od osnov iz prejšnjih odstavkov.

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

51. člen

Zavezanci iz 4., 5., 6. in 8. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona plačujejo prispevke od bruto osnove za pokojninsko in invalidsko zavarovanje po stopnji, določeni za zavarovance in po stopnji, določeni za delodajalce.

52. člen

Zavezanci iz 7. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona plačujejo prispevek od katastrskega dohodka kmetijskih in gozdnih zemljišč.

Zavarovanci iz 7. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona, ki so pokojninsko in invalidsko zavarovani, plačujejo prispevek od osnove za pokojninsko in invalidsko zavarovanje v skladu s prejšnjim členom.

53. člen

Prispevek za zavarovance iz 9. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona se plačuje od nadomestil oziroma denarnih pomoči.

Prispevek za zavarovance iz 10. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona se plačuje od pokojnin z varstvenim dodatkom in preživnin po predpisih o preživninskem varstvu kmetov.

Prispevek za zavarovance iz 11. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona se plačuje od zneska, ki ga prejemajo od tujega nosilca pokojninskega zavarovanja.

Prispevek za zavarovance iz 15. in 16. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona se plačuje od izplačanih prejemkov, razen dodatka za tujo pomoč in postrežbo.

Kot osnova za obračun prispevkov se denarne pomoči iz prvega odstavka ter prejemki iz drugega, tretjega in četrtega odstavka tega člena povečajo s koeficientom povprečne stopnje davka od osebnih prejemkov in povprečno stopnjo prispevkov za socialno varnost, ki se plačujejo iz plač, v skladu s posebnim zakonom, ki ureja davek od osebnih prejemkov.

54. člen

Prispevek za zavarovance iz 19. in 20. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona se plačuje od bruto osnove za pokojninsko in invalidsko zavarovanje oziroma od bruto zajamčene plače, če zavarovanec ni pokojninsko in invalidsko zavarovan.

55. člen

Stopnje prispevkov določi Skupščina Republike Slovenije na predlog skupščine Zavoda.

56. člen

Stopnje prispevka za poškodbo pri delu in poklicno bolezen so lahko različne za posamezne dejavnosti, odvisno od stopnje nevarnosti za nastanek poklicne bolezni in poškodbe pri delu.

Če izdatki za poškodbe pri delu in za poklicne bolezni pri zavezancu v posameznem letu presegajo povprečno višino na zavarovanca v dejavnosti, Zavod takemu zavezancu določi za naslednje obdobje do 50% višjo prispevno stopnjo v skladu z merili, ki jih določi s splošnim aktom.

Zvišano prispevno stopnjo iz prejšnjega odstavka lahko Zavod predpiše tudi zavezancu, za katerega inšpekcija ugotovi, da ne izpolnjuje obveznosti iz 9. člena tega zakona.

57. člen

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

58. člen

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

59. člen

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

60. člen

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

Podjetjem, zavodom in drugim organizacijam za zaposlovanje invalidov, ki so zavezanci iz prvega odstavka 45. člena tega zakona in osebam iz 1. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona, ki so pri njih v delovnem razmerju, se vsi prispevki po tem zakonu obračunavajo in odvedejo na poseben račun in kot odstopljena sredstva uporabljajo za materialni razvoj teh podjetij oziroma organizacij v skladu z zakonom.

II. PROSTOVOLJNO ZAVAROVANJE

61. člen

Zavarovalnice uvedejo prostovoljno zavarovanje za razliko do polne vrednosti storitev iz 2. do 6. točke 23. člena tega zakona.

Zavarovalnice lahko uvedejo prostovoljno zavarovanje tudi za večji obseg pravic, kot je določen s tem zakonom ali za višji standard storitev in za dodatne pravice, ki niso zajete v obveznem zavarovanju.

62. člen

Zavarovalnice, ki uvedejo prostovoljno zavarovanje za razliko vrednosti storitev iz 2. do 6. točke 23. člena tega zakona, so dolžne:

- sprejeti v zavarovanje vse zavarovane osebe, ki se želijo pri njih zavarovati;
- vse zavarovane osebe obravnavati glede pravic in obveznosti enako.

Premije za doplačila k ceni zdravstvenih storitev iz 2. do 6. točke 23. člena zakona, ki jih določijo zavarovalnice, se oblikujejo glede na tveganja, katerim so izpostavljeni zavarovanci, ob upoštevanju starosti, spola, bonusov in malusov, tablic smrtnosti in bolezenskih tablic, trajanja sklenjenih pogodb o zavarovanju in višine zavarovalno-tehničnih rezervacij za starost.

Zavarovalnice, ki uvedejo prostovoljna zavarovanja za doplačila, morajo:

- takšno zavarovanje organizirati kot dolgoročno zavarovanje;
- sklepati pogodbe za to zavarovalno vrsto ločeno od drugih zavarovalnih vrst in tudi voditi prihodke in stroške tega zavarovanja ločeno od drugih zavarovalnih vrst in izdelovati ločen izkaz uspeha;
- oblikovati zavarovalno-tehnične rezervacije za starost, s katerimi zagotovijo zavarovancem zdravstveno in socialno varnost za življenjska obdobja, ko so zdravstvena tveganja in višina odškodnin višja od povprečno pričakovanih.

62.a člen

Za nadaljnje izvajanje prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, ki jih je do sprejema tega zakona uvedel in zagotavljal zavod, ta ustanovi skladno z določili zakona o zavarovalnicah (Uradni list RS, št. 64/94) in skladno s tem zakonom družbo za vzajemno zavarovanje kot specializirano zavarovalnico za prostovoljna zdravstvena zavarovanja. Zavarovanci, ki imajo na dan 31. 12. 1998 sklenjene pogodbe o prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju pri zavodu, postanejo člani družbe za vzajemno zavarovanje.

Sredstva za oblikovanje ustanovitvenega sklada družbe zagotovi zavod iz garancijskega sklada prostovoljnega zavarovanja. Ustanovitveni sklad se uporablja za namene, določene z zakonom o zavarovalnicah, in se vrne v garancijski sklad družbe.

Družba za vzajemno zavarovanje je last članov družbe.

62.b člen

Zavod kot ustanovitelj vzajemne družbe prenese skladno z določili 19. člena zakona o zavarovalnicah in tega zakona na družbo, ustanovljeno po prejšnjem členu, vse

zavarovalne pogodbe, sredstva, prenosne premije in rezerve, računalniške programe, zbirke podatkov s področja prostovoljnega zavarovanja, obveznosti, ki izhajajo iz pogodb, sklenjenih pred začetkom poslovanja družbe in nezapadle neporavnane obveznosti s področja prostovoljnega zavarovanja ob začetku poslovanja družbe.

Pri tem je družba dolžna:

- prevzeti od zavoda vse zavarovance in izpolniti do njih vse obveznosti, ki izhajajo iz sklenjenih pogodb med njimi in zavodom;
- obvestiti zavarovance o prenosu njihovih zavarovalnih pogodb na vzajemno družbo in jim omogočiti, da prekinejo pogodbo, če se s tem ne strinjajo;
- zagotoviti, da ne bo prekinila že sklenjenih pogodb z zavodom pred njihovim iztekom.

Osebe, ki so po zavarovalnih pogodbah iz prvega odstavka tega člena zavezanci za plačilo premij (zavarovanci), postanejo s prenosom teh zavarovalnih pogodb na družbo člani družbe v skladu s statutom družbe.

Člani družbe uveljavljajo svoje pravice v družbi v skupščini zastopnikov članov v skladu s statutom družbe.

62.c člen

Začasno skupščino družbe največ za dobo enega leta imenuje skupščina zavoda izmed oseb, ki so prostovoljno zavarovane za doplačila do polne cene zdravstvenih storitev pri zavodu. K imenovanju začasne skupščine družbe mora dati soglasje Vlada Republike Slovenije.

Zavod in družba se dogovorita, da zavod opravlja za družbo strokovne in administrativno-tehnične naloge in o tem skleneta posebno pogodbo.

62.č člen

Zavarovalnica iz 62.a člena začne poslovati s 1. 1. 1999. Z dnem začetka poslovanja zavarovalnice preneha zavod opravljati dejavnost prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja.

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

63. člen

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

Če izhodišča iz prejšnjega odstavka niso sprejeta do konca decembra za naslednje leto, odloči o njih najpozneje v enem mesecu arbitražna komisija, ki jo sestavlja enako število predstavnikov Zavoda, predstavnikov pristojnih zbornic in združenj zdravstvenih

zavodov ter predstavnikov ministrstva, pristojnega za zdravstvo. Če v okviru arbitraže ni mogoče doseči sporazuma, odloči o spornih vprašanjih Vlada Republike Slovenije.

64. člen

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

65. člen

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

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

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

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

66. člen

- Pri elementih za oblikovanje cene programov oziroma storitev se upoštevajo:
- plače in drugi prejemki v skladu s predpisi, kolektivnimi pogodbami in drugimi splošnimi akti,
 - materialni stroški,
 - amortizacija, predpisana z zakonom,
 - druge zakonske obveznosti.

67. člen

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

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

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

Arbitražna odloči o spornem vprašanju najpozneje v enem mesecu.

68. člen

Pogodbe se sklepajo za naprej. Do sklenitve pogodbe veljajo obveznosti iz prejšnje pogodbe.

Pogodba, sklenjena na podlagi odločitve arbitraže, velja za naprej, če arbitraža ne odloči drugače.

IV. ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE SLOVENIJE

69. člen

Izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja je javna služba, ki jo opravlja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije kot javni zavod.

Sedež zavoda je v Ljubljani.

Zavod se organizira tako, da je služba dostopna zavarovanim osebam na posameznih območjih.

Zavod oblikuje organizacijske enote za posamezna področja dejavnosti in za posamezna območja.

70. člen

Dejavnost Zavoda upravlja skupščina.

Skupščina opravlja naslednje naloge:

- sprejema statut Zavoda,
- sprejema splošne akte za uresničevanje zdravstvenega zavarovanja,
- določa finančni načrt in sprejema zaključni račun Zavoda,
- opravlja druge naloge, ki jih določata ta zakon in statut Zavoda.

Vlada Republike Slovenije daje soglasje k statutu, finančnemu načrtu in zaključnemu računu zavoda.

71. člen

Skupščino sestavlja 45 članov, od tega 20 predstavnikov delodajalcev, organiziranih v zbornicah in v drugih splošnih združenjih, in 25 predstavnikov zavarovancev.

Predstavniki zavarovancev se izberejo tako, da so ustrezno zastopani po spolu, aktivni zavarovanci, upokojenci in invalidi ter posamezna območja.

Skupščina izvoli predsednika in njegovega namestnika.

Mandat članov skupščine traja 4 leta.

Volitve predstavnikov delodajalcev in predstavnikov zavarovancev za člane skupščine ureja statut Zavoda.

72. člen

Skupščina veljavno odloča, če je na seji navzočih več kot polovica predstavnikov delodajalcev in več kot polovica predstavnikov zavarovancev.

Statut, splošne akte za uresničevanje zdravstvenega zavarovanja, predlog prispevnih stopenj, finančni načrt in zaključni račun sprejema skupščina z večino glasov vseh predstavnikov delodajalcev in vseh predstavnikov zavarovancev.

O drugih vprašanjih odloča skupščina z večino glasov navzočih članov.

73. člen

Izvršilni organ skupščine je upravni odbor, ki ga sestavlja 11 članov.

Predsednika in člane upravnega odbora imenuje skupščina Zavoda, tako da so v njem ustrezno zastopani predstavniki delodajalcev in predstavniki aktivnih zavarovancev, upokojencev in invalidov. Dva člana upravnega odbora imenuje skupščina na predlog delavcev Zavoda.

Pristojnosti upravnega odbora se določijo s statutom.

74. člen

Poslovodni organ Zavoda je direktor, ki mora imeti visoko strokovno izobrazbo in najmanj 5 let delovnih izkušenj.

Direktorja imenuje skupščina Zavoda v soglasju s Skupščino Republike Slovenije.

75. člen

S statutom Zavoda se lahko določijo tudi drugi organi za posamezna področja dejavnosti Zavoda in za posamezna območja ter njihove pristojnosti.

Po območjih se lahko ustanovijo območni sveti, ki jih sestavljajo predstavniki delodajalcev in predstavniki zavarovancev. Ti sveti obravnavajo vprašanja iz pristojnosti skupščine in njenih organov ter jim dajejo predloge in pobude za urejanje vprašanj zdravstvenega zavarovanja in sklepanja pogodb z zdravstvenimi zavodi ter drugimi zavodi in organizacijami, ki opravljajo zdravstveno dejavnost in z zasebnimi zdravstvenimi delavci. Sveti tudi imenujejo predstavnike zavarovancev v organe upravljanja zdravstvenih zavodov na svojem območju.

76. člen

S statutom Zavoda se opredelijo tudi strokovne naloge Zavoda, ki obsegajo: izvajanje obveznega zavarovanja, sklepanje pogodb z zdravstvenimi in drugimi zavodi ter organizacijami, ki opravljajo zdravstveno dejavnost, oziroma z zasebnimi zdravstvenimi delavci, izvajanje mednarodnih pogodb o zdravstvenem zavarovanju, finančno poslovanje, opravljanje drugih strokovnih, nadzornih in administrativnih nalog ter dajanje pravne in druge strokovne pomoči zavarovanim osebam.

Zavod vodi baze podatkov in evidence s področja zdravstvenega zavarovanja in uporablja evidence s področja zdravstvenega varstva v skladu s posebnim zakonom.

77. člen

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

V. UVELJAVLJANJE PRAVIC IZ ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

78. člen

Pravice iz zdravstvenega zavarovanja po tem zakonu lahko uveljavi oseba, ki ji je priznana lastnost zavarovane osebe.

Lastnost zavarovane osebe ugotavlja pristojna služba Zavoda na podlagi prijave v zavarovanje, ki jo vloži zavezanec za plačilo prispevkov najpozneje v osmih dneh od dneva začetka zavarovanja.

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

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

78.a člen

Zavarovancem iz 4., 5., 6., 7., 8., 11., 12., 13., 14. in 20. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona ter njihovim družinskim članom se v času, ko nimajo poravnanih obveznosti plačevanja prispevkov, zadržijo njihove pravice do zdravstvenih storitev in denarnih dajatev iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja. Do takrat lahko uveljavljajo na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja le nujno zdravljenje.

Obseg pravic do nujnega zdravljenja iz prejšnjega odstavka določi zavod v svojih aktih.

79. člen

Delodajalci, pravne in fizične osebe, zdravstveni in drugi zavodi ter organizacije, ki opravljajo zdravstveno dejavnost, oziroma zasebni zdravstveni delavci ter državni organi so dolžni Zavodu posredovati vse podatke, potrebne za uresničevanje zdravstvenega zavarovanja, za uresničevanje pravic in obveznosti zavarovanih oseb ter za postopke za povrnitev škode.

80. člen

Pri uveljavljanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja po tem zakonu ima zavarovana oseba pravico do proste izbire zdravnika in zdravstvenega zavoda.

Zdravnik, ki ga zavarovana oseba izbere, je njen izbrani osebni zdravnik. Mladolletne osebe morajo imeti izbranega osebnega zdravnika. Zavarovana oseba ima

pravico, da poleg splošnega osebnega zdravnika svobodno izbere tudi osebnega ginekologa, specialista ginekologije s porodništvom in osebnega zobozdravnika. Izbrani osebni zdravnik za zavarovane osebe do dopolnjenega 19. leta starosti je specialist, pediater ali specialist šolske medicine, izjemoma je lahko specialist splošne medicine (družinske medicine), ali zdravnik splošne medicine s podiplomskim študijem iz zdravstvenega varstva žensk, otrok in mladine. Zdravnik, ki ne izpolnjuje pogojev, pa zdaj izvaja zdravstveno varstvo otrok in mladine do dopolnjenega 19. leta starosti, mora do leta 2002 pridobiti ustrezno strokovno usposobljenost. Za zavarovane osebe starejše od 19 let je izbrani osebni zdravnik specialist splošne medicine (družinske medicine) ali specialist medicine dela, prometa in športa, izjemoma je lahko tudi zdravnik splošne medicine s podiplomskim študijem socialne medicine.

Izbrani osebni zobozdravnik za starostno obdobje do dopolnjenega 19. leta je praviloma zobozdravnik, usposobljen za zobozdravstveno varstvo otrok in mladine. Osebni zdravnik skrbi za zdravje zavarovane osebe in je pooblaščen, da jo napoti na zdravniško komisijo, k specialistu in v bolnišnico, predpiše na račun zavoda zdravila na recept in vodi ter izbira zdravstveno dokumentacijo o zavarovani osebi. Izbrani osebni zdravnik (razen osebnega ginekologa in osebnega zobozdravnika) je pooblaščen tudi za ugotavljanje nezmožnosti za delo in drugih razlogov za začasno zadržanost od dela do 30 dni. Zavarovana oseba si izbere osebnega zdravnika najmanj za dobo enega leta. To obdobje se lahko skrajša, če pride med zdravnikom in zavarovano osebo do nesoglasij in nezaupanja.

Osebni zdravnik lahko pooblastila iz prejšnjega odstavka, ki se nanašajo na diagnostiko in zdravljenje, vključno s predpisovanjem zdravil na recept, kot tudi napotitev na bolnišnično zdravljenje, prenese na ustreznega specialista, napotenega zdravnika, če to narekuje bolnikovo zdravstveno stanje in racionalnost dela. Če je izbrani osebni zdravnik za zavarovane osebe do dopolnjenega 19. leta starosti zdravnik splošne medicine, praviloma pooblasti najbližjega ustreznega specialista pediatra oziroma specialista šolske medicine za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva.

Način uresničevanja pravic do proste izbire zdravnika in zdravstvenega zavoda uredi zavod s splošnim aktom.

81. člen

V postopkih za uveljavitev pravic iz zdravstvenega zavarovanja po tem zakonu sodelujejo zdravniške komisije kot izvedenski organi, ki jih imenuje upravni odbor skupščine Zavoda. Zdravniške komisije delujejo v senatih najmanj treh članov.

Zdravniška komisija I. stopnje:

- ugotavlja začasno nezmožnost za delo nad 30 dni;
- presoja oceno pooblaščenega zdravnika o začasni nezmožnosti za delo do 30 dni na zahtevo zavarovanca, delodajalca ali zavoda,
- ocenjuje delovno zmožnost, če se zavarovanec ali delodajalec ne strinjata z mnenjem zdravnika, ki je opravil predhodni zdravstveni pregled;
- napotuje na zdravniško zdravljenje;
- presoja upravičenost zahteve po ortopedskem pripomočku pred iztekom trajnostne dobe in o pravici do zahtevnejših ortopedskih pripomočkov;
- presoja o upravičenosti zdravljenja v tujini;
- opravlja druge naloge, določene s splošnimi akti Zavoda.

Zdravniška komisija II. stopnje presoja mnenja zdravniške komisije I. stopnje na zahtevo zavarovane osebe, delodajalca ali Zavoda in opravlja druge naloge, določene s statutom Zavoda.

Delo zdravniških komisij uredi Zavod s splošnim aktom.

82. člen

Zavarovana oseba in delodajalec imata pravico zahtevati presojo mnenja pooblaščenega zdravnika in zdravniške komisije I. stopnje.

Zahtevo lahko vloži v treh dneh od dne, ko je bilo mnenje sporočeno.

Mnenje pooblaščenega zdravnika presoja zdravniška komisija I. stopnje, ki mora svoje mnenje pisno sporočiti zavarovani osebi oziroma delodajalcu najpozneje v osmih dneh.

Mnenje zdravniške komisije I. stopnje presoja zdravniška komisija II. stopnje, ki mora svoje mnenje pisno sporočiti zavarovani osebi oziroma delodajalcu najpozneje v 15 dneh.

83. člen

Če zavarovana oseba ali delodajalec ni zadovoljen z mnenjem zdravniške komisije II. stopnje ali, če ta ne sporoči mnenja v 15 dneh, lahko v nadaljnjih osmih dneh zahteva izdajo odločbe,

Odločbo na zahtevo iz prejšnjega odstavka izda enota na sedežu Zavoda.

Odločba je dokončna v upravnem postopku.

84. člen

O pravici do nadomestila, pogrebnine in posmrtnine ter povračila potnih stroškov, odloča:

- na prvi stopnji območna enota Zavoda,
- na drugi stopnji posebna enota na sedežu Zavoda.

85. člen

Za postopek, v katerem se odloča o pravicah iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, se uporablja zakon o splošnem upravnem postopku, če s tem zakonom ni drugače določeno.

VI. POVRNITEV ŠKODE

86. člen

Zavod ima pravico zahtevati povrnitev povzročene škode od tistega, ki je namenoma ali iz velike malomarnosti povzročil bolezen, poškodbo ali smrt zavarovane osebe.

Za škodo, ki jo povzroči v primerih iz prejšnjega odstavka delavec pri delu ali v zvezi z delom, je odgovoren delodajalec.

Povrnitev povzročene škode iz prejšnjega odstavka ima Zavod pravico zahtevati tudi od delavca, če je povzročil bolezen, poškodbo ali smrt zavarovane osebe s kaznivim dejanjem.

87. člen

Zavod ima pravico zahtevati, da povzročeno škodo povrne delodajalec, če je bolezen, poškodba ali smrt zavarovane osebe posledica tega, ker niso bili izvedeni ustrezni higiensko-sanitarni ukrepi, ukrepi varstva pri delu ali drugi ukrepi, predpisani ali odrejeni za varnost ljudi.

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

88. člen

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

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

89. člen

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

90. člen

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

91. člen

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

92. člen

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

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

93. člen

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

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

94. člen

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

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

Tretji del KAZENSKE, PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

I. KAZENSKE DOLOČBE

95. člen

Z denarno kaznijo najmanj 50.000 tolarjev se kaznuje za prekršek delodajalec:

1. če ne izvaja obveznosti iz 9. člena tega zakona;
2. **(prenehala veljati)**
3. **(prenehala veljati)**
4. če ne vloži prijave v zavarovanje v roku, določenem v drugem odstavku 78. člena tega zakona;
5. če odreče ali omeji pravice, ki pripadajo zavarovani osebi na podlagi tega zakona;
6. če omogoči uveljavljanje pravice osebi, ki ji po tem zakonu pravica ne pripada, ali ji omogoči uveljavljanje pravice v večjem obsegu, kot ji pripada.

Z denarno kaznijo najmanj 5.000 tolarjev se kaznuje odgovorna oseba delodajalca, ki stori prekršek iz prejšnjega odstavka.

96. člen

Z denarno kaznijo najmanj 50.000 tolarjev se kaznuje za prekršek zavezanec za plačilo prispevkov po tem zakonu, če ne da Zavodu predpisanih podatkov, če da nepravilne podatke in obvestila, ali če prepreči ogled na samem kraju ali pregled poslovnih knjig in evidenc, ki se nanašajo na zagotavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja.

Z denarno kaznijo najmanj 5.000 tolarjev se kaznuje odgovorna oseba pravne osebe, ki stori prekršek iz prejšnjega odstavka.

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

»II. PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

97. člen

Zavod začne z delom 1. 3. 1992.

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

98. člen

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

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

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

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

99. člen

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

Na Zavod se ne prenesejo neporavnane obveznosti republiškega in občinskih proračunov, nastale do 29. 2. 1992.

100. člen

Skupščina zavoda najpozneje v treh mesecih od dneva, določenega za začetek dela Zavoda, sprejme začasni statut in druge splošne akte, potrebne za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja po tem zakonu.

101. člen

Skupščina Republike Slovenije določi stopnje prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje po tem zakonu za leto 1992 na predlog Vlade Republike Slovenije.

Dokler niso določene stopnje prispevkov k prejšnjega odstavka, se plačujejo prispevki po predpisih, ki so veljali do uveljavitve tega zakona.

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

102. člen

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

103. člen

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

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

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

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

104. člen

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

- v višini 99 % za storitve iz 2. točke prvega odstavka 23. člena tega zakona;
- v višini 95 % za storitve iz 3. točke prvega odstavka 23. člena tega zakona, razen za storitve iz četrte alineje te točke;
- v višini 85 % za storitve iz četrte alineje 3. točke prvega odstavka 23. člena tega zakona;
- v višini 80 % za storitve iz 4. točke prvega odstavka 23. člena tega zakona;
- v višini 60 % za storitve iz 5. točke prvega odstavka 23. člena tega zakona;
- v višini 50 % za storitve iz 6. točke prvega odstavka 23. člena tega zakona, razen za storitve iz druge alineje te točke;
- v višini 45 % za storitve iz druge alineje 6. točke prvega odstavka 23. člena tega zakona.

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

105. člen

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

106. člen

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

- samoupravni sporazum o uresničevanju zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 47/87,42/89 in 18/90),
- samoupravni sporazum o postopkih in načinih o uresničevanju pravic do zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 6/81),
- sklep o plačevanju participacije v zdravstvu (Uradni list RS, št. 10/91-I),
- pravilnik o razvrščanju zdravil (Uradni list RS, št. 45/90, 7/91, 14/91 in 8/91-I),
- sklep o predpisovanju zdravil (Uradni list RS, št. 45/90),
- navodilo o zdravstveni izkaznici in drugih listinah za uresničevanje pravic do zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 29/82).

107. člen

Do sprejema posebnega zakona iz drugega odstavka 76. člena tega zakona Zavod vodi zbirko podatkov o zavarovanih osebah. Zbirka podatkov obsega podatke o zavarovancih in njihovih družinskih članih. V zbirki podatkov se zbirajo naslednji osebni podatki zavarovanih oseb:

- priimek in ime (dekliški priimek),
- datum in kraj rojstva,
- stalno oziroma začasno prebivališče (ulica, hišna številka, poštna številka in kraj),
- podlaga za zavarovanje,
- ime in sedež delodajalca,
- datum vstopa v zavarovanje.

108. člen

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

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

109. člen

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

Dokler ne bodo sklenjene ustrezne pogodbe z drugimi republikami na območju SFRJ, najdlje pa do 31. 12.1992, so ožji družinski člani zavarovancev, ki imajo stalno prebivališče na območju drugih republik, zavarovani po tem zakonu.

110. člen

Zavod sprejme splošni akt o delu zdravniških komisij in imenuje zdravniške komisije najpozneje do 30.4.1992.

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

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

111. člen

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

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

112. člen

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

- zakon o zdravstvenem varstvu (Uradni list SRS, št. 1/80), 45/82, 42/85, 32/89 in Uradni list RS, št. 8/90) razen v delu, ki se nanaša na zdravstvene organizacije in zdravstvene delavce,
- določbe zakona o prispevkih za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, zdravstveno varstvo in zaposlovanje (Uradni list RS, št. 48/90), ki se nanašajo na zavezance, osnove in stopnje prispevkov za zdravstveno varstvo.

113. člen

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

Zakon o spremembi in dopolnitvi Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – ZZVZZ-A (Uradni list RS, št. [13/93](#)) spreminja 109. člen zakona tako, da se glasi:

»109. člen

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

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

ter vsebuje naslednjo končno določbo:

»5. člen

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

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

»2. člen

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

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

»7. člen

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

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

»2. člen

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

Zakon o varnosti in zdravju pri delu – ZVZD (Uradni list RS, št. [56/99](#)) vsebuje naslednjo končno določbo:

»67. člen

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

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

»13. člen

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

Zakon o delovnih razmerjih – ZDR (Uradni list RS, št. [42/02](#)) vsebuje naslednjo končno določbo:

»246. člen
(uveljavitev zakona)

Ta zakon začne veljati 1. januarja 2003.«.