

ZAKON
O SPREMEMBAH IN DOPOLNITVAH ZAKONA O ZDRAVSTVENEM VARSTVU IN
ZDRAVSTVENEM ZAVAROVANJU

II. BESEDILO ČLENOV

1. člen

V Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ, 64/17 – ZZDej-K, 36/19, 189/20 – ZFRO, 51/21, 159/21, 196/21 – ZDOsk, 15/22, 43/22, 100/22 – ZNUZSZS, 141/22 – ZNUNBZ, 40/23 – ZČmIS-1 in 78/23; v nadaljnjem besedilu: ZZVZZ) se v 7. členu v prvem odstavku v deseti alineji za besedo »presaditev« doda besedilo »ter naloge Zavoda Republike Slovenije za transfuzijsko medicino, opredeljene v zakonu, ki ureja preskrbo s krvjo, razen storitev, ki jih zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje«.

Na koncu 16. alineje se pika nadomesti s podpičjem in se dodajo nove 17., 18., 19., 20., 21., 22. in 23. alineja, ki se glasijo:

» –izvajanje priprav in ukrepov za organizacijo dela javnih zdravstvenih zavodov in so del kritične infrastrukture in so posebnega pomena za obrambo države, ali izvajalcev dodatnih nalog za delovanje v posebnih pogojih ob naravnih in drugih nesrečah, kot jih opredeljuje zakon, ki ureja varstvo pred naravnimi ali drugimi nesrečami, ki niso neposredno vezani na redno opravljanje zdravstvene dejavnosti;

- izobraževalno in raziskovalno dejavnost izvajalcev zdravstvene dejavnosti na terciarni ravni zdravstvene dejavnosti, ki ni financirana iz drugih virov, neposredno ali preko javnih agencij ali drugih oblik (terciar I);
- vodenje zbirk podatkov, kot jih določa zakon, ki ureja zbirke podatkov s področja zdravstvenega varstva in jih upravlja en upravljavec zbirke za področje celotne države;
- ukrepe za izravnavo odhodkov s prihodki Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, če se prihodki iz naslova prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje in obveznega zdravstvenega prispevka iz tretjega odstavka 48. člena tega zakona zaradi negativne gospodarske rasti za več kot dva odstotka ali se v tekočem letu zmanjšajo prihodki ali povečajo odhodki Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki jih ni bilo mogoče načrtovati v finančnem načrtu za tekoče leto, ali ustanovitelj Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije naloži dodatne obveznosti, za katere obstoječi prihodki ne zadoščajo;
- plačilo mesečnega prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje v pavšalnem znesku za otroke iz 2. točke prvega odstavka 20. člena tega zakona;
- plačilo enkratnega prevoza državljana Republike Slovenije, ki je v oskrbi pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti v tujini k izvajalcu zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji v primeru, ko se psihiatrično zdravljenje pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti v tujini ne more uspešno izvajati ali pa je zdravljenje pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti v tujini zaključeno in je potrebna nadaljnja bolnišnična obravnava v Republiki Sloveniji, kar mora biti razvidno iz zdravstvene dokumentacije pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti v tujini;
- plačilo stroškov prevoza posmrtnih ostankov zavarovane osebe iz tujine v Republiko Slovenijo v višini dejanskih stroškov v primeru smrti zavarovane osebe med uveljavljanjem pravice iz 44.a ali 44.b člena tega zakona ali njenega spremljevalca med uveljavljanjem pravice do spremstva te zavarovane osebe.«.

Za drugim odstavkom se dodajo novi, tretji, četrti, peti in šesti odstavek, ki se glasijo:

»Sredstva za plačilo prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje iz petnajste alineje prvega odstavka tega člena in za plačilo obveznega zdravstvenega prispevka iz tretjega odstavka 48. člena tega zakona, v okviru svojih proračunskih postavk zagotovi pristojno ministrstvo, ki zagotovi to pravico.

Plačilo pavšalnega mesečnega prispevka iz 21. alineje prvega odstavka tega člena zagotavlja ministrstvo, pristojno za zdravje, v višini 50 odstotkov minimalnega prispevka za zavarovanje za primer za bolezni in poškodbe iz drugega odstavka 48. člena tega zakona. Plačilo se izvede v enkratnem znesku najpozneje do konca februarja za preteklo leto, pri čemer se upošteva število otrok iz 1. točke prvega odstavka 20. člena tega zakona do 31. decembra preteklega leta.

Podrobnejša vsebina nalog in s tem povezanih stroškov iz sedemnajste alineje prvega odstavka tega člena se določi v načrtu, ki opredeljuje delovanje zdravstva v posebnih pogojih, ki ga sprejme minister, pristojen za zdravje.

Podrobnejši postopek strokovnega vrednotenja, način izbire projektov in drugih aktivnosti ter način financiranja iz osemnajste alineje prvega odstavka tega člena določi minister, pristojen za zdravje.«.

2. člen

V 15. členu se v prvem odstavku:

- 1. točka spremeni tako, da se glasi:
»1. osebe v delovnem razmerju, ki so:
 - zaposlene na območju Republike Slovenije;
 - izvoljene ali imenovane nosilke ali nosilci javne ali druge funkcije v organih zakonodajne, izvršilne ali sodne oblasti v Republiki Sloveniji ali v organih lokalne samouprave, če prejemajo za to funkcijo plačo;
 - zaposlene pri delodajalcu s sedežem v Republiki Sloveniji, ki so bile napotene na delo v tujino in niso obvezno zavarovane po predpisih države, v katero so bile poslone, če z mednarodno pogodbo ni določeno drugače;
 - osebe, ki po predpisih o pokojninskem in invalidskem zavarovanju prejemajo nadomestilo za poklicno rehabilitacijo med trajanjem delovnega razmerja;«;
- 2. točka črta;
- 3. točka spremeni tako, da se glasi:
»3. osebe, ki so zaposlene na območju Republike Slovenije pri mednarodnih organizacijah in ustanovah, tujih diplomatskih in konzularnih predstavništvi, če posebni predpis ali mednarodna pogodba ne določa drugače in osebe, ki so zaposlene pri tujih delodajalcih iz tretjih držav brez dvostranskega sporazuma, ki so napotene na delo v Republiko Slovenijo ali delo opravljajo iz Republike Slovenije na daljavo;«;
- 5. točka spremeni tako, da se glasi:
»5. osebe, ki v Republiki Sloveniji samostojno opravljajo pridobitno ali drugo dovoljeno dejavnost;«;
- 6. točka spremeni tako, da se glasi:
»6. osebe, ki so družbenice ali družbeniki (v nadaljnjem besedilu: družbenik) gospodarskih družb oziroma ustanoviteljice ali ustanovitelji (v nadaljevanju besedilu: ustanovitelj) zavodov v Republiki Sloveniji in so hkrati v tej družbi oziroma zavodu poslovodne osebe;«;
- 7. točka spremeni tako, da se glasi:
»7. osebe, ki se po predpisih, ki urejajo pokojninsko in invalidsko zavarovanje, zavarujejo kot kmetje;«;

- 8. točka črta;
- za 8. točko doda nova, 8.a točka, ki se glasi:
»8.a osebe, ki v Republiki Sloveniji izvajajo rejniško dejavnost kot poklic v skladu s predpisi, ki urejajo izvajanje rejniške dejavnosti;«;
- 9. točka se spremeni tako, da se glasi:
»9. brezposelne osebe, ki v skladu s predpisi, ki urejajo trg dela, prejemajo denarno nadomestilo za primer brezposelnosti;«;
- za 9. točko se doda nova, 9.a točka, ki se glasi:
»9.a osebe, ki prejemajo nadomestilo po drugem in tretjem odstavku 34. člena tega zakona«;
- za 10. točko se dodata novi 10.a in 10.b točka, ki se glasita:
»10.a osebe, ki prejemajo nadomestilo iz invalidskega zavarovanja po predpisih, ki urejajo obvezno pokojninsko in invalidsko zavarovanje, in so vključene v obvezno zdravstveno zavarovanje na podlagi prejemanja tega nadomestila;
10.b osebe s stalnim ali začasnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki prejemajo poklicno pokojnino v skladu s predpisi, ki urejajo pokojninsko in invalidsko zavarovanje;«;
- 12. točka črta;
- 13. točka črta;
- 14. točka spremeni tako, da se glasi:
»14. osebe, ki so dopolnile starost 18 let in niso državljani držav članic EU, EGP ali Švicarske konfederacije, ki se izobražujejo ali izpopolnjujejo v Republiki Sloveniji in je njihov status šolajočega razviden iz Centralne evidence udeležencev vzgoje in izobraževanja (v nadaljnjem besedilu: CEUVIZ) oziroma eVŠ evidence visokošolskih zavodov in študijskih programov, če niso zavarovani po eni izmed točk iz tega odstavka, 15.a člena tega zakona ali po 20. do 22. členu tega zakona;«;
- 20. točka spremeni tako, da se glasi:
»20. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, če ne izpolnjujejo pogojev za zavarovanje po eni izmed drugih točk iz tega odstavka;«;
- v 22. točki se črta besedilo »ter obvezno zdravljenje odvisnosti od alkohola in drog«;
- 23. točka spremeni tako, da se glasi:
»23. osebe, ki pridobijo pravico po zakonu, ki ureja starševsko varstvo, in sicer:
 - upravičenci do starševskega nadomestila, ki jim je prenehalo delovno razmerje v času trajanja starševskega dopusta,
 - upravičenci do nadomestil, ki nimajo pravice do starševskega dopusta ter niso obvezno zavarovani na drugi podlagi,
 - upravičenci do plačila prispevkov za socialno varnost zaradi dela s krajšim delovnim časom zaradi starševstva,
 - upravičenci do plačila prispevkov za socialno varnost v primeru zapustitve trga dela zaradi nege in varstva štirih ali več otrok,
 - upravičenci do delnega plačila za izgubljeni dohodek;«;
- 24. točka spremeni tako, da se glasi:
»24. otroci, ki niso zavarovani kot družinski člani:
 - do 18. leta starosti s stalnim ali začasnim prebivališčem v Republiki Sloveniji ali z veljavnim dovoljenjem za začasno ali stalno prebivanje v Republiki Sloveniji, če njihovi starši ne skrbijo zanje,

- ki v času pripora ali prestajanja kazni zapora matere skupaj z materjo bivajo v zavodu za prestajanje kazni zapora, četudi nimajo veljavnega dovoljenja za prebivanje v Republiki Sloveniji in jih ni mogoče vključiti v zdravstveno zavarovanje kot družinske člane;«;
- 25. točka spremeni tako, da se glasi:
»25. oskrbovalec družinskega člana v skladu s predpisi, ki urejajo dolgotrajno oskrbo;«.

- v 25. točki se pika nadomesti s podpičjem in za 25. točko doda nova 26. točka, ki se glasi:
»26. državljani držav članic EU, Evropskega gospodarskega prostora (v nadaljnjem besedilu: EGP) ali Švicarske konfederacije z začasnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, če niso v skladu s pravnim redom EU zavarovani v drugi državi članici EU, EGP ali Švicarski konfederaciji.«.

Četrty, peti in šesti odstavek se črtajo. Za dosedanjim šestim odstavkom se doda nov sedmi odstavek, ki se glasi:

»Osebe, zaposlene v mednarodnih organizacijah in mednarodnih institucijah, ki so zavarovane v shemi zdravstvenega zavarovanja te mednarodne organizacije oziroma mednarodne institucije, niso zavarovanci iz 20. točke prvega odstavka tega člena.«.

3. člen

V 15.a členu se prvi odstavek spremeni tako, da se glasi:

- »Po tem zakonu so obvezno zavarovane tudi osebe, ki
- čezmejno izvajajo storitev in se zanje v skladu s pravnim redom EU uporablja zakonodaja Republike Slovenije;
 - so v tujini zaposlene ali opravljajo samostojno dejavnost in se zanje na podlagi mednarodnih pogodb o zdravstvenem zavarovanju uporablja zakonodaja Republike Slovenije.«.

4. člen

V 16. členu se prvi odstavek spremeni tako, da se glasi:

»Za poškodbo pri delu in poklicno bolezen so zavarovane osebe iz 1., 3., 5., 6., 7., 8.a, 19., 19.a, 22. in 25. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona in 15.a člena tega zakona. Zavarovanci iz 22. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona so zavarovani za poškodbo pri delu in poklicno bolezen, če so dejansko vključeni v delo.«.

Drugi odstavek se črta.

5. člen

V 17. členu se napovedni del spremeni tako, da se glasi:

»Poleg oseb iz prejšnjega člena se za poškodbo pri delu in poklicno bolezen zavarujejo tudi naslednje zavarovane osebe:«

6. člen

V 18. členu se napovedni del spremeni tako, da se glasi:

»Poleg oseb iz 16. člena tega zakona se za poškodbo pri delu zavarujejo tudi naslednje zavarovane osebe:«

7. člen

Besedilo 20. člena se spremeni tako, da se glasi:

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

1. zakonec,
2. otroci.

Kot zakonec se šteje tudi:

- oseba, ki živi z zavarovancem v zunajzakonski skupnosti po zakonu, ki ureja zakonsko zvezo, zunajzakonsko skupnost in družinska razmerja (zunajzakonski partner),
- razvezani zakonec, ki mu je s sodno odločbo prisojena preživnina.

Kot otroci se štejejo:

- zavarovančevi otroci in otroci, ki so z odločbo pristojnega organa nameščeni v družino zavarovanca z namenom posvojitve;
- pastorki, 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.

Oseba se ne more vključiti v obvezno zdravstveno zavarovanje kot družinski član zavarovanca iz 14. ali 22. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona.

Družinski člani so zavarovani, če imajo stalno ali začasno prebivališče v Republiki Sloveniji, razen če ni s pravnim redom EU ali z mednarodno pogodbo določeno drugače.

8. člen

Besedilo 21. člena se spremeni tako, da se glasi:

»Zakonec je zavarovan kot družinski član, če ne izpolnjuje pogojev iz prvega odstavka 15. ali 15.a člena tega zakona z izjemo 20. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona.

Ne glede na prejšnji odstavek se osebe, ki je zaposlena v mednarodni organizaciji oziroma mednarodni instituciji in je zavarovan v shemi zdravstvenega zavarovanja te mednarodne organizacije oziroma mednarodne institucije, ne zavaruje kot družinskega člana.«.

9. člen

Besedilo 22. člena se spremeni tako, da se glasi:

»Otrok, ki ne izpolnjuje pogojev iz prvega odstavka 15. ali 15.a člena tega zakona z izjemo 14. in 20. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona, je zdravstveno zavarovan kot družinski član do dopolnjenega 18. leta starosti, po tej starosti pa, če se šola in je njegov status šolajočega razviden iz CEUVIZ oziroma eVŠ evidence visokošolskih zavodov in študijskih programov, in sicer do konca šolanja, vendar najdlje do konca šolskega oziroma študijskega leta, v katerem dopolni 26 let starosti.

Ne glede na prejšnji odstavek za zavarovanje otroka kot družinskega člana, ki je vključen v zavarovanje na podlagi mednarodne pogodbe ali pravnega reda EU, ne velja pogoj razvidnosti statusa šolajočega iz javnih evidenc iz prejšnjega odstavka.«.

10. člen

V 23. členu se v desetem odstavku za besedo »imenuje« doda beseda »generalni«.

11. člen

V 28. členu se prva alineja spremeni tako, da se glasi:

»- zavarovanci iz 1., 3., 4., 5. in 6. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,«.

12. člen

V 48. členu se v prvem odstavku 1. in 2. točka spremenita tako, da se glasita:

»1. prispevek iz 1. točke 46. člena tega zakona:

- zavarovanci iz prve, druge in tretje alineje 1. in 3. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona in njihovi delodajalci,
- zavarovanci iz 4., 5., 6. in 10.b točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
- zavarovanci in Zavod za zavarovance iz 9.a točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
- Republika Slovenija za zavarovance iz 8.a točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
- Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije za zavarovance iz četrte alineje 1. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona.

2. prispevek iz 2. točke 46. člena tega zakona:

- zavarovanci in Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje za zavarovance iz 9. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
- Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije za zavarovance iz 10. in 10.a točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
- Republika Slovenija za zavarovance iz 15., 16., 19., 19.a ter tretje in četrte alineje 23. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
- zavarovanci iz 20. in 26. točke prvega odstavka 15. člena in iz 1. točke prvega odstavka 20. člena tega zakona,
- Republika Slovenija za zavarovance iz 24. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
- zavarovanci in Republika Slovenija za zavarovance iz prve alineje 23. in 25. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
- zavarovanci iz druge in pete alineje 23. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona.«.

V 3. točki se v drugi alineji črta besedilo », 12., 13.«.

Za prvim odstavkom se doda nov, drugi odstavek, ki se glasi:

»Ne glede na določbe prve alineje 2. točke in prve alineje 3. točke 11. člena zakona, ki ureja prispevke za socialno varnost, tretjega odstavka 53. člena in druge alineje drugega odstavka 55. člena tega zakona se prispevek za zavarovance iz 11., 17., 18., 20., 21. in 26. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona plačuje v višini 5,96 odstotka minimalne mesečne bruto plače.«.

Dosedanji drugi do trinajsti odstavek postanejo tretji do štirinajsti odstavek.

V dosedanjem šestem odstavku, ki postane sedmi odstavek, se:

- v 1. točki v prvi alineji besedilo »1. podtočke a) prvega odstavka 20. člena« nadomesti z besedilom »1. točke prvega odstavka 20. člena tega zakona«, črta besedilo »drugega in tretjega odstavka 34. člena tega zakona« in črtata druga ter tretja alineja;
- v 2. točki črta druga alineja.

V dosedanjem devetem odstavku, ki postane deseti odstavek, se v prvem stavku besedilo »5., 6., 7. in 8.« nadomesti z besedilom »5., 6. in 7.«.

13. člen

V 49. členu se v prvem odstavku:

- 1. točka spremeni tako, da se glasi:
- »1. prispevek iz 1. točke 47. člena tega zakona:
- delodajalci za zavarovance iz 1. in 3. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
 - Republika Slovenija za zavarovance iz 8.a točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
 - zavarovanci iz 5. in 6. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
 - zavarovanci iz 7. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona, ki so pokojninsko in invalidsko zavarovani;«.

14. člen

V 50. členu se v prvem odstavku besedilo »1., 2. in 3. točke« nadomesti z besedilom »1., 3. in 8.a točke«.

Za prvim odstavkom se doda nov, drugi odstavek, ki se glasi:

»Ne glede na prvi odstavek se prispevki za zavarovance iz četrte alineje 1. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona plačujejo od bruto nadomestila.«.

Dosedanji drugi odstavek postane tretji odstavek.

15. člen

V 51. členu se v prvem odstavku besedilo »4., 6. in 8.« nadomesti z besedilom »4. in 6.«.

16. člen

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

»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 ter nadomestil iz invalidskega zavarovanja.«.

Za petim odstavkom se dodata nov, šesti in sedmi odstavek, ki se glasita:

»Prispevek za zavarovance iz 9.a in 10.a točke prvega odstavka 15. člena tega zakona se plačuje od nadomestil.

Prispevek za zavarovance iz 10.b točke prvega odstavka 15. člena tega zakona se plačuje od poklicne pokojnine.«.

17. člen

V 54. členu se drugi odstavek spremeni tako, da se glasi:

»Prispevek za zavarovance iz 1. točke prvega odstavka 20. člena tega zakona se plačuje od osnove v višini 25 odstotkov zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji, preračunane na mesec.«.

18. člen

V 55. členu se v drugem odstavku v prvi alineji črta besedilo »12., 13. in«.

Četrty odstavek se spremeni tako, da se glasi:

»Za zavarovance iz četrte alineje 1. točke, 10.a, 10.b, 19.a, druge, tretje, četrte, pete alineje 23., 24. in 25. točke prvega odstavka 15. člena in 1. točke prvega odstavka prvega odstavka 20. člena tega zakona se plačujejo prispevki po stopnji 5,96 odstotka. Za zavarovance iz 19.a in 25. točke prvega odstavka 25. člena tega zakona in 1. točke prvega odstavka 20. člena tega zakona se za poškodbo pri delu in poklicno bolezen plačuje tudi prispevek po stopnji 0,18 odstotka.«.

Za četrtyim odstavkom se dodata nova, peti in šesti odstavek, ki se glasita:

»Za zavarovance iz 8.a in 9.a točke in iz prve alineje 23. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona se plačuje prispevek zavarovanca po stopnji 6,36 odstotka in prispevek delodajalca oziroma Zavoda po stopnji 6,56 odstotka.

Za 8.a točko prvega odstavka 15. člena tega zakona se plačuje prispevek za poškodbe pri delu in poklicno bolezen v višini 0,53 odstotka.«.

19. člen

V 57. členu se v prvem odstavku črta besedilo »12., 13.,«.

20. člen

Za besedilom 66. člena, ki postane prvi odstavek, se dodajo novi drugi, tretji, četrty, peti in šesti odstavek, ki se glasijo:

»Zavod načrtuje izdatke obveznega zavarovanja ter določi in posodablja modele plačevanja, ki vključujejo tudi cenike zdravstvenih storitev. Pri tem upošteva stroškovne smernice, kazalnike kakovosti in razvoj znanosti ter mrežo javne zdravstvene službe, kot jo določa zakon, ki ureja zdravstveno dejavnost. Zavod določi cene na podlagi stroškovnih študij oziroma preveritve posameznih elementov cen, ki jih izvede najmanj vsake tri leta na podlagi podatkov, ki jih sporočajo izvajalci zdravstvene dejavnosti.

Stroškovne študije za specialistično bolnišnično dejavnost se izvedejo ločeno po obliki delovanja bolnišnice, kot jo določa zakon, ki ureja zdravstveno dejavnost, in po statusni obliki izvajalca zdravstvene dejavnosti.

Za ostale dejavnosti, razen dejavnosti iz prejšnjega odstavka, se stroškovne študije izvedejo na podlagi podatkov izvajalcev zdravstvene dejavnosti, ki izvajajo posamezno dejavnost, in sicer po vrsti dejavnosti, ki jo izvajalec zdravstvene dejavnosti izvaja, in po statusni obliki izvajalca zdravstvene dejavnosti.

Sporočanje podatkov iz prvega odstavka tega člena je pogodbeno obveznost izvajalcev zdravstvene dejavnosti.

Zavod v ta namen spremlja stroškovno učinkovitost izvajanja obveznega zavarovanja in v sodelovanju z izvajalci zdravstvene dejavnosti sprejme metodologijo stroškovne študije, pri

čemer upošteva tudi strokovne smernice zdravstvene dejavnosti, mednarodno primerljive podatke in izide zdravljenja. Metodologijo iz prejšnjega stavka potrди minister, pristojen za zdravje. O stroškovni učinkovitosti Zavod poroča v letnem poročilu.«.

21. člen

Besedilo 69. člena se spremeni tako, da se glasi:

»Zavod je edini nosilec obveznega zavarovanja in obveznega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo (v nadaljnjem besedilu: zavarovanje za dolgotrajno oskrbo) v Republiki Sloveniji, ki se izvajata kot javna služba. Zavod vodi ločena računa za izvajanje obveznega zavarovanja in zavarovanja za dolgotrajno oskrbo.

Zavod ima status javnega zavoda in je pravno, organizacijsko in finančno avtonomen.

Zavod ne more prenehati zaradi stečaja.

Sedež Zavoda je v Ljubljani.

Zavod je organiziran tako, da zagotavlja učinkovito upravljanje s sredstvi obveznega zavarovanja in zavarovanja za dolgotrajno oskrbo, in da so njegove storitve dostopne vsem zavarovanim osebam po zdravstvenih regijah kot jih določa zakon, ki ureja zdravstveno dejavnost, in statističnih regijah kot jih določa zakon, ki ureja dolgotrajno oskrbo.

Zavod oblikuje organizacijske enote za posamezna področja njegove dejavnosti in za posamezne zdravstvene regije, kot jih določa zakon, ki ureja zdravstveno dejavnost.

Zavod v okviru obveznega zavarovanja opravlja zlasti naslednje naloge:

1. sprejema splošne in druge akte za izvrševanje obveznega zavarovanja,
2. zagotavlja denarne dajatve in dajatve v naravi ter odloča o pravicah iz obveznega zavarovanja,
3. ureja status obvezno zavarovanih oseb, ki jim nudi strokovno pomoč v razmerju do izvajalcev zdravstvene dejavnosti in dobaviteljev, ter ureja postopke uveljavljanja in varstva pravic obvezno zavarovanih oseb,
4. upravlja s sredstvi obveznega zavarovanja in v ta namen sklepa pogodbe z izvajalci zdravstvene dejavnosti ter drugimi osebami,
5. načrtuje izdatke obveznega zavarovanja, upošteva trende zdravstvenega stanja prebivalstva, razvoj tehnologije in spremembe v načinih zdravljenja in pripravlja stroškovne študije,
6. določa sezname zdravstvenih storitev, zagotovljenih v okviru obveznega zavarovanja, upošteva trende zdravstvenega stanja prebivalstva, razvoj tehnologije in spremembe v načinih zdravljenja, o čemer letno poroča v letnem poročilu in poročilu Državnemu zboru Republike Slovenije,
7. določa cenike in obračunske modele,
8. upravlja zbirke podatkov obveznega zavarovanja in na zahtevo pripravlja ter posreduje podatke Nacionalnemu inštitutu za javno zdravje, ministrstvu, pristojnemu za zdravje, Vladi Republike Slovenije in Državnemu zboru Republike Slovenije, kadar so ti potrebni za načrtovanje zdravstvene politike in spremljanje zdravstvenega stanja,
9. predlaga spremembe v sistemu obveznega zavarovanja in sodeluje pri pripravi predloga mreže javne zdravstvene službe, kot jo določa zakon, ki ureja zdravstveno dejavnost,
10. sodeluje s pristojnimi nosilci obveznih zavarovanj v tujini,
11. opravlja nadzor v skladu s tem zakonom in zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnost,
12. zagotavlja dostopnost pravic v skladu s tem zakonom,
13. seznanja zavarovane osebe z njihovimi pravicami in obveznostmi,
14. opravlja druge z zakonom in statutom Zavoda določene naloge, potrebne za izvajanje obveznega zavarovanja, in druga z zakonom določena javna pooblastila.

Naloge Zavoda na področju dolgotrajne oskrbe in zavarovanja za dolgotrajno oskrbo, ki niso urejene s tem zakonom, ureja zakon, ki ureja dolgotrajno oskrbo.

Nadzor nad delovanjem in poslovanjem Zavoda izvaja Računsko sodišče Republike Slovenije.«.

22. člen

Za 69. členom se doda nov, 69.a člen, ki se glasi:

»69.a člen

Zavod je lastnik stvarnega in finančnega premoženja, pridobljenega iz javnih in drugih virov, ki obsega nepremičnine, premičnine ter denarna sredstva, terjatve, dolžniške vrednostne papirje ter delnice in deleže na kapitalu pravnih oseb in druge naložbe v pravne osebe.

Zavod izvaja obvezno zavarovanje s sredstvi, ki jih zagotavljajo zavezanci s plačilom prispevkov za socialno varnost, druge osebe s plačili odškodninskih zahtevkov, s povračilom stroškov pristojnih nosilcev obveznih zavarovanj v tujini, s plačilom dela, ki ga opravi za druge osebe, proračuna Republike Slovenije in drugi viri.

Zavod s premoženjem ravna samostojno.

Zavod za svoje obveznosti iz naslova izvajanja dejavnosti prodaje blaga in storitev na trgu odgovarja s presežki prihodkov nad odhodki iz te dejavnosti in premoženjem, ki ni namenjeno izvajanju obveznega zavarovanja ali zavarovanja za dolgotrajno oskrbo.

Denarna sredstva, ki jih Zavod pridobi z ravnanjem s stvarnim premoženjem, se uporabijo za investicije, vzdrževanje in osnovna sredstva Zavoda.«.

23. člen

Besedilo 70. člena se spremeni tako, da se glasi:

»Zavod upravlja skupščina.

Skupščina ima naslednje pristojnosti:

1. v soglasju z Vlado Republike Slovenije sprejema statut Zavoda, ki podrobneje določa imenovanje članov in predsednika skupščine, Upravnega odbora ter generalnega direktorja Zavoda, pristojnosti organov Zavoda, organizacijo služb Zavoda ter druga vprašanja, pomembna za opravljanje dejavnosti in poslovanje Zavoda,
2. sprejema poslovnik, ki podrobneje določa način delovanja skupščine,
3. sprejema druge s tem zakonom in zakonom, ki ureja dolgotrajno oskrbo ter s statutom Zavoda določene splošne akte za izvrševanje obveznega zavarovanja in zavarovanja za dolgotrajno oskrbo,
4. sprejema strateški razvojni program Zavoda za obdobje petih let in daje mnenja k aktom ter ukrepom na področju zdravstvenega varstva in dolgotrajne oskrbe,
5. sprejema finančni načrt Zavoda in ga posreduje v soglasje Vladi Republike Slovenije,
6. sprejema podrobnejši seznam zdravstvenih storitev in ga posreduje v soglasje Vladi Republike Slovenije,
7. sprejema obračunske modele in cene zdravstvenih storitev in storitev dolgotrajne oskrbe,
8. sprejema letno poročilo Zavoda in ga posreduje v soglasje Vladi Republike Slovenije,
9. potrjuje program ukrepov za sanacijo primanjkljaja prihodkov nad odhodki Zavoda,

10. sprejema akt o načinu uporabe sredstev, odpisu, prodaji in odtujitvi premičnega premoženja;
11. daje mnenje k strateškim dokumentom in predlogom predpisov s področja zdravstvenega varstva, zdravstvenega zavarovanja in dolgotrajne oskrbe,
12. imenuje in razrešuje generalnega direktorja Zavoda in nadzira njegovo delo,
13. sklepa kolektivno pogodbo Zavoda z njegovimi reprezentativnimi sindikati,
14. voli predsednika in namestnika predsednika skupščine ter imenuje in razrešuje člane, predsednika in namestnika predsednika upravnega odbora;
15. odloča o ustanovitvi in ukinitvi območnih svetov in spremembi njihovih območij in obravnava mnenja in stališča območnih svetov;
16. opravlja druge z zakonom in s statutom Zavoda določene naloge.

Skupščina veljavno odloča z večino glasov vseh članov.

Če skupščina trikrat zaporedoma ne sprejme predlogov dokumentov iz 5., 6. oziroma 8. točke iz drugega odstavka tega člena, ki jih pripravi generalni direktor Zavoda, jih skupščina lahko pripravi sama.«.

24. člen

Besedilo 72. člena se spremeni tako, da se glasi:

»Za člana skupščine je lahko imenovan, kdor izpolnjuje naslednje pogoje:

1. je polnoletna oseba s stalnim ali začasnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki ji ni bila odvzeta ali omejena poslovna sposobnost,
2. ima status zavarovane osebe v skladu s tem zakonom,
3. ima znanje slovenskega jezika, ki dosega jezikovno raven vsaj stopnje C1 po lestvici Skupnega evropskega jezikovnega okvira, kar dokazuje z dokazilom o zaključeni najmanj srednji šoli v slovenskem jeziku v Republiki Sloveniji oziroma z dokazilom javne visokošolske izobraževalne ustanove v Republiki Sloveniji ali tujini, ki poučuje in izvaja izpit iz slovenskega jezika kot drugi oziroma tuj jezik, o uspešno opravljenem preizkusu znanja slovenskega jezika,
4. ni pravnomočno obsojen zaradi kaznivega dejanja, ki se preganja po uradni dolžnosti, ali zoper njega ni vložena pravnomočna obtožnica za kaznivo dejanje, ki se preganja po uradni dolžnosti,
5. ga odlikuje osebna integriteta in poslovna etičnost ter Komisija za preprečevanje korupcije zanj s pravnomočnim aktom ni ugotovila kršitev integritete, kot jo opredeljuje zakon, ki ureja integriteto in preprečevanje korupcije,
6. pri njem niso podane okoliščine, ki vplivajo ali ustvarjajo videz, da vplivajo na nepristransko in objektivno opravljanje njegovih nalog,
7. nima neporavnanih obveznosti do Zavoda,
8. ni generalni direktor Zavoda ali njegov namestnik, poslovodna oseba, član organa upravljanja druge pravne osebe ali samostojni podjetnik na področju zdravstva ali dolgotrajne oskrbe in ni v osebnem stečajju.

Šteje se, da je nasprotje interesov vselej podano, če ima oseba ali njegov sorodnik v ravni vrsti ali stranski vrsti vključno z drugim kolenom poslovno razmerje z Zavodom neposredno ali posredno prek poslovnih subjektov, v katerih je družbenik, poslovodna oseba, ali je v njih zaposlen oziroma zanje opravlja delo na podlagi pogodb civilnega prava. Za poslovno razmerje se šteje vsak pravni posel razen poslov, v katerih so člani skupščine ter njihovi ožji družinski člani in z njimi povezane pravne osebe uporabniki običajnih produktov in storitev pogodbenih partnerjev Zavoda. Oseba pred imenovanjem podpiše izjavo o odsotnosti nasprotja interesov po tem odstavku. Če se naknadno pokaže, da je ob imenovanju obstajalo nasprotje interesov, ali do tega pride v času opravljanja funkcije v skupščini, je to lahko razlog za predčasno razrešitev člana skupščine.

Mandat članov skupščine traja štiri leta in začne teči z ustanovno sejo skupščine. Člani skupščine so lahko večkrat imenovani, a le dvakrat zaporedoma.

Mandat članu skupščine predčasno preneha v primeru:

1. njegove smrti,
2. izgube statusa obvezno zavarovane osebe,
3. izgube statusa, na podlagi katerega je predstavnik skupščine,
4. pisne odpovedi,
5. nenavzočnosti na treh zaporednih sejah skupščine,
6. neizpolnjevanja pogojev iz prvega odstavka tega člena.

Če članu skupščine mandat predčasno preneha, se v skladu z 71. členom tega zakona imenuje novega člana, in sicer za obdobje do izteka mandatnega obdobja, za katerega je bil imenovan član, ki mu je mandat predčasno prenehal.«.

25. člen

V 73. členu se tretji odstavek spremeni tako, da se glasi:

»Upravni odbor ima naslednje pristojnosti:

1. obravnava predlog finančnega načrta, letnega poročila in pravil obveznega zavarovanja, ki določajo način izvrševanja pravic in obveznosti iz obveznega zavarovanja in jih posreduje v sprejem skupščini;
2. sprejema začasne ukrepe za sanacijo presežkov odhodkov nad prihodki;
3. obravnava in sprejema poročila o poslovanju med letom in o tem četrtletno poročila skupščini;
4. sprejme sklep o razpisu za sklepanje pogodb za opravljanje programa zdravstvenih storitev in izbere izvajalce zdravstvenih storitev;
5. potrjuje poročilo o popisu in odloča o odpisu neplačanih in zastaranih terjatev in obveznosti ter o odpisu sredstev zavoda;
6. objavlja razpis za generalnega direktorja in skupščini predlaga kandidata;
7. sklepa pogodbo o zaposlitvi z generalnim direktorjem;
8. imenuje imenovane zdravnike in člane zdravstvene komisije;
9. imenuje komisije in delovne skupine za opravljanje določenih nalog s svojega delovnega področja in jim določa delovno področje;
10. imenuje predstavnike zavoda v svete zdravstvenih zavodov in predlaga Vladi Republike Slovenije v imenovanje predstavnike zavarovancev v organe upravljanja zdravstvenih zavodov, katerih ustanovitelj je Vlada Republike Slovenije;
11. opravlja druge z zakonom ali s statutom Zavoda določene naloge.«.

26. člen

Besedilo 74. člena se spremeni tako, da se glasi:

»Poslovodni organ Zavoda je generalni direktor.

Generalni direktor zastopa Zavod v pravnem prometu. Svoja pooblastila lahko prenese na namestnika v skladu z določbami statuta Zavoda.

Generalni direktor ima zlasti naslednje pristojnosti:

1. načrtuje, organizira in vodi delo ter poslovanje Zavoda in je odgovoren za strokovnost, zakonitost in poslovno učinkovitost dela Zavoda,
2. skupščini predlaga v sprejetje letno poročilo in finančni načrt Zavoda,
3. skupščini predlaga v sprejetje strateški razvojni program Zavoda za obdobje petih let,

4. na podlagi strokovnih analiz skupščini predlaga v sprejetje obračunske modele in cene zdravstvenih storitev in storitev dolgotrajne oskrbe,
5. sprejema program ukrepov za sanacijo primanjkljaja prihodkov nad odhodki Zavoda,
6. skupščini predlaga v sprejetje podrobnejši seznam zdravstvenih storitev,
7. sklepa pogodbe z izvajalci, dobavitelji in proizvajalci v zvezi s storitvami, zdravili, živili in medicinskimi pripomočki ter dogovore o financiranju,
8. odredi nadzor nad izvajanjem storitev in zagotavljanjem zdravil, živil in medicinskih pripomočkov,
9. uresničuje strateški razvojni program, finančni načrt, program dela in nacionalne ter druge strategije Zavoda,
10. skupščini predlaga v sprejetje obračunske modele in cene zdravstvenih storitev in storitev dolgotrajne oskrbe,
11. izvršuje sklepe skupščine in Upravnega odbora,
12. opravlja druge z zakonom ali s statutom Zavoda določene naloge.

Generalni direktor se pri opravljanju svojega dela izogiba nasprotju interesov. Vsako morebitno nasprotje interesov prijavi predsedniku skupščine. Predsednik skupščine zadevo predloži v obravnavo skupščini, ki v primeru izločitve generalnega direktorja odloči o posamezni zadevi.

Generalni direktor svoje delo opravlja etično in s skrbnostjo dobrega strokovnjaka. Za svoje delo je materialno in kazensko odgovoren.

Generalni direktor o svojem delu kvartalno poroča skupščini, ki je pristojna za nadzor nad njegovim delom.

Ne glede na prejšnji odstavek generalni direktor poroča skupščini o posamezni zadevi tudi na njen poziv, in sicer v 15 dneh od prejema poziva.«.

27. člen

Za 74. členom se doda nov, 74.a člen, ki se glasi:

»74.a člen

Za generalnega direktorja je lahko imenovan, kdor izpolnjuje naslednje pogoje:

1. je polnoletna oseba s stalnim ali začasnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki ji ni bila odvzeta ali omejena poslovna sposobnost,
2. ima status obvezno zavarovane osebe v skladu s tem zakonom,
3. ima znanje slovenskega jezika, ki dosega jezikovno raven vsaj stopnje C1 po lestvici Skupnega evropskega jezikovnega okvira, kar dokazuje z dokazilom o zaključeni najmanj srednji šoli v slovenskem jeziku v Republiki Sloveniji oziroma z dokazilom javne visokošolske izobraževalne ustanove v Republiki Sloveniji ali tujini, ki poučuje in izvaja izpit iz slovenskega jezika kot drugi oziroma tuj jezik, o uspešno opravljenem preizkusu znanja slovenskega jezika,
4. ima znanje najmanj enega tujega jezika, ki dosega jezikovno raven vsaj stopnje B2 po lestvici Skupnega evropskega jezikovnega okvira, kar dokazuje z dokazilom o zaključeni najmanj srednji šoli v tujem jeziku ali dokazilom ustrezne institucije, ki poučuje in izvaja izpit iz tujega jezika (npr. opravljena matura iz tega predmeta),
5. ima najmanj izobrazbo, pridobljeno po študijskih programih za pridobitev izobrazbe druge bolonjske stopnje, ali raven izobrazbe, pridobljene po študijskih programih, ki v skladu z zakonom ustreza izobrazbi druge bolonjske stopnje,
6. ima najmanj 10 let delovnih izkušenj s področja zdravstva, dolgotrajne oskrbe, ekonomije, upravljanja ali prava, od tega najmanj pet let izkušenj na vodilnem delovnem mestu,

7. ni pravnomočno obsojen zaradi kaznivega dejanja, ki se preganja po uradni dolžnosti, ali zoper njega ni vložena pravnomočna obtožnica za kaznivo dejanje, ki se preganja po uradni dolžnosti,
8. odlikuje ga osebna integriteta in poslovna etičnost ter Komisija za preprečevanje korupcije zanj s pravnomočnim aktom ni ugotovila kršitev integritete, kot jo opredeljuje zakon, ki ureja integriteto in preprečevanje korupcije,
9. pri njem niso podane okoliščine, ki vplivajo ali ustvarjajo videz, da vplivajo na nepristransko in objektivno opravljanje njegovih nalog,
10. nima neporavnanih obveznosti do Zavoda,
11. ni član sveta zdravstvenega zavoda,
12. ni poslovodna oseba, član organa upravljanja druge pravne osebe ali samostojni podjetnik na področju zdravstva in
13. ni v osebnem stečajju.

Za generalnega direktorja ne more biti imenovana oseba, pri kateri obstaja nasprotje interesov, kot ga opredeljuje zakon, ki ureja integriteto in preprečevanje korupcije. Šteje se, da je nasprotje interesov vselej podano, če ima oseba ali njegov sorodnik v ravni vrsti ali stranski vrsti vključno z drugim kolenom poslovno razmerje z Zavodom neposredno ali posredno prek poslovnih subjektov, v katerih je družbenik, poslovodna oseba, ali je v njih zaposlen oziroma zanje opravlja delo na podlagi pogodb civilnega prava. Za poslovno razmerje se šteje vsak pravni posel razen poslov, v katerih je generalni direktor ter njihovi ožji družinski člani in z njimi povezane pravne osebe uporabniki običajnih produktov in storitev pogodbenih partnerjev Zavoda. Oseba pred imenovanjem podpiše izjavo o odsotnosti nasprotja interesov po tem odstavku. Če se naknadno pokaže, da je ob imenovanju obstajalo nasprotje interesov, ali do tega pride v času dela na funkciji generalnega direktorja Zavoda, je to lahko razlog za predčasno razrešitev generalnega direktorja Zavoda.

V postopku kandidiranja na javnem razpisu kandidat za generalnega direktorja predloži program dela in vizijo razvoja Zavoda za naslednje mandatno obdobje.

Generalnega direktorja na podlagi javnega razpisa imenuje skupščina za obdobje petih let in je po poteku te dobe lahko enkrat ponovno imenovan. K imenovanju generalnega direktorja daje soglasje Državni zbor Republike Slovenije. Če Državni zbor Republike Slovenije zavrne soglasje k imenovanju generalnega direktorja, skupščina v 15 dneh od zavrnitve soglasja objavi nov javni razpis.

Generalni direktor nastopi mandat najpozneje v 60 dneh od soglasja Državnega zbora Republike Slovenije, vendar ne pred potekom mandata predhodnega generalnega direktorja.

Mandat generalnemu direktorju predčasno preneha v primeru:

1. njegove smrti,
2. pisne odpovedi,
3. ugotovljenih bistvenih kršitev v postopku imenovanja,
4. če huje krši pogodbene ali druge obveznosti, na primer ni izvrševal sklepov skupščine ali je z nevestnim ali nepravilnim delom povzročil večjo škodo Zavodu ali če je zanemarjal ali malomarno opravljal svoje dolžnosti, tako da so nastale ali bi lahko nastale motnje pri opravljanju dejavnosti Zavoda,
5. neizpolnjevanja drugih z zakonom določenih pogojev.

Če generalnemu direktorju mandat preneha, za čas do imenovanja novega generalnega direktorja skupščina imenuje vršilca dolžnosti, vendar najdlje za eno leto.

Vršilec dolžnosti generalnega direktorja je lahko oseba, ki izpolnjuje pogoje iz prvega odstavka tega člena.«.

28. člen

Besedilo 77. člena se spremeni tako, da se glasi:

»Za namen učinkovite porabe sredstev obveznega zavarovanja in zagotavljanja storitev Zavod izvaja redni in izredni nadzor pri pogodbenih partnerjih Zavoda, in sicer:

1. zavarovalniški nadzor nad izpolnjevanjem pogodbenih obveznosti, drugih dogovorov, splošnih aktov Zavoda ter druge predpise, ki urejajo obvezno zavarovanje in pravila obračuna zdravstvenih storitev,
2. zavarovalniško medicinski nadzor nad smotnostjo in skladnostjo izvedenih in obračunanih storitev, vključno z izdajanjem potrdil o začasni zadržanosti od dela, glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe in slovenske oziroma v Sloveniji potrjene mednarodne klinične smernice, katerih seznam je objavljen v javni evidenci kliničnih smernic,
3. zavarovalniško medicinski nadzor nad primernostjo napotovanja med istimi ali različnimi ravnmi zdravstvene dejavnosti, glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe in slovenske oziroma v Sloveniji potrjene mednarodne klinične smernice, katerih seznam je objavljen v javni evidenci kliničnih smernic,
4. nadzor nad predpisovanjem, izdajanjem in zaračunavanjem zdravil, živil za posebne zdravstvene potrebe oziroma medicinskih pripomočkov.

Zavarovalniški nadzor izvajajo osebe z ustreznimi znanji s področja obveznega zavarovanja in vključuje obdelavo pretežno nezdravstvenega dela dokumentacije.

Zavarovalniško medicinski nadzor izvajajo zdravstveni delavci z ustreznimi znanji s področja medicinskega izvedenstva in zavarovalniške medicine. Zavod za potrebe nadzora nad skladnostjo obravnave s slovenskimi oziroma v Sloveniji potrjenimi mednarodnimi kliničnimi smernicami sklene pogodbo tudi s strokovnjaki zdravstvene dejavnosti, znotraj katere se izvaja nadzor. Za potrebe zavarovalniško medicinskega nadzora lahko nadzorniki dostopajo do podatkov v Centralnem registru podatkov o pacientu.

Zavarovalniško medicinski nadzor lahko ob pregledu zdravstvene dokumentacije obsega tudi pogovor z zavarovano osebo ali njen zdravniški pregled, če ta s pregledom soglaša.

Če za posamezno področje klinične smernice niso določene, se upošteva stališče razširjenega strokovnega kolegija za določeno področje, vključno s smernicami za napotovanje na specialistično obravnavo.

Za potrebe nadzorov, to je izvedbo anketiranja o opravljenih zdravstvenih storitvah ali vabljenja zavarovanih oseb na razgovor ali pregled, Zavod lahko uporablja zbirko podatkov o zavarovanih osebah.

Izredni nadzor se izvede, če obstaja sum, da pogodbeni partner krši določila pogodbe, druge dogovore, splošne akte Zavoda ali druge predpise, ki urejajo obvezno zavarovanje, in v vseh drugih primerih, ko bi lahko prišlo do neupravičene porabe sredstev obveznega zavarovanja.

Zavod lahko v primeru kršitev izreče pogodbeno kazen, ki je določena v pogodbi izvajalca z Zavodom, v višini od 10 do 100 odstotkov ugotovljene vrednosti oškodovanja, pri čemer upošteva težo in pogostost kršitve.

Podrobnejši postopek in način izvajanja nadzora sprejme Zavod, h kateremu podata soglasje minister, pristojen za zdravje in minister, pristojen za dolgotrajno oskrbo.«.

29. člen

Besedilo 77.a člena se spremeni tako, da se glasi:

»Za namen učinkovite porabe sredstev obveznega zavarovanja in zagotavljanja denarnih dajatev Zavod izvaja nadzor nad:

1. uresničevanjem pravic in obveznosti delodajalcev in drugih zavezancev za prijavo v obvezno zavarovanje, zlasti glede prijave in odjave zavarovanih oseb v zavarovanje,

2. uresničevanjem pravic in obveznosti zavarovanih oseb v obveznem zdravstvenem zavarovanju, zlasti glede ravnanja med začasno zadržanostjo od dela zaradi bolezni ali poškodbe v času, ko denarno nadomestilo izplačuje Zavod,
3. plačilom vnaprejšnje pavšalne odškodnine pri zavarovalnicah, ki zavarujejo avtomobilsko odgovornost.

Zavod lahko izvaja nadzor, ali se zavarovanec ravna po navodilih o ravnanju med začasno zadržanostjo od dela, ko ima zavarovanec pravico do denarnega nadomestila (v nadaljnjem besedilu: laični nadzor).

Nadzor nad ravnanji zavarovane osebe med začasno zadržanostjo od dela odredi imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija Zavoda na lastno pobudo ali na predlog organov Zavoda, izbranega osebnega zdravnika ali delodajalca obvezno zavarovane osebe. Če se laični nadzor izvede na predlog delodajalca, lahko Zavod delodajalcu zaračuna stroške izvedbe laičnega nadzora, ki ga izvede laični nadzornik, skladno s cenikom, ki ga sprejme generalni direktor Zavoda.

Laični nadzornik se pri opravljanju laičnega nadzora izkaže s službeno izkaznico, ki jo izda Zavod.

Laični nadzornik ima pravico do vpogleda v navodila zdravnika o ravnanju zavarovane osebe med začasno zadržanostjo od dela, nima pa pravice do vpogleda v zdravstveno dokumentacijo.

Ne glede na določbe zakona, ki ureja varstvo osebnih podatkov, se zavarovana oseba, pri kateri se opravlja laični nadzor, na zahtevo laičnega nadzornika identificira z osebnim dokumentom.

Če laični nadzornik ugotovi kršitev navodil zdravnika o ravnanju zavarovane osebe med začasno zadržanostjo od dela, imenovani zdravnik odloči, ali so še podani razlogi za začasno zadržanost od dela. Zavod od obvezno zavarovane osebe lahko zahteva povračilo že prejetega denarnega nadomestila od dneva ugotovljene kršitve.

Zavod o obsegu, vsebini in ugotovitvah izvedenih nadzorov poroča v letnem poročilu Zavoda.

Izvajalci storitev, dobavitelji medicinskih pripomočkov, delodajalci in druge osebe, nad katerimi Zavod opravlja nadzor v skladu s tem zakonom, za izvajanje nadzora Zavodu posredujejo vse potrebne podatke in so dolžni omogočiti izvajanje nadzora.

Podrobnejši način izvajanja nadzora po tem členu sprejme Zavod.«.

30. člen

Pred 77.b členom se doda nov, a77.b člen, ki se glasi:

»a77.b člen

Izvajalci zdravstvene dejavnosti kot pogodbeni partnerji Zavoda najmanj:

1. strokovno, kakovostno, gospodarno in učinkovito zagotavljajo zdravstvene storitve, ki temeljijo na nacionalnih ali na nacionalno potrjenih mednarodnih kliničnih smernicah, in omogočiti zavarovanim osebam uveljavljanje pravic v skladu s tem zakonom ter zakonom, ki ureja pacientove pravice;
2. v okviru pogodbenih obveznosti izvajajo vse zdravstvene storitve in zagotavljajo ustrezno nadomeščanje odsotnih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev;
3. izvajajo zdravstvene storitve v pogodbeno dogovorjenem ordinacijskem času;
4. vzpostavijo in izvajajo e-poslovanje z Zavodom;
5. zbirajo in posredujejo podatke v enotni zdravstveno-informacijski sistem, ki je organiziran na nacionalni ravni, v skladu s predpisi, ki določajo zbiranje in izmenjavo zdravstvenih podatkov ter splošnimi akti in metodološkimi navodili Zavoda;
6. redno sporočajo popolne podatke o izvedenih zdravstvenih storitvah;

7. vzpostavijo in vodijo evidence o prihodkih in odhodkih na račun obveznega zavarovanja ter skladno z navodili Zavoda posredujejo podatke o odhodkih glede na njihovo vrsto, glede na vrsto zdravstvenih storitev in glede na obvezno zavarovane osebe za potrebe izračuna cen zdravstvenih storitev, v skladu z metodologijo iz četrtega odstavka 66. člena tega zakona, pri čemer Zavod nadzira ustreznost sodil za razmejevanje stroškov;
8. se redno izpopolnjujejo s področja obveznega zavarovanja in zdravstvenega varstva, vključno s pravico do zdravljenja v tujini;
9. izpolnjujejo druge obveznosti, ki izhajajo iz programa storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja iz 63. člena tega zakona.«.

31. člen

V 78.a členu se v prvem odstavku v prvem stavku črta besedilo »8.,« in »12., 13.,«.

V drugem odstavku se besedilo »podtočke točke a) ter 1. in 2. podtočke točke b)« nadomesti z besedo »točke«.

32. člen

V 81. členu v drugem odstavku se peta alineja spremeni tako, da se glasi:
»- odloča o začasni zadržanosti od dela v primeru kršitev iz 35. člena tega zakona;«.

33. člen

Za 88. členom se doda nov 88.a člen, ki se glasi:

»88.a člen

Zavod ima pravico od zavarovane osebe ali zavarovalnice, pri kateri ima zavarovana oseba sklenjeno zavarovanje za primer poškodbe izven dela, zahtevati povrnitev stroškov opravljenih zdravstvenih storitev, ki so nastali:

- zaradi izvajanja prostočasne aktivnosti s povečanim tveganjem za zdravje in varnost zavarovane osebe, kot jo določa zakon, ki ureja varnost prostočasnih storitev,
- ker je zavarovana oseba povzročila ogroženost, zaradi katere so nastali stroški nujnega ukrepanja, oziroma povzročila nesrečo, kot to določa zakon, ki ureja varnost pred naravnimi in drugimi nesrečami.«.

34. člen

V Zakonu o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov (Uradni list RS, št. 16/07 – uradno prečiščeno besedilo, 87/11, 96/12 – ZPIZ-2, 98/14 in 18/21) se v 74. členu v devetem odstavku za besedo »Slovenije« doda besedilo »in Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije«.

PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

35. člen

Minister, pristojen za zdravje, sprejme načrt v skladu s šestim odstavkom spremenjenega 7. člena zakona najpozneje v dvanajstih mesecih od uveljavitve tega zakona.

Minister, pristojen za zdravje, določi podrobnejši postopek strokovnega vrednotenja, način izbire projektov in drugih aktivnosti ter način financiranja v skladu s sedmim odstavkom spremenjenega 7. člena zakona najpozneje v šestih mesecih od uveljavitve tega zakona.

36. člen

Zavod uskladi statut z določbami tega zakona najpozneje v treh mesecih od uveljavitve tega zakona. Do sprejetja statuta Zavoda iz prejšnjega stavka se uporablja statut Zavoda, če ni v nasprotju s tem zakonom.

Zavod uskladi Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 79/94, 73/95, 39/96, 70/96, 47/97, 3/98, 3/98, 51/98 – odl. US, 73/98 – odl. US, 90/98, 6/99 – popr., 109/99 – odl. US, 64/00 – popr., 91/00 – popr., 61/00, 59/02, 35/03 – popr., 18/03, 30/03, 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 – popr., 64/07, 33/08, 7/09, 88/09, 30/11, 49/12, 106/12, 99/13 – ZSVarPre-C, 25/14 – odl. US, 25/14, 85/14, 10/17 – ZČmIS, 64/18, 4/20, 42/21 – odl. US, 61/21, 159/21 – ZZVZZ-P, 183/21, 196/21 – ZDOsk, 142/22 – odl. US, 163/22, 124/23 in 82/24) z določbami tega zakona v treh mesecih od uveljavitve tega zakona.

Zavod določi podrobnejši postopek nadzora iz spremenjenega 77. in 77.a člena zakona v enem mesecu od uveljavitve tega zakona.

Zavod sprejme cenik laičnega nadzora iz spremenjenega 77.a člena najpozneje v enem mesecu od določitve podrobnejšega postopka nadzora spremenjenega 77.a člena zakona iz prejšnjega odstavka tega člena.

37. člen

Dosedanji člani skupščine Zavoda ne glede na izpolnjevanje pogojev iz spremenjenega 72. člena tega zakona opravljajo svojo funkcijo do izteka svojega mandata.

Direktor z dnem uveljavitve tega zakona nadaljuje svoje delo kot generalni direktor Zavoda do izteka svojega mandata.

38. člen

Plačilo pavšalnega mesečnega prispevka iz nove enaindvajsete alineje prvega odstavka 7. člena zakona se prvič izvede v letu 2026 za leto 2025.

Zavarovanci, ki so na dan uveljavitve tega zakona zavarovani na podlagi 2., 7., 8., 12., 13., in 14. točke prvega odstavka 15. člena ZZVZZ in po njih zavarovani družinski člani ter osebe, ki so zavarovane v skladu s 3. podtočko b) prvega odstavka 20. člena ZZVZZ ohranijo lastnost zavarovane osebe do prenehanja izpolnjevanja pogojev za obvezno zdravstveno zavarovanje.

39. člen

Z dnem začetka uporabe tega zakona preneha veljati 87. člen Zakona o dolgotrajni oskrbi (Uradni list RS, št. 84/23 in 112/24).

40. člen

Prva alineja novega 88.a člena tega zakona se začne uporabljati z uveljavitvijo zakona, ki ureja varnost prostočasnih storitev.

41. člen

Ta zakon začne veljati petnajsti dan po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije, razen 1. in 33. člena tega zakona, ki začneta veljati 1. januarja 2026.

III. OBRAZLOŽITEV

K 1. členu

Namen predlaganih sprememb je zagotoviti, da so ključne funkcije in storitve zdravstvenega sistema ustrezno in sistemsko pokrite s proračunskimi sredstvi, zlasti v času kriznih situacij in izrednih okoliščin. Vključitev novih nalog omogoča, da se v financiranju jasno opredeli tudi delovanje sistemov in organizacij, ki so nujni za zagotavljanje neprekinjene oskrbe in odzivanja v primerih naravnih nesreč, drugih kriz ter nenadnih gospodarskih pretresov. V skladu s trenutno ureditvijo se sredstva za financiranje povečanih stroškov Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: ZZZS) iz proračuna zagotavljajo na podlagi vsakokratnega Zakona o izvrševanju proračunov Republike Slovenije. Takšna rešitev ni sistemska, zato se s predlaganimi dopolnitvami 7. člena zakona financiranje stroškov ZZZS ureja na sistemski ravni.

Z dopolnitvami, ki se nanašajo na naloge Zavoda Republike Slovenije za transfuzijsko medicino (v nadaljnjem besedilu: ZTM), se zagotavlja, da so specifične storitve, povezane s preskrbo s krvjo, jasno ločene od ostalih zdravstvenih storitev, ki se financirajo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ta sprememba omogoča, da se sredstva namenjena transfuzijski medicini dodelijo neposredno za naloge, opredeljene z zakonom, ki ureja področje preskrbe s krvjo. Zakon o preskrbi s krvjo (Uradni list RS, št. 104/06; v nadaljnjem besedilu: ZPKrv-1) v 10. členu ureja naloge, ki jih ima ZTM:

- je transfuzijski zavod, ki je na državni ravni odgovoren za strokovno raven preskrbe s krvjo in krvnimi pripravki ter povezovanje transfuzijske medicine z bolnišnično dejavnostjo;
- usklajuje vse dejavnosti v zvezi z izbiro krvodajalcev, zbiranjem, testiranjem, predelavo, hrambo in razdeljevanjem krvi ter krvnih pripravkov, klinično rabo krvi in nadzorom nad hudimi neželenimi dogodki oziroma reakcijami v zvezi s transfuzijo krvi;
- na državni ravni usklajuje in povezuje mrežo bolnišničnih transfuzijskih oddelkov in bolnišničnih krvnih bank, vodi enoten informacijski sistem, strokovno izobraževanje in razvojno-raziskovalno dejavnost ter sodeluje z mednarodnimi organizacijami, zvezami in sorodnimi zavodi v drugih državah.

ZTM do sedaj ni imel posebej zagotovljenih finančnih sredstev za izpolnjevanje teh nalog, stroški so se pokrivali z računi za predelavo in distribucijo krvi in krvnih pripravkov, ki jih ZTM plačujejo izvajalci zdravstvene dejavnosti.

ZTM opravlja naloge na nacionalnem nivoju in niso neposredno povezane z zbiranjem, predelavo in distribucijo krvi in krvnih pripravkov, ampak so usmerjene predvsem v zagotavljanje varnosti, strokovnosti in sledljivosti. Stroški opravljanja teh nalog tako ne morejo biti del cene predelave krvi in krvnih pripravkov. Financiranje storitev povezovanja, nadzora nad neželenimi dogodki, vodenja informacijskega sistema, strokovnega izobraževanja, raziskovalno razvojne dejavnosti in mednarodnega sodelovanja se tako izvzemajo iz cen zdravstvenih storitev, ki so krite iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ker gre za naloge, določene z zakonom, in so širšega javnega pomena, se njihovo financiranje prenaša na državni proračun. Zaradi tega se prilagajajo tudi cene predelave krvi in krvnih pripravkov. Pred uvedbo financiranja iz državnega proračuna so bile narejene stroškovne analize posameznih nalog.

Z novo sedemnajsto alinejo se s financiranjem priprav zdravstvenih zavodov na delo v posebnih pogojih ob naravnih in drugih nesrečah zagotavlja kontinuiteta zdravstvene oskrbe. S tem se izboljša odpornost zdravstvenega sistema in zmanjša možnost prekinitve zdravstvenih storitev. Z vzpostavitvijo finančnih sredstev za organizacijo dela in nemoteno izvajanje zdravstvene dejavnosti v posebnih pogojih ob naravnih in drugih nesrečah se omogoča financiranje ukrepov, ki niso neposredno vezani na redno delovanje javnega zdravstvenega zavoda in opravljanje zdravstvene dejavnosti, vendar so ključni za odziv v posebnih pogojih. Predvideno je, da se podrobnejša vsebina nalog in financiranja teh opredeli v posebnem načrtu, ki opredeljuje delovanje zdravstva v posebnih pogojih, ki ga sprejme minister, pristojen za zdravje.

Z novo osemnajsto alinejo se ureja financiranje izobraževalne in raziskovalne dejavnosti na terciarni ravni, ki ni pokrita z drugimi viri ter spodbuja inovacije in izboljšave v zdravstveni oskrbi. S tem se ustvarja stimulatивно okolje za strokovni razvoj in raziskave, ki so ključnega pomena za dolgoročno učinkovitost in kakovost zdravstvenega sistema. Minister, pristojen za zdravje, bo s

podzakonskim aktom podrobneje določi način izbora projektov in ostalih aktivnosti, postopek strokovnega vrednotenja in način financiranja.

V devetnajsti alineji je določeno financiranje vodenja zbirk podatkov s področja zdravstva – nacionalnih registrov, ki so osnova za spremljanje epidemioloških trendov, analiziranje učinkovitosti zdravstvenih politik in spremljanje varnosti pacientov. Financiranje te dejavnosti zagotavlja, da imajo pristojne institucije na voljo ustrezne podatke za sprejemanje strateških odločitev.

Z vključitvijo financiranja ukrepov za izravnavo odhodkov v dvajseti alineji se omogoča, da se v primeru nepričakovanih gospodarskih sprememb, kot je večji padec prihodkov ali povečanje odhodkov, zagotovijo sredstva za stabilizacijo finančnega stanja ZZZS. Ta določba je pomembna za preprečevanje finančne nestabilnosti in zagotavljanje delovanja zdravstvenega sistema brez večjih motenj.

V enaindvajseti alineji se določa, da Republika Slovenija iz državnega proračuna zagotavlja sredstva za plačilo pavšalnega mesečnega prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje otrok, za katere ni mogoče zagotoviti vključitve v sistem zavarovanja na podlagi obstoječih zavarovalnih podlag. V skladu s prvim odstavkom 20. člena imajo vsi otroci, ki so državljani Republike Slovenije in imajo stalno prebivališče v Sloveniji, pravico do zdravstvenega varstva. Za uresničitev te pravice pa morajo biti vključeni v sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ker so v praksi prepoznani primeri, ko otrok ni mogoč vključiti v zavarovanje na obstoječih podlagah (npr. zaradi statusa staršev, brezposelnosti ali neurejenega skrbništva), je nujno vzpostaviti alternativni mehanizem za vključitev teh otrok v zavarovanje, ne da bi bil za to potreben prispevek njihovih zakonitih zastopnikov, ki pogosto niso zmožni kritja stroškov. Določba zato predvideva, da plačilo pavšalnega mesečnega prispevka za takšne otroke prevzame Republika Slovenija. Cilj določbe je zagotoviti, da so vsi otroci, ne glede na socialni ali pravni status svojih skrbnikov, vključeni v sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja in da imajo dostop do zdravstvenih storitev. S tem se zagotavlja uresničevanje ustavne pravice do zdravstvenega varstva ter spoštovanje mednarodnih obveznosti države, zlasti Konvencije o otrokovih pravicah. Določba prispeva tudi k zmanjšanju neenakosti v zdravju med otroki in preprečuje negativne dolgoročne posledice za zdravje zaradi izključitve iz zdravstvenega sistema.

V dvaindvajseti alineji se ureja kritje stroškov prevoza državljanov Republike Slovenije, ki so na zdravljenju v tujini, in sicer v izjemnih primerih. V skladu z dopolnitvijo bodo vsi državljani Republike Slovenije pri izjemnih prevozi obravnavani enako ne glede na vključenost v obvezno zdravstveno zavarovanje.

Predlagana sprememba obravnava dve skupini oseb. V prvi so državljani Republike Slovenije, pri katerih je zdravljenje pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti v tujini zaključeno (npr. nepokretnost zaradi kome, kapi ipd.), v drugi skupini pa so državljani Republike Slovenije, ki so v tujini na zdravljenju in ogrožajo svoje življenje ali življenje drugih, ali če huje ogrožajo svoje zdravje ali zdravje drugih ali povzročajo hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim in če je navedeno ogrožanje posledica duševne motnje, zaradi katere ima oseba hudo moteno presojo realnosti in sposobnosti obvladovati svoje ravnanje, kar mora biti razvidno iz dokumentacije izvajalca zdravstvene dejavnosti v tujini.

ZZZS kot izvajalec obveznega zdravstvenega zavarovanja prejema številne vloge za povračilo stroškov prevoza iz tujine v Republiko Slovenijo, saj prevoz iz tujine v Republiko Slovenije v skladu z 9. točko 25. člena Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 79/94, 73/95, 39/96, 70/96, 47/97, 3/98, 3/98, 51/98 – odl. US, 73/98 – odl. US, 90/98, 6/99 – popr., 109/99 – odl. US, 64/00 – popr., 91/00 – popr., 61/00, 59/02, 35/03 – popr., 18/03, 30/03, 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 – popr., 64/07, 33/08, 7/09, 88/09, 30/11, 49/12, 106/12, 99/13 – ZSVarPre-C, 25/14 – odl. US, 25/14, 85/14, 10/17 – ZČmIS, 64/18, 4/20, 42/21 – odl. US, 61/21, 159/21 – ZZVZZ-P, 183/21, 196/21 – ZDOsk, 142/22 – odl. US, 163/22, 124/23 in 82/24; v nadaljnjem besedilu: Pravila) ni pravica, ki bi bila krita iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. V prvi kategoriji so osebe, pri katerih je zdravljenje v tuji bolnišnici zaključeno, kar mora biti razvidno iz dokumentacije tujega izvajalca zdravstvene dejavnosti. Pri tem gre za stanja, ko je nepokretnost dolgotrajna ali dokončna in ni pričakovati izboljšanja zdravstvenega stanja pacienta. Določbe ni mogoče uporabiti za druge primere, kot so denimo nepokretnost, ki je le začasna zaradi trenutnega zdravstvenega stanja.

V drugi skupini gre za vračanje državljanov Republike Slovenije, ki so hospitalizirani z diagnozo, ki se nanaša na duševne bolezni, saj zaradi jezikovnih in drugih ovir zdravljenje v tujini ni uspešno, lahko pa je dolgotrajno in bi v tujini nastali večji stroški. Gre za zdravljenje oseb, ki ogrožajo svoje življenje ali življenje drugih ali če huje ogrožajo svoje zdravje ali zdravje drugih ali povzročajo hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim in če je navedeno ogrožanje posledica duševne motnje, zaradi katere ima oseba hudo moteno presojo realnosti in sposobnost obvladovati svoje ravnanje. Praksa kaže, da so to običajno osebe, ki so brez družine, lastnih sredstev za preživljanje ali pa so ta skromna in jim tudi zaradi tega dejstva v tujini ni mogoče urediti vključitve v obvezno zdravstveno zavarovanje (oseba je odseljena v tujino, oseba brez statusa – npr. ni upokojenec, brezdomci). Prevoz pacienta iz tujine je običajno treba izvesti s spremljevalcem (z reševalnim vozilom ali drugim javnim prevozom), ureja pa se v sodelovanju z diplomatsko-konzularnim predstavništvom v tujini, Ministrstvom za zunanje zadeve in Ministrstvom za zdravje ter po uskladitvi strokovnega mnenja izvajalcev zdravstvene dejavnosti v tujini in v Republiki Sloveniji. Podatki kažejo, da je število prevozov hospitaliziranih oseb z duševnimi motnjami iz tujine zelo majhno, običajno ZZZS obravnava dva do tri primere na letni ravni.

S predlagano novo triindvajseto alinejo se določa proračunsko kritje nujno potrebnih stroškov prevoza posmrtnih ostankov zavarovane osebe ali njenega spremljevalca, če kateri koli od njiju umre v tujini med tem, ko zavarovana oseba v tujini uveljavlja pravico do zdravljenja na podlagi 44.a in 44.b člena ZZVZZ. Prevozni stroški posmrtnih ostankov v tujini umrlega spremljevalca zavarovane osebe se povrnejo, če ima zavarovana oseba pravico do spremstva v okviru zdravljenja v tujini v skladu z ZZVZZ. Prevozni stroški posmrtnih ostankov se krijejo iz proračuna, saj s smrtjo osebe tej preneha status zavarovane osebe, zaradi česar ti stroški ne sodijo in ne morejo soditi med prevozne stroške iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Z določbo predlaganega četrtega odstavka se zagotavlja ustrezna pravna podlaga za financiranje oprostitve plačila prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje in obveznega zdravstvenega prispevka iz sredstev proračuna resornega ministrstva, ki posamezni kategoriji upravičencev priznava pravico do oprostitve. Petnajsta alineja prvega odstavka 7. člena določa kategorijo oseb, ki pridobijo pravico do obveznega zdravstvenega zavarovanja na podlagi posebnega statusa, kot ga priznava pristojni resorni organ. Gre za osebe, ki jim država zaradi njihovega položaja priznava določene pravice in zaščito. Drugi odstavek 48. člena pa določa plačilo obveznega zdravstvenega prispevka. V ZZVZZ je določeno, da prispevke za obvezno zdravstveno zavarovanje in obvezni zdravstveni prispevek za določene kategorije teh oseb plačuje Republika Slovenija, ni pa jasno določeno katera resorna ministrstva so pristojna za plačilo. Kljub temu pa resorna ministrstva, ki so tem kategorijam oseb podelile status in s tem pravico do oprostitve plačila prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje in obveznega zdravstvenega prispevka, v večini primerov že plačujejo prispevke za obvezno zdravstveno zavarovanje in obvezni zdravstveni prispevek. Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti tako plačuje navedene prispevke npr. za prejemnike trajne denarne socialne pomoči in osebe, ki prejemajo nadomestilo predpisih, ki urejajo socialno vključevanje invalidov, Ministrstvo za pravosodje npr. za pripornike, obsojence na prestajanju kazni zapora in osebe na obveznem psihiatričnem zdravljenju in varstvu v zdravstvenem zavodu.

Kljub navedenemu pa trenutno ni enotne ureditve, saj lahko pride do situacije, ko za določene kategorije oseb, za katere je v ZZVZZ določeno, da prispevke za obvezno zdravstveno zavarovanje in obvezni zdravstveni prispevek plačuje Republika Slovenija, plačevanja teh prispevkov ne prevzame nobeno ministrstvo. Za takšno situacijo gre npr. v primeru oseb s statusom begunca ali subsidiarne zaščite, ki jim status v skladu s predpisi o mednarodni zaščiti podeljuje Ministrstvo za notranje zadeve.

Zaradi jasnosti, transparentnosti in učinkovite izvedbe se z novim četrtem odstavkom izrecno določa, da je za zagotovitev potrebnih sredstev odgovorno ministrstvo, ki prizna zadevno pravico oziroma podeli status, iz katerega pravica do obveznega zdravstvenega zavarovanja izhaja. S tem se krepi načelo odgovornosti in sledi logiki, da nosilec vsebinske odločitve (podelitev statusa) prevzame tudi finančno odgovornost za posledice te odločitve.

Pravica do obveznega zdravstvenega zavarovanja izhaja neposredno iz podeljenega statusa, ki ga posamezniku prizna pristojni organ. Status (npr. status upravičenca do socialnega varstva, vojnega veterana, begunca ...) je tako materialnopravna podlaga za vključitev v sistem obveznega

zdravstvenega zavarovanja brez plačila prispevka s strani zavarovane osebe. Ker gre za odločitev države, ki priznava posebno varstvo oziroma socialno varovano kategorijo oseb, mora ta zagotoviti tudi ustrezno financiranje prispevkov iz svojih proračunskih sredstev.

Gre za ureditev, ki omogoča boljše preglednost in odgovornost pri zagotavljanju finančnih sredstev za izvajanje zakonsko določenih pravic, hkrati pa preprečuje prekomerno obremenjevanje ZZZS, saj se v teh primerih ne zagotavlja prispevkov iz njegovega proračuna. Določba sledi načelu transparentnosti in učinkovitosti pri izvajanju ukrepov socialne politike ter omogoča enotno in jasno ureditev glede vira financiranja v primerih, ko zakon predvideva oprostitve plačila prispevkov za določene kategorije zavarovancev.

Z določbo predlaganega petega odstavka se določa, da plačilo pavšalnega mesečnega prispevka za otroke iz enaindvajsete alineje prvega odstavka tega člena zagotavlja Ministrstvo za zdravje. Višina prispevka je določena kot 50 odstotkov minimalnega prispevka za zavarovanje za primer bolezni in poškodb, vendar ne manj kot 5,96 % minimalne mesečne bruto plače. S tem se določa tudi minimalni prag varovanja javnofinančne vzdržnosti. Plačilo prispevkov se izvede v obliki enkratnega letnega zneska, kar omogoča preglednost in administrativno učinkovitost. Rok za izvedbo je postavljen do konca maja za preteklo leto, s čimer se omogoča dovolj časa za zbir in verifikacijo podatkov o številu otrok. Upošteva se dejansko število otrok na dan 31. decembra preteklega leta, kar je objektivno in preverljivo merilo.

S predlaganim šestim odstavkom se določa, da se vsebina nalog iz predlagane nove sedemnajste alineje prvega odstavka tega člena (delo v posebnih pogojih ob naravnih in drugih nesrečah) podrobneje določi v posebnem načrtu, ki ga sprejme minister, prisojen za zdravje. To zagotavlja operativno izvajanje in fleksibilnost v odzivanju na različne kritne scenarije.

Predlagani sedmi odstavek pojasnjuje, da se postopki vrednotenja in izbire projektov iz predlagane nove osemnajste alineje prvega odstavka tega člena (terciarno izobraževanje in raziskave) ter način njihovega financiranja določijo s podzakonskim aktom, ki ga sprejme minister, pristojen za zdravje. S tem bo omogočena strokovna presoja, jasni kriteriji in nadzor porabe sredstev.

K 2. členu

K 1. točki:

S spremembo 1. točke se jasneje določajo kategorije zavarovancev na podlagi delovnega razmerja v obliki naštevanja v alinejah. V prvi alineji se ohranja dosedanje zavarovance, kot jih določa veljavna 1. točka prvega odstavka 15. člena zakona. Z drugo alinejo se med zavarovane osebe doda še izvoljene ali imenovane nosilke ali nosilce javne ali druge funkcije, kot jih določajo predpisi s področja pokojninskega in invalidskega zavarovanja. V tretji alineji se ureja kategorijo zavarovanih oseb, ki je v veljavnem zakonu določena v 2. točki prvega odstavka 15. člena. V prenovljeni točki je črtan zapis »strokovno izpopolnjevanje v tujino«, saj delavca na strokovno izpopolnjevanje napotuje delodajalec in gre v tem primeru za opravljanje dela v okviru delovnega razmerja. V četrti alineji je dodana nova kategorija zavarovancev, in sicer osebe, ki so vključene v obvezno zdravstveno zavarovanje na podlagi vključenosti v poklicno rehabilitacijo med trajanjem delovnega razmerja, saj je bila ta kategorija do sedaj določena le v podzakonskem predpisu (Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja). Zavezanec za prijavo je v navedenih primerih delodajalec.

K 2. točki:

Predlagano je črtanje 2. točke, saj je v njej opisana kategorija zavarovanih oseb zajeta že v 1 točki. Zavarovalna podlaga 002, ki je urejala osebe v delovnem razmerju pri delodajalcu s sedežem v RS, poslana na delo ali na strokovno izpopolnjevanje v tujino, če niso obvezno zavarovane v državi, v katero so bile poslana, je veljala do 31. 12. 2023. Glede na navedeno je predlagano črtanje 2. točke prvega odstavka 15. člena ZZVZZ

K 3. točki:

Predlagana je sprememba besedila, s katero je poudarjeno dejstvo opravljanja dela na območju Republike Slovenije in ne sam sedež mednarodne organizacije, tujega diplomatskega ali konzularnega predstavništva. Točka med zavarovane osebe vključuje še zaposlene pri tujih delodajalcih iz tretjih držav brez dvostranskega sporazuma, ki so napoteni na delo v RS ali delo

opravljajo iz RS na daljavo, kar sledi aktualnim trendom novih oblik dela in zajema tudi nove oblike dela na daljavo. Za navedene kategorije se uporablja zakonodaja po kraju dela (lex loci laboris).

K 5. točki:

Predlagana sprememba je namenjena uskladitvi besedila z zakonodajo s področja pokojninskega in invalidskega zavarovanja.

K 6. točki:

Predlagana sprememba je namenjena uskladitvi besedila z zakonodajo s področja pokojninskega in invalidskega zavarovanja.

K 7. točki:

S predlagano spremembo se za opredelitev kategorije ta zakon navezuje na opredelitev kategorije, kot je določena v predpisih s področja pokojninskega in invalidskega zavarovanja, ki podrobneje določajo pogoje za to kategorijo zavarovanih oseb. S spremembo 7. točke se ukinja možnost vključitve kmeta zgolj v obvezno zdravstveno zavarovanje. Zaradi navedene spremembe se spreminjajo tudi četrti do šesti odstavek 15. člena ZZVZZ. Veljavni četrti odstavek določa osebe, ki jih štejemo v kategorijo kmeta, peti odstavek določa pojem minimalne plače, šesti odstavek pa daje možnost izbire vključitve v vsa obvezna socialna zavarovanja.

K 8. točki:

Veljavna 8. točka določa med zavarovanimi osebami vrhunske športnike in vrhunske šahiste. Vrhunski športniki in vrhunski šahisti stremijo k vključitvi v druga obvezna socialna zavarovanja, zato se navedene osebe v praksi vključujejo v zavarovanja kot osebe, ki na območju RS samostojno opravljajo poklicno dejavnost. ZZS ugotavlja, da že vrsto let po zavarovalni podlagi 027 (tj. vrhunski športniki) ni vključenih oseb zato ocenjujemo, da ni razlogov za obstoj samostojne točke.

K novi 8.a točki:

Za 8. točko se doda nova 8.a točka, v kateri se določi kategorija zavarovancev, ki do sedaj niso bili določeni v zakonu. Nova točka med zavarovane osebe uvršča tudi osebe, ki v RS izvajajo rejniško dejavnost kot poklic. S tem se izpolni tudi obveznost iz Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (ZPIZ-2), ki v šestem odstavku 406. člena določa, da se ta kategorija zavarovancev obravnava po ZPIZ-2 do ustrezne ureditve v ZZVZZ.

K 9. točki:

S predlagano spremembo se besedilo točke usklajuje s predpisi s področja pokojninskega in invalidskega zavarovanja.

K novi 9.a točki:

Za 9. točko se doda nova 9.a točka, s katero se med kategorije zavarovancev v prvem odstavku 15. člena vključi tudi osebe, ki prejemajo nadomestilo po drugem in tretjem odstavku 34. člena tega zakona.

K 10. točki:

V spremenjeni 10. točki se poleg pogoja stalnega prebivališča doda tudi začasno prebivališče. Zaradi omejujoče narave pogoja stalnega prebivališča, ki ga skladno z zakonodajo s področja prijave prebivališča določen krog oseb lahko prijavi šele po nekaj letih (običajno po preteku petih let), se te osebe daljše obdobje ne morejo vključiti v obvezno zdravstveno zavarovanje.

K novi 10.a točki:

Zavarovanci, ki jih opredeljuje 10.a točka prvega odstavka 15. člena ZZVZZ, so osebe, ki prejemajo nadomestilo iz invalidskega zavarovanja po predpisih, ki urejajo obvezno pokojninsko in invalidsko zavarovanje. Navedeni zavarovanci, ki so opredeljeni v predlagani 10.a točki prvega odstavka 15. člena ZZVZZ, kot zavarovanci niso določeni v veljavnem ZZVZZ, temveč le v 13. točki 9. člena Pravil, ki pa so podzakonski akt, na katerega se zakon zaradi hierarhije pravnih aktov ne more

sklicevati. Del besedila (poklicna rehabilitacija) je črtan, ker je ta kategorija oseb vključena v spremenjeni 1. točki prvega odstavka 15. člena (četrti alineja).

K novi 10.b točki

V novi 10.b točki se kot kategorijo zavarovancev določi prejemnike poklicne pokojnine, ki imajo stalno ali začasno prebivališče v Republiki Sloveniji. Kategorija se uredi v ločeni točki, saj je zavezanec za prijavo za to kategorijo drugačen kot za zavarovance v 10. točki prvega odstavka 15. člena zakona, s tem pa se jasneje razmeji zavezance za prijavo in zavezance za plačilo prispevka.

K 12. točki:

Točka se črta. Osebe, ki so vključene v zavarovanje po veljavni 12. točki prvega odstavka 15. člena, ohranijo zavarovanje po tej zavarovalni podlagi do izteka pogojev za zavarovanje. Na dan 31. 3. 2025 je po tej točki zavarovanih 7 oseb, po njih pa je zavarovanih 6 družinskih članov.

K 13. točki:

Točka se črta. Osebe, ki so vključene v zavarovanje po veljavni 13. točki prvega odstavka 15. člena, ohranijo zavarovanje po tej zavarovalni podlagi do izteka pogojev za zavarovanje. Na dan 31. 3. 2025 po tej točki ni zavarovanih oseb. Osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji se lahko zavarujejo po 20. točki prvega odstavka 15. člena ali v primeru, če so jim priznane pravice po zakonu ki ureja uveljavljenje pravic iz javnih sredstev, po 21. točki prvega odstavka 15. člena ZZVZZ.

K 14. točki:

14. točka se dopolni z dodatnim pogojem, in sicer, da je status šolajočega razviden iz uradnih evidenc v Republiki Sloveniji. Izrecno je določeno, da se po 14. točki vključijo le osebe, ki niso zavarovane po kateri drugi točki iz prvega odstavka 15. člena ali so zavarovane kot družinski člani. Spremenjena točka predvideva, da bo zavarovanje obvezno tudi za vse šolajoče iz držav, s katerimi ima RS sklenjen bilateralni sporazum, ki trenutno lahko dostavijo obrazec št. 3. Bodo pa po spremembi imeli širši obseg pravic (obrazec št. 3 omogoča zgolj dostop do nujnih storitev). S tem se odpravi problematika vključevanja tujih študentov in dijakov v zavarovanje za poškodbo pri delu (ZP 050). Za vključitev v zavarovanje za poškodbo pri delu mora biti oseba vključena v obvezno zdravstveno zavarovanje.

K 20. točki:

S predlagano spremembo se črta besedilo »in si same plačujejo prispevek«, saj v prvem odstavku 15. člena zakon določa kategorije zavarovancev in ne določa zavezancev za prispevek. S tem se jasneje določi, da samo plačilo prispevka ni pogoj za vključitev v zavarovanje po 20. točki, saj se v praksi pojavljajo težave pri razlagi in razumevanju določbe.

K 22. točki:

Z zakonom o spremembah in dopolnitvah Zakona o izvrševanju kazenskih sankcij (Uradni list RS, št. 109/12) je prenehal veljati ukrep obveznega zdravljenja alkoholikov in narkomanov, zato ni več pravne podlage za navedbo v 15. členu ZZVZZ.

K 23. točki:

Veljavna 23. točka določa kot zavarovance osebe, ki pridobijo pravico po zakonu, ki urejajo starševsko varstvo v treh kategorijah. S spremenjeno točko se dodajo še upravičenci do delnega plačila za izgubljeni dohodek ter upravičenci do starševskega nadomestila, ki nimajo pravice do starševskega dopusta. S predlagano spremembo se bolj jasno in pregledno navaja vse vrste upravičencev v skladu s predpisi, ki urejajo starševsko varstvo.

K 24. točki

Točka se spremeni tako, da je razdeljena na dva sklopa. Veljavno besedilo je ohlapno in omogoča široko razlago katere otroke se vključi v zavarovanje ter omogoča vključevanje otrok brez prebivališča v Republiki Sloveniji. V prvi alineji se za zavarovanje otrok do 18. leta starosti črta

pogoj šolanja, saj se po tej podlagi glede na veljavno 24. točko ne morejo zavarovati otroci, ki so mlajši od 6 let in se ne šolajo. Doda se pogoj zakonitega prebivanja (v obliki stalnega ali začasnega prebivališča ter veljavnega dovoljenja za začasno ali stalno prebivanje). V drugi alineji se uredi zavarovanje otrok, ki so rojeni v zaporu in z materami bivajo v zavodu za prestajanje kazni zapora, saj otrokom v teh primerih ni mogoče urediti prijave prebivališča in s tem izpolniti pogoja za zavarovanje otroka kot družinskega člana. Zavarovanje otrok v rejništvu ureja Zakon o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev. Do 18. leta se v veljavnem sistemu zavarujejo rejenci do 18. leta starosti kot otroci, ki se šolajo in niso zavarovani kot družinski člani, ker njihovi starši ne skrbijo zanje oz. ker starši ne izpolnjujejo pogojev za vključitev v obvezno zdravstveno zavarovanje (po zavarovalni podlagi 033), po 18. letu pa se jih vključi v obvezno zavarovanje po zakonu, ki ureja uveljavljanje pravic iz javnih sredstev, (po zavarovalni podlagi 099).

K 25. točki:

Družinski pomočnik se nadomesti z oskrbovalcem družinskega člana, kot ga določa zakon, ki ureja dolgotrajno oskrbo. 139. člen Zakona o dolgotrajni oskrbi (Uradni list RS, št. 84/23 in 112/24) v prvem odstavku določa, da se do ustrezne ureditve v ZZVZZ namesto družinskega pomočnika po zakonu, ki ureja socialno varstvo, zavarovanci v obveznem zdravstvenem zavarovanju oskrbovalci družinskega člana v skladu s tem zakonom.

K novi 26. točki:

V novi točki se uredi nova kategorija zavarovanih oseb, s tem se sledi sodbi Sodišča EU v zadevi C-535/19 z dne 15. 7. 2021. Sodišče Evropske unije je v navedeni zadevi potrdilo pravico ekonomsko neaktivnih državljanov Evropske unije, ki prebivajo v državi članici, ki ni njihova država članica izvora, do njihove vključitve v javni sistem zdravstvenega zavarovanja države članice gostiteljice. Sodišče je pojasnilo tudi, da pravo Evropske unije ne nalaga obveznosti brezplačne vključitve v ta sistem.

K četrtemu, petemu in šestemu odstavku in novemu sedmemu odstavku:

Četrti, peti in šesti odstavek se črtajo zaradi uskladitve s spremembami prvega odstavka 15. člena. V veljavnem četrtem odstavku so definirane različne kategorije kmetov. V petem odstavku je določen pojem minimalne plače, v šestem odstavku pa je opredeljena možnost izbire glede obsega obveznega zdravstvenega zavarovanja za zavarovance, ki so v sistem pokojninskega in invalidskega zavarovanja vključeni prostovoljno kot kmetje. S spremembo 7. točke prvega odstavka 15. člena se ukinja kategorija zavarovancev kmetov, ki so se vključili zgolj v sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja brez hkratne vključitve v ostala obvezna socialna zavarovanja. S spremembo se dolgoročno stremi k temu, da bo navedeni kategoriji v poznejšem življenjskem obdobju zagotovljena ustrezna socialna varnost (npr. izplačilo pokojnine), ki je sedaj nimajo.

Dodatno se s predlagano spremembo člena za zavarovance (kmete), ki so prostovoljno vključeni v pokojninsko in invalidsko zavarovanje v skladu s predpisi s področja pokojninskega in invalidskega zavarovanja, ukinja možnost izbire ožjega obsega pravic iz 13. člena veljavnega zakona. V skladu s predlagano spremembo bi bili vsi zavarovanci iz te kategorije zavarovani za celoten obseg pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Obvezno zdravstveno zavarovanje namreč obsega zavarovanje za primer bolezni in poškodbe izven dela in zavarovanje za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni. Zavarovanim osebam se iz obveznega zdravstvenega zavarovanja zagotavljajo plačilo zdravstvenih storitev, nadomestilo plače med začasno zadržanostjo od dela in povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev. S predlagano spremembo člena se zavarovance odvrča, da se kljub obvezni naravi zdravstvenega zavarovanja v Republiki Sloveniji, po lastni presoji in glede na življenjske okoliščine v različnih obdobjih v obvezno zdravstveno zavarovanje vključujejo za ožji obseg pravic. Predlagana določba preprečuje možnosti za izkoriščanje sistema na način, da se oseba sama zavaruje za širši obseg zgolj takrat, ko potrebuje večji obseg storitev (npr. ko oseba oceni, da bo za daljše obdobje koristila nadomestilo za čas bolniške odsotnosti), in obratno, da se vključi v zavarovanje za ožji obseg, ko oceni, da bo potrebovala manjši obseg pravic (npr. ko oceni, da ne bo koristila nadomestila za čas bolniške odsotnosti).

S predlaganim novim sedmim odstavkom se naslavlja odprta vprašanja vključitve v obvezno zdravstveno zavarovanje oseb zaposlenih v institucijah EU in mednarodnih organizacijah, ki imajo lastne kadrovske predpise in omogočajo vključitev v zdravstvene sheme, hkrati pa navedene osebe ohranijo stalno prebivališče v Republiki Sloveniji. Z novim četrtem odstavkom 15. člena zakona se uredi izvzem iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v RS in s tem prepreči vključenost v dva ali več sistemov obveznih zdravstvenih zavarovanj hkrati.

K 3. členu

S spremenjenim prvim odstavkom 15.a člena se določi, da so po zakonu obvezno zavarovane tudi osebe, ki čezmejno izvajajo storitev in se zanje skladno s pravnim redom EU uporablja zakonodaja Republike Slovenije ter osebe, ki so v tujini zaposlene ali opravljajo samostojno dejavnost in se zanje na podlagi mednarodnih pogodb o zdravstvenem zavarovanju uporablja zakonodaja Republike Slovenije. Prvi odstavek določa zavarovanja v Republiki Sloveniji v primeru kraja opravljanja dela v državah EU, drugi pa v primeru kraja opravljanja dela v državah, s katerimi ima RS sklenjene mednarodne pogodbe. Za oba primera velja, da če je za osebo določena uporaba zakonodaje Republike Slovenije o socialnem varstvu, se oseba vključi v obvezna socialna zavarovanja v Republiki Sloveniji.

K 4. členu

Zaradi sprememb kategorij zavarovanih oseb v prvem odstavku 15. člena in 15.a člena se uskladi prvi odstavek 16. člena tako, da so za poškodbo pri delu in poklicno bolezen zavarovane tudi osebe iz 7. in 8.a točke prvega odstavka 15. člena in osebe iz 15.a člena, črtajo pa se osebe iz 2. in 8. točke prvega odstavka 15. člena. Zaradi sprememb pri zavarovanju oseb iz 7. točke prvega odstavka se črta drugi odstavek.

K 5. in 6. členu

V uvodnih stavkih obeh členov je dodana besedna zveza »zavarovane osebe«. S tem se na zakonski ravni jasno določi, da so v zavarovanje za primer poškodbe pri delu in nezgode pri delu lahko vključene zgolj osebe, ki so vključene tudi v obvezno zdravstveno zavarovanje.

K 7. členu

S predlagano spremembo 20. člena se spreminja razmejitev družinskih članov, in sicer se ukinja razmejitev na širše in ožje družinske člane. Kot osebe, ki so lahko po ZZVZZ zavarovane kot družinski člani, se določa zakonci in otroke.

V drugem odstavku je podrobneje določeno kdo je zakonec, v tretjem pa koga štejemo med otroke. V tretjem odstavku je določeno, da se oseba ne more zavarovati kot družinski član, če je njegov nosilec zavarovanja vključen po 14. točki (tuji študenti) ali 22. točki (osebe, ki prestajajo kazenske sankcije) prvega odstavka 15. člena ZZVZZ. V četrtem odstavku se poleg stalnega prebivališča doda še začasno prebivališče in poleg izključitev z mednarodno pogodbo določa še izvzem iz zavarovanja na podlagi pravnega reda EU. Uredbe o koordinaciji sistemov socialne varnosti določajo pravilo zavarovanja v eni državi članici EU, ki jih je treba upoštevati tudi pri zavarovanju družinskih članov.

Starši so lahko zavarovani po drugih podlagah, skladno z veljavno zakonodajo pa so zavarovani kot družinski člani brez plačila prispevka. V praksi se soočamo s težavami pri ugotavljanju, ali otrok dejansko preživlja starša in ali je ta trajno nezmožen za delo ter ali starš izpolnjuje pogoje za zavarovanje kot družinski član. Po tej točki (starši) je zavarovanih le nekaj oseb, ki bi ostale zavarovane po tej zavarovalni podlagi do izteka pogojev za zavarovanje.

K 8. členu

V spremenjenem prvem odstavku 21. člena se jasneje določa, v katerih primerih se lahko zakonec vključi v zavarovanje kot družinski član, kadar izpolnjuje pogoje tudi po 15. in 15.a členu zakona.

V drugem odstavku se določa, da se oseba, ki je sama zaposlena v mednarodni organizaciji oziroma mednarodni instituciji in je zavarovana v shemi zdravstvenega zavarovanja te mednarodne institucije, ne more zavarovati v nacionalni shemi zdravstvenega zavarovanja kot družinskega člana.

K 9. členu

S predlagano spremembo 22. člena je v prvem odstavku določeno, da mora biti status šolajočega razviden iz javnih evidenc (CEUVIZ in eVŠ). Ker veljavni predpisi niso dovolj določni, se v praksi pojavlja težava kaj pomeni status šolajoče osebe. Zaradi nejasnosti definicije so zavezanci za prijavo v postopku prijave v zavarovanje podajali potrdila, iz katerih ni razvidno, ali gre za izobraževalni program ali druge oblike neformalnega izobraževanja (npr. tečaji).

V predlaganem drugem odstavku je določeno, da se pri otrocih, ki so zavarovani na podlagi mednarodne pogodbe, ne presoja pogoja statusa šolajočega iz javno razvidnih evidenc v RS, za vključitev v zavarovanje kot družinskega člana pa se presoja potrdila o šolanju iz držav, s katerimi ima Republika Slovenija sklenjen bilateralni sporazum.

Osebe iz veljavnega drugega odstavka 22. člena v spremenjenem členu niso vključene, saj je njihov status uredil že zakon, ki ureja socialno varstvo invalidov.

K 10. členu

Predlagana sprememba je uskladitvene narave terminologije. S to spremembo se odpravlja morebitna nejasnost glede odgovornosti in nalog posameznih organov. Poleg tega se terminologija usklajuje s preostalimi določbami zakona. Predlagana sprememba torej sledi ciljem večje preglednosti, doslednosti in skladnosti zakonodaje z dejanskim delovanjem javnih zdravstvenih zavodov in njihovih organov.

K 11. členu

Zaradi sprememb in dopolnitev prvega odstavka 15. člena ZZVZZ se s predlagano spremembo ureja pravilna osnova za plačevanje prispevkov za dodane zavarovance.

K 12. členu

Zaradi sprememb in dopolnitev prvega odstavka 15. člena ZZVZZ se s predlagano spremembo ustrezno navaja zavezance za dodatne zavarovance, ki se dodajajo z novima 9.a in 10.a točko prvega odstavka 15. člena ZZVZZ.

K 13. členu

Zaradi sprememb in dopolnitev prvega odstavka 15. člena ZZVZZ se s predlagano spremembo ureja pravilna osnova za plačevanje prispevkov za dodane zavarovance.

K 14. členu

Zaradi sprememb in dopolnitev prvega odstavka 15. člena ZZVZZ se s predlagano spremembo ureja pravilna osnova za plačevanje prispevkov za dodane zavarovance.

Ugotovljeno je bilo, da določene kategorije zavarovancev plačujejo prenizke prispevke za obvezno zdravstveno zavarovanje, zato se zaradi solidarnosti za te kategorije zavarovancev predlaga dvig prispevkov.

K 15. členu

Zaradi sprememb in dopolnitev prvega odstavka 15. člena ZZVZZ se s predlagano spremembo ureja pravilna osnova za plačevanje prispevkov za dodane zavarovance.

K 16. členu

Zaradi sprememb in dopolnitev prvega odstavka 15. člena ZZVZZ se s predlagano spremembo ureja pravilna osnova za plačevanje prispevkov za dodane zavarovance.

Predlagani nov drugi odstavek 50. člena ZZVZZ ureja nujno izjemo za zavarovance, poklicne upokojece, ki nimajo pokojninske osnove in plačujejo prispevke za obvezno zdravstveno zavarovanje od poklicne pokojnine.

K 17. členu

Predlagane spremembe so uskladitvene narave terminologije zaradi spremembe prvega odstavka 15. člena in 20. člena ZZVZZ.

K 18. členu

Zaradi sprememb in dopolnitev prvega odstavka 15. člena ZZVZZ se ureja tudi pravilna osnova za plačevanje prispevkov za dodane zavarovance.

K 19. členu

Zaradi sprememb in dopolnitev prvega odstavka 15. člena ZZVZZ se ureja tudi pravilna osnova za plačevanje prispevkov za dodane zavarovance.

K 20. členu

Predlagane dopolnitve določajo jasnejši okvir za načrtovanje izdatkov obveznega zdravstvenega zavarovanja in oblikovanje ter posodabljanje modelov plačevanja storitev. Namen teh sprememb je zagotoviti transparentnost in učinkovitost financiranja zdravstvenih storitev ter uskladiti cenovne modele z dejanskimi stroški izvajalcev zdravstvene dejavnosti.

ZZZS je po novem izrecno pristojen za oblikovanje cen storitev na podlagi stroškovnih študij, ki jih mora izvajati vsaj vsaka tri leta. S tem se zagotavlja ažurnost podatkov in upoštevanje sprememb v stroških zdravstvene oskrbe. Posebno pozornost namenja ločenemu izvajanju stroškovnih študij za bolnišnično dejavnost, pri čemer upošteva obliko delovanja bolnišnic in lastniško strukturo. Pri drugih zdravstvenih dejavnostih se študije izvajajo glede na vrsto dejavnosti in lastništvo izvajalcev.

Sporočanje podatkov, potrebnih za izvedbo stroškovnih študij, je določeno kot pogodbeno obveznost izvajalcev zdravstvenih storitev, kar omogoča boljše razpoložljivost podatkov in večjo zanesljivost analiz.

Dodatno se uvaja spremljanje stroškovne učinkovitosti izvajanja obveznega zdravstvenega zavarovanja, pri čemer bo ZZZS v sodelovanju z izvajalci zdravstvenih storitev pripravil metodologijo za izvedbo stroškovnih študij. Ta metodologija bo temeljila na strokovnih smernicah in mednarodno primerljivih podatkih, kar bo prispevalo k objektivnosti in ustreznosti rezultatov. Za zagotavljanje nadzora in usklajenosti z zdravstveno politiko bo metodologijo potrjevalo ministrstvo, pristojno za zdravje.

Z letnim poročilom o stroškovni učinkovitosti ZZZS zagotavlja transparentnost in odgovornost pri porabi sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja ter omogoča spremljanje uspešnosti financiranja zdravstvenega sistema.

K 21. členu

Spremenjen 69. člen določa, da je ZZZS nosilec in izvajalec obveznega zdravstvenega zavarovanja in zavarovanja za dolgotrajno oskrbo, ki se izvajata kot javna služba. Določena je pravna oblika zavoda, ki pri izvajanju obveznega zavarovanja uživa pravno, organizacijsko in finančno avtonomijo. Ta je odraz t. i. načela samouprave v funkcionalno decentraliziranih sistemih socialne varnosti. V sistemu socialnih zavarovanj, ki je določen s 50. členom Ustave Republike Slovenije (Uradni list RS, št. 33/91-I, 42/97 – UZS68, 66/00 – UZ80, 24/03 – UZ3a, 47, 68, 69/04 – UZ14, 69/04 – UZ43, 69/04 – UZ50, 68/06 – UZ121,140,143, 47/13 – UZ148, 47/13 – UZ90,97,99, 75/16 – UZ70a in 92/21 – UZ62a; v nadaljnjem besedilu: Ustava), se državna oblast odreče delu svojih pristojnosti na področju socialne varnosti, ki jih z zakonom prenese na nosilce in izvajalce socialnih zavarovanj kot specializirane osebe javnega prava. Vendar pa je ta avtonomija omejena z zakonom, kar npr. velja glede statusne spremembe ali povezovanja ZZZS, njegovega sedeža, deloma tudi glede njegove območne organizacije.

Tretji odstavek določa, da ZZZS ne more prenehati zaradi stečaja in v ta namen vzpostavlja jamstvo državnega sofinanciranja zavarovanja, kar predstavlja izpolnitev drugega odstavka 50. člena Ustave, v skladu s katerim je država dolžna skrbeti za delovanje sistema socialnih zavarovanj.

Ker je bila ugotovljena pomanjkljiva vloga ZZZS kot aktivnega kupca zdravstvenih storitev, saj nakupovanje v javnem zdravstvenem sistemu pomeni alokacijo zbranih sredstev izvajalcem, ki s temi izvajajo zdravstvene storitve za zavarovance v pogodbeno zagotovljenem obsegu, se naloge ZZZS dopolnjujejo tudi v tem delu. Aktivno (strateško) kupovanje pomeni aktivno in na dokazih temelječe prizadevanje kupca za takšno vsebino in obseg zdravstvenih storitev, da je z njo mogoče izpolniti in maksimirati družbene cilje zdravstvenega varstva, pri čemer morajo biti storitve opravljene strokovno, kakovostno, v razumnem času in po sprejemljivi ceni. Zgolj učinkovito

(pasivno) zbiranje sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja ne zadošča, ključna je tudi njegova učinkovita uporaba oziroma poraba.

V sedmem odstavku predloga zakona so tako primeroma naštetе naloge, ki jih mora ZZZS nenehno izvajati. Da ZZZS dejansko postane aktivni kupec zdravstvenih storitev, mora med drugim spremljati razvoj zdravstvene dejavnosti in predlagati potrebne reforme za prilagoditev sistema spremembam v zdravstvenem stanju populacije in novih zdravstvenih tehnologijah, zbirati sredstva in jih smotrno razporejati, kar vključuje pripravo projekcij izdatkov za prihodnje obdobje. To pomeni, da ZZZS natančno spremlja stroške zdravstvenih storitev in spremlja trende zdravstvenega stanja, da zagotovi ustrezno financiranje ter trajnost sistema. ZZZS mora tudi posodablјati cenike in obračunske modele, ki so v skladu z dejanskimi stroški zdravstvenih storitev. To omogoča, da se finančna sredstva uporabljajo na najbolj učinkovit način, ob upoštevanju najnovejših podatkov in strokovnih analiz. Predlog predvideva še, da ZZZS opravlja tudi nadzor nad izvajanjem obveznega zdravstvenega zavarovanja. To pomeni, da je ZZZS odgovoren za spremljanje izvajalcev zdravstvenih storitev in zagotavljanje, da so storitve opravljene v skladu z zakonodajo in predpisi. ZZZS ima tudi nalogo zbiranja in obdelave podatkov, kar vključuje vzpostavitev zbirke podatkov za obvezno zdravstveno zavarovanje. Cilj spremembe je izboljšanje učinkovitosti, stabilnosti in transparentnosti delovanja ZZZS, hkrati pa se zagotavljajo jasni okviri za prihodnje delovanje tega ključnega javnega zavoda. Povečana odgovornost ZZZS v smislu finančnega načrtovanja, nadzora, posodabljanja cenikov in obračunskih modelov ter zagotavljanja dostopnosti storitev po različnih zdravstvenih regijah bo omogočila večjo učinkovitost sistema in boljše zagotavljanje pravic zavarovanih oseb.

Sedmi odstavek predlaganega člena tako splošno in abstraktno določa temeljne naloge ZZZS, pri čemer zasleduje ravnotežje med heteronomnim zakonskim urejanjem pravic in obveznosti specializirane osebe javnega prava ter nevarnostjo, da nekaterih vidikov svojega delovanja ali izvajanja obveznega zavarovanja ta ne določi z avtonomnim pravom, zaradi česar lahko nastane pravna praznina.

Zadnji odstavek določa pristojnosti nadzora nad ZZZS, in sicer nadzor izvaja Računsko sodišče Republike Slovenije.

K 22. členu

S predlaganim novim 69.a členom se v sistemski zakon prenašajo določbe glede stvarnega premoženja ZZZS, ki so zdaj določene v Zakonu o dolgotrajni oskrbi (Uradni list RS, št. 84/23; v nadaljnjem besedilu: ZDOsk-1).

ZZS je samostojna oseba javnega prava, zaradi česa razpolaga z lastnim premoženjem. Z njim ravna v skladu s tem zakonom in zakonom, ki ureja dolgotrajno oskrbo, ter splošnimi področnimi predpisi, pri čemer so sredstva obeh obveznih zavarovanj medsebojno ločena, enako pa velja za ločitev na trgu pridobljenih sredstev od sredstev obveznega zavarovanja. Predlagani 69.a člen določa tudi uporabo sredstev, pridobljenih z upravljanjem s stvarnim premoženjem, in sicer za investicije, vzdrževanje in opremo zavoda. Podrobnejše določbe, ki ne nasprotujejo predlaganemu 69.a členu, lahko na podlagi četrtega odstavka tega člena določi ZZZS s statutom.

S predlaganim členom se jasno določa lastništvo, upravljanje in namenska raba stvarnega premoženja v lasti ZZZS. Cilj tega člena je zagotoviti preglednost, odgovornost in učinkovitost pri ravnanju s stvarnim premoženjem, ki ga ZZZS pridobi iz javnih in drugih virov. Jasna pravila o lastništvu in upravljanju preprečujejo morebitne zlorabe ali nejasnosti pri ravnanju s stvarnim premoženjem, namenska raba pridobljenih sredstev pa usmerja ZZZS k dolgoročnim investicijam in izboljšavam, ki neposredno prispevajo k zagotavljanju kakovostnih zdravstvenih storitev. S to določbo se vzpostavljajo jasni mehanizmi upravljanja in uporabe stvarnega premoženja ZZZS, kar krepi finančno stabilnost.

K 23. členu

Predlagani člen določa pristojnosti skupščine zavoda kot upravljalvskega in nadzornega organa ZZZS. Ta sprejema temeljne odločitve in izvaja t. i. strateško vodenje, kot tudi izvaja nadzor nad operativnim vodenjem t. i. dnevnega posloводства, in sicer generalnega direktorja ZZZS. Pravica

oziroma dolžnost zadržanja odločitev generalnega direktorja ZZZS je vezana na očitne kršitve, saj bi v nasprotnem primeru skupščina zavoda lahko odgovarjala za nezadržanje vsakršne odločitve generalnega direktorja ZZZS, ki bi pomenila kršitev predpisov ali avtonomnega prava. Predlagani člen določa temeljne pristojnosti skupščine zavoda, medtem ko se druge naloge lahko določijo z drugimi predpisi oziroma s statutom ZZZS kot osrednjim avtonomnim pravnim aktom nosilca obveznega zavarovanja.

Z namenom preprečevanja določanja pravic in obveznosti po njihovi vsebini, predlagani člen izrecno omenja, da pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja določajo način izvrševanja pravic in obveznosti.

Zaradi načela samouprave, je soglasje izvršne veje oblasti omejeno na točno določene akte ZZZS. Predlagani člen prav tako določa način odločanja članov skupščine zavoda, in sicer zaradi občutnega zmanjšane njihovega števila določa pravilo, da organ odločitve zmeraj sprejema z večino vseh članov.

Podobno kot predlagani 69. člen zakona, tudi predlagani 70. člen zasleduje ravnotežje med pristojnostmi zakonodajalca in načelom samouprave specializirane osebe javnega prava ter njenim avtonomnim pravom. Na raven zakonskega urejanja se namreč prenašajo pristojnosti, ki so bile prej opredeljene v statutu ZZZS, pri tem pa je ohranjena možnost avtonomnega urejanja pristojnosti s statutom, h kateremu daje soglasje izvršna veja oblasti.

V drugem odstavku predloga člena so opredeljene pristojnosti skupščine, ki prej niso bile določene na zakonski ravni, temveč v statutu ZZZS. Nekatere naloge skupščine se podrobneje določajo, in sicer je skupščina odgovorna za določitev dolgoročne vizije in ciljev ZZZS, kar zagotavlja stabilen okvir za razvoj zdravstvenega zavarovanja. S sprejemom finančnega načrta in letnega poročila se zagotavlja finančna preglednost in skladnost s cilji ZZZS, pri čemer ima Vlada Republike Slovenije pomembno vlogo pri soglasju h ključnim dokumentom. Pomembna je tudi vloga skupščine pri imenovanju predstavnikov v svete javnih zdravstvenih zavodov in pri oblikovanju zdravstvene politike ter zakonodaje.

S predlaganimi spremembami skupščina pridobi konkretno opredeljene naloge in pristojnosti, kar zmanjšuje tveganje za nejasnosti in konflikte. Dopolnitev pristojnosti in poudarek na zakonitosti delovanja prispevata k modernizaciji in usklajenosti z načeli sodobnega korporativnega upravljanja. Ta sprememba je ključna za krepitev vloge skupščine kot osrednjega organa upravljanja in nadzora ZZZS, kar zagotavlja večjo odgovornost, učinkovitost in transparentnost delovanja ZZZS.

V četrtem odstavku predloga člena je opredeljena možnost, da skupščina v primeru trikratne zaporedne zavrnitve predloga dokumentov, ki jih predlaga generalni direktor ZZZS, sama pripravi in sprejme navedene dokumente. Gre za dodatni varovalni mehanizem za zagotavljanje učinkovitega vodenja in delovanja ZZZS, s katerim se zagotavlja pravočasni sprejem navedenih dokumentov, če generalni direktor teh ne pripravi ustrezno (v skladu z navodili oziroma izhodišči skupščine).

K 24. členu

Predlagani člen določa pogoje za članstvo v skupščini in pridobitev, trajanje oziroma predčasno prenehanje mandata člana skupščine. Zaradi povečanja upravne učinkovitosti in fleksibilnosti odločanja so v tem členu določeni tudi nekateri pogoji. Namen predlagane spremembe je, da so tudi osebno primerni glede na pomen in naravo funkcije, ki jo izvajajo, saj vse to neposredno vpliva na izvajanje njihove nadzorne (upravljavske) funkcije in posledično na učinkovito organizacijo dela in poslovanje ZZZS.

Mandat je kljub predstavniški naravi telesa omejen, saj se s tem lahko zagotavlja objektivnejše opravljanje nalog.

Razlogi za predčasno prenehanje mandata so izrecno naštet in vključujejo tako objektivne – npr. smrt, izguba statusa obvezno zavarovane osebe, kot tudi subjektivne razloge – npr. nenavzočnost na treh zaporednih sejah skupščine.

Podrobnosti postopkov imenovanja in razrešitve so prepuščene statutu ZZZS, kar omogoča prilagodljivost organizacijskim potrebam ob hkratnem spoštovanju zakonskih okvirjev.

K 25. členu

S predlagano spremembo tretjega odstavka 73. člena se na novo sistemsko, pregledno in vsebinsko usklajeno opredeljuje pristojnosti upravnega odbora, ki so bile do zdaj določene zgolj s statutom ZZZS.

V praksi so bile pristojnosti med skupščino in upravnim odborom pogosto razpršene in ne dovolj jasno razmejene. Predlog konkretno določa, katere vsebine upravni odbor le obravnava in posreduje skupščini, ter katere vsebinsko odloča sam, kar prispeva k večji pravni varnosti in učinkovitosti delovanja ZZZS.

Upravni odbor ima pomembno vlogo pri oblikovanju ključnih strateških in operativnih dokumentov ZZZS. S tem se zagotavlja usklajenost finančnih, organizacijskih in vsebinskih izhodišč z zakonodajo in cilji ZZZS.

Določitev pooblastila za sprejem začasnih sanacijskih ukrepov v primeru presežkov odhodkov nad prihodki (2. točka) omogoča hitrejše ukrepanje upravnega odbora brez nepotrebne administrativnega zastoja. Upravni odbor pridobiva tudi večjo odgovornost za redno spremljanje poslovanja ZZZS, saj se uvaja obveznost četrletnega poročanja skupščini (3. točka), kar omogoča večjo transparentnost ter sprotno odzivanje na morebitne nepravilnosti ali tveganja. Upravni odbor tudi ohranja osrednjo vlogo pri odločanju o razpisih za programe zdravstvenih storitev in izboru izvajalcev (4. točka), kar je ključno za zagotavljanje dostopnosti in kakovosti zdravstvenih storitev v Sloveniji. Prav tako vodi kadrovski postopek za imenovanje generalnega direktorja ter zdravnikov in komisij, kar je v skladu z njegovo operativno funkcijo.

K 26. členu

Predlagani člen na novo in celoviteje ureja položaj, pristojnosti in odgovornosti generalnega direktorja ZZZS, ki je izrecno določen kot poslovodni organ ZZZS, s čimer se krepi odgovornost za vodenje, zastopanje in odločanje.

Pristojnosti generalnega direktorja ZZZS so razširjene in jasno sistematizirane. Med njimi so načrtovanje in vodenje dela ZZZS, predlaganje ključnih dokumentov (letno poročilo, finančni načrt, strateški program), sodelovanje pri določitvi cen in modelov zdravstvenih storitev in dolgotrajne oskrbe, sprejemanje sanacijskih ukrepov ob finančnih primanjkljajih, pogajanje in sklepanje pogodb z izvajalci, dobavitelji in proizvajalci, izvajanje nadzora nad izvajanjem pravic zavarovanih oseb ter uresničevanje strateških usmeritev in zakonskih nalog.

Določba o nasprotju interesov izhaja iz zakona, ki ureja integriteto in preprečevanje korupcije, ter uvaja strožje pogoje, vključno z dolžnostjo predhodne izjave o odsotnosti nasprotja interesov. Dodatno so podrobno opredeljene okoliščine, v katerih se šteje, da nasprotje interesov obstaja, kar zagotavlja večjo pravno varnost in preprečuje dvomna tolmačenja.

Generalni direktor ZZZS je tudi osebno odgovoren za svoje ravnanje – tako materialno kot kazensko. Zavezan je k etičnemu, samostojnemu in strokovnemu opravljanju funkcije, ob dolžnem ravnanju s skrbnostjo dobrega strokovnjaka, kar krepi integriteto vodstva ZZZS in varuje interese javnega zavoda.

Določba o četrletnem poročanju skupščini zagotavlja redni nadzor nad delom generalnega direktorja ZZZS, kar povečuje transparentnost poslovanja. Odzivnost in odgovornost generalnega direktorja ZZZS pa krepi tudi obveznost poročanja na poziv skupščine v 15 dneh.

K 27. členu

Predlagani člen celovito ureja pravila v zvezi z imenovanjem, trajanjem mandata, razlogi za predčasno prenehanje mandata in odgovornostjo generalnega direktorja ZZZS. Zaradi družbenega pomena ZZZS, s tem pa funkcije generalnega direktorja, soglasje k imenovanju daje Državni zbor Republike Slovenije kot splošno predstavniško telo.

V prejšnjem členu se določa vloga generalnega direktorja ZZZS, zato predlagatelj meni, da mora za prevzem funkcije izpolnjevati pogoje, ki jih je izrecno navaja prvi odstavek predlaganega člena. Generalni direktor ZZZS mora biti (v okviru splošnih delovno pravnih pogojev) poslovno sposobna polnoletna oseba, s statusom obvezno zavarovane osebe v skladu z ZZVZZ.

Predlagani določbi 3. in 4. točke prvega odstavka predlaganega člena urejajo področje znanj jezikov. Znati mora slovenski in najmanj en tuj jezik, pri čemer mora znanje slovenskega jezika dosežati jezikovno raven vsaj stopnje C1 in tujega jezika vsaj stopnje B2 po lestvici Skupnega evropskega jezikovnega okvira. Kot dokazilo o znanju slovenskega jezika zadošča npr. potrdilo o zaključeni srednji šoli, ki pouk izvaja v slovenskem jeziku, v Republiki Sloveniji, pri tujem jeziku pa npr. potrdilo o opravljeni maturi iz tujega jezika na srednji šoli v Republiki Sloveniji. Skupni evropski jezikovni okvir je smernica, ki se uporablja za opis stopenj znanja tujih jezikov. Njegov glavni cilj je zagotoviti okvir za metode ocenjevanja in poučevanja, ki se uporablja za vse jezike v Evropi. CEFR sestavlja lestvica šestih stopenj za različna jezikovna znanja, ki je razdeljena v tri širše razdelke. Vse države članice so namreč sprejele teh šest referenčnih stopenj kot standard za ocenjevanje aktivnega znanja jezika posameznika, zato ga v obravnavanem členu uporablja tudi predlagatelj.

S predlagano 5. točko tega odstavka se definira ustrezno izobrazbo, pridobljeno po študijskem programu druge stopnje, oziroma izobrazbo, ki ustreza ravni izobrazbe, pridobljene po študijskih programih druge stopnje, in je v skladu z zakonom, ki ureja slovensko ogrodje kvalifikacij, uvrščena najmanj na 8. raven. Uvrstitev na 8. raven ustreza predbolonjski specializaciji po visokošolskih strokovnih programih in univerzitetnim programom oziroma po novih bolonjskih programih magisteriju stroke, za imenom (2. bolonjska stopnja).

Dodana je tudi zahteva (7. točka tega odstavka), da ne sme biti pravnomočno obsojen oziroma zoper njega ni vložena pravnomočna obtožnica za kaznivo dejanje, ki se preganja po uradni dolžnosti, kar izhaja iz tega, da opravlja ključno funkcijo upravljanja v javnem sektorju, kjer upravlja z javnimi financami.

Točki 8 in 9 tega odstavka so namenjene zmanjševanju nasprotja interesa, krepitvi integritete položaja in preprečevanju korupcije ter nenazadnje zagotavljanju osebni primernosti kandidata, kar naj bi kot celota (skupaj s preostalimi pogoji) prispevalo k večji profesionalizaciji funkcije direktorja, večjemu ugledu te funkcije v javnosti in seveda uspešnejšemu poslovanju ZZZS. Predlagane določbe poskušajo že vnaprej preprečiti situacije, da ne bi prihajalo do nasprotja interesov ali videza tega, tj. do mešanja pomembnih javnopravnih vrednot z morebitnimi zasebnimi interesi posameznikov. Zato se v tem členu jasneje določa pogoje, ki jih mora izpolnjevati oseba, ki je imenovana oziroma ki nastopi svoj mandat na takšni funkciji. Namen določbe je zagotavljanje objektivnega in nepristranskega upravljanja poslovodne funkcije generalnega direktorja, istočasno pa biti zgled ostalim zaposlenim v ZZZS.

Glede zmanjševanja konflikta interesov predlog uveljavlja zahtevo, da generalni direktor ZZZS ne more biti član sveta zdravstvenega zavoda, niti biti poslovodna oseba ali član upravljanja druge pravne osebe ali samostojni podjetnik.

Postopek imenovanja določa, da kandidat za generalnega direktorja ZZZS v postopku javnega razpisa predloži program dela in vizijo razvoja ZZZS, kar omogoča transparenten vpogled v njegove usmeritve in cilje.

Generalni direktor ZZZS nastopi mandat najpozneje v 60 dneh od podanega soglasja Državnega zbora Republike Slovenije, s čimer je postavljen jasn časovni okvir za prevzem funkcije. Obenem določba preprečuje, da bi novi generalni direktor ZZZS začel opravljati funkcijo pred uradnim prenehanjem mandata predhodniku, kar varuje pravno varnost in stabilnost vodenja ZZZS.

Razlogi za predčasno prenehanje mandata so izrecno naštet in vključujejo tako objektivne – npr. smrt, neizpolnjevanje pogojev, kot tudi subjektivne razloge – npr. hujše kršitve obveznosti ali nevestno opravljanje funkcije. Slednje se navezuje na prenehanje mandata generalnemu direktorju ZZZS tudi v primeru iz predloga tega zakona, po katerem skupščina v primeru trikratne zaporedne zavrnitve predlogov dokumentov, ki jih predlaga generalni direktor ZZZS, sam pripravi in sprejme te dokumente. Če pride do takšnega primera, generalni direktor ZZZS namreč ni sposoben ali pripravljen pravočasno zagotoviti ustreznih vsebin skladno z izhodišči in usmeritvami skupščine. S

takšnim ravnanjem generalnega direktorja ZZZS nastanejo ali bi lahko nastale motnje pri opravljanju dejavnosti ZZZS, kar je eden izmed razlogov za predčasno prenehanje njegovega mandata.

Za čas do imenovanja novega generalnega direktorja ZZZS je predvideno imenovanje vršilca dolžnosti, vendar najdlje za eno leto, s čimer se preprečuje prekomerno začasno vodenje in spodbuja pravočasno izvedbo rednega postopka imenovanja.

K 28. členu

77. člen določa zavarovalniški in zavarovalniško medicinski redni in izredni nadzor nad pogodbenimi partnerji ZZZS ter institut pogodbene kazni. Podrobnejše določbe o nadzoru bodo urejene v pravilniku, ki ga v soglasju z ministrom, pristojnim za zdravje in ministrom, pristojnim za dolgotrajno oskrbo, sprejme skupščina, smiselno veljavni ureditvi, v kateri je pravilnik ob tako podanem soglasju sprejel generalni direktor ZZZS.

Člen krepi nadzorno vlogo ZZZS, omogoča zgodnje zaznavanje nepravilnosti, učinkovite sankcije in spodbuja k spoštovanju standardov kakovosti in strokovnosti pri izvajanju zdravstvenih storitev. Gre tudi za mehanizem za varovanje finančne vzdržnosti zdravstvenega sistema in za zagotavljanje primernih zdravstvenih storitev za zavarovane osebe.

K 29. členu

Predlagani člen določa nadzor ZZZS nad drugimi osebami, kot so pogodbeni partnerji, tj. delodajalci in prejemniki denarnih nadomestil, ki so lahko podvrženi laičnemu nadzoru. V primeru kršitev navodil o ravnanju med začasno zadržanostjo od dela lahko ZZZS od zavarovane osebe zahteva povračilo denarnega nadomestila, in sicer za največ tri mesece (sorazmernost sankcije). Določena je tudi obveznost ZZZS, da o izvedenih nadzorih poroča v okviru letnega poročila, ter obveznost nadziranih oseb, da aktivno sodelujejo v postopku nadzora, s čimer se zagotovi njegovo učinkovitost.

Namen določbe je v učinkovitejši porabi sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja in preprečevanju morebitnih zlorab pri uveljavljanju pravic, predvsem denarnih dajatev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

K 30. členu

Nov a77.b člen prinaša jasnejšo opredelitev obveznosti izvajalcev zdravstvene dejavnosti kot pogodbenih partnerjev ZZZS. Cilj spremembe je zagotoviti višjo kakovost, učinkovitost, preglednost in odgovornost pri izvajanju zdravstvenih storitev, ki se financirajo iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja.

S podrobnejšo določitvijo obveznosti izvajalcev zdravstvene dejavnosti se torej krepi kakovost, preglednost in odgovornost pri izvajanju zdravstvenih storitev. Poudarek je na strokovnosti, finančni in informacijski transparentnosti ter dostopnosti storitev za paciente. Ta člen tako izboljšuje delovanje sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja in omogoča učinkovitejše upravljanje zdravstvenih virov, kar je ključno za dolgoročno vzdržnost in kakovost zdravstvene oskrbe v Sloveniji.

K 31. členu

Predlagane spremembe so uskladitvene narave terminologije zaradi spremembe prvega odstavka 15. člena in 20. člena ZZVZZ.

K 32. členu

Predlagana sprememba je uskladitvene narave terminologije zaradi spremembe 77. člena ZZVZZ.

K 33. členu

S predlaganim novim členom se ZZZS daje izrecna pravna podlaga za uveljavljanje povračila stroškov zdravstvenih storitev v primerih, ko zavarovanec med izvajanjem prostočasne aktivnosti s povečano stopnjo tveganja poškodbe povzroči okvaro zdravja. Določba sledi načelu odgovornosti povzročitelja škode, hkrati pa krepi pravno varstvo ZZZS pri upravljanju sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja.

S predlaganim členom se določa, da obvezno zdravstveno zavarovanje ne krije stroškov poškodbe izven dela, če je do nje prišlo pri izvajanju prostočasne aktivnosti s povečanim tveganjem za zdravje in varnost, kot so npr. adrenalinski športi, nevarne rekreativne dejavnosti ipd. Te aktivnosti bodo opredeljene v zakonu, ki ureja varnost prostočasnih storitev, kar omogoča jasne in enotne kriterije za presojo tveganja. Takšen pristop sledi načelu sorazmerne odgovornosti posameznika. Če se nekdo prostovoljno in zavestno odloči za dejavnost, pri kateri obstaja objektivno povečano tveganje za poškodbe, ni utemeljeno, da celotno breme posledic nosi javni sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja, temveč je upravičeno pričakovati dodatno lastno zavarovanje ali kritje iz drugih virov.

Druga alineja predvideva povračilo stroškov zdravstvenih storitev v primeru, ko je bil posameznik poškodovan v nesreči, ki jo je sam povzročil ali je povzročil ogroženost, zaradi katere so nastali stroški nujnega reševanja (npr. stroški zaščitnih in reševalnih intervencij v gorah zaradi neustrezne obutve). Povrnitev škode zaradi navedenega že predvideva Zakon o varstvu pred naravnimi in drugimi nesrečami (Uradni list RS, št. 51/06 – uradno prečiščeno besedilo, 97/10, 21/18 – ZNOrg in 117/22) v 118. členu, v predlaganem členu pa se predvideva tudi povrnitev stroškov zdravljenja v teh primerih.

Ukrep predstavlja preventivno in odgovorno ureditev, ki spodbuja posameznike k skrbnemu in odgovornemu ravnanju pri dejavnostih z večjim tveganjem ter zmanjšuje finančno breme zdravstvene blagajne zaradi poškodb, nastalih v takšnih okoliščinah.

Predlagana ureditev zasleduje cilj večje vzdržnosti zdravstvenega sistema ter uvajanja načela odgovornosti posameznika za lastna tveganja v primerih, ki presegajo okvir običajnega življenjskega ravnanja. Ob tem se zavarovanim osebam ne onemogoča zdravstvena oskrba – ta je še vedno dostopna – vendar se lahko stroški zdravljenja ne krijejo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, temveč iz drugih virov.

K 34. členu

S predlagano spremembo se zagotovi sredstva za financiranje plačila prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje za zaposlene v invalidskih podjetjih s strani državnega proračuna RS. S prenosom financiranja prispevkov na državni proračun se omogoča večja vključenost invalidov v delovno okolje in družbo, kar je pomemben korak k enakim možnostim in večji ekonomski neodvisnosti invalidov, s predlagano določbo pa se zapolni pravna praznina, kdo te prispevke plača.

K 35. členu

V predlaganem členu so določeni roki, v katerih mora minister za zdravje sprejeti podzakonske akte. V dvanajstih mesecih mora sprejeti načrt iz novega četrtega odstavka 21. člena zakona, v šestih mesecih od uveljavitve zakona pa določiti podrobnejši postopek strokovnega vrednotenja, način izbire projektov in drugih aktivnosti ter način financiranja iz novega petega odstavka 21. člena zakona.

K 36. členu

V skladu s predlogom tega člena ZZZS najpozneje v treh mesecih od uveljavitve tega zakona uskladi statut. Do sprejetja statuta ZZZS se uporablja veljavni statut ZZZS, če ni v nasprotju s tem zakonom.

ZZZS mora v skladu s predlogom iz tega člena uskladiti Pravila v treh mesecih od uveljavitve tega zakona.

S predlogom tega člena je določeno, da ZZZS v enem mesecu od uveljavitve tega zakona določi podrobnejši postopek nadzora iz spremenjenega 77. in 77.a člena zakona in sprejme cenik laičnega nadzora iz spremenjenega 77.a člena zakona najpozneje v enem mesecu od določitve podrobnejšega postopka nadzora spremenjenega 77.a člena zakona.

V letu 2021 se je začel nov mandat članom organov ZZZS; in sicer marca 2021 generalni direktorici, oktobra 2021 pa članom skupščine, upravnega odbora in območnih svetov. Člani skupščine in upravnega odbora po predlogu tega zakona nadaljujejo z delom do poteka njihovega mandata.

Generalni direktor z dnem uveljavitve tega zakona nadaljuje svoje delo do poteka njegovega aktualnega mandata za generalnega direktorja ZZZS.

ZZZS uskladi splošne akte s tem zakonom in novim statutom najpozneje v dveh mesecih od sprejema novega statuta.

K 37. členu

S predlogom tega člena je določeno, da dosedanji člani skupščine Zavoda ne glede na izpolnjevanje pogojev iz spremenjenega 72. člena tega zakona opravljajo svojo funkcijo do izteka svojega mandata in da direktor z dnem uveljavitve tega zakona nadaljuje svoje delo kot generalni direktor ZZZS do izteka svojega mandata, kar zagotavlja kontinuiteto delovanja ZZZS.

K 38. členu

S predlogom tega člena je določeno, da se plačilo pavšalnega mesečnega prispevka iz nove enaindvajsete alineje prvega odstavka 7. člena zakona prvič izvede v letu 2026 za leto 2025.

S spremenjenim prvim odstavkom 15. člena zakona se pri nekaterih kategorijah zavarovancev spreminjajo pogoji za vključitev v obvezno zdravstveno zavarovanje. S prehodno določbo se določenim kategorijam zavarovancev ohranja njihov status, in sicer tako, da ohranijo obvezno zdravstveno zavarovanje pod pogoji iz veljavnega ZZVZZ tudi po uveljavitvi tega zakona, in sicer dokler sami pogoji za zavarovanje ne prenehajo. S tem se v že pridobljen status zavarovane osebe ne posega.

K 39. členu

Z dnem uveljavitve tega zakona preneha veljati tudi 87. člen Zakona o dolgotrajni oskrbi, ker je vsebina tega člena prenesena v ZZVZZ, ki je sistemsko ustreznejši zakon. Vsebina 87. člena Zakona o dolgotrajni oskrbi se nanaša na vprašanja, ki so neposredno povezana z zdravstvenim varstvom in zavarovanjem, kar je sistemsko in vsebinsko v pristojnosti ZZVZZ. Prenos zagotavlja, da so ta vprašanja urejena v okviru zakona, ki ureja zdravstveno zavarovanje.

K 40. členu

S to določbo se določi, da se prva alineja tretjega odstavka spremenjenega 13. člena tega zakona se začne uporabljati z uveljavitvijo zakona, ki ureja varnost prostočasnih storitev. Zakon, ki ureja varnost prostočasnih storitev je v pripravi, vendar še ni sprejet, zato se začetek veljavnosti prve alineje tretjega odstavka spremenjenega 13. člena zakona veže ne uveljavitev navedenega zakona.

K 41. členu

S predlaganim členom se določa začetek veljavnosti tega zakona.