

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

I. DEL

TEMELJNE DOLOČBE

1. člen (vsebina zakona)

- (1) Ta zakon ureja sistem zdravstvenega varstva in kot njegov del sistem zdravstvenega zavarovanja v Republiki Sloveniji, ki obsega obvezno zdravstveno zavarovanje (v nadaljnjem besedilu: obvezno zavarovanje) in prostovoljno zdravstveno zavarovanje (v nadaljnjem besedilu: prostovoljno zavarovanje).
- (2) Ta zakon določa naloge Republike Slovenije, samoupravnih lokalnih skupnosti (v nadaljnjem besedilu: lokalna skupnost) in delodajalcev v sistemu zdravstvenega varstva.
- (3) Ta zakon določa obvezno zavarovanje in v tem okviru ureja:
 - osebe, ki so obvezno zavarovane (v nadaljnjem besedilu: zavarovane osebe);
 - pravice zavarovanih oseb iz obveznega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu: pravice) in njihove obveznosti;
 - postopek uveljavljanja pravic v Republiki Sloveniji, državah članicah Evropske unije (v nadaljnjem besedilu: EU), Evropskega gospodarskega prostora (v nadaljnjem besedilu: EGP) in Švicarske konfederacije, državah, s katerimi so sklenjeni mednarodni sporazumi, in drugih državah;
 - zagotavljanje sredstev za obvezno zavarovanje;
 - status, organe, organizacijo in delovanje Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: Zavod), način urejanja odnosov med Zavodom in izvajalci zdravstvene dejavnosti (v nadaljnjem besedilu: izvajalci) in dobavitelji medicinskih in drugih pripomočkov (v nadaljnjem besedilu: dobavitelji) ter vključitev zdravil in živil v sistem obveznega zavarovanja;
 - povrnitev škode Zavodu in neupravičeno pridobljenih sredstev obveznega zavarovanja;
 - zbirke podatkov obveznega zavarovanja;
 - nadzor nad izvajanjem obveznega zavarovanja.
- (4) S tem zakonom se v slovenski pravni red prenašajo naslednje direktive:
 - Direktiva Sveta z dne 21. decembra 1988 v zvezi s preglednostjo ukrepov, ki urejajo določanje cen zdravil za človeško uporabo in njihovo vključitev v področje nacionalnih sistemov zdravstvenega zavarovanja (UL L št. 40 z dne 11. 2. 1989, str. 8) v delu, ki se nanaša na vključevanje zdravil v sistem obveznega zavarovanja;
 - Direktiva 79/7/EGS Sveta z dne 19. decembra 1978 o postopnem izvrševanju načela enakega obravnavanja moških in žensk v zadevah socialne varnosti, Direktiva 2010/41/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 7. julija 2010 o uporabi načela enakega obravnavanja moških in žensk, ki opravljajo samostojno dejavnost, in o razveljavitvi Direktive Sveta 86/613/EGS;
 - Direktiva 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu (UL L št. 88 z dne 4. 4. 2011, str. 45, v nadaljnjem besedilu: Direktiva 2011/24/EU).
- (5) S tem zakonom se podrobneje ureja izvajanje naslednjih uredb EU:
 - Uredba (ES) št. 883/2004 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 29. aprila 2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti (UL L št. 166 z dne 30. 4. 2004, str. 1), zadnjič spremenjene z

Uredbo Sveta (EU) št. 517/2013 z dne 13. maja 2013 o prilagoditvi nekaterih uredb ter odločb in sklepov na področjih prostega pretoka blaga, prostega gibanja oseb, prava družb, politike konkurence, kmetijstva, varnosti hrane, veterinarske in fitosanitarne politike, prometne politike, energetike, obdavčitve, statistike, vseevropskih omrežij, pravosodja in temeljnih pravic, pravice, svobode in varnosti, okolja, carinske unije, zunanjih odnosov, zunanje, varnostne in obrambne politike ter institucij zaradi pristopa Republike Hrvaške (UL L št. 158 z dne 10. 6. 2013, str. 1, v nadaljnjem besedilu: Uredba 883/2004/ES);

- Uredba (ES) št. 987/2009 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 16. septembra 2009 o določitvi podrobnih pravil za izvajanje Uredbe (ES) št. 883/2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti (UL L št. 284 z dne 30. 10. 2009, str. 1), zadnjič spremenjene z Uredbo Komisije (EU) št. 1224/2012 z dne 18. decembra 2012 o spremembi Uredbe (ES) št. 883/2004 Evropskega parlamenta in Sveta o koordinaciji sistemov socialne varnosti in Uredbe (ES) št. 987/2009 Evropskega parlamenta in Sveta o določitvi podrobnih pravil za izvajanje Uredbe (ES) št. 883/2004 (UL L št. 349 z dne 19. 12. 2012, str. 45, v nadaljnjem besedilu: Uredba 987/2009/ES).

2. člen **(temeljna načela in cilji zakona)**

- (1) Zdravstveno varstvo temelji na načelih univerzalnosti, dostopnosti, solidarnosti, vzajemnosti, enakosti, nepridobitnosti in zagotavljanju visoko kakovostne zdravstvene oskrbe, kot jo opredeljuje zakon, ki ureja pacientove pravice (v nadaljnjem besedilu: splošna zdravstvena oskrba).
- (2) Univerzalnost pomeni, da je vsakomur, v skladu s pogoji tega zakona, omogočen dostop do zdravstvenega varstva, vključno z obveznim zavarovanjem.
- (3) Dostopnost pomeni krajevna bližina izvajalca zdravstvene dejavnosti, ki so dostopne v razumnem času, brez prekomerne finančne obremenitve posameznika, z vnaprejšnjo določitvijo ravnanja ter preglednostjo vsebinskih in postopkovnih pravic posameznikov. Vsak ima dostop do splošne zdravstvene oskrbe v skladu s potrebami zdravstvenega stanja. Prednostni dostop se določi le upoštevanje nujnost zdravstvenega posega.
- (4) Solidarnost pomeni, da vsak prispeva v skladu s svojimi ekonomskimi zmožnostmi in prejema splošno zdravstveno oskrbo v skladu s potrebami zdravstvenega stanja.
- (5) Enakost pomeni dostop do splošne zdravstvene oskrbe v skladu s potrebami zdravstvenega stanja, neodvisno od etnične pripadnosti, spola, starosti, socialnega statusa, sposobnosti plačila ali druge osebne okoliščine.
- (6) Nepridobitnost pomeni zagotavljanje splošne zdravstvene oskrbe na način, da glavni cilj opravljanja zdravstvene dejavnosti ni ustvarjanje presežka prihodka nad odhodki.
- (7) Visoko kakovostno splošno zdravstveno oskrbo zagotavljajo ustrezno usposobljeni izvajalci zdravstvene dejavnosti s sodobno opremo in postopki zdravljenja, ki so v skladu z individualnim načrtom zdravljenja namenjeni dosegu ciljev zdravljenja. Ti so bolezen ali poškodbo prepoznati, jo pozdraviti, preprečiti poslabšanje ali lajšati tegobe.
- (8) Temeljni cilj tega zakona je zagotoviti in omogočiti najvišje dosegljivo zdravje prebivalstva na podlagi naslednjih ukrepov:
 - vključitev vseh prebivalcev in aktivnih oseb na območju Republike Slovenije v sistem obveznega zavarovanja, če ni s tem zakonom, z mednarodnim sporazumom ali s pravnim redom EU drugače določeno;
 - zagotavljanje zdravja s poudarkom na promociji, preventivi in varovanju zdravja;

- načrtovanje razvoja odzivnega sistema zdravstvenega varstva v skladu z realnimi potrebami prebivalstva ob zagotavljanju kakovosti, varnosti in učinkovitosti splošne zdravstvene oskrbe;
- načrtovanje, upravljanje, nadzorovanje ter zagotavljanje finančne vzdržljivosti sistema zdravstvenega varstva.

3. člen (pomen izrazov)

- (1) Pojmi, uporabljeni v tem zakonu, imajo naslednji pomen:
1. **Ambulantna lista zdravil** je lista zdravil iz tretjega odstavka 238. člena tega zakona.
 2. **Bolezni in poškodbe izven dela** so bolezni in zdravstvenega stanja, katerih vzrok nastanka ne izhaja iz delovnega okolja.
 3. **Bolnišnična lista zdravil** je lista zdravil iz četrtega odstavka 238. člena tega zakona.
 4. **Cena zdravila** je skupni izraz za veljavno cena zdravila, dogovorjeno ceno galenskega zdravila in določeno ceno magistralnega zdravila in je podlaga za obračun zdravila iz obveznega zavarovanja.
 5. **Čakalna doba** ima isti pomen kot v zakonu, ki ureja pacientove pravice.
 6. **Čakalni seznam** ima isti pomen kot v zakonu, ki ureja pacientove pravice.
 7. **Direkcija Zavoda** je organizacijska enota Zavoda, ki je pristojna tudi za odločanje na drugi stopnji v postopkih iz prvega odstavka 291. člena tega zakona.
 8. **Dobavitelj** je lekarna ali specializirana prodajalna za izvajanje prometa na drobno z medicinskimi in drugimi pripomočki in ima z Zavodom sklenjeno pogodbo o izdaji, o izposoji ali o izdaji in izposoji medicinskih in drugih pripomočkov.
 9. **Drug pripomoček** je pripomoček, ki je povezan z medicinsko rehabilitacijo določenega zdravstvenega stanja ali je njegova uporaba povezana z medicinskim pripomočkom, pa ne gre za medicinski pripomoček.
 10. **Država članica** je država članica EU, EGP in Švicarska konfederacija, če zanje velja pravni red EU.
 11. **Dodana vrednost zdravila** je pozitivna vrednost v terapevtskem ali ekonomskem smislu glede na primerjalna zdravila z list zdravil ali glede na standardno zdravljenje, ki se oceni na podlagi meril za razvrstitev zdravila.
 12. **Dodana vrednost živila** je pozitivna vrednost v terapevtskem ali ekonomskem smislu glede na primerjalna živila z receptne liste, ali glede na standardno zdravljenje, ki se oceni na podlagi meril za razvrstitev živila.
 13. **Dodatna pokojnina** je pravica iz prostovoljnega dodatnega zavarovanja, ki se izplačuje v obliki pokojninske rente v skladu z zakonom, ki ureja pokojninsko in invalidsko zavarovanje.
 14. **Dogovorjena cena galenskega zdravila** je cena, ki jo Zavod dogovori za galensko zdravilo na podlagi tega zakona in splošnih aktov Zavoda.
 15. **Dogovorjena cena zdravila** je veljavna cena zdravila, ki jo Zavod dogovori za industrijsko proizvedeno zdravilo.
 16. **Dogovorjena cena živila** je cena, ki jo Zavod dogovori za živilo na podlagi tega zakona in splošnih aktov Zavoda, in je podlaga za obračun živila iz obveznega zavarovanja.
 17. **Določena cena magistralnega zdravila** je cena, ki jo Zavod določi za magistravno zdravilo na podlagi tega zakona in splošnih aktov Zavoda.
 18. **Enako zdravilo** je zdravilo, ki ima enako splošno ime in terapevtsko indikacijo kot zdravilo s katerekoli liste zdravil.
 19. **Funkcionalno ustrezen medicinski ali drug pripomoček** je medicinski ali drug pripomoček, ki zavarovani osebi glede na njeno zdravstveno stanje zagotavlja zdravljenje ali medicinsko rehabilitacijo.

20. **Imenovani zdravnik** je organ Zavoda, ki je pristojen tudi za odločanje na prvi stopnji v postopkih iz prvega odstavka 290. člena tega zakona;
21. **Imetnik dovoljenja za zdravilo** je skupni izraz za imetnika dovoljenja za zdravilo iz 1. do 4. točke, imetnika potrdila o prigrisatvi paralelne distribucije iz 2. točke prvega odstavka 239. člena tega zakona in njegovega zastopnika.
22. **Izdelovalec galenskega zdravila** je izvajalec lekarniške dejavnosti, ki za izdelavo galenskega zdravila izpolnjuje pogoje v skladu z zakonom, ki ureja zdravila, in zakonom, ki ureja lekarniško dejavnost.
23. **Izločitev zdravila in živila** pomeni ukinitvev kritja vrednosti zdravila in živila iz obveznega zavarovanja.
24. **Izvajalec** je zdravstveni zavod in druga pravna in fizična oseba, ki opravlja zdravstveno dejavnost v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnost in ima z Zavodom sklenjeno pogodbo za izvajanje določene zdravstvene oskrbe.
25. **JAZMP** je Javna agencija Republike Slovenije za zdravila in medicinske pripomočke.
26. **Kartica zdravstvenega zavarovanja** je identifikacijski dokument, s katerim zavarovana oseba uveljavlja pravice pri izvajalcih in dobaviteljih.
27. **Liste zdravil** je skupni izraz za receptno, ambulantno in bolnišnično listo zdravil.
28. **Listina** je listina, potrebna za uresničevanje obveznega zavarovanja, izdana v papirni ali elektronski obliki.
29. **Magistralno zdravilo** je zdravilo, ki se izdala v lekarni za zavarovano osebo ali skupino zavarovanih oseb, če za doseganje terapevtskega učinka na trgu v Republiki Sloveniji ni industrijsko proizvedenega ali galenskega zdravila z list zdravil z enako ali primerljivo sestavo učinkovin in v primerljivi jakosti ali farmacevtski obliki, in se ga izda neposredno po izdelavi.
30. **Medicinski pripomoček** je medicinski pripomoček, ki se izda na naročilnico, in medicinski pripomoček, ki ga v breme lastnih materialnih stroškov izda izvajalec.
31. **Mednarodni sporazum** je sporazum o socialnem zavarovanju, ki ga je Republika Slovenija sklenila z eno ali več drugimi državami.
32. **Motnja v preskrbi z živilom** ima smiselno enak pomen kot motnja v preskrbi z zdravilom v zakonu, ki ureja zdravila.
33. **Nadzorni organ Zavoda** je pooblaščenca oseba Zavoda za opravljanje nadzora nad uresničevanjem pravic in obveznosti iz obveznega zavarovanja in za opravljanje nadzora nad izpolnjevanjem pogodb, sklenjenih z izvajalci in dobavitelji.
34. **Najdaljša dopustna čakalna doba** je doba, ki jo za posamezno zdravstveno storitev glede na stopnjo nujnosti določa predpis, ki ureja najdaljše dopustne čakalne dobe za posamezne zdravstvene storitve.
35. **Najvišja priznana vrednost** je cenovni standard, do katerega se krije zdravilo in živilo iz obveznega zavarovanja, ki ga določa Zavod na podlagi tega zakona in splošnega akta Zavoda.
36. **Napotni zdravnik** je zdravnik, pri katerem zavarovana oseba uveljavi zdravstveno oskrbo na podlagi napotnice ali napotnice EU, in opravlja zdravstveno dejavnost na isti ali višji ravni kot zdravnik ali drug pristojni zdravstveni delavec, ki je izdal napotnico ali napotnico EU.
37. **Napotnica** je listina Zavoda, s katero osebni ali napotni zdravnik ali drug pristojni zdravstveni delavec prenese pooblastilo za ugotavljanje bolezni ali poškodbe in njeno zdravstveno oskrbo na drugega zdravnika ali drugega pristojnega zdravstvenega delavca na višji ali isti ravni zdravstvene dejavnosti.
38. **Napotnica EU** je listina, ki jo v okviru zdravstvene storitve iz 1., 2. ali 3. točke prvega odstavka 160. člena tega zakona predpiše zdravnik v drugi državi članici EU, ki izpolnjuje enake pogoje kot pristojni zdravnik.
39. **Naročilnica** je listina Zavoda, na podlagi katere lahko zavarovana oseba pridobi medicinski ali drug pripomoček za zdravljenje ali nego na domu in jo izda pristojni zdravnik ali drug pristojni zdravstveni delavec.

40. **Naročilnica EU** je naročilnici enakovredna listina, ki jo v okviru zdravstvene storitve iz 1., 2. ali 3. točke prvega odstavka 160. člena tega zakona izda oseba v drugi državi članici EU, ki izpolnjuje enake pogoje kot pristojni zdravnik ali drug pristojni zdravstveni delavec v Republiki Sloveniji.
41. **NIJZ** je Nacionalni inštitut za javno zdravje.
42. **Novo zdravilo** je zdravilo, ki glede na splošno ime še ni razvrščeno na nobeno listo zdravil, in zdravilo s katerekoli liste zdravil s terapevtsko indikacijo, ki še ni razvrščena na nobeno listo zdravil.
43. **Novo živilo** je živilo, ki glede na sestavo še ni razvrščeno na receptno listo, in živilo z receptne liste s terapevtsko indikacijo, ki še ni razvrščena na receptno listo.
44. **Območna enota Zavoda** je organizacijska enota Zavoda, ki je pristojna tudi za odločanje na prvi stopnji v postopkih iz prvega odstavka 291. člena tega zakona.
45. **Osebni zdravnik** je skupni izraz za osebnega splošnega zdravnika, osebnega otroškega zdravnika, osebnega zobozdravnika in osebnega ginekologa, ki ga zavarovana oseba izbere na osnovni ravni zdravstvene dejavnosti v skladu s tem zakonom in splošnimi akti Zavoda.
46. **Partner** je zakonec, zunajzakonski partner, partner iz partnerske zveze ali partner iz neskljenjene partnerske zveze.
47. **Podobno živilo** je živilo, ki je glede na sestavo in terapevtsko indikacijo primerljivo živilu z receptne liste.
48. **Podzakonski akt** je na podlagi tega zakona izdan predpis in splošni akt Zavoda.
49. **Poklicna pokojnina** je pravica iz obveznega dodatnega zavarovanja, ki se izplačuje v obliki poklicne pokojnine v skladu z zakonom, ki ureja pokojninsko in invalidsko zavarovanje.
50. **Poškodba pri delu in poklicna bolezen** ima isti pomen kot v zakonu, ki ureja pokojninsko in invalidsko zavarovanje.
51. **Pravila koordinacije sistemov socialne varnosti** so določila Uredbe 883/2004/ES in Uredbe 987/2009/ES.
52. **Pravni red EU** so pravni predpisi EU na področju koordinacije sistemov socialne varnosti, ki se v Republiki Sloveniji neposredno uporabljajo.
53. **Preventivni pregled** je pregled, na podlagi katerega se spremlja zdravstveno stanje posameznika, odkriva dejavnike tveganja ali bolezni in zagotavlja pravočasno zdravljenje.
54. **Prijavljeno prebivališče** je stalno ali začasno prebivališče v Republiki Sloveniji v skladu s predpisi, ki urejajo prijavo prebivališča.
55. **Prilagoditev** je poseg v medicinski ali zobno-protetični pripomoček, s katerim ta dobi ustrezne lastnosti za zavarovano osebo glede na njeno zdravstveno stanje, ki ga predvidi proizvajalec medicinskega pripomočka ali izvajalec zobozdravstvenih storitev.
56. **Primerjalna terapevtska vrednost zdravila ali živila** je razlika med učinkovitostjo dveh ali več zdravil ali živil ali razlika med učinkovitostjo zdravila ali živila in standardnega zdravljenja, ki ne vključuje tega zdravila ali živila, ki predstavlja primerljivo alternativo za doseganje zelenega izida zdravljenja v klinični praksi.
57. **Primerjalno zdravilo** je zdravilo, ki je osnova za primerjavo zdravila pri ocenjevanju primerjalne terapevtske vrednosti zdravila in farmakoekonomskih podatkov.
58. **Primerjalno živilo** je živilo, ki je osnova za primerjavo živila pri ocenjevanju primerjalne terapevtske vrednosti živila, prilagojenosti sestave hranil v živilu, specifične za zdravstveno stanje, in farmakoekonomskih podatkov.
59. **Primerljiva farmacevtska oblika zdravila** je različna farmacevtska oblika zdravila s primerljivim sproščanjem in enakim načinom uporabe.
60. **Primerljivi odmerek zdravila** je odmerek zdravila, ki glede na podatke iz povzetka glavnih značilnosti zdravila in strokovne literature daje primerljiv klinični učinek glede na primerjalno zdravilo.
61. **Pripomoček (artikel)** je serijsko izdelan medicinski pripomoček.

62. **Priporočeni odmerek zdravila** je vzdrževalni odmerek zdravila za 70 kilogramov težko odraslo osebo za določeno terapevtsko indikacijo.
63. **Pristojni zdravnik** je osebni zdravnik, napotni zdravnik ali drug zdravnik pri izvajalcu, ki je na podlagi zakona ali splošnega akta Zavoda pristojen izvesti določeno zdravstveno oskrbo ali izvesti drugo storitev v okviru obveznega zavarovanja.
64. **Pristojni zdravstveni delavec** je zdravstveni delavec, ki je na podlagi zakona ali splošnega akta Zavoda pristojen izvesti določeno storitev zdravstvene oskrbe ali drugo storitev iz obveznega zavarovanja.
65. **Prispevek** je prispevek za obvezno zavarovanje, ki je obvezna denarna dajatev, ki jo zavezanec plača za uresničevanje pravic.
66. **Proizvajalec živila** je skupni izraz za proizvajalca živila in njegovega zastopnika.
67. **Razumen čas** ima isti pomen kot v zakonu, ki ureja pacientove pravice.
68. **Recept** je listina Zavoda za predpis zdravila in živila z receptne liste.
69. **Recept EU** je listina za predpis zdravila in živila z receptne liste, ki jo v okviru zdravstvene storitve iz 1., 2. ali 3. točke prvega odstavka 160. člena tega zakona predpiše zdravnik v drugi državi članici EU, ki izpolnjuje enake pogoje kot pristojni zdravnik.
70. **Receptna lista** je lista zdravil iz drugega odstavka 238. člena tega zakona.
71. **ošni akt Zavoda** je splošni akt Zavoda za izvajanje obveznega zavarovanja. **Spl**
72. **ndard kakovosti zdravstvene storitve** je standard, kot ga določa zakon, ki ureja zdravstveno dejavnost. **Sta**
73. **apevtska indikacija zdravila** je zdravstveno stanje, pri katerem lahko zdravilo učinkuje v smislu ozdravitve ali izboljšanja, ki je navedeno v povzetku glavnih značilnosti zdravila ali terapevtski smernici ali priporočilu ali ima podlago v klinični raziskavi. **Ter**
74. **apevtska skupina zdravil** je skupina industrijsko proizvedenih zdravil z receptne liste iz 255. člena tega zakona. **Ter**
75. **ec** je oseba, kot je opredeljena v zakonu, ki ureja tujce. **Tuj**
76. **izvajalec** je izvajalec zdravstvene dejavnosti, ki izvaja zdravstveno oskrbo izven Republike Slovenije. **Tuj**
77. **avna cena zdravila** je določena ali dogovorjena cena zdravila v skladu s predpisi, ki urejajo zdravila. **Velj**
78. **asna nezmožnost za delo** je zadržanost zaradi bolezni ali poškodbe. **Zač**
79. **asna zadržanost od dela** je zadržanost iz vseh razlogov iz prvega odstavka 115. člena tega zakona. **Zač**
80. **topnik proizvajalca** je poslovni subjekt, ki ima s proizvajalcem sklenjeno pogodbo o zastopanju in izpolnjuje pogoje za opravljanje prometa na debelo z medicinskimi ali drugimi pripomočki. **Zas**
81. **arovalna podlaga** je pravno razmerje, ki je podlaga za nastanek zavarovalnega razmerja. **Zav**
82. **arovalni čas** je zavarovalni čas, kot je opredeljen v zakonu, ki ureja pokojninsko in invalidsko zavarovanje. **Zav**
83. **arovalno razmerje** je razmerje med Zavodom in zavarovano osebo, ki po samem zakonu **Zav**

nastopi s pridobitvijo lastnosti zavarovane osebe in preneha z izgubo lastnosti zavarovane osebe.

84. **Zav**
arovalnica je pravna oseba, ki opravlja dejavnost prostovoljnega zavarovanja v skladu s predpisi, ki urejajo zavarovalništvo.
85. **Zdr**
avilo je skupni izraz za industrijsko proizvedeno, galensko in magistralno zdravilo.
86. **Zdr**
avilo na recept je zdravilo z receptne liste, ki se predpiše na recept ali recept EU.
87. **Zdravstvena dokumentacija** ima isti pomen kot v zakonu, ki ureja zbirke podatkov s področja zdravstvenega varstva.
88. **Zdravstvena komisija** je organ Zavoda, ki je pristojen tudi za odločanje na drugi stopnji v postopkih iz prvega odstavka 290. člena tega zakona.
89. **Zdravstvena oskrba** je zdravstvena oskrba, ki se zagotavlja iz obveznega zavarovanja in obsega pravico do zdravstvenih storitev, pravico do zdravil, pravico do živil ter pravico do medicinskih in drugih pripomočkov.
90. **Zdravstvena tehnologija** je tehnologija, kot jo opredeljuje zakon, ki ureja zdravstveno dejavnost.
91. **Zdravstveni delavec** je skupni izraz za zdravstvenega delavca in zdravstvenega sodelavca v zakonu, ki ureja zdravstveno dejavnost.
92. **Zdravstveno nadomestilo** je obvezno plačilo zavarovane osebe za obvezno zavarovanje, ki ima značaj javnofinančnih sredstev.
93. **Zobno-protetični pripomoček** je pripomoček, ki je sestavni del zobozdravstvene storitve.
94. **Živilo** je živilo za posebne zdravstvene namene kot je opredeljeno v predpisih, ki urejajo živila za posebne zdravstvene namene.
95. **Živilo na recept** je živilo z receptne liste, ki se predpiše na recept ali recept EU.
- (2) Izrazi medicinski pripomoček (pojem), proizvajalec in predstavnik proizvajalca imajo isti pomen kot v zakonu, ki ureja medicinske pripomočke.
- (3) Drugi izrazi, uporabljeni v tem zakonu, imajo isti pomen kot v zakonu, ki ureja zdravstveno dejavnost, in predpisih, ki urejajo zdravila in živila.

II. DEL

ZDRAVSTVENO VARSTVO

4. člen (zdravstveno varstvo in naloge Republike Slovenije)

- (1) Zdravstveno varstvo obsega aktivnosti Republike Slovenije, lokalnih skupnosti, delodajalcev in drugih pravnih in fizičnih oseb na področju ohranjanja in krepitev zdravja, preprečevanja, zgodnjega odkrivanja in pravočasnega zdravljenja, nege in rehabilitacije zbolelih in poškodovanih.
- (2) Republika Slovenija uresničuje svoje naloge na področju zdravstvenega varstva s tem, da:
- načrtuje in usklajuje sistem zdravstvenega varstva in določa strategijo, naloge ter cilje zdravstvenega varstva;
 - sprejema predpise na področju zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja in nadzoruje njihovo izvajanje;
 - z ukrepi davčne, gospodarske in drugih politik spodbuja razvijanje zdravih življenjskih navad ter ohranjanje in krepitev zdravja na vseh področjih;

- zagotavlja razvoj zdravstvenega informacijskega sistema;
 - skrbi za izenačitev socialno-ekonomskih razlik preko zagotavljanja dodatnih sredstev za izvajanje javne zdravstvene dejavnosti na primarni ravni na demografsko ogroženih območjih;
 - določa sistem obveznega zavarovanja, njegovo financiranje in nadzor nad njegovim delovanjem;
 - določa pravice in obveznosti obvezno zavarovanih oseb;
 - določa sistem prostovoljnih zavarovanj;
 - oblikuje mrežo javne zdravstvene službe in določa merila za vključitev vanjo, upoštevajoč dostopnost do zdravstvene oskrbe po posameznih območjih;
 - določa usmeritve in obveznosti lokalnih skupnosti in delodajalcev pri ohranjanju in krepitevi zdravja;
 - zagotavlja finančna sredstva za naloge iz svoje pristojnosti, določene s tem zakonom.
- (3) Za uresničevanje nalog iz prejšnjega odstavka Državni zbor Republike Slovenije sprejme Resolucijo zdravstvenega varstva (v nadaljnjem besedilu: Resolucija) za obdobje šestih let.
- (4) Predlog Resolucije pripravi ministrstvo, pristojno za zdravje (v nadaljnjem besedilu: ministrstvo) v sodelovanju z NIJZ, Zdravstvenim svetom, Zavodom, zbornicami s področja zdravstvene dejavnosti in združenjem izvajalcev javne zdravstvene dejavnosti.
- (5) Za uresničevanje nalog, določenih v Resoluciji, ministrstvo sprejme Akcijski načrt zdravstvenega varstva (v nadaljnjem besedilu: Akcijski načrt), ki temelji na izhodiščih ekonomske in socialne politike ter makroekonomskih izhodiščih Vlade Republike Slovenije (v nadaljnjem besedilu: Vlada) za načrtovanje javnih financ in se v primeru sprememb ustrezno dopolnjuje in revidira.
- (6) Ministrstvo sprejme Akcijski načrt za naslednje koledarsko leto v soglasju z ministrstvom, pristojnim za finance, do 31. oktobra tekočega leta. Obstoječi Akcijski načrt se uporablja do sprejema novega Akcijskega načrta.

5. člen

(finančne obveznosti Republike Slovenije)

Republika Slovenija zagotavlja iz proračuna finančna sredstva za:

1. spremljanje in proučevanje zdravstvenega stanja in kakovosti življenja, skupaj z dejavniki, ki vplivajo na zdravje;
2. izvajanje ukrepov na področju promocije, preventive in varovanja zdravja, ter ocenjevanje učinkovitosti sprejetih ukrepov;
3. izvajanje zdravstvenih ukrepov ob epidemijah, elementarnih nesrečah in drugih izrednih razmerah;
4. načrtovanje in zagotavljanje sistema javne zdravstvene dejavnosti, njegovo organizacijo ter nadzor;
5. financiranje poskusnih in raziskovalnih projektov za hitrejšo uvedbo novih zdravstvenih tehnologij;
6. izobraževalno in raziskovalno dejavnost izvajalcev zdravstvene dejavnosti na terciarni ravni zdravstvene dejavnosti, ki ni financirana iz drugih virov, neposredno ali preko državnih agencij ali drugih oblik;
7. plače in druge prejemke iz delovnega razmerja pripravnikov in specializantov v mreži javne zdravstvene službe;
8. sofinanciranje mednarodnega sodelovanja na področju zdravstvenega varstva;
9. sofinanciranje humanitarnih, invalidskih, strokovnih in drugih društev ter organizacij na področju zdravja;

10. dejavnost preskrbe s krvjo in delov človeškega telesa v skladu s predpisi, ki urejajo preskrbo s krvjo in deli človeškega telesa;
11. zdravstvene preglede vojakov na prostovoljnem služenju ter oseb, ki pogodbeno opravljajo vojaško službo v rezervni sestavi Slovenske vojske, za določitev ocene zdravstvene sposobnosti za vojaško službo, za službo v rezervni sestavi policije ali v pomožni policiji ali službo v Civilni zaščiti ali drugih reševalnih sestavah, ki jih organizirajo državni organi;
12. posebne pravice, ki niso vključene v obvezno zavarovanje, v skladu s predpisi, ki urejajo pravice vojnih invalidov in civilnih invalidov vojne, vojnih veteranov, žrtev vojnega nasilja in udeležencev drugih vojn;
13. nujno zdravljenje oseb, ki niso vključene v obvezno zavarovanje;
14. načrtovanje, upravljanje in nadziranje zdravstvenega informacijskega sistema;
15. naloge javnih pooblastil, ki jih imajo pristojne zbornice;
16. kritje stroškov dela organov, ki izvajajo naloge varovanja pacientovih pravic zunaj izvajalcev zdravstvene dejavnosti, v skladu z zakonom, ki ureja pacientove pravice;
17. plačilo prispevkov in zdravstvenega nadomestila za določene skupine zavarovancev v skladu s tem zakonom;
18. plačilo prispevkov za obvezno zavarovanje za zavezance, ki jim je oprostitev plačila teh obveznosti določena z drugim zakonom;
19. javne zdravstvene zavode, ki jih je ustanovila, in sicer za investicije in druge obveznosti, določene z zakonom;
20. dopolnilna sredstva za delovanje javne zdravstvene dejavnosti na primarni ravni na demografsko ogroženih območjih;
21. višji standard za medicinske in druge pripomočke.

6. člen **(naloge lokalnih skupnosti)**

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

7. člen **(naloge delodajalcev)**

- (1) Delodajalec opravlja naloge povezane z zagotavljanjem zdravega delovnega okolja, v skladu s cilji, določenimi v Resoluciji in na podlagi predpisov, ki urejajo varnost in zdravje pri delu.
- (2) Sredstva za financiranje nalog iz prejšnjega odstavka zagotovi delodajalec.

III. DEL

ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE

I. poglavje

OPREDELITEV

8. člen (zdravstveno zavarovanje)

- (1) Zdravstveno zavarovanje je obvezno in prostovoljno zavarovanje za tveganje nastanka bolezni in poškodb, ki nastanejo izven dela ali pri delu.
- (2) Obvezno zavarovanje je vrsta obveznega socialnega zavarovanja, ki se izvaja kot javna služba, in obsega:
 - zavarovanje za primer bolezni, poroda in poškodbe izven dela;
 - zavarovanje za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni.
- (3) Nosilec in izvajalec obveznega zavarovanja v Republiki Sloveniji je Zavod.
- (4) Stroške zdravstvene oskrbe in druge stroške za primer bolezni, poroda in poškodbe, katerih plačilo ni pravica, plača posameznik iz lastnih sredstev. Za plačilo teh stroškov, katerih plačilo ni pravica, se lahko posameznik prostovoljno zavaruje.
- (5) Prostovoljno zavarovanje izvajajo zavarovalnice.

II. poglavje

OBVEZNO ZAVAROVANJE

9. člen (obvezno zavarovanje)

- (1) Zavarovalno razmerje med zavarovano osebo in Zavodom nastane in preneha na podlagi tega zakona z vzpostavitvijo in prenehanjem pravnega razmerja, ki je podlaga za obvezno zavarovanje.
- (2) Nastanek in prenehanje pravnega razmerja Zavodu sporoči pravna in fizična oseba, ki je po tem zakonu zavezanec za prijavo v obvezno zavarovanje in odjavo iz obveznega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu: zavezanec za prijavo).
- (3) Obseg obveznega zavarovanja določa ta zakon.

- (4) Za uresničevanje pravic zavarovanci, njihovi delodajalci in drugi zavezanci, določeni v tem zakonu, plačujejo prispevke in zdravstveno nadomestilo v sorazmerju s svojimi dohodki oziroma osnovami, ki jih določa ta zakon.

III. poglavje

OBVEZNO ZAVAROVANE OSEBE

10. člen (zavarovane osebe)

- (1) Obvezno zavarovane osebe po tem zakonu so zavarovanci iz 11. do 22. člena tega zakona (v nadaljnjem besedilu: zavarovanec) in po njih zavarovani družinski člani iz 24. in 25. člena tega zakona (v nadaljnjem besedilu: družinski član).
- (2) Obvezno so zavarovane osebe, za katere se v skladu s pravnim redom EU uporablja zakonodaja Republike Slovenije, ki ureja obvezna socialna zavarovanja.

11. člen (osebe v delovnem razmerju)

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

12. člen (samozaposlene osebe)

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

13. člen (družbeniki in ustanovitelji, ki so poslovodne osebe)

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

14. člen
(osebe, ki opravljajo kmetijsko dejavnost)

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

15. člen
(vojaki)

Obvezno se zavarujejo vojaki na prostovoljnem služenju vojaškega roka.

16. člen
(uživalci pravic)

- (1) Obvezno se zavarujejo osebe, ki prejemajo denarno nadomestilo iz 122. člena tega zakona.
- (2) Obvezno se zavarujejo osebe, ki so v skladu s predpisi, ki urejajo trg dela, upravičene do denarnega nadomestila za primer brezposelnosti.
- (3) Obvezno se zavarujejo osebe, ki so v skladu s predpisi, ki urejajo starševsko varstvo, upravičene do:
 - starševskega nadomestila, če niso upravičene do starševskega dopusta,
 - starševskega nadomestila po prenehanju delovnega razmerja,
 - plačila sorazmernega dela prispevkov in dela s krajšim delovnim časom zaradi varstva in nege otroka za razliko do polnega delovnega časa,
 - delnega plačila za izgubljeni dohodek ali
 - plačila prispevkov za socialno varnost v primeru štirih ali več otrok.
- (4) Obvezno se zavarujejo družinski pomočniki, ki so v skladu s predpisi, ki urejajo socialno varstvo, upravičeni do delnega plačila za izgubljeni dohodek.
- (5) Obvezno se zavarujejo osebe s prijavljenim prebivališčem, ki so v skladu s predpisi, ki urejajo pokojninsko in invalidsko zavarovanje, upravičene do nadomestila za čas poklicne rehabilitacije.
- (6) Obvezno se zavarujejo osebe s prijavljenim prebivališčem, ki prejemajo pokojnino v skladu s predpisi, ki urejajo pokojninsko in invalidsko zavarovanje, ali preživnino v skladu s predpisi, ki urejajo preživninsko varstvo kmetov. Za pokojnino se šteje pokojnina iz obveznega pokojninskega in invalidskega zavarovanja ter poklicna pokojnina.
- (7) Obvezno se zavarujejo osebe s prijavljenim prebivališčem, ki prejemajo pokojnino od tujega nosilca pokojninskega zavarovanja, če ni s pravnim redom EU ali z mednarodnim sporazumom drugače določeno.
- (8) Obvezno se zavarujejo osebe s prijavljenim prebivališčem, ki so v skladu s predpisi, ki urejajo pokojninsko in invalidsko zavarovanje, upravičene do nadomestila zaradi invalidnosti.
- (9) Obvezno se zavarujejo osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki so upravičene do invalidnine v skladu s predpisi, ki urejajo pravice vojnih invalidov, civilnih invalidov vojne, vojnih veteranov, žrtev vojnega nasilja in udeležencev drugih vojn ter republiške priznavalnine.
- (10) Obvezno se zavarujejo osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki so v skladu s predpisi, ki urejajo varstvo udeležencev vojn, upravičene do priznavalnine.

- (11) Obvezno se zavarujejo osebe, ki so v skladu s predpisi, ki urejajo družbeno varstvo duševno in telesno prizadetih odraslih oseb, upravičene do nadomestila za invalidnost.
- (12) Obvezno se zavarujejo osebe, ki so v skladu s predpisi, ki urejajo socialno varstvene prejemke, upravičene do trajne denarne socialne pomoči.

17. člen
(begunci in osebe s subsidiarno zaščito)

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

18. člen
(tujci, ki se izobražujejo)

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

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

Obvezno se zavarujejo otroci s prijavljenim prebivališčem, ki niso obvezno zavarovani kot družinski člani na podlagi 24. člena tega zakona, če izpolnjujejo pogoje iz tretjega ali četrtega odstavka 24. člena tega zakona.

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

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

21. člen
(osebe s prebivališčem v Republiki Sloveniji)

- (1) Obvezno se zavarujejo osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji.
- (2) Obvezno se zavarujejo osebe, ki imajo prijavljeno prebivališče zaradi združitve z družino.

22. člen
(priporniki in obsojenci)

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

23. člen
(prednostni red obveznega zavarovanja)

- (1) Če oseba hkrati izpolnjuje pogoje za vključitev v obvezno zavarovanje po več zavarovalnih podlagah iz 11. do 21. člena tega zakona, se obvezno prednostno zavaruje po tisti zavarovalni podlagi, ki je navedena pred drugimi.
- (2) Če je zavarovana oseba po prednostni zavarovalni podlagi obvezno zavarovana za manj kot polni delovni ali zavarovalni čas, se do polnega delovnega oziroma zavarovalnega časa zavaruje po prednostni zavarovalni podlagi iz 11. do 16. člena tega zakona. Za polni delovni čas šteje polni delovni čas v skladu s predpisi o delovnih razmerjih, zavarovalni čas pa znaša 40 ur na teden.
- (3) Ne glede na prejšnji odstavek se zavarovana oseba iz 11. člena tega zakona, ki je hkrati samozaposlena oseba ali družbenik ali ustanovitelj, ki je poslovodna oseba, za razliko do polnega delovnega časa zavaruje po tretji alineji tretjega odstavka 16. člena tega zakona.
- (4) Ne glede na prvi, drugi in tretji odstavek tega člena se zavarovanci iz 11. do 21. člena tega zakona in družinski člani iz 24. in 25. člena tega zakona prednostno zavarujejo po drugem odstavku 22. člena tega zakona z dnem nastanka pravnega razmerja, ki je podlaga za obvezno zavarovanje.

24. člen
(otrok kot družinski član)

- (1) Kot družinski član zavarovanca je obvezno zavarovan:
 - zavarovančev otrok in otrok, ki je z odločbo pristojnega organa nameščen v družino z namenom posvojitve;
 - otrok partnerja, ki živi z njima in ni zavarovan po enem od staršev;
 - otrok, za katerega skrbijo stari starši ali za katerega skrbi brat, sestra ali druga oseba;
 - otrok, ki je nameščen v rejništvo, če se ne more zavarovati po enem od staršev;
 - otrok, ki mu je določen skrbnik, če se ne more zavarovati po enem od staršev.
- (2) Otrok je obvezno zavarovan kot družinski član, če ni zavarovanec po zavarovalni podlagi iz 11. do 20. ali 22. člena tega zakona in ima prijavljeno prebivališče.
- (3) Otrok je obvezno zavarovan kot družinski član do 18. leta starosti. Po tej starosti je otrok obvezno zavarovan kot družinski član, če se šola, do zaključka programa druge bolonjske stopnje ali programa enovitega bolonjskega študija, vendar najdlje do 26. leta starosti.
- (4) Otrok iz prejšnjega odstavka, ki postane nezmožen za delo, je obvezno zavarovan kot družinski član dokler traja ta nezmožnost.

25. člen
(partner kot družinski član)

- (1) Kot družinski član zavarovanca je lahko obvezno zavarovan njegov partner, če ni zavarovanec po zavarovalni podlagi iz 11. do 20. ali 22. člena tega zakona, ima prijavljeno prebivališče in izpolnjuje enega od naslednjih pogojev:
 - varuje in vzgaja otroka do vstopa v prvi razred osnovne šole;
 - varuje in vzgaja otroka iz četrtega odstavka prejšnjega člena;
 - je vpisan v evidenco brezposelnih oseb;
 - je nezmožen za delo.
- (2) Šteje se, da je partner nezmožen za delo, če je starejši od 65 let ali ima odločbo pristojnega organa o nezmožnosti za delo.

- (3) Zunajzakonski partner in partner iz neskljenjene partnerske zveze je obvezno zavarovan kot družinski član, če pred vložitvijo prijave v obvezno zavarovanje (v nadaljnjem besedilu: prijava v zavarovanje) z zavarovancem že vsaj dve leti živita v življenjski skupnosti, ki je v skladu s predpisi, ki urejajo zakonsko zvezo in družinska razmerja, v pravnih posledicah izenačena z zakonsko zvezo oziroma v skladu s predpisi, ki urejajo partnersko zvezo, v pravnih posledicah izenačena s partnersko zvezo. Domneva se, da med dvema osebama obstaja življenjska skupnost, ne glede na njen čas trajanja, če imata skupnega otroka in ni razlogov, zaradi katerih bi bila življenjska skupnost neveljavna.
- (4) Partner je obvezno zavarovan kot družinski član tudi po razvezi zakonske ali partnerske zveze oziroma po prenehanju zunajzakonske skupnosti ali neskljenjene partnerske zveze, če mu je s sodno odločbo prisojena preživnina ali je preživnina sporazumno določena, in izpolnjuje pogoje iz prvega odstavka tega člena.

IV. poglavje

PRIJAVA V OBVEZNO ZAVAROVANJE IN ODJAVA IZ OBVEZNEGA ZAVAROVANJA

1. Lastnost zavarovane osebe

26. člen (pridobitev in izguba lastnost zavarovane osebe)

- (1) Oseba pridobi lastnost zavarovane osebe po samem zakonu z dnem, ko nastane pravno razmerje, ki je podlaga za obvezno zavarovanje, in je prijavljena v obvezno zavarovanje.
- (2) Oseba izgubi lastnost zavarovane osebe po samem zakonu z dnem, ko preneha pravno razmerje, ki je podlaga za obvezno zavarovanje.
- (3) Oseba iz 11. člena tega zakona pridobi lastnost zavarovane osebe največ za polni delovni čas na teden, preko polnega delovnega časa na teden pa le, če ima sklenjeno pogodbo o zaposlitvi zaradi opravljanja dopolnilnega dela v skladu s predpisi, ki urejajo delovna razmerja.
- (4) Če ima oseba sočasno sklenjeni dve ali več delovnih razmerij, pridobi lastnost zavarovane osebe:
 - iz vseh sklenjenih delovnih razmerij, če skupni delovni čas ne presega polni delovni čas na teden,
 - iz vseh delovnih razmerij, če skupni delovni čas presega polni delovni čas na teden, vendar se število ur obveznih zavarovanj iz prej sklenjenega delovnega razmerja zmanjša tako, da skupaj z urami iz pozneje sklenjenega delovnega razmerja ne presega polni delovni čas na teden ali
 - iz pozneje sklenjenega delovnega razmerja, če je sklenjeno za polni delovni čas na teden.
- (5) Zavarovancem iz 12., 13. in 14. člena tega zakona preneha lastnost zavarovane osebe iz tega naslova z dnem, ko postane odločba o ugotovljeni I. kategoriji invalidnosti ali o pridobitvi pravice do invalidske pokojnine pravnomočna.
- (6) Oseba iz 21. člena tega zakona pridobi lastnost zavarovane osebe z dnem izpolnitve pogojev za obvezno zavarovanje, če je prijava vložena v roku iz četrtega odstavka 28. člena tega zakona, sicer pa z dnem vložitve prijave v zavarovanje, in traja do izpolnitve pogojev za obvezno zavarovanje iz drugega naslova.
- (7) Zavarovanec iz 21. člena tega zakona lahko prekine obvezno zavarovanje, če predloži dokazilo o vključitvi v obvezno zavarovanje v drugi državi, ali če je prijavil začasni odhod z območja Republike Slovenije v skladu s predpisi, ki urejajo prijavo prebivališča, in če ni s pravnim redom

EU drugače določeno. Zavarovanje se prekine z dnem vložitve odjave iz obveznega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu: odjava iz zavarovanja) in traja do prenehanja razlogov za prekinitvev.

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

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

28. člen **(prijava v zavarovanje)**

- (1) Zavarovano osebo v obvezno zavarovanje prijavi zavezanec za prijavo iz 30. člena tega zakona.
- (2) Prijava v zavarovanje se vložijo v osmih dneh po nastanku pravnega razmerja, ki je podlaga za obvezno zavarovanje.
- (3) Ne glede na prejšnji odstavek se za osebo v delovnem razmerju vložijo prijavo v zavarovanje z dnem nastopa dela, ki je določen v pogodbi o zaposlitvi.
- (4) Ne glede na drugi odstavek tega člena se za osebo iz 21. člena tega zakona vložijo prijavo v zavarovanje v 60 dneh po nastanku z zakonom predpisanih pogojev za vključitev v obvezno zavarovanje.
- (5) Ne glede na drugi odstavek tega člena se za otroka iz 24. člena tega zakona vložijo prijavo v zavarovanje v 60 dneh po njegovem rojstvu. Do takrat ima otrok pravico do zdravstvene oskrbe po enem od staršev, če je ta zavarovana oseba.
- (6) S prvo prijavo v zavarovanje Zavod izda zavarovani osebi kartico zdravstvenega zavarovanja.

29. člen **(odjava iz zavarovanja)**

Zavezanec za prijavo zavarovano osebo odjavi iz zavarovanja v osmih dneh po prenehanju pravnega razmerja, ki je podlaga za obvezno zavarovanje.

30. člen **(zavezanec za prijavo)**

- (1) Zavezanci za prijavo so:
 1. delodajalec za osebe iz prvega, drugega, tretjega in četrtega odstavka 11. člena tega zakona;
 2. Zavod za osebe iz prvega odstavka 16. člena, 19. in 20. člena tega zakona;
 3. Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje (v nadaljnjem besedilu: ZRSZ) za osebe iz drugega odstavka 16. člena tega zakona;
 4. Center za socialno delo za osebe iz tretjega odstavka 12. člena, tretjega, četrtega, enajstega in dvanajstega odstavka 16. člena tega zakona;
 5. Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: ZPIZ) za osebe iz petega odstavka 16. člena, šestega odstavka 16. člena, razen za prejemnike poklicne pokojnine in za osebe iz osmega odstavka 16. člena tega zakona,
 6. ministrstvo, pristojno za obrambo, za osebe iz 15. člena tega zakona;

7. upravna enota za osebe iz devetega in desetega odstavka 16. člena tega zakona;
 8. ministrstvo, pristojno za notranje zadeve, za osebe iz 17. člena tega zakona;
 9. Uprava Republike Slovenije za izvrševanje kazenskih sankcij oziroma zdravstveni zavod za osebe iz 22. člena tega zakona;
 10. osebe iz petega odstavka 11. člena, prvega in drugega odstavka 12. člena, 13. člena, osebe, ki so prejemniki poklicne pokojnine iz šestega odstavka in osebe iz sedmega odstavka 16. člena ter osebe iz 18. in 21. člena tega zakona;
 11. zavezanec za plačilo prispevka za osebe iz 14. člena tega zakona;
 12. zavarovanec iz 10. člena tega zakona za osebe iz 24. in 25. člena tega zakona.
- (2) Ne glede na 1. točko prejšnjega odstavka je zavezanec za prijavo oseba sama, če je zaposlena v državah članicah in se zanjo v skladu s pravnim redom EU uporablja zakonodaja Republike Slovenije, ki ureja obvezna socialna zavarovanja.

31. člen **(prijava sprememb podatkov iz prijave v zavarovanje)**

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

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

- (1) Zavezanci za prijavo prijavljajo in odjavljajo osebe iz obveznega zavarovanja ter sporočajo spremembe podatkov iz prijave v zavarovanje na obrazcih, ki so določeni s predpisom, ki ureja obrazce za prijavo podatkov v obvezno zavarovanje.
- (2) Zavezanci za prijavo, ki niso fizične osebe, vlagajo prijave, objave in spremembe podatkov iz prijave v zavarovanje v elektronski obliki.

33. člen **(zamuda roka za prijavo v zavarovanje in pridobitev lastnosti zavarovane osebe)**

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

34. člen **(zamuda roka za odjavo iz zavarovanja in izguba lastnosti zavarovane osebe)**

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

2. Postopek ugotavljanja lastnosti zavarovane osebe

35. člen **(ugotavljanje lastnosti zavarovane osebe)**

Obstoj lastnosti zavarovane osebe se ugotavlja:

1. ko zavezanec za prijavo vloži prijavo in odjavo iz zavarovanja;

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

36. člen **(postopek ugotavljanja lastnosti zavarovane osebe)**

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

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

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

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

38. člen **(uporaba določb o postopku)**

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

3. Pravilnost, popolnost in ažurnost podatkov v zbirki zavarovanih oseb

39. člen

(preverjanje pravilnosti podatkov pred vnosom v zbirko zavarovanih oseb)

- (1) Zavod lahko preveri pravilnost podatka, ki ga zavezanec za prijavo sporoča na predpisanih obrazcih, pred vnosom v zbirko zavarovanih oseb.
- (2) Zavezanci za prijavo Zavodu predložijo listine, ki so potrebne za preverjanje pravilnosti sporočenega podatka.
- (3) Zavod pridobiva podatke o dejstvih potrebnih za prijavo, odjavo in spremembe podatkov med obveznim zavarovanjem iz uradnih evidenc, ki jih vodijo državni organi, lokalne skupnosti in drugi nosilci javnih pooblastil.

40. člen

(preverjanje pravilnosti, popolnosti in ažurnosti podatkov v zbirki zavarovanih oseb)

- (1) Zavod po uradni dolžnosti preverja pravilnost, popolnost in ažurnost podatkov v zbirki zavarovanih oseb.
- (2) Zavod po uradni dolžnosti popravi podatke, vpisane v zbirko zavarovanih oseb, ki se spremenijo zaradi spremembe metodologije vodenja zbirke zavarovanih oseb (obeležja, definicije, klasifikacije in šifranti), če popravek podatkov ne vpliva na obstoj ali potek obveznega zavarovanja.
- (3) Zavod po uradni dolžnosti vloži odjavo iz zavarovanja z dnem smrti zavarovane osebe, če je zavarovana oseba zavezanec za prijavo.
- (4) Zavod po uradni dolžnosti vloži prijavo v zavarovanje in odjavo iz zavarovanja z dnem, ki je določen v 26. členu tega zakona, če na podlagi podatkov iz uradnih evidenc ugotovi izpolnjevanje ali prenehanje pogojev za obvezno zavarovanje, zavezanec za prijavo pa v roku iz 28. člena tega zakona ne vloži prijave v zavarovanje ali v roku iz 29. člena tega zakona odjave iz zavarovanja.
- (5) Prejšnji odstavek ne velja za osebe iz 21. člena tega zakona v delu, ki se nanaša na pridobitev lastnosti zavarovane osebe.
- (6) Zavod o vloženi prijavi v zavarovanje in odjavi iz zavarovanja obvesti zavezanca za prijavo in zavarovano osebo. Obvestilo vsebuje pravni pouk, da lahko zavezanec za prijavo ali zavarovana oseba zahteva izdajo odločbe v 15 dneh od vročitve tega obvestila, če se z ureditvijo lastnosti zavarovane osebe ne strinja.

41. člen

(odprava prekrivanja zaključenih obdobj obveznega zavarovanja)

- (1) V primeru prekrivanja zaključenih obdobj obveznega zavarovanja Zavod po uradni dolžnosti določi razmejitev med temi obdobji v skladu s 23. členom tega zakona, vendar največ od uveljavitve tega zakona.
- (2) V primeru sočasnih obveznih zavarovanj iz naslova delovnega razmerja, katerih skupni delovni čas na teden presega polni delovni čas na teden, se obdobja obveznega zavarovanja uredijo na podlagi četrtega odstavka 26. člena tega zakona.
- (3) Zavod o spremembi obdobja obveznega zavarovanja obvesti zavezanca za prijavo in zavarovano osebo.

V. poglavje

PRAVICE IZ OBVEZNEGA ZAVAROVANJA

1. Pravice zavarovanih oseb

42. člen (pravice iz obveznega zavarovanja)

- (1) Z obveznim zavarovanjem se zavarovanim osebam zagotavlja plačilo naslednjih pravic:
 1. pravice do zdravstvenih storitev;
 2. pravice do zdravil;
 3. pravice do živil;
 4. pravice do medicinskih in drugih pripomočkov;
 5. pravice do sobivanja;
 6. pravice do spremstva;
 7. pravice do denarnega nadomestila med začasno zadržanostjo od dela (v nadaljnjem besedilu: denarno nadomestilo);
 8. pravice do povračila potnih stroškov;
 9. pravice do zdravljenja v tujini.
- (2) Ne glede na prejšnji odstavek zavarovana oseba iz prvega in drugega odstavka 22. člena tega zakona nima pravice do:
 1. zdravljenja in zdravstvene nege na domu ter zdraviliškega zdravljenja;
 2. denarnega nadomestila;
 3. potnih stroškov;
 4. zdravljenja v tujini.
- (3) Ne glede na prvi odstavek tega člena zavarovana oseba iz tretjega odstavka 22. člena tega zakona nima pravice do:
 1. zdraviliškega zdravljenja, ki se izvaja na stacionarni način;
 2. bolnišničnega zdravljenja v tujini, ki vključuje prenočitev zavarovane osebe.

43. člen (uveljavljanje pravice)

- (1) Oseba lahko uveljavi pravico le, če ima lastnost zavarovane osebe na dan pridobitve in na dan uveljavitve pravice, če ni s tem zakonom drugače določeno.
- (2) Zavarovana oseba uveljavi zdravstveno oskrbo pri izvajalcu in dobavitelju, če ni s tem zakonom ali podzakonskimi akti drugače določeno.
- (3) Zavarovana oseba pri izvajalcu in dobavitelju uveljavi zdravstveno oskrbo, ki je po vrsti in obsegu predmet pogodbe med Zavodom in izvajalcem ter med Zavodom in dobaviteljem.

44. člen (standard pravic)

- (1) Zavarovana oseba ima pravico, če pristojni zdravnik, drug pristojni zdravstveni delavec ali Zavod ugotovi, da je utemeljena v skladu s tem zakonom in podzakonskimi akti.
- (2) Zavarovana oseba uveljavi pravico v standardu, ki ga določa ta zakon in podzakonski akti.

- (3) Standardi pravice so natančneje določene vrste zdravstvene oskrbe, določene metode njihovega izvajanja, njihovi normativi, ostala medicinska, tehnična in druga strokovna opredelitev pravice, njena vrednost in natančneje določen postopek njenega uveljavljanja.
- (4) Standardi zdravstvene oskrbe vključuje strokovno-doktrinarno utemeljene zdravstvene storitve, zdravila, živila, medicinske in druge pripomočke glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe v skladu s presojo pristojnega zdravnika, drugega pristojnega zdravstvenega delavca ali Zavoda.
- (5) Če zavarovana oseba zahteva zdravstveno oskrbo, ki presega standard pravice (v nadaljnjem besedilu; nadstandardna zdravstvena oskrba), ima pravico do plačila zdravstvene oskrbe v standardu pravice le v primerih, ki jih določa ta zakon.

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

Med pravice ne sodijo:

1. nadstandardna zdravstvena oskrba;
2. zagotavljanje socialne nege pri izvajalcih v okviru neakutne bolnišnične obravnave, ki predstavlja obliko bolnišničnega zdravljenja po zaključeni akutni bolnišnični obravnavi, ko iz socialnih razlogov ni možen odpust zavarovane osebe v domače okolje ali ni več možna nega v domačem okolju;
3. oskrbni dnevi bolnišničnega zdravljenja, ko niso bile opravljene nobene zdravstvene storitve ali so bile opravljene zdravstvene storitve, ki bi jih bilo mogoče opraviti izven bolnišničnega zdravljenja;
4. zdravstvene storitve medicine dela, prometa in športa;
5. estetski posegi zaradi prirojenih napak, bolezni ali poškodb, ki niso nujni za odpravo funkcionalne prizadetosti;
6. medicinski zapleti, ki so nastali kot posledica uveljavljanja zdravstvene oskrbe, ki ni pravica;
7. zdravstvene storitve, ki so potrebne za odpravo škode, ki jo je zavarovana oseba povzročila naklepno ali z udeležbo pri kaznivem dejanju;
8. storitve alternativne diagnostike, zdravljenja ali rehabilitacije, za katere ni dal soglasja minister;
9. zdravstvene storitve, ki se izvedejo na zahtevo zavarovane osebe in ki po mnenju pristojnega zdravnika niso potrebne glede na njeno zdravstveno stanje;
10. storitve ugotavljanja zdravstvenega stanja, ki jih zavarovana oseba uveljavlja zaradi zahtev ali predpisov na drugih področjih ali pri drugih organih (pri zavarovalnicah, drugih zavodih, ki izvajajo obvezno socialno zavarovanje, sodiščih in drugih državnih organih, nosilcih javnih pooblastil, v kazenskem postopku, izdaja potrdil za voznike motornih vozil, ukrepi v zvezi z varstvom pri delu itd.);
11. kirurško zdravljenje debelosti, razen patološke debelosti, če je indeks telesne mase nad 40 ali če je indeks telesne mase nad 35 in ima zavarovana oseba druge pridružene bolezni;
12. zdravstvene storitve, ki so posledica zdravljenja bolezni, ki neposredno izhaja iz opustitve obveznega cepljenja, če za opustitev cepljenja ni ugotovljenih zdravstvenih razlogov;
13. sprememba spola na zahtevo zavarovane osebe, vključno z zdravili, živili ter medicinskimi in drugimi pripomočki;
14. zdravstvene storitve drugega mnenja;
15. storitve neobveznega cepljenja,
16. stroški prevoza zavarovane osebe iz tujine v Republiko Slovenijo zaradi bolezni ali poškodbe, razen v primeru iz 158. in 159. člena tega zakona.

2. Zdravstvene storitve

2.1 Obseg pravice do zdravstvenih storitev

46. člen (obseg pravice do zdravstvenih storitev)

- (1) Pravica do zdravstvenih storitev obsega:
 1. preventivne zdravstvene storitve in programe za krepitev zdravja;
 2. zdravljenje;
 3. medicinsko rehabilitacijo;
 4. zdravstveno nego;
 5. paliativno oskrbo;
 6. nujne in nenujne reševalne prevoze.

- (2) Seznam zdravstvenih storitev iz prejšnjega odstavka in metode njihovega izvajanja določi Zavod izmed zdravstvenih storitev in metod njihovega izvajanja s seznama zdravstvenih storitev, ki ga določi minister na predlog Zdravstvenega sveta v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnost .

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

47. člen (preventivne zdravstvene storitve in programi za krepitev zdravja)

Pravica do preventivnih zdravstvenih storitev in programov za krepitev zdravja obsega:

1. preventivne zdravstvene storitve varstva pred nalezljivimi boleznimi;
2. preventivne zdravstvene storitve in programe za krepitev zdravja na področju spolnega in reproduktivnega zdravja;
3. preventivne zdravstvene storitve in programe za krepitev zdravja za otroke;
4. preventivne zdravstvene storitve in programe za krepitev zdravja za zavarovane osebe, ki niso otroci;
5. preventivne zobozdravstvene storitve in programe za krepitev zdravja za otroke in druge zavarovane osebe.

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

Zavarovana oseba uveljavi pravico iz prejšnjega člena v okviru državnih presejalnih programov ali v okviru zdravstvene oskrbe pri osebnem zdravniku.

2.3 Pravica do zdravljenja in postopek njihovega uveljavljanja

49. člen (zdravstvene storitve zdravljenja)

Pravica do zdravljenja obsega diagnostične zdravstvene storitve, vključno s pregledi, ki niso preventivne narave, in terapevtske zdravstvene storitve, vključno s:

- pravico do zdravljenja zob in ustne votline;
- pravico do nujne medicinske pomoči;
- pravico do nujnega zdravljenja.

2.4 Pravica do zdravljenja

50. člen

(zdravljenje na osnovni ravni zdravstvene dejavnosti)

- (1) Pravica do zdravljenja na osnovni ravni zdravstvene dejavnosti obsega diagnostične in terapevtske zdravstvene storitve v splošni zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti, in sicer:
 - v splošni ambulanti pri osebnem zdravniku in drugem pristojnem zdravstvenem delavcu;
 - na domu zavarovane osebe, v socialno varstvenem zavodu, vzgojno izobraževalnem zavodu, zavodu za prestajanje kazni zapora ali prevzgojnem domu po odločitvi osebnega splošnega zdravnika in osebnega otroškega zdravnika (v nadaljnjem besedilu: zdravljenje na domu);
 - na domu zavarovane osebe na zahtevo zavarovane osebe (v nadaljnjem besedilu: hišni obisk).
- (2) Osebni splošni zdravnik in osebni otroški zdravnik lahko odredi zdravljenje na domu, če zavarovana oseba zaradi svojega zdravstvenega stanja ne more priti v splošno ambulanto in se s tem zdravljenjem lahko enakovredno nadomesti ambulantno ali bolnišnično zdravljenje.
- (3) Zavarovana oseba lahko izjemoma zahteva hišni obisk osebnega splošnega zdravnika in osebnega otroškega zdravnika, če zaradi svojega zdravstvenega stanja ne more priti v ambulanto in gre za nujno medicinsko pomoč ali nujno zdravljenje.

51. člen

(zdravljenje na sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti)

- (1) Pravica do zdravljenja na sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti obsega diagnostične in terapevtske zdravstvene storitve:
 - v specialistični zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti v specialistični ambulanti;
 - v specialistični bolnišnični zdravstveni dejavnosti v bolnišnici z nastanitvijo in prehrano (v nadaljnjem besedilu: bolnišnično zdravljenje).
- (2) Zavarovana oseba ima pravico do zdravljenja v specialistični ambulanti:
 - na sekundarni ravni zdravstvene dejavnosti, če gre za zahtevnejše zdravljenje, ki ga ni mogoče izvesti na primarni ravni zdravstvene dejavnosti in se lahko opravi na ambulantni način;
 - na terciarni ravni zdravstvene dejavnosti, če gre za najzahtevnejše zdravljenje, ki ga ni mogoče izvesti na primarni in sekundarni ravni zdravstvene dejavnosti in se lahko opravi na ambulantni način.
- (3) Zavarovana oseba ima pravico do bolnišničnega zdravljenja:
 - na sekundarni ravni zdravstvene dejavnosti, če gre za zahtevnejše zdravljenje, ki ga ni mogoče izvesti niti na primarni ravni zdravstvene dejavnosti niti v specialistični ambulanti na sekundarni ravni zdravstvene dejavnosti;
 - na terciarni ravni zdravstvene dejavnosti, če gre za najzahtevnejše zdravljenje, ki ga ni mogoče izvesti na primarni in sekundarni ravni zdravstvene dejavnosti.
- (4) Pravica do bolnišničnega zdravljenja je omejena na najkrajši možen čas, ki je potreben za zdravljenje, in preneha, ko je mogoče zdravstveno oskrbo zagotoviti izven bolnišnice.
- (5) Pravica do zdravljenja iz prvega odstavka tega člena vključuje tudi zdravljenje v zvezi s porodom.
- (6) Pravica do zdravljenja v specialistični ambulanti vključuje pravico do oploditve z biomedicinsko pomočjo zavarovane osebe ženske nad 18. letom starosti do a 43. leta starosti tudi pravico. Ta pravica obsega do največ šest postopkov zunaj telesne oploditve za prvi porod živorojenega

otroka, za vsakega nadaljnjega otroka pa do največ štirih postopkov zunaj telesne oploditve. Pri ženski, mlajši od 35 let, se pri prvih dveh postopkih zunajtelesne oploditve opravi elektivni prenos enega zarodka dobre kakovosti. Postopek oploditve z biomedicinsko pomočjo z odmrznjenimi zarodki se šteje v tisti cikel, v katerem so bili zarodki zamrznjeni. Ob medicinskih indikacijah ima namesto prvega spodbujenega postopka zunaj telesne oploditve ženska pravico do štirih postopkov oploditve v maternici ali treh postopkov zunaj telesne oploditve v naravnem ciklu.

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

Pravica do zdravljenja ustnih in zobnih boleznih obsega:

1. letni pregled na zahtevo zavarovane osebe;
2. zdravljenje zob, polnjenje zob, nadgrajevanje zob, rentgensko diagnostiko zobovja in čeljustnic;
3. zdravljenje vnetnih in drugih sprememb ustne sluznice;
4. oralnokirurške in maksilofacialne operativne storitve;
5. zobno-protetične pripomočke;
6. kontrolni pregled šest mesecev po zaključenem zobozdravstvenem ali zobno-protetičnem zdravljenju;
7. ortodontsko zdravljenje;
8. zobno-protetično rehabilitacijo s pomočjo zobnih vsadkov.

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

- (1) Pravico do zobno-protetičnih storitev in pripomočkov ima zavarovana oseba, če so izpolnjene biomehanske in funkcionalne strokovne zahteve za njihovo izdelavo ter se ob tem zagotovi celovita zobno-protetična rehabilitacija v obeh čeljustih v okviru pravic.
- (2) Zavarovana oseba ima v skladu s pravico do zobno-protetičnih storitev in pripomočkov pravico do prevlek, nazidkov, vlitih zalivk, mostička, delne proteze, totalne proteze in drugih zobno-protetičnih pripomočkov.
- (3) Zavarovana oseba ima glede na zdravstveno stanje pravico do obturatorja ter opornic pri parodontopatijah, ki sta lahko kombinirana z zobno-protetičnimi pripomočki.
- (4) Zobni vsadek, ki ni pravica iz 55. člena tega zakona, se pri uveljavljanju pravic do zobno-protetičnih pripomočkov po tem členu šteje kot lastni zob.
- (5) Natančnejši seznam zobno-protetičnih storitev in pripomočkov iz drugega odstavka tega člena in zdravstvenih stanj, pri katerih ima zavarovana oseba pravico do njih, določi Zavod.

54. člen **(pravica do ortodonskega zdravljenja)**

- (1) Zavarovana oseba ima do 18. leta starosti pravico do ortodonskega zdravljenja, če ima po doktrini ortodonske stroke srednjo, težjo ali zelo težko obliko nepravilnosti zob in čeljusti.
- (2) Ne glede na prejšnji odstavek ima zavarovana oseba pravico do ortodonskega zdravljenja z ortodontskim aparatom, če je bila potreba po tem zdravljenju ugotovljena pred 16. letom starosti. Potreba po zdravljenju je ugotovljena, ko ortodont z meritvami ugotovi srednjo, težjo ali zelo težko obliko nepravilnosti zob in čeljusti.
- (3) Zavarovana oseba ima pravico do ortodonskega zdravljenja iz prvega in drugega odstavka tega člena:

- s snemnim ortodontskim aparatom;
 - z nesnemnim ortodontskim aparatom, če s snemnim ortodontskim aparatom iz prejšnje alineje ni mogoče doseči ustreznih popravkov nepravilnosti zob in čeljusti.
- (4) Če zavarovana oseba ali njeni starši zahtevajo nesnemni ortodontski aparat, pa zavarovana oseba do njega nima pravice, ker bi bilo možno nepravilnost zdraviti tudi s snemnim ortodontskim aparatom, obvezno zavarovanje krije samo stroške za izdelavo in zdravljenje s snemnim ortodontskim aparatom.
 - (5) Ortodont pred začetkom ortodontskega zdravljenja zavarovani osebi pisno pojasni vse možnosti ortodontskega zdravljenja, njegovo trajanje, obveznost zavarovane osebe glede vzdrževanja ustne higiene, nošenja ortodontskega aparata, prihajanja na kontrolne preglede in drugega ravnanja po navodilih ortodonta ter zdravstvene in finančne posledice, če ne bi spoštovala njegova navodila. Ortodont začne zdravljenje, če zavarovana oseba soglaša z načinom zdravljenja iz prejšnjega stavka.
 - (6) Če se zavarovana oseba med zdravljenjem ne ravna po navodilih ortodonta iz prejšnjega odstavka, lahko ortodont zdravljenje prekine. V vsakem primeru pa prekine zdravljenje, če zavarovana oseba:
 - več kot šest mesecev brez upravičenega razloga ne pride na kontrolni pregled, na katerega je bila naročena;
 - kljub večkratnim opozorilom osebe ali njenih staršev ne nosi ortodontskega aparata po ortodontovih navodilih;
 - ne vzdržuje ustrezne ustne higiene in s tem ogroža lastno zdravje ustne votline.
 - (7) O prekinitvi zdravljenja iz prejšnjega odstavka obvesti ortodont osebnega zobozdravnika, ki zavarovani osebi ne sme izdati nove napotnice za zdravljenje pri drugem ortodontu.

55. člen **(pravica do zobno-protetične rehabilitacije s pomočjo zobnih vsadkov)**

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

56. člen **(standard zobozdravstvenih storitev)**

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

57. člen
(pravica do nujne medicinske pomoči)

- (1) Pravica do nujne medicinske pomoči obsega zdravstvene storitve oživljanja, zdravstvene storitve potrebne za ohranjanje življenjskih funkcij ali za preprečitev hudega poslabšanja zdravstvenega stanja nenadno obolele, poškodovane in kronično bolne zavarovane osebe, ki je neposredno življenjsko ogrožena ali pri kateri bi glede na zdravstveno stanje v kratkem času lahko prišlo do takšne ogroženosti. Nujna medicinska pomoč se zagotavlja do stabilizacije življenjskih funkcij ali do začetka zdravljenja na ustreznem mestu.
- (2) Nujna medicinska pomoč vključuje nujni reševalni prevoz.
- (3) Zavarovana oseba lahko izjemoma uveljavi nujno medicinsko pomoč pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti, ki nimajo sklenjene pogodbe z Zavodom.

58. člen
(pravica do nujnega zdravljenja)

- (1) Pravica do nujnega zdravljenja obsega:
 1. takojšnje zdravljenje po nudenju nujne medicinske pomoči, če je to potrebno;
 2. oskrbo ran, preprečitev nenadnih in usodnih poslabšanj kroničnih bolezni in zdravstvenega stanja, ki bi lahko povzročilo trajne okvare posameznih organov ali njihovih funkcij;
 3. zdravljenje zvinov in zlomov ter poškodb, ki zahtevajo specialistično obravnavo;
 4. zdravljenje zastrupitev;
 5. zdravljenje vročinskih stanj in preprečevanje širjenja infekcij, ki bi pri zavarovani osebi utegnile povzročiti septično stanje;
 6. zdravljenje bolezni, za katere je z zakonom predpisano obvezno zdravljenje ali storitve, ki so z zakonom opredeljene kot obvezne in za katere ni plačnik država, delodajalec ali zavarovana oseba sama;
 7. zdravljenje šoka;
 8. storitve zdravstvene oskrbe ob predčasnem in nepričakovanemu porodu;
 9. zobozdravstvene storitve, pri katerih je potrebno izpuljenje, rez ali odprtje zoba.
- (2) Zavarovana oseba lahko izjemoma uveljavi nujno zdravljenje pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti, ki nimajo sklenjene pogodbe z Zavodom.

59. člen
(pravica do proste izbire)

- (1) Zavarovana oseba ima pravico do proste izbire osebnega zdravnika in izvajalca.
- (2) Zavarovana oseba se z izbiro osebnega zdravnika in izvajalca odloči, da bo pri njiju uveljavljala tudi diagnostične in terapevtske storitve, ki jih predpiše zdravnik, razen storitev, ki jih določa

Zavod. Če zdravnik predpiše storitve, ki jih ne opravlja niti sam, niti izvajalec, pri katerem dela, jih opravi drug izvajalec ali zdravstveni delavec, ki ga določi osebni zdravnik.

- (3) Ne glede na prvi odstavek tega člena si zavarovana oseba iz 22. člena tega zakona izbere osebnega zdravnika izmed zdravnikov, ki opravljajo zdravstveno oskrbo za pripornike in obsojence v skladu s predpisi, ki urejajo zdravstveno dejavnost, in predpisi, ki urejajo izvrševanje kazenskih sankcij.
- (4) Ne glede na prvi odstavek tega člena se lahko prosta izbira omeji, če izvajalci v mreži javne zdravstvene službe ne morejo zagotoviti zdravstvenih storitev in zato Zavod začasno organizira njihovo izvajanje pri drugih izvajalcih ali tujih izvajalcih.

60. člen (osebni zdravnik)

- (1) Zavarovana oseba si lahko izbere naslednje osebne zdravnike:
 - osebni otroški zdravnik ali osebni splošni zdravnik;
 - osebni zobozdravnik;
 - osebni ginekolog.
- (2) Osebni otroški zdravnik je zdravnik za zavarovano osebo do 18. leta starosti, ki je specialist pediater ali specialist šolske medicine, izjemoma specialist družinske medicine ali zdravnik splošne medicine s podiplomskim študijem zdravstvenega varstva žensk, otrok in mladine.
- (3) Osebni splošni zdravnik je zdravnik za zavarovano osebo nad 18. letom starosti, ki je specialist družinske medicine ali specialist medicine dela prometa in športa, izjemoma zdravnik s podiplomskim študijem socialne medicine.
- (4) Osebni zobozdravnik:
 - za zavarovano osebo do 18. leta starosti je zobozdravnik, usposobljen za zobozdravstveno varstvo otrok in mladine ali specialist pedontolog, izjemoma drug zobozdravnik, če v kraju začasnega ali stalnega prebivališča zavarovane osebe ni tako usposobljenega zobozdravnika;
 - za zavarovane osebe nad 18. letom starosti je splošni zobozdravnik ali zobozdravnik specialist,.
- (5) Osebni ginekolog za zavarovane osebe ženske je specialist ginekologije in porodništva.

61. člen (izbira osebnega zdravnika)

- (1) Osebnega zdravnika za otroka do 15. leta starosti izberejo njegovi starši ali skrbnik.
- (2) Za zavarovano osebo, ki ni opravilno sposobna, izbere osebnega zdravnika Zavod ali skrbnik.
- (3) Zavarovana oseba, ki je zdravnik in na območju Republike Slovenije opravlja zdravstveno dejavnost, sama sebi ne more biti osebni zdravnik.
- (4) Osebni zdravnik je praviloma zdravnik, ki je najlažje dosegljiv v kraju stalnega ali začasnega prebivališča zavarovane osebe. Osebni zdravnik je le zdravnik, ki dela v mreži javne zdravstvene službe.
- (5) Izvajalci na vidnem mestu objavijo seznam zdravnikov, ki jih lahko zavarovane osebe izberejo za svoje osebne zdravnike, in njihov delovni čas.

- (6) Zdravnik, ki izpolnjuje pogoje za osebnega zdravnika, sprejme vse zavarovane osebe, ki si ga izberejo. Odkloni jih lahko, če:
 - pri njem evidentirano število zavarovanih oseb presega število, ki ga določi Zavod;
 - si ga želi zavarovana oseba izbrati v nasprotju s tem zakonom in podzakonskimi akti;
 - zavarovani osebi zaradi oddaljenosti ne bi mogel zagotoviti vseh zdravstvenih storitev, za katere je pristojen.
- (7) Osebni otroški zdravnik lahko predlaga zavarovanim osebam prekinitve izbire, ko presežejo 18. let starosti.
- (8) Osebni zdravnik v za času svoje odsotnosti zagotovi uresničevanje njegovih nalog v dogovoru z nadomestnim zdravnikom v istem kraju ali v njegovi neposredni bližini. Nadomestni zdravnik je zdravnik, ki izpolnjuje pogoje za osebnega zdravnika, in tega nadomešča v njegovi odsotnosti z vsemi njegovimi pooblastili.
- (9) Če osebni zdravnik svoje dolžnosti iz prejšnjega odstavka iz upravičenih razlogov ne more izpolniti, lahko zavarovana oseba uveljavi zdravstveno oskrbo pri kateremkoli zdravniku, ki dela kot osebni zdravnik pri izvajalcu.

62. člen **(zamenjava osebnega zdravnika)**

- (1) Zavarovana oseba lahko brez navedbe razloga zamenja osebnega zdravnika po enem letu od izbire.
- (2) Ne glede na prejšnji odstavek lahko zavarovana oseba zamenja osebnega zdravnika, če je ta več kot tri mesece neprekinjeno odsoten ali je odšel v drug kraj.
- (3) Ko prenehajo razlogi iz prejšnjega odstavka ima zavarovana oseba pravico ponovno izbrati prejšnjega osebnega zdravnika.
- (4) Zavarovana oseba lahko z navedbo razloga za zamenjavo zamenja osebnega zdravnika pred enim letom od njegove izbire, če:
 - pride med njima do nesporazumov;
 - predlaga zamenjavo osebni zdravnik, ker ne more opravljati nalog osebnega zdravnika zaradi neprimerne odnosa zavarovane osebe ali nespoštovanja njegovih navodil v času zdravstvene oskrbe;
 - se zavarovana oseba preseli v drug kraj;
 - organ, pristojen za strokovni ali sistemski nadzor, ugotovi, da zdravstvena oskrba osebnega zdravnika ni bila strokovno-doktrinarno utemeljena.
- (5) V primeru iz druge alineje prejšnjega odstavka osebni zdravnik sporoči svoj predlog zavarovani osebi. Če zavarovana oseba s predlogom ne soglaša, lahko osebni zdravnik zahteva presojo predloga na Zavodu.
- (6) V primeru zamenjave osebnega zdravnika si zdravstveno dokumentacijo izmenjata prejšnji in novo izbrani osebni zdravnik. Novo izbrani osebni zdravnik v treh delovnih dneh o datumu nove izbire pisno obvesti prejšnjega osebnega zdravnika, ki novo izbranemu osebnemu zdravniku posreduje izvirno zdravstveno dokumentacijo v treh delovnih dneh od prejema obvestila, ki se hkrati šteje kot izjava zavarovane osebe o prekinitvi izbire prejšnjega osebnega zdravnika, o čemer zavarovano osebo ob izbiri seznanijo novi izbrani osebni zdravnik.

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

- (1) Osebni zdravnik iz svojega delovnega področja:

1. zagotavlja zavarovani osebi zdravstveno oskrbo;
 2. predpisuje zavarovani osebi zdravila, živila, medicinske in druge pripomočke;
 3. ugotavlja začasno zadržanost od dela v skladu s tem zakonom;
 4. poda predlog imenovanemu zdravniku in invalidski komisiji;
 5. napoti zavarovano osebo k napotnemu zdravniku ali drugemu pristojnemu zdravstvenemu delavcu;
 6. izstavlja zavarovani osebi listine za uveljavljanje pravic ;
 7. zbira in hrani zdravstveno dokumentacijo zavarovane osebe;
 8. izvaja druge naloge v skladu s tem zakonom, podzakonskimi akti in z drugimi predpisi.
- (2) Osebnemu zdravniku se posreduje zdravstveno dokumentacijo:
- če je nastala pri uveljavljanju pravic;
 - če je potrebna zaradi uveljavljanja pravic;
 - če je potrebna za nadaljnjo zdravstveno oskrbo;
 - na zahtevo zavarovane osebe, ki se dokumentira v zdravstveni dokumentaciji;
 - ki je določena s predpisi.
- (3) Glede na vrsto zdravstvene dejavnosti se zdravstvena dokumentacija posreduje:
- osebnemu splošnemu zdravniku in osebnemu otroškemu zdravniku vsa zdravstvena dokumentacija;
 - osebnemu ginekologu, če se nanaša na dejavnost ginekologije;
 - osebnemu zobozdravniku, če se nanaša na zobozdravstveno dejavnost.
- (4) Zdravstvena dokumentacija se posreduje osebnemu zdravniku v treh delovnih dneh od zaključka posamezne zdravstvene oskrbe, v primeru premestitve zavarovane osebe pa se pristojnemu zdravniku, ki nadaljuje zdravstveno oskrbo, posreduje sočasno s premestitvijo zavarovane osebe.
- (5) Šteje se, da je zdravstvena dokumentacija posredovana, če je osebnemu zdravniku dostopna v zbirkah podatkov Zavoda ali informacijskih rešitvah eZdravja v skladu z zakonom, ki ureja zbirke podatkov s področja zdravstvenega varstva.

64. člen **(napotitev zavarovane osebe)**

- (1) Pravico do zdravstvenih storitev na osnovni ravni zdravstvene dejavnosti, ki jih ne izvaja osebni zdravnik, ter na sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti zavarovana oseba uveljavlja z napotnico pri napotnem zdravniku ali drugem pristojnem zdravstvenem delavcu (v nadaljnjem besedilu: napotitev).
- (2) Osebni zdravnik napoti zavarovano osebo z izdajo napotnice.
- (3) Osebni zobozdravnik lahko izda napotnico za zdravstvena stanja, ki jih obravnava na svojem delovnem področju, pod pogoji iz 68. člena tega zakona.
- (4) Osebni ginekolog lahko izda napotnico za zdravstvena stanja ki jih obravnava na svojem delovnem področju.
- (5) Zavarovana oseba lahko brez napotnice uveljavlja:
 1. nujno medicinsko pomoč;
 2. nujno zdravljenje;
 3. specialistični pregled pri okulistu zaradi ugotavljanja vida ali predpis pripomočkov za izboljšanje vida;
 4. zdravljenje in pravico do zdravil pri specialistu psihiatru;

5. specialistični pregled zaradi odkrivanja kontaktov pri tuberkulozi in spolno prenosljivih boleznih ter za kontrolne preglede po končanem zdravljenju, ki so predpisani z zakonom;
 6. druge zdravstvene storitve, ki jih določi Zavod s splošnim aktom.
- (6) Osebni zdravnik posreduje napotnemu zdravniku strokovno obrazložitev razloga napotitve in zdravstveno dokumentacijo, ki je razlog napotitve. Če napotnica ni jasno označena ali če zdravstvena dokumentacija ni popolna, se napotni zdravnik poveže z osebnim zdravnikom.
 - (7) Napotni zdravnik lahko odkloni sprejem napotnice, če ni predhodno opravljena vsa zdravstvena oskrba, ki bi jo lahko zagotovil osebni zdravnik ali drug pristojni zdravstveni delavec, ali če ugotovi, da ni potrebna zdravstvena obravnava, na katero je bila napotena zavarovana oseba.
 - (8) Napotni zdravnik zagotovi zavarovani osebi strokovno-doktrinarno utemeljeno zdravstveno oskrbo, za katero je prejel pooblastilo.

65. člen

(obseg pooblastila napotnemu zdravniku in veljavnost napotnice)

- (1) Na napotnici se označi obseg pooblastila, ki ga osebni zdravnik prenaša na napotnega zdravnika. Z napotnico se na napotnega zdravnika prenese pooblastilo za:
 1. pregled in mnenje o zdravstvenem stanju zavarovane osebe;
 2. zdravstveno oskrbo določenega zdravstvenega stanja;
 3. zdravstveno oskrbo iz prejšnje točke in nadaljnjo napotitev za zdravstveno stanje iz prejšnje točke.
- (2) Če napotni zdravnik prejme pooblastilo iz 3. točke prejšnjega odstavka, lahko zavarovano osebo nadalje napoti na drugo zdravstveno oskrbo, pri čemer se smiselno uporabljajo določbe tega zakona, ki veljajo za napotitev osebnega zdravnika.
- (3) Na napotnici se označi obdobje njene veljavnosti. Napotnica velja tri mesece, razen če je ob njeni izdaji znano, da zdravstvena oskrba ne bo zaključena v tem obdobju, ko se lahko izda napotnica z veljavnostjo za najdlje eno leto.
- (4) Veljavnost napotnice začne teči od dneva, ko napotni zdravnik sprejme zavarovano osebo.
- (5) V obdobju veljavnosti napotnice ni dopustno za isto zdravstveno stanje izdati napotnice za napotnega zdravnika iste specialnosti.

66. člen

(stopnja nujnosti in rok za predložitev napotnice)

- (1) Na napotnici se označi stopnja nujnosti zdravstvene storitve, na katero se napotuje zavarovano osebo. Stopnje nujnosti so:
 - nujno – zdravstvena storitev se izvede takoj, vendar najpozneje v 24 urah od predložitve napotnice, ki jo zavarovana oseba predloži izbranemu izvajalcu najpozneje naslednji dan po njeni izdaji;
 - zelo hitro – zdravstvena storitev se izvede v 14 dneh od predložitve napotnice, ki jo zavarovana oseba predloži izbranemu izvajalcu najpozneje naslednji dan po njeni izdaji;
 - hitro – zdravstvena storitev se izvede v treh mesecih od predložitve napotnice, ki jo zavarovana oseba predloži izbranemu izvajalcu v sedmih dneh po njeni izdaji;
 - redno – zdravstvena storitev se izvede v šestih mesecih od predložitve napotnice, ki jo zavarovana oseba predloži izbranemu izvajalcu v sedmih dneh po njeni izdaji.
- (2) Napotnica, ki jo zavarovana oseba ne predloži v rokih iz prejšnjega odstavka, preneha veljati.

67. člen
(zamenjava napotnega zdravnika)

Določbe tega zakona, ki veljajo za zamenjavo osebnega zdravnika, se smiselno uporabljajo za zamenjavo napotnega zdravnika.

68. člen
(napotitev zavarovane osebe v zobozdravstveni dejavnosti in načrt zobno-protetične rehabilitacije)

- (1) Osebni zobozdravnik lahko izda napotnico za zdravljenje, ki vključuje tudi stomatološko rehabilitacijo, na zobozdravnika specialista. Napotnica se lahko izstavi le za določen vnaprej opredeljen poseg ali na zdravljenje s področja posamezne specialnosti.
- (2) Pri pristojnem izvajalcu na terciarni ravni se izvaja najzahtevnejša zobno-protetična rehabilitacija s pomočjo zobnih vsadkov. Seznam zdravstvenih stanj, pri katerih ima zavarovana oseba pravico do te najzahtevnejše zobno-protetične rehabilitacije, določi Zavod.
- (3) Osebni zobozdravnik ali po njegovem pooblastilu specialist za stomatološko protetiko pred začetkom izdelave zobno-protetičnih pripomočkov predloži Zavodu v potrditev predlog načrta zobno-protetične rehabilitacije na listini, ki jo določi Zavod. Predlog načrta zobno-protetične rehabilitacije ni potreben pri:
 - prilagoditvah in popravilih zobno-protetičnih pripomočkov;
 - izdelavi največ treh posamičnih prevlek v obdobju enega leta;
 - zobno-protetični rehabilitaciji s pomočjo zobnih vsadkov.

69. člen
(napotitev k pristojnemu zdravstvenemu delavcu, ki ni zdravnik)

Določbe tega zakona, ki veljajo za napotitev k napotnemu zdravniku, se smiselno uporabljajo za napotitev k drugemu pristojnemu zdravstvenemu delavcu.

2.5 Pravica do medicinske rehabilitacije in postopek njenega uveljavljanja

70. člen
(medicinska rehabilitacija)

- (1) Zavarovana oseba ima pravico do medicinske rehabilitacije, če je pričakovati povrnitev fizičnih in psihičnih zmožnosti zaradi zdravstvenega stanja.
- (2) Pravica do medicinske rehabilitacije obsega:
 - zdravstvene storitve osnovne funkcionalne in korektivne fizioterapije;
 - zdravstvene storitve logopedije;
 - zdravstvene storitve delovne terapije;
 - zdravstvene storitve najzahtevnejše rehabilitacije;
 - zdraviliško zdravljenje.

71. člen
(uveljavljanje medicinske rehabilitacije)

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

2.6 Pravica do zdraviliškega zdravljenja

72. člen (zdraviliško zdravljenje)

- (1) Zavarovana oseba ima pravico do zdraviliškega zdravljenja, ki obsega zahtevnejšo medicinsko rehabilitacijo s souporabo naravnih zdravilnih sredstev v naravnih zdraviliščih.
- (2) Zdraviliško zdravljenje se izvaja na enega od naslednjih načinov:
 - na stacionarni način, če mora zavarovana oseba glede na zdravstveno stanje bivati v zdravilišču;
 - na ambulantni način, če lahko zavarovana oseba glede na zdravstveno stanje dnevno prihaja v zdravilišče.
- (3) Zdraviliško zdravljenje je glede na vrsto:
 - zdraviliško zdravljenje, ki je nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja in se izvaja na stacionarni način, če se začne neposredno po končanem bolnišničnem zdravljenju ali najpozneje pet dni od izdaje odločbe o odobritvi zdraviliškega zdravljenja;
 - zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja in se izvaja na stacionarni ali ambulantni način in se začne po roku iz prejšnje alineje.

73. člen (zdravstvena stanja)

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

74. člen (neutemeljeno zdraviliško zdravljenje)

Ne glede na prejšnji člen, zavarovana oseba nima pravice do zdraviliškega zdravljenja pri zdravstvenih stanjih in v drugih primerih, ko zdraviliško zdravljenje ni strokovno utemeljeno, ki jih določi Zavod.

75. člen (standard zdraviliškega zdravljenja)

- (1) Tip standarda zdraviliškega zdravljenja je opredeljen z vrsto in obsegom zdravstvenih storitev, ki se opravijo v okviru zdraviliškega zdravljenja.
- (2) Med zdraviliškim zdravljenjem je zavarovani osebi zagotovljena nujna medicinska pomoč in nujno zdravljenje.
- (3) Zdraviliško zdravljenje vključuje pripomočke, potrebne za izvajanje zdraviliškega zdravljenja.
- (4) Zdraviliško zdravljenje, ki se izvaja na stacionarni način, vključuje nastanitev in prehrano med bivanjem v zdravilišču. Standard nastanitve in prehrane pri zdraviliškem zdravljenju določi Zavod.
- (5) Zavod v soglasju z ministrom za posamezno zdravstveno stanje iz 73. člena tega zakona določi tip standarda zdraviliškega zdravljenja.

76. člen

(trajanje, odlog in prekinitve zdraviliškega zdravljenja)

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

77. člen

(ponovna upravičenost do zdraviliškega zdravljenja)

- (1) Zavarovana oseba, ki ji je bilo predhodno odobreno zdraviliško zdravljenje ali je predhodno opravila celostno medicinsko rehabilitacijo pri izvajalcu na terciarni ravni, lahko uveljavlja pravico do zdraviliškega zdravljenja zaradi iste bolezni ali poškodbe ob njenem klinično pomembnem (funkcionalnem) poslabšanju:
 - po izteku enega leta od izdaje predhodne odločbe ali od zaključka celostne medicinske rehabilitacije pri izvajalcu na terciarni ravni – če gre za zavarovano osebo do 18. leta starosti;
 - po izteku dveh let od izdaje predhodne odločbe ali od zaključka celostne medicinske rehabilitacije pri izvajalcu na terciarni ravni – če gre za zavarovano osebo nad 18. letom starosti.
- (2) Ne glede na prejšnji odstavek lahko zavarovana oseba zaradi iste bolezni ali poškodbe uveljavlja pravico do zdraviliškega zdravljenja, če v skladu s predhodno odločbo Zavoda ni začela zdraviliškega zdravljenja zaradi razloga iz četrtega odstavka prejšnjega člena.

78. člen

(odločanje o zdraviliškem zdravljenju)

- (1) Predlog za zdraviliško zdravljenje lahko vloži:
 - zdravnik, ki zavarovano osebo zdravi v bolnišnici, če gre za zdraviliško zdravljenje, ki je nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, ki ga poda najpozneje pet dni pred odpustom iz bolnišničnega zdravljenja;
 - osebni splošni zdravnik in osebni otroški zdravnik, če gre za zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja.
- (2) Pri zdravstvenih stanjih, ki jih določi Zavod v soglasju z ministrom, se predlog za zdraviliško zdravljenje poda v treh mesecih po končanem bolnišničnem zdravljenju, razen če zavarovana oseba zaradi zdravstvenega stanja ne more začeti zdraviliškega zdravljenja v tem roku.

- (3) Osebni zdravnik lahko v primeru iz drugega odstavka prejšnjega člena predlaga zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, pri čemer v predlogu utemelji tudi razlog, zaradi katerega zavarovana oseba ni mogla začeti zdraviliškega zdravljenja.
- (4) Ne glede na predlog zdravnika iz drugega odstavka tega člena, se lahko v odločbi o odobritvi zdraviliškega zdravljenja določi drugo vrsto zdraviliškega zdravljenja ali drug način izvajanja zdraviliškega zdravljenja, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja.
- (5) Z odločbo o odobritvi zdraviliškega zdravljenja se določijo vrsta, način izvajanja, tip standarda in trajanje zdraviliškega zdravljenja, razlog obravnave, rok, v katerem zavarovana oseba začne zdraviliško zdravljenje, naziv zdravilišča in namestitev na negovalni oddelek, če je to potrebno glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe.

79. člen (nastop zdraviliškega zdravljenja)

- (1) Zavarovana oseba začne zdraviliško zdravljenje, ki je nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, v roku iz prve alineje tretjega odstavka 72. člena tega zakona, in sicer na dan, ki ji ga sporoči zdravilišče.
- (2) Zavarovana oseba začne zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, v 30 dneh od izdaje odločbe o odobritvi zdraviliškega zdravljenja, če ni v njej določen drug datum začetka zdraviliškega zdravljenja, in sicer na dan, ki ji ga sporoči zdravilišče.
- (3) Zdravilišče lahko v primeru iz drugega odstavka 76. člena tega zakona predlaga podaljšanje zdraviliškega zdravljenja najpozneje pet dni pred zaključkom trajanja zdraviliškega zdravljenja.
- (4) Zavarovana oseba ali njen osebni zdravnik lahko v primeru iz četrtega odstavka 76. člena tega zakona predlaga odlog začetka zdraviliškega zdravljenja, o čemer zavarovana oseba istočasno pisno obvesti zdravilišče.
- (5) Zavarovana oseba ali njen osebni zdravnik lahko v primeru iz petega odstavka 76. člena tega zakona predlaga nadaljevanje zdraviliškega zdravljenja.

80. člen (tip standarda zdraviliškega zdravljenja)

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

2.7 Pravica do zdravstvene nege in postopek njenega uveljavljanja

81. člen (zdravstvena nega)

- (1) Zavarovana oseba ima pravico do zdravstvene nege, ki obsega zdravstvene storitve zdravstvene in babiške nege na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti.

- (2) Zdravstvena in babiška nega je sestavni del akutne zdravstvene oskrbe in se zagotavlja v obsegu, ki v postopkih zdravstvene oskrbe zagotavlja izboljšanje, preprečevanje poslabšanja ali vzdrževanje zdravstvenega stanja zavarovane osebe.

82. člen (pravica do zdravstvene nege)

- (1) Pravica do zdravstvene nege na primarni ravni zdravstvene dejavnosti obsega:
- zdravstveno nego kot del ambulantne obravnave (obrnave v splošnih in ambulantah družinske medicine, splošnih ambulantah nujne medicinske pomoči in specialističnih ambulantah);
 - zdravstveno nego kot sestavni del specialistične obravnave;
 - zdravstveno nego v preventivnih obravnavah (referenčne ambulante);
 - kurativno patronažno obravnavo pri kroničnih boleznih;
 - babiško nego;
 - zdravstveno nego na domu zavarovane osebe, v socialno varstvenem zavodu, vzgojno izobraževalnem zavodu, zavodu za prestajanje kazni zapora in prevzgojnem domu po odločitvi osebnega splošnega zdravnika in osebnega otroškega zdravnika (v nadaljnjem besedilu: zdravstvena nega na domu);
 - zobozdravstveno zdravstveno nego.
- (2) Pravica do zdravstvene nege na sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti obsega zdravstvene storitve v okviru zdravljenja in medicinske rehabilitacije (tim).

83. člen (postopek uveljavljanja zdravstvene nege)

- (1) Zavarovana oseba ima pravico do zdravstvene nege v okviru posamezne zdravstvene obravnave.
- (2) Zavarovana oseba lahko uveljavi pravico do zdravstvene nege neposredno pri izvajalcu zdravstvene nege.
- (3) Zavarovana oseba uveljavi pravico do zdravstvene nege pri osebnem splošnem zdravniku in osebnem otroškem zdravniku.

2.8 Pravica do paliativne oskrbe in postopek njene uveljavitve

84. člen (paliativna oskrba)

Paliativna oskrba je preprečevanje in lajšanje bolečin in trpljenja ter izboljšanje kakovosti življenja.

Zavarovana oseba ima pravico do obveščeniosti o razpoložljivih možnostih in soodločanja v skladu s cilji, željami in prepričanji ter zagotovljeno kakovostjo življenja.

85. člen (postopek uveljavljanja paliativne oskrbe)

Zavarovana oseba ima pravico do paliativne oskrbe na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti z interdisciplinarnim pristopom na primarni ravni zdravstvene dejavnosti v okviru ambulantne obravnave in zdravstvene obravnave na domu ter na sekundarni ravni zdravstvene dejavnosti v okviru enot in ali oddelkov za zagotavljanje paliativne oskrbe.

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

86. člen (prevoz z reševalnimi in drugimi vozili)

- (1) Zavarovana oseba ima pravico do prevoza z reševalnimi in drugimi vozili, če iz zdravstvenih razlogov ni mogoče opraviti prevoza z javnim prevoznim sredstvom.
- (2) Zavarovana oseba ima pravico do nujnega reševalnega prevoza ali nenujnega reševalnega prevoza.
- (3) Nujni reševalni prevoz je prevoz zavarovane osebe v primeru nujne medicinske pomoči.
- (4) Nenujni reševalni prevoz je prevoz zavarovane osebe do izvajalca in nazaj, če je zavarovana oseba nepokretna ali zaradi svojega zdravstvenega stanja potrebuje spremstvo ali zdravstveno oskrbo zdravstvenega delavca, prevoz na in z dialize ter prevoz, ko ni potrebno spremstvo zdravstvenega delavca, prevoz z javnim prevoznim sredstvom ali z osebnim vozilom pa bi lahko bil za zdravje zavarovane osebe škodljiv.

87. člen (nujni reševalni prevoz)

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

88. člen (nenujni reševalni prevoz)

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

89. člen (postopek uveljavljanja pravice do prevoza z reševalnimi ali drugimi vozili)

- (1) Zavarovana oseba uveljavi pravico do prevoza z reševalnimi in drugimi vozili z listino za naročilo prevoza, ki jo določi Zavod. Listino za naročilo prevoza izda osebni zdravnik, če ugotovi, daje potreben. Listino za naročilo prevoza na in z dialize lahko izda napotni zdravnik. Pristojni zdravnik z listino za naročilo prevoza praviloma vnaprej določi vrsto prevoza v skladu s 86. členom tega zakona in predpisom ministra, ki ureja prevoze pacientov.
- (2) V primeru premestitve zavarovane osebe v drugo bolnišnico, iz bolnišnice v zdravilišče, iz bolnišnice ali iz zdravilišča na dom ali od napotnega zdravnika na dom, napotni zdravnik izda listino za naročilo prevoza.

- (3) Ne glede na prvi in drugi odstavek tega člena sme nujni reševalni prevoz odrediti tudi drug zdravnik, ki potrdi nujnost prevoza na listini za naročilo prevoza. Nujnost reševalnega prevoza lahko potrdi tudi zdravnik, ki je po opravljenem prevozu prevzel zavarovano osebo v zdravljenje.
- (4) Če zavarovana oseba ali njeni svojci ali kdo drug v njenem imenu naroči reševalni prevoz z reševalnim vozilom, zavarovana oseba sama poravnava stroške tega prevoza. Zavarovana oseba lahko zahteva povračilo teh stroškov iz obveznega zavarovanja, če zdravnik, ki jo je prevzel na zdravljenje, ugotovi, da je bil prevoz nujen in ji o tem izda potrdilo.
- (5) Za prevoz s helikopterjem iz bolnišnice v bolnišnico da soglasje predstojnik oddelka izvajalca, od kjer se zavarovana oseba premešča.

2.10 Izjemna odobritev zdravstvene storitve

90. člen (pogoji izjemne odobritve zdravstvene storitve)

Zavod lahko po prostem preudarku zavarovani osebi izjemoma odobri zdravstveno storitev, ki ni pravica, ali celotno ali delno povračilo njenih stroškov, če gre za izjemno zdravstveno stanje in če se glede na njeno zdravstveno stanje lahko pričakuje, da bo z izjemoma odobreno zdravstveno storitvijo prišlo do ozdravitve ali izboljšanja zdravstvenega stanja ali preprečitve ali upočasnitve njegovega poslabšanja, česar ni mogoče doseči z zdravstveno oskrbo.

91. člen (postopek odločanja o izjemni odobritvi zdravstvene storitve)

- (1) Postopek odločanja o izjemni odobritvi zdravstvene storitve se začne na podlagi vloge zavarovane osebe, ki vsebuje zdravstveno in drugo dokumentacijo, ki jo določi Zavod.
- (2) Postopek o izjemni odobritvi zdravstvene storitve vodi in v njem odloči na prvi stopnji območna enota Zavoda.
- (3) O pritožbi zoper odločbo iz prejšnjega odstavka odloči Direkcija Zavoda.
- (4) Izjemna odobritev zdravstvene storitve se odobri za naprej najdlje za obdobje 24 mesecev od izdaje odločbe.

3. Zdravila in živila

3.1 Pravica do zdravil in živil ter postopek njene uveljavitve

92. člen (način zagotavljanja zdravil in živil)

Zavarovana oseba ima pravico do zdravil in živil, ki jih zavarovani osebi:

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

93. člen (predpis zdravila na recept)

- (1) Na recept se predpiše zdravilo z receptne liste.

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

94. člen **(ime in naziv zdravila na recept)**

- (1) Industrijsko proizvedeno zdravilo se predpiše na recept s splošnim imenom, če je uvrščeno na Seznam skupin zdravil s splošnim imenom iz 257. člena tega zakona a.
- (2) Ne glede na prejšnji odstavek se industrijsko proizvedeno zdravilo predpiše na recept z imenom, če je zdravilo predpisano, ker iz zdravstvenih razlogov enakovredno zdravljenje ni mogoče z drugim zdravilom, pri čemer se za zdravstveni razlog šteje kontraindikacija na zdravilo, alergija na zdravilo ali drug neželeni učinek zdravila, ki poslabšuje zdravje zavarovane osebe. V tem primeru pristojni zdravnik ob predpisu zdravila na receptu označi "ne zamenjaj!".
- (3) Galensko zdravilo se predpiše z imenom, ki ga določi izdelovalec galenskih zdravil.
- (4) Magistralno zdravilo se predpiše na recept z nazivom, s katerim je razvrščeno na receptno listo.

95. člen **(rok za predložitev recepta)**

- (1) Zavarovana oseba zdravilo na neobnovljivi recept in prvo izdajo zdravila na obnovljivi recept prevzame v lekarni:
 1. v 24 urah od predpisa recepta, če je zdravilo predpisano zaradi nujnega zdravljenja iz 58. člena tega zakona;
 2. v treh dneh od dneva predpisa recepta za protimikrobno zdravilo za akutno bolezen;
 3. v 30 dneh od dneva predpisa recepta;
 4. v roku, ki ga določa predpis, ki ureja predpisovanje in izdajanje zdravil za uporabo v humani medicini, ali splošni akt Zavoda.
- (2) Zavarovana oseba ponovno izdajo zdravila na obnovljivi recept uveljavi na predviden datum naslednje izdaje ali v 30 dneh pred predvideno ponovno izdajo zdravila, pred tem rokom pa le v izjemnem primeru (študijska obveznost v tujini, daljše službeno ali zasebno potovanje v tujino in podobno).

- (3) Ne glede na prejšnji odstavek Zavod s splošnim aktom določi primere, ko lahko zavarovana oseba ponovno izdajo zdravila na obnovljivi recept uveljavi v krajšem roku od 30 dni pred predvideno ponovno izdajo zdravila.

96. člen
(izdaja zdravila na recept)

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

97. člen
(predpisovanje in izdajanje živila na recept)

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

98. člen
(recept za osebno rabo)

- (1) Zdravilo se lahko predpiše na posebno listino Zavoda, ki ima isti pomen kot recept in za katero veljajo predpisi in splošni akti Zavoda, ki veljajo za predpisovanje in izdajanje zdravil na recept, če ni v njih zanjo drugače določeno (v nadaljnjem besedilu: recept za osebno rabo).
- (2) Recept za osebno rabo je neobnovljivi recept.
- (3) Zdravnik lahko predpiše zdravilo na recept za osebno rabo sebi ali svojemu družinskemu članu, če ga ni pristojen predpisati na recept kot pristojni zdravnik za predpis zdravila in živila na recept.
- (4) Za družinskega člana iz prejšnjega odstavka se šteje oseba 24. in 25. člena tega zakona, če je obvezno zavarovana po tem zakonu.
- (5) Zavod dodeli zdravniku na njegov predlog 30 receptov za osebno rabo letno, če:
1. je evidentiran v zbirki podatkov zdravstvenih delavcev, ki se vodi na podlagi zakona, ki ureja zbirke podatkov s področja zdravstvenega varstva,
 2. ima veljavno licenco Zdravniške zbornice Slovenije in
 3. ima enega od naslednjih statusov:
 - opravlja zdravstvene storitve v okviru mreže javne zdravstvene službe ali
 - ima sklenjeno pogodbo o zaposlitvi z Zavodom, ZPIZ, ministrstvom, NIJZ ali Nacionalnim laboratorijem za zdravje, okolje in hrano, ali
 - je upokojenec s prijavljenim prebivališčem v Republiki Sloveniji, zavarovan na podlagi šestega odstavka 16. člena tega zakona, ki je imel neposredno pred pridobitvijo pravice do pokojnine status iz prve ali druge alineje te točke.

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

99. člen
(zdravila in živila v okviru zdravstvene storitve)

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

3.2 Izjemna odobritev zdravila in živila

100. člen
(pogoji izjemne odobritve zdravila in živila)

- (1) Zavod lahko po prostem preudarku zavarovani osebi izjemoma odobri zdravilo in živilo, ki ni pravica, ali celotno ali delno povračilo njegovih stroškov, če ga zavarovana oseba rabi za zdravljenje specifične bolezni ali motnje, ki ogroža njeno zdravje, in če se glede na njeno zdravstveno stanje pričakuje, da bo z izjemoma odobrenim zdravilom ali živilom prišlo do ozdravitve ali izboljšanja zdravstvenega stanja ali preprečitve ali upočasnitve njegovega poslabšanja, česar ni mogoče doseči z zdravstveno oskrbo, (v nadaljnjem besedilu: izjemna odobritev zdravila in živila).
- (2) Zavod odloča o izjemni odobritvi zdravila in živila na podlagi naslednjih meril:
 1. merila za razvrstitev zdravila iz 2. točke drugega odstavka 240. člena in merila za razvrstitev živila iz 2. točke drugega odstavka 270. člena tega zakona;
 2. merila za razvrstitev zdravila iz 3. točke drugega odstavka 240. člena in merila za razvrstitev živila iz 3. točke drugega odstavka 270. člena tega zakona;
 3. merila za razvrstitev zdravila iz 5. točke drugega odstavka 240. člena tega zakona;
 4. ekonomskega vidika zdravila in živila.
- (3) Ne glede na prvi in drugi odstavek tega člena predmet izjemne odobritve zdravila in živila ne more biti:
 1. zdravilo in živilo za blažitev simptomov ali zdravljenje bolezni ali motnje, ki je z javnozdravstvenega vidika manj pomembna ali se uporablja pri obravnavi bolezni ali motnje, ki jo je mogoče urediti ali pozdraviti s spremenjenim načinom življenja;
 2. zdravilo, ki ga Zavod ni razvrstil na listo zdravil zaradi neizpolnjevanja merila za razvrstitev zdravila iz 2. ali 3. točke drugega odstavka 240. člena tega zakona in živilo, ki ga Zavod ni razvrstil na receptno listo zaradi neizpolnjevanja merila za razvrstitev živila iz 2. ali 3. točke drugega odstavka 270. člena tega zakona;

3. novo zdravilo in živilo, ki je v postopku razvrstitve.
- (4) Povračilo in plačilo stroškov zdravila in živila na podlagi izjemne odobritve se odobri v višini, ki jo Zavod določi ob upoštevanju meril iz drugega odstavka tega člena.
- (5) Povračilo in plačilo stroškov zdravila in živila na podlagi izjemne odobritve se lahko odobri kot enkratno povračilo ali plačilo stroškov zdravila in živila ali za dalj časa.
- (6) Izjemna odobritev zdravila in živila se odobri za naprej najdlje za obdobje 12 mesecev od vložitve popolne vloge za izjemno odobritev zdravila in živila, lahko pa tudi za daljši čas, če je iz zdravstvene dokumentacije razvidno, da bo zdravljenje dolgotrajno.
- (7) Izjemna odobritev zdravila in živila se lahko odobri za nazaj najdlje za obdobje treh mesecev od vložitve popolne vloge za izjemno odobritev zdravila in živila.
- (8) Zavarovana oseba lahko po poteku veljavnosti izjemne odobritve zdravila in živila ponovno vloži vlogo za izjemno odobritev istega zdravila in živila.

101. člen
(postopek odločanja o izjemni odobritvi zdravila in živila)

- (1) Postopek odločanja o izjemni odobritvi zdravila in živila se začne na podlagi vloge zavarovane osebe.
- (2) Postopek o izjemni odobritvi zdravila in živila vodi in v njem odloči na prvi stopnji uradna oseba organizacijske enote Direkcije Zavoda, pristojna za zdravila in živila.
- (3) O pritožbi zoper odločbo iz prejšnjega odstavka odloči Komisija za izjemno odobritev, ki jo imenuje generalni direktor Zavoda. Uradna oseba iz prejšnjega odstavka ne more biti član Komisije za izjemno odobritev.

3.3 Splošni akt Zavoda za uresničevanje pravice do zdravila in živila

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

- (1) Zavod s splošnim aktom določi naslednje standarde glede uveljavljanja pravice do zdravila in živila:
 1. določi primere, ko zdravila in živila z receptne liste ni dopustno predpisati na recept;
 2. določi pristojnega zdravnika za predpis zdravila in živila na recept;
 3. določi časovno in količinsko omejitev predpisovanja in izdajanja zdravila in živila na recept, ki ni določena že na podlagi 245. člena tega zakona;
 4. določi rok za predložitev recepta in recepta EU lekarni, ki ni določen že s tem zakonom, in določi primere, ko lahko zavarovana oseba ponovno izdajo zdravila na obnovljivi recept uveljavi v krajšem roku od 30 dni pred predvideno ponovno izdajo zdravila;
 5. natančneje določi postopek predpisovanja zdravila in živila na recept, vključno s pristojnostmi in z obveznostmi pristojnega zdravnika pri predpisu recepta;
 6. natančneje določi postopek izdajanja zdravila in živila na recept, vključno s pristojnostmi in z obveznostmi pooblaščenih oseb za izdajo zdravila in živila na recept pri izdaji tega zdravila in živila;
 7. natančneje določi pogoje in postopek za uveljavljanje pravice do zdravila in živila v državi članici EU iz 163. člena tega zakona;
 8. natančneje določi pogoje in postopek za uveljavljanje pravice do zdravila in živila v tujini iz 164. člena tega zakona, vključno z vsebino potrdila o deficitarnosti;

9. natančneje določi pogoje za izjemno odobritev zdravila in živila ter postopek odločanja o izjemni odobritvi zdravila in živila;
 10. druge standarde glede uveljavljanja pravice do zdravila in živila na recept in v okviru zdravstvene storitve pri izvajalcu.
- (2) Splošni akt Zavoda iz prejšnjega odstavka sprejme svet Zavoda.

4. Medicinski in drugi pripomočki

4.1 Pravica do medicinskih in drugih pripomočkov ter postopek njene uveljavitve

103. člen (pravica do medicinskih in drugih pripomočkov)

- (1) Zavarovana oseba ima pravico do medicinskega ali drugega pripomočka, če po mnenju pristojnega zdravnika ali drugega pristojnega zdravstvenega delavca izpolnjuje pogoj zdravstvenega stanja in druge pogoje.
- (2) Zavarovana oseba ima v primerih serijsko izdelanih medicinskih in drugih pripomočkov pravico do pripomočka (artikla), ki je uvrščen na seznam znotraj posamezne vrste pripomočka, razen v primerih pripomočkov, ki so jih zagotavljajo izvajalci.
- (3) Zavarovana oseba medicinski ali drug pripomoček lahko prejme v last ali v izposojlo.
- (4) Zavarovana oseba ima na naročilnico pravico do medicinskih in drugih pripomočkov iz naslednjih skupin:
 1. proteze udov;
 2. estetske proteze;
 3. ortoze;
 4. ortopedska obutev;
 5. vozički ter ostali medicinski pripomočki za gibanje, stojo in sedenje;
 6. električni stimulatorji in ostali aparati;
 7. sanitarni pripomočki;
 8. blazine proti preležaninam;
 9. kilni pasovi;
 10. medicinski pripomočki pri izločilni stomi;
 11. medicinski pripomočki pri inkontinenci in težavah z odvajanjem seča;
 12. medicinski pripomočki pri zdravljenju sladkorne bolezni;
 13. kanile;
 14. medicinski pripomočki za slepe;
 15. medicinski pripomočki za sluh;
 16. obvezilni materiali;
 17. raztopine;
 18. medicinski pripomočki za izboljšanje vida;
 19. ostali medicinski pripomočki, ki so potrebni za zdravstveno rehabilitacijo (npr. kompresijski);
 20. drugi pripomočki;
 21. medicinski pripomočki ob povezani uporabi z zdravili.
- (5) Zavarovana oseba ima pravico do medicinskega ali drugega pripomočka z enakim namenom uporabe in podobnimi lastnostmi, ki je zanjo funkcionalno ustrezen in je najcenejši, če standardni pripomoček zanjo glede na njeno zdravstveno stanje ni funkcionalno ustrezen.

- (6) Zavarovana oseba ima pri določenih vrstah medicinskih in drugih pripomočkov pravico do pripomočka v višjem standardu, kot je pravica, če bi se s takšnim standardom omogočila ali ohranjala njena zmožnost za delo ali omogočila lažja uporaba medicinskega pripomočka v bivalnem okolju.
- (7) Zavarovana oseba ima pri določenih vrstah medicinskih in drugih pripomočkov pravico do popravila, vzdrževanja in prilagoditev pripomočka.
- (8) Zavarovana oseba ima pri vrstah medicinskih in drugih pripomočkov, pri katerih je določena trajnostna doba, pred iztekom le-te pravico do drugega istovrstnega pripomočka, če je pri njej prišlo do takšnih anatomskih in funkcionalnih sprememb, zaradi katerih predhodno prejetega pripomočka ni mogoče usposobiti za nadaljnjo uporabo.
- (9) V primeru iz šestega odstavka tega člena se iz obveznega zavarovanja krije znesek do standardne višine kritja, razliko do višjega standarda pa krije državni proračun.

104. člen (standardi)

Standardi pri medicinskih in drugih pripomočkih so:

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

105. člen (splošni akt Zavoda)

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

1. vrste iz skupin, navedenih v četrtem odstavku 103. člena tega zakona, vključno z nazivi vrst in šifrantom vrst;
2. pogoj zdravstvenega stanja in druge pogoje, pri katerih ima zavarovana oseba pravico do pripomočka na naročilnico;
3. ali zavarovana oseba pripomoček na naročilnico prejme v last ali v izposajo, ali je možno oboje, v zadnjem primeru vključno s pogoji za prejem v last ali v izposajo;
4. pripomočke na naročilnico, pri katerih ima zavarovana oseba pravico po popravila, vzdrževanja in/ali prilagoditve, vključno z njihovimi omejitvami v znesku ali deležu in z drugimi pogoji, in vključno z določitvijo, ali je za popravila, vzdrževanja in/ali prilagoditve teh pripomočkov potrebna naročilnica;
5. pripomočke na naročilnico, pri katerih ima zavarovana oseba pravico do višjega standarda, vključno z natančnejšo opredelitvijo pogojev;
6. za katere pripomočke in pod kakšnimi pogoji se lahko izda obnovljiva naročilnica;
7. natančnejše opredelitve dobe trajanja za pripomočke na naročilnico.

106. člen (postopek uveljavljanja pravice do medicinskih in drugih pripomočkov na naročilnico)

- (1) Zavarovani osebi vrsto medicinskega ali drugega pripomočka predpiše osebni zdravnik.

- (2) Ne glede na prejšnji odstavek Zavod s splošnim aktom za predpisovanje določenih vrst pripomočkov določi napotne zdravnike specialiste določene stroke, zdravnike specialiste v razvojni ambulanti, posebej poimensko določi zdravnike ali poleg osebnega zdravnika določi tudi druge pristojne zdravstvene delavce. Zavod s splošnim aktom določi tudi roke za uveljavitev pravice do pripomočka in določi način izdaje naročilnice.
- (3) Medicinske in druge pripomočke, ki so jih pristojni predpisati osebni zdravniki ali drugi pristojni zdravstveni delavci, lahko predpišejo tudi napotni zdravniki, če jih osebni zdravnik za to pooblasti.
- (4) Zavarovana oseba naročilnico predloži dobavitelju v 30 dneh od njene izdaje ali od odločitve Zavoda, s katero je dobila pravico do pripomočka.
- (5) Zavod s splošnim aktom natančneje določi postopke uveljavljanja pravice do pripomočkov.

4.2 Izjemna odobritev medicinskih in drugih pripomočkov

107. člen

(pogoji izjemne odobritve medicinskih in drugih pripomočkov)

- (1) Zavod lahko po prostem preudarku zavarovani osebi izjemoma, delno ali v celoti odobri nabavo, izposajo ali povračilo stroškov nabave ali izposoje medicinskega ali drugega pripomočka, ki:
 - ni pravica;
 - je pravica, a zavarovana oseba ne izpolnjuje pogoja zdravstvenega stanja ali drugega pogoja;
 - je pravica, pa zavarovana oseba zaradi svojega zdravstvenega stanja potrebuje večjo količino pripomočkov od opredeljene v predpisih.
- (2) Pogoji za izjemno odobritev medicinskega ali drugega pripomočka zavarovani osebi so:
 - izjemno zdravstveno stanje,
 - z izjemno odobritvijo se lahko utemeljeno pričakuje ozdravitev ali izboljšanje zdravstvenega stanja ali preprečitev ali upočasnitev nadaljnjega poslabšanja, pri čemer navedenega ni mogoče doseči s pripomočki, ki so pravica, in
 - namen uporabe pripomočka, kot ga je določil proizvajalec, je skladen z zdravstvenim stanjem zavarovane osebe.

108. člen

(postopek odločanja o izjemni odobritvi medicinskih in drugih pripomočkov)

- (1) Postopek odločanja o izjemni odobritvi medicinskega ali drugega pripomočka se začne na podlagi vloge zavarovane osebe.
- (2) Postopek o izjemni odobritvi medicinskega ali drugega pripomočka vodi in v njem odloči na prvi stopnji uradna oseba organizacijske enote Direkcije Zavoda, pristojna za medicinske in druge pripomočke.
- (3) O pritožbi zoper odločbo iz prejšnjega odstavka odloči Komisija za izjemno odobritev, ki jo imenuje generalni direktor Zavoda. Uradna oseba iz prejšnjega odstavka ne more biti član Komisije za izjemno odobritev.
- (4) Izjemna odobritev se odobri za naprej najdlje za obdobje 24 mesecev od izdaje odločbe.

5. Sobivanje

109. člen
(pravica do sobivanja)

- (1) Sobivanje je pravica zavarovane osebe iz drugega odstavka tega člena do 24 urnega spremljanja druge osebe, ki zavarovani osebi nudi čustveno oporo pri zdravljenju v času bolnišničnega in zdraviliškega zdravljenja.
- (2) Pravico do sobivanja ima zavarovana oseba:
 - do šestega leta starosti;
 - s težjo okvaro ali poškodbo možganov ali hrbtenjače, pri kateri je potrebno usposabljanje za poznejšo medicinsko rehabilitacijo na domu do 18. leta starosti ali dokler traja roditeljska pravica;
 - s kroničnimi boleznimi ali okvarami v času usposabljanja za poznejšo medicinsko rehabilitacijo na domu do 18. leta starosti ali dokler traja roditeljska pravica;
 - če gre za zdravljenje težkih zdravstvenih stanj do 18. leta starosti.
- (3) Ne glede na prvi odstavek tega člena ima pravico do sobivanja v času zdraviliškega zdravljenja le zavarovana oseba iz prve alineje prejšnjega odstavka.
- (4) Sobivanje lahko uveljavi en od staršev, njegov partner, skrbnik ali rejnik. V primeru iz druge in tretje alineje drugega odstavka tega člena mora biti to oseba, ki bo izvajala poznejšo medicinsko rehabilitacijo zavarovane osebe na domu (v nadaljnjem besedilu: upravičenec do sobivanja).
- (5) V primeru bolnišničnega in zdraviliškega zdravljenja matere, ki je zavarovana oseba, ima otrok, ki ga mati doji, pravico do sobivanja.

110. člen
(druge pravice sobivanja)

- (1) Upravičenec do sobivanja ima pravico do:
 - denarnega nadomestila;
 - povračila prevoznih stroškov;
 - prehrane in nastanitve pri izvajalcu ali povračila nujnih stroškov.
- (2) Pravico do denarnega nadomestila ima upravičenec do sobivanja, ki je zavarovanec.
- (3) Pravico do povračila prevoznih stroškov ter do prehrane in nastanitve oziroma povračila nujnih stroškov ima upravičenec do sobivanja, čeprav ni zavarovana oseba.
- (4) Pravico do povračila prevoznih stroškov iz 142. in 143. člena tega zakona ima upravičenec do sobivanja, če spremlja otroka, ki uveljavlja pravico do sobivanja, k izvajalcu izven kraja bivanja otroka.
- (5) Upravičenec do sobivanja ima pravico do prehrane in nastanitve pri izvajalcu v enakem standardu kot zavarovana oseba, ki uveljavlja pravico do sobivanja.
- (6) Če izvajalec upravičencu do sobivanja ne zagotovi nastanitve ali prehrane v standardu iz prejšnjega odstavka, ima pravico do povračila stroškov prehrane in nastanitve iz 144. člena tega zakona.
- (7) Če upravičenec do sobivanja ne uveljavi pravice iz prejšnjega odstavka, ima pravico do povračila prevoznih stroškov iz 142. in 143. člena tega zakona.
- (8) Otrok iz petega odstavka prejšnjega člena ima pravico do prehrane in nastanitve pri izvajalcu v enakem standardu kot mati.

111. člen
(postopek uveljavljanja pravice do sobivanja)

Pravico do sobivanja uveljavlja upravičenec do sobivanja pri izvajalcu bolnišničnega in zdraviliškega zdravljenja.

6. Spremistvo

112. člen
(pravica do spremstva)

- (1) Spremistvo je spremljanje zavarovane osebe na poti, ki zaradi fizičnega ali psihičnega stanja ni sposobna sama potovati k izvajalcu.
- (2) Pravico do spremstva ima zavarovana oseba:
 1. težje ali težko duševno ali telesno prizadeta do 18. leta starosti;
 2. ki prejema nadomestilo po zakonu, ki ureja družbeno varstvo duševno in telesno prizadetih odraslih oseb, ali pri kateri je podaljšana roditeljska pravica;
 3. napotena k izvajalcu do 15. leta starosti;
 4. katere zdravstveno stanje zahteva spremstvo.
- (3) Zavarovano osebo iz prejšnjega odstavka lahko spremlja kdorkoli, čeprav ni zavarovana oseba (v nadaljnjem besedilu: spremljevalec).
- (4) Spremljevalec je lahko zdravstveni delavec, če je treba zavarovani osebi med potjo zagotoviti medicinsko pomoč.

113. člen
(druge pravice spremstva)

- (1) Spremljevalec ima pravico do:
 - denarnega nadomestila;
 - povračila prevoznih stroškov.
- (2) Pravico do denarnega nadomestila ima spremljevalec, ki je zavarovanec.
- (3) Pravico do povračila prevoznih stroškov ima spremljevalec čeprav ni zavarovana oseba.
- (4) Spremljevalec ima pravico do povračila prevoznih stroškov, če spremlja zavarovano osebo k izvajalcu izven kraja bivanja zavarovane osebe.
- (5) Če je spremljevalec zdravnik ali drug zdravstveni delavec, velja za povračilo prevoznih in drugih stroškov ureditev teh pravic pri izvajalcu, pri katerem dela zdravnik ali drug zdravstveni delavec. Plačilo teh potnih stroškov bremeni materialne stroške zdravstvenega zavoda.

114. člen
(postopek uveljavljanja pravice do spremstva)

Potrebo po spremstvu ugotovi osebni splošni zdravnik in osebni otroški zdravnik, napotni zdravnik, imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija, v primeru nujne medicinske pomoči ali nujnega zdravljenja pa lahko tudi drug zdravnik.

7. Denarne dajatve

7.1 Pravica do denarnega nadomestila in postopek njene uveljavitve

115. člen (upravičenci do denarnega nadomestila)

- (1) Zavarovanec ima pravico do denarnega nadomestila v primeru:
 1. bolezni in poškodbe izven dela;
 2. poklicne bolezni in poškodbe pri delu;
 3. darovanja in posledic darovanja delov človeškega telesa v korist tretje osebe;
 4. darovanja in posledic darovanja krvi;
 5. izolacije;
 6. nege;
 7. sobivanja;
 8. spremstva;
 9. poškodbe, nastale pri aktivnostih iz 13. točke drugega odstavka in tretjega odstavka 172. člena tega zakona.
- (2) Zaradi razlogov iz prejšnjega odstavka imajo pravico do denarnega nadomestila zavarovanci iz prvega, drugega, tretjega in četrtega odstavka 11. člena, 12., 13. in 14. člena tega zakona. Zavarovanci iz petega odstavka 11. člena tega zakona imajo pravico do denarnega nadomestila zaradi vseh razlogov iz prejšnjega odstavka, razen iz 2. točke.
- (3) Zavarovanci iz prvega odstavka 16. člena tega zakona imajo pravico do denarnega nadomestila le zaradi razloga iz 2. točke prvega odstavka tega člena.
- (4) Pravico do denarnega nadomestila zaradi nege ima zavarovanec, ki neguje:
 - otroka do 18. leta starosti ali dokler traja roditeljska pravica;
 - partnerja.
- (5) Določba prve alineje prejšnjega odstavka velja za starša otroka, njegovega partnerja, rejnika in skrbnika, kadar otroka dejansko neguje in varuje. Denarno nadomestilo ne pripada poklicnemu rejniku, kadar neguje otroka, ki je nameščen v rejniško družino.
- (6) Zavarovanec ima pravico do denarnega nadomestila na podlagi ugotovitve osebnega zdravnika, imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije, da je pri zavarovancu nastopil razlog iz prvega odstavka tega člena, zaradi česar ni sposoben opravljati svojega dela ali dejavnosti.
- (7) Zavarovancu, pri katerem je bila ugotovljena invalidnost na podlagi zakona, ki ureja pokojninsko in invalidsko zavarovanje, pripada denarno nadomestilo od dneva izvršljivosti odločbe ali sodbe o ugotovljeni invalidnosti za toliko ur, kolikor znaša delovna obveznost zavarovanca na podlagi te odločbe.
- (8) ZPIZ v petih dneh od datuma izvršljivosti odločbe oziroma sodbe brezplačno posreduje Zavodu izvršljive odločbe in sodbe, ki se nanašajo na invalidnost zavarovanca, ki ima na podlagi tega zakona pravico do denarnega nadomestila med začasno zadržanostjo od dela.

116. člen (trajanječasne zadržanosti od dela)

- (1) Zavarovancu pripada denarno nadomestilo za delovne dni in delovne ure, ko je začasno zadržan od dela, kot tudi za praznične in druge dela proste dni, določene z zakonom.
- (2) Začasna nezmožnost za delo in denarno nadomestilo traja v posameznem primeru neprekinjeno največ 12 mesecev ali s prekinitvami v dveh letih največ 18 mesecev.

- (3) Prejšnji odstavek se uporablja tudi za primere delne začasne zadržanosti od dela.

117. člen
(trajnejša nezmožnost za delo)

- (1) Po izteku roka iz drugega odstavka prejšnjega člena se denarno nadomestilo v enaki višini, kot se je zagotavljalo iz obveznega zavarovanja, zagotavlja v breme pokojninskega in invalidskega zavarovanja, če pri zavarovancu ni prišlo do povrnitve delovne sposobnosti.
- (2) Osebni zdravnik dva meseca pred iztekom roka iz drugega odstavka prejšnjega člena poda predlog invalidski komisiji, če oceni, da gre za trajnejšo zadržanost od dela ali ni pričakovati povrnitve delovne zmožnosti.
- (3) O trajnejši nezmožnosti za delo odloča ZPIZ.

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

- (1) Začasna zadržanost od dela zaradi nege osebe iz četrtega odstavka 115. člena tega zakona traja največ deset dni, zaradi nege otroka do šestega leta starosti ali zmerno, težje ali težko duševno ali telesno prizadetega otroka pa največ 20 dni.
- (2) Ne glede na prejšnji odstavek se lahko začasna zadržanost od dela zaradi nege izjemoma podaljša tako, da traja:
- največ 20 dni za nego osebe iz četrtega odstavka 115. člena tega zakona;
 - največ 40 dni za nego otroka do sedmega leta starosti ali za starejše zmerno, težje ali težko duševno in telesno prizadete otroke;
 - največ šest mesecev za nego otroka zaradi nenadnega hudega poslabšanja zdravstvenega stanja in v drugih izjemnih primerih;
 - več kot šest mesecev za nego otroka do 18. leta starosti ali dokler traja roditeljska pravica, zaradi težke možganske okvare, rakavih obolenj ali drugih posebno hudih poslabšanj zdravstvenega stanja.
- (3) Začasna zadržanost od dela zaradi sobivanja traja:
- celotno obdobje bolnišničnega in zdraviliškega zdravljenja iz prve alineje drugega odstavka 109. člena tega zakona;
 - največ 30 dni v primeru iz druge alineje drugega odstavka 109. člena tega zakona;
 - največ 14 dni v posameznem primeru v primeru iz tretje alineje drugega odstavka 109. člena tega zakona;
 - celotno obdobje bolnišničnega zdravljenja v primeru iz četrte alineje drugega odstavka 109. člena tega zakona.
- (4) Pravica do denarnega nadomestila za nego otroka ne pripada zavarovancu, če nego lahko zagotovi eden izmed staršev, partner, če otroka dejansko neguje in varuje, rejnik ali skrbnik, pri katerem zaradi nege ne nastopi začasna zadržanost od dela.

119. člen
(plačnik denarnega nadomestila)

- (1) Zavarovanec iz drugega odstavka 115. člena tega zakona ima pravico do denarnega nadomestila:
- od prvega delovnega dne začasne zadržanosti od dela zaradi darovanja in posledic darovanja delov človeškega telesa v korist tretje osebe, posledic darovanja krvi, nege, izolacije, sobivanja, spremstva, in zaradi poklicne bolezni ali poškodbe pri delu, nastale pri izvajanju

- organiziranih aktivnosti iz 13. točke drugega odstavka in tretji odstavek 172. člena tega zakona;
- od 31. delovnega dne začasne nezmožnosti za delo zaradi bolezni ali poškodbe izven dela ter poklicne bolezni ali poškodbe pri delu, razen v primerih iz tretje in četrte alineje tega odstavka;
 - od prvega delovnega dne začasne nezmožnosti za delo delavca zaradi bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom, če je bilo za posamezno odsotnost z dela do 30 delovnih dni zaradi bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom, izplačano denarno nadomestilo v breme istega delodajalca v koledarskem letu za 120 delovnih dni;
 - od prvega delovnega dne po prekinitvi, če gre za dve ali več zaporednih odsotnosti z dela do 30 delovnih dni zaradi iste bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom, in traja prekinitvev med eno in drugo odsotnostjo manj kot deset delovnih dni.
- (2) Zavarovanec iz drugega odstavka 115. člena tega zakona ima za dan zadržanosti od dela zaradi darovanja krvi pravico do denarnega nadomestila v breme državnega proračuna.
- (3) V primeru iz prvega odstavka tega člena denarno nadomestilo izplača za osebe iz prvega, drugega, tretjega in četrtega odstavka 11. člena tega zakona delodajalec v breme obveznega zavarovanja, kot to določa zakon, ki ureja delovna razmerja.
- (4) Zavarovancu iz petega odstavka 11. člena, 12., 13., 14. člena in prvega odstavka 16. člena tega zakona denarno nadomestilo izplača Zavod.

120. člen (višina denarnega nadomestila)

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

zavarovanec začasno zadržan od dela s pravico do denarnega nadomestila iz obveznega zavarovanja.

- (7) Denarno nadomestilo se ne valorizira.

121. člen **(osnova za denarno nadomestilo)**

- (1) Osnova za denarno nadomestilo je povprečje izplačanih mesečnih plač in nadomestil ter osnov za plačilo prispevkov v koledarskem letu pred letom, v katerem je nastala začasna zadržanost od dela.
- (2) Zavarovancu, ki ni imel plače ali osnove za plačilo prispevkov in nadomestil v obdobju iz prejšnjega odstavka, je osnova za denarno nadomestilo povprečni mesečni znesek plač ali osnove za plačilo prispevkov in nadomestil v obdobju iz obveznega zavarovanja v tekočem koledarskem letu preden je bil začasno zadržan od dela.
- (3) Za zavarovanca, ki do nastopa začasne zadržanosti od dela še ni imel plače ali osnove za plačilo prispevkov in nadomestil, ter za zavarovanca, ki se poškoduje na poti na delo, preden je nastopil delo, je osnova za denarno nadomestilo plačilo, ki bi ga prejel, če bi delal, vendar ne več kot je to določeno v petem odstavku prejšnjega člena.
- (4) Osnova za odmero denarnega nadomestila se ugotavlja na podlagi podatkov iz obračuna davčnih odtegljajev, ki jih zavezanci posredujejo davčnemu organu na predpisanih obrazcih (v nadaljnjem besedilu: REK obrazci). Če zavezanec davčnemu organu za delavca ni posredoval predpisanih REK obrazcev, se osnova za odmero denarnega nadomestila določi na podlagi podatkov, ki jih Zavodu na njegovo zahtevo posreduje delodajalec. Podatke o osnovi za odmero denarnega nadomestila pri zavarovancih iz petega odstavka 11. člena, 12., 13. in 14. člena tega zakona na podlagi podatkov, ki jih zavezanci posredujejo davčnemu organu, Zavodu posreduje davčni organ.
- (5) Če podatkov, potrebnih za obračun denarnega nadomestila ni moč pridobiti na način iz prejšnjega odstavka, se kot osnovo za denarno nadomestilo v primeru delovnega razmerja za polni delovni čas upošteva minimalno plačo, veljavno v obdobju iz prvega odstavka tega člena, ali njen sorazmerni del v primeru krajšega delovnega časa.
- (6) Osnova za denarno nadomestilo ves čas trajanja začasne zadržanosti od dela ostaja enaka in je enaka osnovi, ki se upošteva na prvi dan začasne zadržanosti od dela.

122. člen **(denarno nadomestilo po prenehanju obveznega zdravstvenega zavarovanja)**

Zavarovanec iz prvega odstavka 16. člena tega zakona, ki mu je med začasno zadržanostjo od dela zaradi poklicne bolezni ali poškodbe pri delu prenehalo obvezno zavarovanje iz prvega, drugega, tretjega in četrtega odstavka 11. člena, 12., 13. in 14. člena tega zakona, ima pravico do denarnega nadomestila do povrnitve zmožnosti za delo, vendar ne dlje kot je določeno v drugem odstavku 116. člena tega zakona.

123. člen **(izguba pravice do denarnega nadomestila)**

- (1) Zavarovanec nima pravice do denarnega nadomestila, če v času začasne zadržanosti od dela:
1. opravlja pridobitno delo;
 2. brez utemeljenih razlogov odkloni ali neupravičeno odloži predlagano zdravljenje in s tem neupravičeno podaljšuje začasno nezmožnost za delo;

3. se brez upravičenega vzroka ne odzove pozivu na pregled pri osebnemu zdravniku, napotnem zdravniku, imenovanem zdravniku, zdravstveni komisiji ali invalidski komisiji;
 4. ne ravna po navodilih za ravnanje v času začasne zadržanosti od dela;
 5. brez dovoljenja zdravnika odpotuje v tujino ali iz kraja dejanskega bivanja.
- (2) Kot pridobitno delo iz 1. točke prejšnjega odstavka se šteje zaposlitev ali opravljanje dejavnosti. Kot zaposlitev se šteje vsako odvisno pravno razmerje, v katero je vključen zavarovanec pri opravljanju fizičnega ali intelektualnega dela, vključno z opravljanjem storitev in ustvarjanjem ali izvedbo avtorskega dela. Za zaposlitev se šteje tudi delo prokuristov, direktorjev in funkcionarjev. Za opravljanje dejavnosti se šteje neodvisno in samostojno opravljanje podjetniške, poklicne, kmetijske in gozdarske dejavnosti.
 - (3) Zavarovanec izgubi pravico do denarnega nadomestila za celotni mesec, v katerem je bila storjena kršitev:
 - v primeru kršitve iz 1. točke prvega odstavka tega člena v višini neto denarnega nadomestila, skupaj s prispevki zavarovanca in zavezanca za obvezna socialna zavarovanja in akontacijo dohodnine (v nadaljnjem besedilu: bruto denarno nadomestilo);
 - v primeru kršitev iz 2., 3., 4. in 5. točke prvega odstavka tega člena v višini neto denarnega nadomestila.
 - (4) Ne glede na prejšnji odstavek, zavarovanec, pri katerem je bila v času začasne zadržanosti od dela že ugotovljena kršitev iz prvega odstavka tega člena, in se ugotovi nova kršitev, nima pravice do denarnega nadomestila v skladu s prejšnjim odstavkom ves čas odobrene začasne zadržanosti od dela.
 - (5) Zavarovanec nima pravice do bruto denarnega nadomestila za čas, ko je na podlagi sodbe, sodne ali izvensodne poravnave ali v okviru postopkov alternativnega reševanja sporov za nazaj vzpostavljeno delovno razmerje.
 - (6) Ne glede na prejšnji odstavek zavarovanec ne izgubi pravice do denarnega nadomestila, če je zavarovanec v delovnem sporu uspel zoper delodajalca, ki je v postopku likvidacije ali stečaja po zakonu, ki ureja postopke zaradi insolventnosti, ali če tudi po enem letu od uvedbe postopka za prisilno izvršitev sodbe, ta še ni izvršena.

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

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

125. člen **(odvzem neupravičeno prejetega denarnega nadomestila)**

- (1) Denarno nadomestilo, ki ga je zavarovanec prejel kljub obstoju razloga iz 123. člena tega zakona ter v drugih primerih, ko Zavod naknadno ugotovi, da zavarovanec iz obveznega

zavarovanja ni imel pravice do denarnega nadomestila ali pa je imel pravico do nižjega zneska denarnega nadomestila, kot mu je bilo izplačano, je neupravičeno prejetu denarno nadomestilo.

- (2) Zavod neupravičeno prejetu denarno nadomestilo in njegovo vračilo ugotovi z odločbo, s katero zavarovancu ali delodajalcu naloži obveznost vračila neupravičeno prejetega denarnega nadomestila v 30 dneh od dokončnosti odločbe, po poteku tega roka pa z zakonskimi zamudnimi obrestmi.
- (3) Zavarovanec, ki mu je Zavod neposredno obračunal in izplačal denarno nadomestilo, ali zavarovanec, ki mu je delodajalec obračunal in izplačal denarno nadomestilo v breme obveznega zavarovanja, vrne neupravičeno prejetu neto denarno nadomestilo v roku iz prejšnjega odstavka. V primerih iz 123. člena tega zakona, ko zavarovanec nima pravice do bruto denarnega nadomestila, pristojni davčni organ po določbah zakona, ki ureja davčni postopek, vrne Zavodu ali delodajalcu prispevke zavarovanca in zavezanca za plačilo prispevkov za obvezna socialna zavarovanja, plačane iz naslova vrnjenega denarnega nadomestila, in na vrnjeno denarno nadomestilo plačano akontacijo dohodnine.
- (4) Če zavarovanec ni več v delovnem razmerju pri delodajalcu, ki je zavarovancu izplačal denarno nadomestilo v breme obveznega zavarovanja, Zavodu na njegovo zahtevo posreduje podatke o višini neto denarnega nadomestila, ki ga nato zavarovanec v skladu s tretjim odstavkom tega člena vrne Zavodu.
- (5) Znesek neupravičeno prejetega denarnega nadomestila Zavod pobota z obveznostmi iz naslova denarnega nadomestila, ki jih ima do delodajalca za zavarovance iz 11. člena tega zakona, do zavarovancev iz 12., 13., 14. člena in prvega odstavka 16. člena tega zakona ali zavarovancev iz 127. člena tega zakona.

126. člen **(postopek izplačila denarnega nadomestila)**

- (1) Denarno nadomestilo izplača delavcu v breme obveznega zavarovanja njegov delodajalec. Zavod povrne delodajalcu izplačano denarno nadomestilo v 30 dneh po predložitvi vloge.
- (2) Zavarovancem iz petega odstavka 11. člena, 12., 13., 14. člena in prvega odstavka 16. člena tega zakona, ki imajo pravico do denarnega nadomestila, Zavod izplača neto denarno nadomestilo, zmanjšano za davke in prispevke, v 15 dneh po predložitvi vloge. Davke in prispevke od denarnih nadomestil Zavod obračuna in plača ob izplačilu denarnega nadomestila.
- (3) Zavod določi način in postopke za izračun in izplačilo denarnega nadomestila.
- (4) Upravičenci do denarnega nadomestila lahko zahtevajo izplačilo denarnega nadomestila tudi v elektronski obliki prek državnega portala za podjetja in podjetnike (v nadaljnjem besedilu: e-VEM). Zavod s splošnim aktom določi zavezanca, ki lahko vlagajo zahteve za izplačilo denarnega nadomestila v elektronski obliki ter določi, za katere zavezanca je takšno vlaganje obvezno.
- (5) V primeru zahteve za denarno nadomestilo za dan prostovoljnega darovanja krvi je zahtevi potrebno priložiti potrdilo o darovanju krvi, ki ga izstavi ustanova, v kateri je zavarovana oseba darovala kri.
- (6) Zavod delodajalcu ne poravna obračunanih denarnih nadomestil:
 - če jih ni izplačal delavcem, ki imajo pravico do njih;
 - če ni izkazano, da je delodajalec plačal delavcu iz lastnih sredstev denarno nadomestilo za 120 delovnih dni v koledarskem letu v primeru začasne zadržanosti od dela zaradi njegove bolezni ali poškodbe, ali če ne izkaže, da gre za dve ali več zaporednih odsotnosti z dela zaradi iste bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom, do 30 dni, in je v posameznem primeru prekinitev med in eno in drugo odsotnostjo manj kot 10 delovnih dni (recidiv);

- če v primerih začasne nezmožnosti za delo, ko gre denarno nadomestilo iz obveznega zavarovanja, imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija ni ugotovila, da je začasna zadržanost od dela utemeljena.
- (7) Določba druge in tretje alineje prejšnjega odstavka se smiselno uporablja tudi za zavarovance iz petega odstavka 11. člena, 12., 13. in 14. člena tega zakona.
- (8) Zavod izplača denarno nadomestilo brez izdaje posebne odločbe. O izplačilu denarnega nadomestila Zavod obvesti zavarovanca ali delodajalca z obvestilom. Če zavarovanec ali delodajalec v osmih dneh ne zahtevata izdajo odločbe, velja obvestilo za odločbo.

127. člen **(neposredno izplačilo denarnega nadomestila zavarovancu)**

- (1) Če delodajalec zavarovancu ne izplača denarnega nadomestila v breme obveznega zavarovanja v zakonsko določenem ali pogodbeno dogovorjenem roku, Zavod na zahtevo zavarovanca ali njegovega delodajalca, zavarovancu neposredno izplača zapadlo neizplačano denarno nadomestilo, če:
- delodajalec zaradi nelikvidnosti ne izplača plač ali denarnih nadomestil,
 - ima delodajalec blokiran račun,
 - je nad delodajalcem uveden postopek stečaja ali
 - je delodajalec izbrisan iz poslovnega registra.
- (2) Delodajalec zahtevo iz prejšnjega odstavka vložil v osmih dneh po izteku meseca, v katerem je denarno nadomestilo zapadlo v plačilo. Če zavarovanec po izteku tega roka ne prejme pisnega obvestila delodajalca o vložitvi zahteve, lahko zahtevo vložil sam. Zahtevi delodajalca se priloži pisni obračun delodajalca, iz katerega so razvidni podatki o zapadlem neizplačanem denarnem nadomestilu in izjava delodajalca, da delavcu ni izplačal denarnega nadomestila v zakonsko določenem ali pogodbeno dogovorjenem roku. Če je zahtevo vložil zavarovanec, delodajalec pisni obračun iz prejšnjega stavka posreduje zavarovancu ali Zavodu na njegov pisni poziv.
- (3) Delavec izgubi pravico do neposrednega izplačila celotnega ali ustreznega dela denarnega nadomestila, če mu je bila terjatev iz tega naslova v celoti ali v delu poravnana pred izplačilom s strani Zavoda.
- (4) Natančnejši postopek uveljavljanja neposrednega izplačila denarnega nadomestila delavcu določi Zavod.

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

Terjatev iz naslova denarnega nadomestila, ki jo ima delodajalec za zavarovanca iz prvega, drugega, tretjega in četrtega odstavka 11. člena in zavarovanec iz petega odstavka 11. člena, 12., 13. ali 14. člena tega zakona do Zavoda, se pobota z neplačanimi prispevki za obvezno zavarovanje.

129. člen **(pristojnost za odločanje o začasni zadržanosti od dela)**

- (1) Osebni zdravnik je pristojen za ugotavljanje začasne zadržanosti od dela:
- zaradi nege po prvem odstavku 118. člena tega zakona,
 - v primeru iz prve alineje drugega odstavka 109. člena in
 - zaradi drugih razlogov do 30 dni.

- (2) Osebni ginekolog in osebni zobozdravnik ugotavlja začasno zadržanost od dela zaradi zdravstvenih stanj, ki jih ugotovi na svojem delovnem področju, o čemer v treh delovnih dneh obvesti osebnega splošnega zdravnika.
- (3) Imenovani zdravnik je pristojen za ugotavljanje začasne zadržanosti od dela:
 - zaradi nege po drugem odstavku 118. člena tega zakona;
 - zaradi sobivanja, razen v primeru iz prve alineje drugega odstavka 109. člena;
 - zaradi drugih razlogov nad 30 dni;
 - za nazaj, ne glede na prvi odstavek tega člena, v skladu z drugim odstavkom 133. člena tega zakona;
 - če gre za začasno zadržanost od dela, za katero je imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija ugotovila, da ni več utemeljena, in od izdaje zadnje odločbe še ni izteklo 30 dni;
 - v drugih primerih, ko se denarno nadomestilo plača iz obveznega zavarovanja, razen če gre za nego, sobivanje, spremstvo ali izolacijo zavarovane osebe, o kateri odloča njen osebni zdravnik;
 - po uradni dolžnosti v primeru kršitev iz 123. člena tega zakona.

130. člen **(seštevanje dni začasne zadržanosti od dela)**

- (1) Če je zavarovanec najprej začasno zadržan od dela zaradi okoliščin iz 3. in 4. točke prvega odstavka 115. člena tega zakona ali zaradi poškodb, ki so nastale pri aktivnostih iz 13. točke drugega odstavka in tretji odstavka 172. člena tega zakona, nege, sobivanja iz druge in tretje alineje drugega odstavka 109. člena tega zakona, izolacije, ali spremstva zavarovane osebe, nato pa brez prekinitve še zaradi bolezni ali poškodbe, ki ni posledica prej navedenih vzrokov, se dnevi zavarovančeve začasne zadržanosti od dela ne seštevajo.
- (2) Dnevi začasne zadržanosti od dela zaradi začasne nezmožnosti za delo zavarovanca zaradi ene diagnoze in nadaljevanje začasne nezmožnosti za delo zaradi druge diagnoze brez prekinitve se seštevajo. Če gre za prekinitve začasne nezmožnosti za delo pri istih ali različnih diagnozah, se dnevi začasne zadržanosti od dela ne seštevajo.

131. člen **(obveznosti zavarovanca)**

- (1) Zavarovanec je dolžan v času začasne zadržanosti od dela spoštovati navodila osebnega zdravnika glede ravnanja, zdravljenja, medicinske rehabilitacije ter prihajanja na kontrolne preglede. V času začasne zadržanosti od dela sme zapustiti kraj svojega prebivališča le z dovoljenjem osebnega zdravnika zaradi nاپotitve na zdravstvene storitve, nujnih nakupov in opravkov, če tega namesto njega ne morejo opraviti ožji družinski člani, ter v primerih, ko je gibanje v okolici doma za vrnitev njegovega zdravja priporočljivo in potrebno. Navodila o ravnanju v času začasne zadržanosti z dela osebni zdravnik posreduje zavarovancu in njegovemu delodajalcu na njihovo zahtevo v pisni obliki ob nastopu začasne zadržanosti z dela.
- (2) Zavarovanec se nemudoma odzove na vsak poziv imenovanega zdravnika in zdravstvene komisije za pregled, obravnavo ali zaradi ocene nadaljnje začasne zadržanosti z dela.

132. člen **(ugotavljanje začasne zadržanosti od dela)**

- (1) Začasna zadržanost od dela se opredeli z datumom njenega začetka in zaključka.
- (2) Zavarovanec je v času izvajanja pravice do zdraviliškega zdravljenja upravičen do začasne zadržanosti od dela, o kateri odloči imenovani zdravnik.

133. člen
(osebni zdravnik)

- (1) Začasna zadržanost od dela pri zavarovancu nastopi z dnem, ko osebni zdravnik na podlagi pregleda ugotovi, da začasno ni sposoben opravljati svojega dela zaradi bolezni ali poškodbe ali z dnem, ko ugotovi potrebo po negi ali drug razlog za začasno zadržanost od dela iz prvega odstavka 115. člena tega zakona.
- (2) Osebni zdravnik lahko le izjemoma oceni zavarovančevo začasno zadržanost od dela za nazaj, vendar največ za tri dni od dneva, ko se je zavarovanec zglasil pri njem, razen če osebni zdravnik zaradi praznikov ni bil dosegljiv v tem času. Če je bil zavarovanec v bolnišnici ali če je zbolel v tujini, in v drugih utemeljenih primerih, ko ni mogel do osebnega zdravnika ali mu ni mogel sporočiti razlogov za začasno zadržanost, imenovani zdravnik oceni odsotnost, daljšo od treh dni.

134. člen
(presoja ocene osebnega zdravnika o začasni zadržanosti od dela)

- (1) Če se zavarovanec ali delodajalec ne strinjata z ugotovitvijo osebnega zdravnika glede zavarovančeve začasne zadržanosti od dela, lahko v treh delovnih dneh od dne, ko sta bila seznanjen z oceno, zahtevata presojo ocene imenovanega zdravnika. Ne glede na vloženo zahtevo za presojo, se zavarovanec ravna po mnenju osebnega zdravnika. Odločitev imenovanega zdravnika velja le za naprej, za nazaj pa le v primerih iz drugega odstavka prejšnjega člena.
- (2) Zavarovanec in delodajalec lahko vložita zahtevo iz prejšnjega odstavka neposredno pri imenovanem zdravniku. V tem primeru imenovani zdravnik zahteva od osebnega zdravnika zdravstveno dokumentacijo. Če zavarovanec ali delodajalec vložita zahtevo za presojo pri osebnem zdravniku, jo ta še isti dan posreduje imenovanemu zdravniku skupaj z zdravstveno dokumentacijo.

135. člen
(odločitev imenovanega zdravnika o začasni zadržanosti od dela)

- (1) Osebni zdravnik, ki meni, da je pri zavarovancu še podan razlog za začasno zadržanost od dela, poda predlog imenovanemu zdravniku vsaj tri dni pred njenim iztekom, v primeru recidiva iz četrte alineje prvega odstavka 119. člena tega zakona pa še isti dan, ko ugotovi potrebo po začasni nezmožnosti za delo.
- (2) O začasni zadržanosti od dela odloča imenovani zdravnik, ki je pristojen po sedežu osebnega zdravnika.
- (3) Če je osebni zdravnik ob podaji predloga imenovanemu zdravniku dal zavarovancu navodilo, da do prejema odločbe imenovanega zdravnika ne opravlja delovnih obveznosti, in je navodilo zabeležil v zdravstveni dokumentaciji, je zavarovanec v tem času upravičen do začasne zadržanosti od dela.
- (4) Pregled zavarovanca pri imenovanem zdravniku se opravi, če imenovani zdravnik sam oceni, da je pregled potreben, ali če to zahteva zavarovanec. Če se zavarovanec ne odzove na pregled, imenovani zdravnik odloči na podlagi razpoložljive dokumentacije.
- (5) Zavarovanec se ravna v skladu z odločbo imenovanega zdravnika od dneva prejema odločbe dalje.
- (6) Odločba imenovanega zdravnika, ki jo prejme delodajalec, ne vsebuje podatkov o zdravstvenem stanju zavarovanca.

- (7) Če je zavarovanec začasno nezmožen za delo dalj časa, imenovani zdravnik odloča o njegovi zmožnosti za delo praviloma vsaka dva meseca, razen če že v naprej oceni, da bo upravičena odsotnost z dela trajala dalj časa.
- (8) Ne glede na prejšnji odstavek lahko imenovani zdravnik odloči o začasni nezmožnosti za delo prej.

136. člen

(pritožba zoper odločitev imenovanega zdravnika o začasni nezmožnosti za delo)

Zoper odločbo imenovanega zdravnika iz prejšnjega člena lahko zavarovanec ali delodajalec vložijo pritožbo.

137. člen

(odločitev zdravstvene komisije o začasni zadržanosti od dela)

- (1) Če zdravstvena komisija v nasprotju z odločbo imenovanega zdravnika odloči, da je podan razlog za začasno zadržanost od dela, njena odločitev velja praviloma za naprej, za nazaj pa največ od dneva, ki je določen v odločbi imenovanega zdravnika, razen če zdravstvena komisija določi, kdaj je nastopila začasna zadržanost od dela.
- (2) Če zdravstvena komisija v nasprotju z odločbo imenovanega zdravnika odloči, da ni podan razlog za začasno nezmožnost za delo, njena odločitev velja za naprej in že uveljavljene začasne zadržanosti od dela ni mogoče odpraviti.
- (3) Če zdravstvena komisija odloči, da ni podan razlog za začasno zadržanost od dela, njena odločitev velja za naprej.
- (4) Pregled zavarovanca pri zdravstveni komisiji se opravi, če zdravstvena komisija sama oceni, da je pregled potreben, ali če to zahteva zavarovanec. Če se zavarovanec ne odzove na pregled, zdravstvena komisija odloči na podlagi razpoložljive dokumentacije.
- (5) Zavarovanec se ravna v skladu z odločbo zdravstvene komisije tudi, če je vložil tožbo zoper odločbo zdravstvene komisije.
- (6) Odločba zdravstvene komisije, ki jo prejme delodajalec, ne vsebuje podatkov o zdravstvenem stanju zavarovanca.

138. člen

(vezanost na odločitve)

- (1) Odločba imenovanega zdravnika in zdravstvene komisije je za zavarovance in osebne zdravnike obvezna. Osebni zdravnik ne more ugotoviti pri zavarovancu začasne zadržanosti od dela zaradi iste bolezni ali stanja, za katero je imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija ugotovila, da ni več utemeljena, in od izdaje zadnje odločbe še ni izteklo 30 dni.
- (2) Ne glede na prejšnji odstavek lahko osebni zdravnik izjemoma, če gre za nenadno in nepričakovano poslabšanje zdravstvenega stanja zavarovanca, ali v primeru, če ne pride do pričakovanega izboljšanja zdravstvenega stanja, kar dokazuje z dokumentacijo, ugotovi začasno zadržanost od dela. V tem primeru osebni zdravnik še isti dan poda predlog imenovanemu zdravniku. Če je osebni zdravnik ob podaji predloga imenovanemu zdravniku dal zavarovancu navodilo, da do prejema odločbe imenovanega zdravnika ne opravlja delovnih obveznosti, in je navodilo zabeležil v zdravstveni dokumentaciji, imenovani zdravnik pa ne ugotovi razlogov za začasno zadržanost od dela, velja ta ugotovitev za naprej.

139. člen

(vročitev odločitve)

Ne glede na določbe zakona, ki ureja splošni upravni postopek, se vsi dokumenti, izdani v postopku ugotavljanja začasne zadržanosti od dela, od katerih vročitve teče rok, delodajalcu vročijo z navadno vročitvijo, vročitev pa se šteje za opravljeno tretji dan od dneva odpreme.

140. člen

(potrdilo o upravičeni začasni zadržanosti od dela)

- (1) Listino, s katero zavarovanec uveljavlja denarno nadomestilo, izstavi zdravnik, ki je pristojen za ugotavljanje začasne zadržanosti od dela, na podlagi svoje ocene o upravičenosti začasne zadržanosti od dela ali na podlagi odločbe imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije.
- (2) Ne glede na prejšnji odstavek izstavi zdravnik listino, s katero zavarovanec uveljavlja denarno nadomestilo za pretekli mesec, tudi v primeru iz drugega odstavka 132. člena, tretjega odstavka 135. člena in drugega odstavka 138. člena tega zakona, če je podal predlog imenovanemu zdravniku za odločanje o začasni zadržanosti od dela, čeprav o začasni zadržanosti od dela še ni bilo odločeno.
- (3) V primeru uveljavljanja denarnega nadomestila za dan darovanja krvi izstavi listino, s katero zavarovanec uveljavlja denarno nadomestilo, zdravstveni zavod, ki opravlja dejavnost jemanja krvi.

7.2 Pravica do povračila potnih stroškov

141. člen

(potni stroški)

- (1) Pravica do povračila potnih stroškov obsega pravico do povračila prevoznih stroškov ter stroškov prehrane in nastanitve med potovanjem in bivanjem v drugem kraju.
- (2) Zavarovana oseba ima pravico do povračila potnih stroškov, če mora zaradi uveljavljanja pravice do zdravstvenih storitev potovati k izvajalcu v drug kraj, ker v kraju njene zaposlitve ali prijavljenega prebivališča ni ustreznega izvajalca. Če ima zavarovana oseba več prijavljenih prebivališč, se upošteva prebivališče, ki je bližje izvajalcu.
- (3) Zavarovana oseba ima pravico do povračila potnih stroškov za potovanje do najbližjega ustreznega izvajalca.
- (4) Zavarovana oseba nima pravice do povračila potnih stroškov zaradi uveljavljanja pravice do preventivnih zdravstvenih storitev in programov za krepitev zdravja, do zdraviliškega zdravljenja, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, in do zobno-protetičnega zdravljenja odraslih.

142. člen

(upravičenci do prevoznih stroškov)

- (1) Do povračila prevoznih stroškov imajo pravico:
 - zavarovanci iz drugega odstavka 196. člena tega zakona;
 - zavarovanci, ki so zavarovani za poškodbo pri delu in poklicno bolezen pri uveljavljanju zdravstvene oskrbe zaradi poškodbe pri delu ali poklicne bolezni;
 - upravičenci do sobivanja v skladu s 110. členom tega zakona;
 - spremljevalci v skladu s 113. členom tega zakona.
- (2) Spremljevalec iz četrte alineje prejšnjega odstavka ima pravico do povračila prevoznih stroškov:

- ko potuje z zavarovano osebo v času spremstva z javnim prevozom, ki ni avtotaksi prevoz, za razdaljo od bivališča zavarovane osebe do izvajalca in nazaj;
- ko potuje sam od izvajalca, h kateremu je spremljal zavarovano osebo, za razdaljo od izvajalca do bivališča spremljevalca, in ko potuje k izvajalcu po zavarovano osebo za razdaljo od bivališča spremljevalca do izvajalca.

143. člen (višina prevoznih stroškov)

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

144. člen (prehrana in nastanitev)

- (1) Do povračila stroškov prehrane in nastanitve med potovanjem in bivanjem v drugem kraju imajo pravico osebe, ki v skladu s tem zakonom za zavarovano osebo uveljavljajo pravico do sobivanja, v primeru iz tretjega odstavka 110. člena tega zakona, v višini:
 - dnevnice, ki se izplačuje javnim uslužbencem v organih državne uprave, če je odsotna iz svojega bivališča nad 12 do 24 ur, za stroške prehrane. V primeru iz prejšnjega stavka se dnevnic izplača za 24 ur, ob upoštevanju njene vrednosti na posamezen dan odsotnosti;
 - dejanskih stroškov, vendar ne več kot znaša trikratna vrednost dnevnic iz prejšnjega odstavka, za stroške nastanitve za nočitev.
- (2) Povračilo stroškov za otroka, starega do sedem let, znaša polovico zneska iz prejšnjega odstavka.

145. člen (uveljavljanje pravice do povračila potnih stroškov)

Vlogo za povračilo potnih stroškov vloži zavarovana oseba, ki je potovala k izvajalcu, spremljevalec pa le v primeru smrti zavarovane osebe, ki jo je spremljal.

146. člen (postopek odločanja o pravici do povračila potnih stroškov)

Zavod izplača potne stroške brez izdaje odločbe. O izplačilu Zavod obvesti zavarovanca z obvestilom. Če zavarovanec v osmih dneh ne zahteva izdajo odločbe, velja obvestilo za odločbo.

7.3 Splošne določbe denarnih terjatev

147. člen
(zastaralni rok)

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

148. člen
(uveljavljanje zahtevkov)

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

8. Pravica do zdravljenja v tujini

149. člen
(zdravljenje v tujini)

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

150. člen
(nenačrtovano zdravljenje v tujini)

- (1) Zavarovana oseba lahko uveljavlja pravice do nenačrtovanega zdravljenja v tujini v:
 - državah kjer velja pravni red EU;
 - državah, s katerimi so sklenjeni mednarodni sporazumi;
 - drugih državah.
- (2) Zavarovana oseba iz prvega odstavka lahko uveljavlja pravico do nenačrtovanega zdravljenja v tujini v času začasnega bivanja v tujini ko:
 - je napotena na delo v tujino;
 - je na zasebnem potovanju;
 - je na izobraževanju v tujini.
- (3) Zavarovana oseba lahko uveljavlja pravico do nenačrtovanega zdravljenja v tujini tudi v času stalnega bivanja v državah, v katerih velja pravni red EU ali mednarodni sporazum, in sicer zavarovana oseba, ki je:
 - zaposlena ali samozaposlena oseba in stalno prebiva v državi v kateri velja pravni red EU ali mednarodni sporazum;
 - upokojenec, ki stalno prebiva v državi, v katerih velja pravni red EU ali mednarodni sporazum;
 - družinski član zavarovanih oseb iz prve in druge alineje tega odstavka, ki stalno prebiva v državi, v katerih velja pravni red EU ali mednarodni sporazum.

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

- (1) Zavarovana oseba, ki stalno prebiva v državi, kjer velja pravni red EU, ima pravico do zdravstvenih storitev v skladu z zakonodajo države stalnega prebivališča.
- (2) Zavarovana oseba iz prve alineje tretjega odstavka 150. člena tega zakona ima pravico do zdravstvenih storitev tudi v državi, kjer opravlja dejavnost zaposlene ali samozaposlene osebe.
- (3) Zavarovana oseba iz tretjega odstavka 150. člena tega zakona ima v času začasnega prebivanja,
 - v drugih državah, v katerih velja pravni red EU, pravico do nujnih ali potrebnih zdravstvenih storitev ali povračila stroškov teh storitev, ki so potrebne iz medicinskih razlogov, upoštevajoč naravo storitev in pričakovano dolžino začasnega bivanja v drugi državi;
 - v državah kjer velja meddržavna pogodba, pravico do nujnih zdravstvenih storitev ali do povračila stroškov teh storitev, ki jih ni mogoče odložiti, ne da bi bilo pri tem ogroženo življenje ali zdravje osebe;
 - v ostalih državah imajo pravico do nujnih zdravstvenih storitev ali do povračila stroškov zdravstvenih teh storitev v obsegu obveznega zavarovanja.
- (4) Stroški zdravstvenih storitev iz prve in druge alineje prejšnjega odstavka se zavarovani osebi povrnejo v višini, ki jo sporoči nosilec zavarovanja države, v kateri je bila storitev uveljavljena. Stroški zdravstvenih storitev iz tretje alineje prejšnjega odstavka se zavarovani osebi povrnejo v višini povprečne cene teh storitev v Republiki Sloveniji.
- (5) Zavarovana oseba ima v času začasnega prebivanja v Republiki Sloveniji pravico do zdravstvenih storitev v obsegu obveznega zavarovanja.

152. člen
(stalno prebivanje v državi, v katerih velja mednarodni sporazum)

- (1) Zavarovana oseba, ki stalno prebiva v državi, v kateri velja mednarodni sporazum, razen osebe iz prve alineje tretjega odstavka 150. člena tega zakona, ima pravico do zdravstvenih storitev v skladu z zakonodajo države stalnega prebivališča.
- (2) Zavarovana oseba v času začasnega prebivanja v drugih državah, v katerih velja pravni red EU ali mednarodni sporazum ali v tretjih državah, uveljavlja pravice do zdravstvenih storitev v skladu z zakonodajo države stalnega prebivališča.
- (3) Zavarovana oseba iz druge in tretje alineje tretjega odstavka 150. člena tega zakona ima v času začasnega prebivanja v Republiki Sloveniji pravico do nujnih zdravstvenih storitev iz naslova obveznega zavarovanja.

153. člen
(stalno prebivanje v drugih državah)

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

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

- (1) Zavarovana oseba ima v času začasnega bivanja v državah, v katerih velja pravni red EU, pravico do zdravstvenih storitev ali do povračila stroškov teh storitev, ki so potrebne iz medicinskih razlogov, upoštevajoč naravo storitev in pričakovano dolžino začasnega bivanja v drugi državi.

- (2) Stroški zdravstvenih storitev iz prejšnjega odstavka se zavarovani osebi povrnejo v višini, kot jo sporoči nosilec zavarovanja države, v kateri je bila storitev uveljavljena.

155. člen
(začasno prebivanje v državi, v katerih velja mednarodni sporazum)

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

156. člen
(začasno prebivanje v drugih državah)

- (1) Zavarovana oseba ima v času začasnega bivanja v primeru zasebnega potovanja in izobraževanja v ostalih državah pravico do povračila stroškov zdravstvenih storitev v obsegu nujne medicinske pomoči in nujnega zdravljenja v Republiki Sloveniji.
- (2) Zavarovana oseba ima v času začasnega bivanja v primeru napotitve na delo pravico do povračila stroškov zdravstvenih storitev v obsegu obveznega zavarovanja.
- (3) Zavarovana oseba ima v primeru zaposlitve v ostalih državah pravico do povračila stroškov zdravstvenih storitev v obsegu obveznega zavarovanja.
- (4) Stroški zdravstvenih storitev iz prvega, drugega in tretjega odstavka tega člena se zavarovani osebi povrnejo v višini povprečne cene teh storitev v Republiki Sloveniji.

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

- (1) Zavarovani osebi izda Zavod na njeno zahtevo listino, s katero lahko uveljavlja pravice do zdravstvenih storitev med bivanjem in delom v tujini, če odhaja v državo, za katero velja pravni red EU, ali s katero ima Republika Slovenija sklenjeno meddržavno pogodbo ali drugo listino.
- (2) Listino izda:
- zavarovancu, ki je napoten na delo v tujino, in njegovim družinskim članom največ za čas predvidenega dela v tujini;
 - zavarovanim osebam, ki študirajo ali so na strokovnem izpopolnjevanju v tujini, nimajo pa lastnosti delavca, največ za čas izobraževanja v tujini;
 - zavarovanim osebam za čas začasnega bivanja v tujini za eno leto;
 - upokojujencem in po njih zavarovanim družinskim članom ter otrokom do 18. leta, če niso sami zavarovanci, za pet let oziroma do 18. leta.

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

- (1) Zavarovana oseba ima pravico do zdravljenja v tujini, če so v Republiki Sloveniji izčrpane možnosti zdravljenja, z zdravljenjem v tujini pa se pričakuje ozdravitev ali izboljšanje ali preprečitev nadaljnjega slabšanja zdravstvenega stanja.
- (2) Možnosti zdravljenja v Republiki Sloveniji so izčrpane, če zavarovani osebi v Republiki Sloveniji ni mogoče zagotoviti zdravljenja, ki je pravica, pri čemer ne gre za izčrpane možnosti v primeru:
 - porušenega zaupanja med izvajalcem in zavarovano osebo;
 - druge metode zdravljenja, ki se izvaja v tujini.
- (3) V primeru iz prvega odstavka tega člena ima zavarovana oseba pravico do spremstva, če gre za:
 - zavarovano osebo do 18. leta starosti;
 - zavarovano osebo, katere zdravstveno stanje zahteva spremstvo.
- (4) V primeru iz prvega odstavka tega člena ima zavarovana oseba iz drugega odstavka 109. člena tega zakona pravico do sobivanja.
- (5) Stroški zdravljenja iz prvega odstavka tega člena se zavarovani osebi povrnejo v višini dejanskih stroškov zdravljenja v državi, v kateri je uveljavljeno.
- (6) Račun za zdravljenje iz tega člena, izstavljen v tuji valuti, se preračuna v eure po referenčnem tečaju Evropske centralne banke (v nadaljnjem besedilu: ECB) veljavnem na dan opravljenega zdravljenja.

159. člen

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

- (1) Zavarovana oseba ima na podlagi Uredbe 883/2004ES in Uredbe 987/2009/ES pravico do zdravstvene storitve v državi članici:
 - če ji je bila pri vpisu v čakalni seznam izvajalca določena čakalna doba, ki presega najdaljšo dopustno čakalno dobo in zdravstvene storitve ni mogoče uveljaviti v okviru najdaljših dopustnih čakalnih dob pri vsaj enem izvajalcu v Republiki Sloveniji;
 - če ji je bila pri vpisu v čakalni seznam izvajalca določena čakalna doba, ki ne presega najdaljše dopustne čakalne dobe, presega pa razumen čas in zdravstvene storitve ni mogoče uveljaviti v razumnem času pri vsaj enem izvajalcu v Republiki Sloveniji.
- (2) Prejšnji odstavek ne velja v primeru preseganja najdaljše dopustne čakalne dobe ali razumnega časa za zdravstvene storitve na primarni ravni zdravstvene dejavnosti, ki jih izvaja osebni zdravnik.
- (3) V primeru iz prvega odstavka tega člena ima zavarovana oseba pravico do spremstva, če gre za:
 - zavarovano osebo, do 18. leta starosti;
 - zavarovano osebo, katere zdravstveno stanje zahteva spremstvo.
- (4) V primeru iz prvega odstavka tega člena ima zavarovana oseba iz drugega odstavka 109. člena tega zakona pravico do sobivanja.
- (5) Če je predmet odobritve zdravljenja iz prvega odstavka tega člena izdelava zobno-protetičnih pripomočkov, Zavod v postopku odobritve zdravljenja odloči o pravici do zobno-protetičnih pripomočkov tudi ob upoštevanju tretjega odstavka 68. člena tega zakona.
- (6) Če je predmet povračila stroškov zdravstvenih storitev iz prvega odstavka tega člena izdelava zobno-protetičnih pripomočkov, pred njihovo izdelavo ni treba zahtevati potrditev Zavoda iz tretjega odstavka 68. člena tega zakona. Če predhodna potrditev Zavoda ni bila zahtevana,

Zavod v postopku odločanja o povračilu stroškov zdravstvenih storitev odloči o pravici do zobno-protetičnih pripomočkov tudi ob upoštevanju tretjega odstavka 68. člena tega zakona.

- (7) Stroški zdravstvene storitve iz prvega odstavka tega člena se zavarovani osebi povrnejo v višini dejanskih stroškov teh storitev v državi, v kateri so bile uveljavljene, vendar ne več, kot znašajo stroški te storitve v javni zdravstveni mreži v državi, v kateri je bila uveljavljena.
- (8) Račun za zdravstveno storitev iz tega člena, izstavljen v tuji valuti, se preračuna v eure po referenčnem tečaju ECB, veljavnem na dan opravljene zdravstvene storitve.

160. člen **(čezmejno zagotavljanje zdravstvene oskrbe)**

- (1) Zavarovana oseba ima v skladu z določbami Direktive 2011/24/EU pravico do povračila stroškov zdravstvene oskrbe, ki je pravica in jo uveljavi v drugi državi članici EU:
 1. na podlagi napotnice za bolnišnično ali specialistično ambulantno zdravstveno storitev, pri čemer napotnica ni potrebna za specialistično ambulantno zdravstveno storitev, ki jo zavarovana oseba lahko uveljavi pri izvajalcu brez napotnice;
 2. na podlagi napotnice EU, ki je izdana na podlagi napotnice iz prejšnje točke, če napotnica obsega pooblastilo iz 3. točke prvega odstavka 65. člena tega zakona;
 3. na podlagi odločbe Zavoda o predhodni odobritvi;
 4. na podlagi odločbe Zavoda o odobritvi zdraviliškega zdravljenja;
 5. na podlagi odločbe Zavoda o upravičenosti do medicinskega ali drugega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe;
 6. na podlagi naročilnice ali naročilnice EU;
 7. na podlagi recepta ali recepta EU.
- (2) Predhodna odobritev Zavoda iz 3. točke prejšnjega odstavka je pogoj za uveljavljanje pravice do povračila stroškov zdravstvene oskrbe:
 - bolnišničnih zdravstvenih storitev, ki vključujejo prenočitev zavarovane osebe;
 - zdravstvene oskrbe, ki zahteva uporabo visoko specializirane in drage medicinske infrastrukture ali medicinske opreme.
- (3) Ne glede na prvi odstavek tega člena zavarovana oseba nima pravice do povračila stroškov za:
 1. zdravstvene storitve na osnovni ravni zdravstvene dejavnosti, ki jih izvaja osebni zdravnik;
 2. zdravstvene storitve na področju dolgotrajne oskrbe, vključno z neakutno bolnišnično obravnavo ter zdravljenjem in nego v socialnovarstvenih zavodih;
 3. zdravstvene storitve na področju pridobivanja in presaditve delov človeškega telesa;
 4. zdravstvene storitve na področju presejalnih programov;
 5. medicinske in druge pripomočke, ki jih zavarovana oseba na naročilnico prejme v izposojajo;
 6. sobivanje;
 7. spremstvo;
 8. potne stroške.
- (4) Predhodna odobritev se zavrne, če:
 1. je zdravstveno storitev mogoče uveljaviti v okviru najdaljših dopustnih čakalnih dob pri vsaj enem izvajalcu zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji, glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe in na verjetni razvoj bolezni pa za zdravljenje ne bo presežen razumen čas;
 2. bo zavarovana oseba z zadostno gotovostjo izpostavljena tveganju za varnost, ki se ne more razumeti kot sprejemljivo, pri čemer se upoštevajo tudi morebitne prednosti, ki bi jih zdravstvena storitev, ki je predmet predhodne odobritve, za zavarovano osebo imela;
 3. bo širša javnost zaradi zdravstvene storitve, ki je predmet predhodne odobritve, z zadostno gotovostjo izpostavljena varnostnemu tveganju;

4. bo storitev zagotovil izvajalec, glede katerega obstajajo resni in konkretni pomisleki v zvezi s spoštovanjem standardov in smernic glede kakovosti, varnosti in nadzora nad izvajanjem zdravstvenih storitev.
- (5) Če so v primeru zdravstvenih storitev, za katere se zahteva predhodna odobritev Zavoda iz drugega odstavka tega člena, hkrati izpolnjeni pogoji za uveljavljanje pravice na podlagi prejšnjega in tega člena, se uporabijo določbe prejšnjega člena, razen, če zavarovana oseba izrecno izjavi, da pravico uveljavlja na podlagi tega člena.
- (6) Če je predmet povračila stroškov zdravstvenih storitev iz 1. in 2. točke prvega odstavka tega člena izdelava zobno-protetičnih pripomočkov pri specialistu protetiku, pred njihovo izdelavo ni treba zahtevati potrditev Zavoda iz tretjega odstavka 68. člena tega zakona. Če predhodna potrditev Zavoda iz prejšnjega stavka ni bila zahtevana, Zavod v postopku odločanja o povračilu stroškov zdravstvenih storitev odloči o pravici do zobno-protetičnih pripomočkov tudi ob upoštevanju tretjega odstavka 68. člena tega zakona.
- (7) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov zdraviliškega zdravljenja, ki je bilo izvedeno v drugi državi članici EU na podlagi odločbe Zavoda o odobritvi zdraviliškega zdravljenja, ki jo Zavod izda na predlog pristojnega zdravnika, če je bilo zdraviliško zdravljenje izvedeno v skladu s to odločbo Zavoda, razen v delu, ki določa naziv zdravilišča v Republiki Sloveniji.
- (8) Ministrstvo seznanj javnost o nastopu okoliščin za zavrnitev predhodne odobritve iz 3. in 4. točke četrtega odstavka tega člena na svojih spletnih straneh.
- (9) Stroški zdravstvene storitve iz prvega odstavka tega člena se zavarovani osebi povrnejo v višini povprečne cene teh storitev v Republiki Sloveniji, veljavne na dan opravljene zdravstvene storitve v drugi državi članici EU, vendar ne več, kot znašajo dejanski stroški.
- (10) Račun za zdravstveno storitev iz tega člena, izstavljen v tuji valuti, se preračuna v eure po referenčnem tečaju ECB, veljavnem na dan opravljene storitve. Račun za zdravila, živila ter medicinske in druge pripomočke iz tega člena, izstavljen v tuji valuti, se preračuna po referenčne tečaju ECB, veljavnem na dan izstavljenega računa.
- (11) Seznam zdravstvenih storitev iz druge alineje drugega odstavka tega člena določi minister.

161. člen **(omejitev čezmejnega zdravstvenega varstva)**

- (1) Minister lahko določi:
- omejitev dostopa do zdravstvenih storitev pacientom iz drugih držav članic EU v mreži javne zdravstvene službe;
 - omejitev povračila stroškov pri uveljavljanju pravice iz 160., 162. in 163. člena tega zakona, če bi izvajanje zdravljenja v tujini na podlagi prejšnjega člena ali uveljavljanje zdravstvenih storitev pacientov iz drugih držav članic EU pomenilo poseg v prevladujoče razloge v splošnem interesu, kot so nezmožnost zagotavljanja zadostnega in stalnega dostopa do uravnoteženega obsega visokokakovostnega zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji ali preveliko porabo finančnih, tehničnih in človeških virov z vidika obvladovanja stroškov.
- (2) Omejitev iz druge alineje prejšnjega odstavka ne velja, če je zavarovani osebi že bila izdana odločba Zavoda o predhodni odobritvi iz 3. točke prvega odstavka prejšnjega člena.

162. člen **(čezmejno zagotavljanje medicinskih in drugih pripomočkov)**

- (1) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov cene medicinskega ali drugega pripomočka, če je kupljen v drugi državi članici EU na podlagi naročilnice.
- (2) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov cene medicinskega ali drugega pripomočka, če je kupljen v Republiki Sloveniji ali v drugi državi članici EU na podlagi naročilnice EU.
- (3) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov cene medicinskega ali drugega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe, če je kupljen v drugi državi članici EU na podlagi odločbe Zavoda o upravičenosti do pripomočka pred iztekom trajnostne dobe, ki se izda na predlog pristojnega zdravnika ali na vlogo, ki se jo vloži na podlagi naročilnice EU.
- (4) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov cene medicinskega ali drugega pripomočka s seznama zdravstvenih storitev iz enajstega odstavka 160. člena tega zakona, če je kupljen v drugi državi članici EU na podlagi naročilnice ali naročilnice EU in je bila pred nakupom izdana odločba Zavoda o predhodni odobritvi povračila stroškov cene medicinskega pripomočka. Odločba Zavoda o predhodni odobritvi povračila stroškov cene medicinskega pripomočka se izda:
 - na vlogo, ki jo je treba vložiti v 30 dneh od izdaje naročilnice ali naročilnice EU ali odločbe iz prejšnjega odstavka, na podlagi katere se zahteva predhodna odobritev Zavoda;
 - na vlogo, ki se jo poda v predlogu pristojnega zdravnika ali v vlogi iz prejšnjega odstavka, če se v tem predlogu ali vlogi sočasno zahteva predhodna odobritev Zavoda iz tega odstavka.
- (5) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov cene medicinskega ali drugega pripomočka na podlagi naročilnice EU tudi, če v Republiki Sloveniji ta pripomoček predstavlja del zdravstvene storitve in ga zagotovi izvajalec.
- (6) V primeru iz tretjega in četrtega odstavka tega člena si lahko zavarovana oseba nabavi medicinski ali drugi pripomoček pri dobavitelju na podlagi potrdila o upravičenosti do takega pripomočka, ki ga Zavod izda ob izdaji odločbe iz tretjega in četrtega odstavka tega člena.
- (7) V primeru iz prvega, drugega, tretjega in četrtega odstavka tega člena pred nakupom medicinskega pripomočka ni treba zahtevati predhodne potrditve Zavoda v smislu odločanja o funkcionalni ustreznosti ali o višjem standardu. Če predhodna potrditev Zavoda iz prejšnjega stavka ni bila zahtevana, Zavod odloči o pravici do predlaganega pripomočka v postopku odločanja o povračilu stroškov cene medicinskega pripomočka.
- (8) V primeru iz prvega, drugega, tretjega, četrtega in šestega odstavka tega člena mora biti medicinski ali drug pripomoček kupljen v 30 dneh ali v 120 dneh, če gre za medicinski ali drug pripomoček, ki je individualno izdelan za zavarovano osebo ali je zanj potrebna timska izdelava. Rok iz prejšnjega stavka začne teči:
 - od izdaje naročilnice ali naročilnice EU;
 - od dokončnosti odločitve Zavoda iz tretjega in četrtega odstavka tega člena.
- (9) Stroški cene medicinskega ali drugega pripomočka iz prvega, drugega, tretjega in četrtega odstavka tega člena se zavarovani osebi povrnejo do višine cenovnega standarda, najvišje pogodbene cene, ali najvišje priznane cene, kadar je ta določena, vendar ne več, kot znašajo dejanski stroški.

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

- (1) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov zdravila in živila, če ga je kupila v drugi državi članici EU na podlagi recepta.
- (2) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov zdravila in živila, če ga je kupila v Republiki Sloveniji ali drugi državi članici EU na podlagi recepta EU.

- (3) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov zdravila in živila s seznama zdravstvenih storitev iz enajstega odstavka 160. člena tega zakona:
 1. če je pred nakupom iz prvega in drugega odstavka tega člena izdana odločba Zavoda o predhodni odobritvi povračila njegovih stroškov na podlagi vloge, ki je vložena v roku za predložitev recepta iz 95. člena tega zakona in
 2. če ga je kupila v roku za predložitev recepta iz 95. člena tega zakona ali v petih dneh od dokončnosti odločitve Zavoda o vlogi iz prejšnje točke, če se ta rok izteče pozneje.
- (4) V primeru iz prvega, drugega in tretjega odstavka tega člena mora biti zdravilo in živilo predpisano na recept ali recept EU in izdano v skladu s tem zakonom in splošnimi akti Zavoda.
- (5) Stroški iz prvega, drugega in tretjega odstavka tega člena se zavarovani osebi povrnejo do višine vrednosti zdravila in živila, ki jo krije obvezno zavarovanje, vendar ne več kot znašajo dejanski stroški zdravila in živila v državi, v kateri je kupljeno.

164. člen **(nakup zdravila in živila v tujini)**

- (1) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov zdravila in živila, če ga je kupila v tujini na podlagi recepta:
 1. ker ji ga v Republiki Sloveniji ni bilo mogoče izdati zaradi motnje v preskrbi in zdravila ni bilo mogoče zamenjati z drugim zdravilom s Seznama skupin zdravil s splošnim imenom iz 257. člena tega zakona ali živila ni bilo mogoče zamenjati s primerljivim živilom,
 2. če ji je lekarna v Republiki Sloveniji pred njegovim nakupom izdala potrdilo o deficitarnosti v roku za predložitev recepta iz 95. člena tega zakona in z vsebino, ki jo določi Zavod, in
 3. če ga kupi v 14 dneh po izteku roka za predložitev recepta iz 95. člena tega zakona.
- (2) V primeru iz prejšnjega odstavka mora biti zdravilo in živilo predpisano na recept in izdano v skladu s tem zakonom in splošnimi akti Zavoda.
- (3) Stroški zdravila in živila iz prvega odstavka tega člena se zavarovani osebi povrnejo do višine dejanskih stroškov zdravila in živila v državi, v kateri je kupljeno.

165. člen **(prevozni stroški v primeru načrtovanega zdravljenja v tujini)**

- (1) Zavarovana oseba, ki uveljavlja pravico iz prvega odstavka 158. člena ali prvega odstavka 159. člena tega zakona, in spremljevalec zavarovane osebe, ki ji je odobreno spremstvo kot pravica, imata pravico do povračila prevoznih stroškov v skladu s 141., 142. in 143. členom tega zakona.
- (2) Ne glede na prvo ali drugo alinejo prvega odstavka 143. člena tega zakona se zavarovani osebi in spremljevalcu povrnejo prevozni stroški avtotaksi prevoza v višini njegove cene, kot izhaja iz predloženega dokazila o njegovem plačilu.
- (3) Zavarovana oseba, ki uveljavlja pravico iz prvega odstavka tega člena, in spremljevalec zavarovane osebe, ki ji je odobreno spremstvo kot pravica, imata:
 - v primeru odobrenega letalskega prevoza pravico do povračila prevoznih stroškov največ do višine cene prevoza v ekonomskem razredu;
 - v primeru odobrenega prevoza z vlakom pravico do povračila prevoznih stroškov največ do višine cene prevoza v drugem razredu;
 - v primeru odobrenega prevoza z vlakom s spalnikom pravico do povračila prevoznih stroškov največ do višine prevoza v spalniku z dvema posteljama.
- (4) Če zavarovana oseba umre med uveljavljanjem pravice iz prvega odstavka tega člena, ima oseba, ki poskrbi za prevoz posmrtnih ostankov zavarovane osebe nazaj v Republiko Slovenijo,

pravico do povračila stroškov, nujno potrebnih za prevoz posmrtnih ostankov v višini dejanskih nujnih stroškov prevoza posmrtnih ostankov, vendar ne več, kot znaša povprečna cena nujnih stroškov prevoza posmrtnih ostankov.

- (5) Zavarovana oseba in spremljevalec iz prvega odstavka tega člena imata v primeru pravice do povračila stroškov nastanitve iz 166. člena tega zakona tudi pravico do povračila prevoznih stroškov za najkrajšo razdaljo od naslova nastanitve do izvajalca in nazaj v višini iz 143. člena tega zakona in ob upoštevanju drugega odstavka tega člena.

166. člen
(prehrana in nastanitev v primeru načrtovanega zdravljenja v tujini)

- (1) Zavarovana oseba, ki uveljavlja pravico iz prvega odstavka 158. ali prvega odstavka 159. člena tega zakona, ima pravico do povračila stroškov prehrane v višini dnevnice, ki se izplačuje javnim uslužbencem v organih državne uprave za službena potovanja v tujino, če je odsotna iz svojega bivališča nad 12 do 24 ur in ji ni zagotovljena prehrana v okviru zdravstvene storitve v tujini. V primeru iz prejšnjega stavka se dnevnicca izplača za 24 ur, ob upoštevanju njene vrednosti na posamezen dan odsotnosti zavarovane osebe, pri čemer se za izplačilo dnevnicke za vsakih 24 ur ugotavlja:
- če zavarovani osebi ni bila zagotovljena prehrana v tujini – za skupen čas odsotnosti zavarovane osebe iz bivališča, ki se izračuna v urah od datuma in ure začetka potovanja do datuma in ure zaključka potovanja;
 - če je bila zavarovani osebi zagotovljena prehrana v tujini – posebej za čas odsotnosti zavarovane osebe iz bivališča do sprejema pri izvajalcu, ki se izračuna v urah od datuma in ure začetka potovanja do datuma in ure sprejema pri izvajalcu, in posebej za čas odsotnosti zavarovane osebe od odpustna pri izvajalcu do bivališča, ki se izračuna v urah od datuma in ure odpusta pri izvajalcu do datuma in ure zaključka potovanja.
- (2) Zavarovana oseba, ki uveljavlja pravico iz prvega odstavka tega člena, ima pravico do povračila stroškov nastanitve za nočitev v tujini v višini dejanskih stroškov, vendar ne več kot znaša dvakratna vrednost dnevnicke iz prejšnjega odstavka, če ji ni zagotovljena nočitev v okviru zdravstvene storitve v tujini. V primeru iz prejšnjega stavka se račun, izstavljen v tuji valuti, preračuna v eure po referenčnem tečaju ECB na dan nočitve.
- (3) Pod pogoji iz prvega oziroma drugega odstavka tega člena ima zavarovana oseba pravico do povračila stroškov prehrane in nastanitve tudi za naslednje dneve:
1. za dan pred izvedbo zdravstvene storitve v tujini:
 - če je razdalja med njenim bivališčem in izvajalcem nad 400 kilometrov ali
 - če to zahteva njeno zdravstveno stanje ali potek izvedbe zdravstvene storitve;
 2. za dneve po izvedeni zdravstveni storitvi v tujini, če to zahteva njeno zdravstveno stanje in to potrebo ugotoviti izvajalec v tujini;
 3. za dneve, dokler ji ni zagotovljen prvi možen prevoz s prevoznim sredstvom, določenim v odločbi Zavoda;
 4. za dneve po izvedeni zdravstveni storitvi v tujini, če je nadaljnja zdravstvena storitev v okviru pravice iz prvega odstavka tega člena predvidena v treh dneh od predhodno izvedene zdravstvene storitve in je razdalja med bivališčem zavarovane osebe in izvajalcem nad 400 kilometrov.
- (4) Spremljevalec iz tretjega odstavka 158. ali tretjega odstavka 159. člena tega zakona ima pravico do povračila stroškov iz prvega in drugega odstavka tega člena tudi za dneve iz prejšnjega odstavka.
- (5) Spremljevalec zavarovane osebe, ki ji je z odločbo Zavoda odobreno spremstvo za čas poti na zdravljenje v tujino, ima pravico do povračila stroškov iz prvega in drugega odstavka tega člena tudi za dneve iz 1. in 3. točke tretjega odstavka tega člena in za dan pred zaključkom

zdravljenja zavarovane osebe v tujini, če je razdalja med bivališčem zavarovane osebe in izvajalcem nad 400 kilometrov.

- (6) Če je spremljevalec iz četrtega ali petega odstavka tega člena zdravnik ali drug zdravstveni delavec, velja za povračilo stroškov prehrane in nastanitve ureditev te pravice pri izvajalcu, pri katerem dela zdravnik ali drug zdravstveni delavec, pri čemer plačilo teh stroškov bremeni materialne stroške izvajalca.
- (7) Če izvajalec osebi, ki je z otrokom uveljavljala pravico do spremstva po tem zakonu, ni mogel zagotoviti ustrezne prehrane in nastanitve, ima oseba pravico do povračila stroškov prehrane in nastanitve v višini iz prvega in drugega odstavka tega člena.
- (8) Povračilo stroškov prehrane in nastanitve otroka, starega do šest let, znaša polovico zneska iz prvega in drugega odstavka tega člena.

167. člen **(pravica do sobivanja v primeru načrtovanega zdravljenja v tujini)**

- (1) Zavarovana oseba iz drugega odstavka 109. člena tega zakona, ki uveljavlja pravico iz prvega odstavka 158. ali prvega odstavka 159. člena tega zakona, ima pravico do sobivanja pod pogoji iz prvega in tretjega odstavka 109. člena tega zakona.
- (2) Upravičenec do sobivanja ima pravico do:
 - denarnega nadomestila;
 - povračila prevoznih stroškov;
 - prehrane in nastanitve pri tujem izvajalcu ali povračila njunih stroškov.
- (3) Pravico do denarnega nadomestila ima upravičenec do sobivanja, ki je zavarovanec.
- (4) Pravico do povračila prevoznih stroškov iz 165. člena tega zakona ter do prehrane in nastanitve pri tujem izvajalcu oziroma povračila njunih stroškov ima upravičenec do sobivanja čeprav ni zavarovana oseba.
- (5) Upravičenec do sobivanja ima pravico do prehrane in nastanitve pri tujem izvajalcu v enakem standardu kot otrok, ki uveljavlja pravico do sobivanja.
- (6) Če tuj izvajalec upravičencu do sobivanja ne zagotovi nastanitve ali prehrane v standardu iz prejšnjega odstavka ima pravico do povračila stroškov prehrane in nastanitve iz prejšnjega člena.

168. člen **(mnenja o načrtovanem zdravljenju v tujini)**

- (1) V postopku odločanja o pravici iz 158., 159., 160., 162., 163., 164., 165. in 166. člena tega zakona lahko uradna oseba Zavoda, če nima določenega strokovnega znanja, pridobi mnenje imenovanega zdravnika, člana zdravstvene komisije ali drugega zdravnika Zavoda.
- (2) V postopkih iz prejšnjega odstavka lahko uradna oseba Zavoda pridobi mnenje konzilija ustreznega izvajalca na terciarni ravni zlasti o naslednjih vidikih zdravstvene oskrbe zavarovane osebe glede na zdravstveno storitev, ki je predmet vloge za odobritev zdravljenja v tujini in vloge za povračilo stroškov tega zdravljenja:
 1. katero zdravstveno stanje je podano pri zavarovani osebi ter opis dosedanje zdravstvene oskrbe;
 2. kakšno zdravljenje potrebuje zavarovana oseba;
 3. ali so v Republiki Sloveniji izčrpane možnosti zdravljenja;
 4. ali je z zdravljenjem v tujini pričakovati ozdravitev ali izboljšanje ali preprečitev nadaljnega slabšanja zdravstvenega stanja;

5. kolikšen je razumen čas pri zavarovani osebi za zdravstveno storitev;
 6. ali bo zavarovana oseba z zadostno gotovostjo izpostavljena tveganju za varnost, ki se ne more razumeti kot sprejemljiva, pri čemer se upoštevajo tudi morebitne prednosti, ki bi jih zdravstvena storitev, uveljavljena v tujini, imela za zavarovano osebo;
 7. koliko časa naj bi trajala zdravstvena storitev v tujini;
 8. ali zdravstveno stanje zavarovane osebe utemeljuje odhod v tujino dan pred začetkom zdravljenja v tujini;
 9. ali zavarovana oseba rabi spremstvo za čas poti na zdravljenje in nazaj ali tudi za čas zdravljenja v tujini ter kakšno spremstvo;
 10. kakšno prevozno sredstvo je potrebno glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe in če je potreben reševalni prevoz, ali rabi prevoz z nujnim reševalnim vozilom ali nenujnim reševalnim vozilom;
 11. naziv najbližjega tujega izvajalca, pri katerem se predlaga uveljavitev zdravstvene storitve.
- (3) Konzilij iz prejšnjega odstavka poda mnenje v 14 dneh.
- (4) Če tuj izvajalec, pri katerem je bilo uveljavljeno zdravljenje na podlagi 158. člena tega zakona, predlaga, da se pri njem opravi prvi kontrolni pregled zavarovane osebe po tej storitvi, v postopku odločanja o odobritvi tega pregleda ni treba pridobiti mnenja konzilija iz prvega odstavka tega člena, ne glede na to, ali je bilo to mnenje pridobljeno v postopku odločanja o odobritvi same zdravstvene storitve.
- (5) V postopku odločanja o pravici iz 159. in drugega in četrtega odstavka 160. člena tega zakona, izvajalec, pri katerem je zavarovana oseba vpisana v čakalni seznam, ugotovi, ali je pri vsaj enem izvajalcu mogoče uveljaviti zdravstveno storitev v okviru najdaljših dopustnih čakalnih dob oziroma v okviru razumnega časa.

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

- (1) Če je odobrena pravica na podlagi 158. ali 159. člena tega zakona, se z odločbo določi tudi, pri katerem tujem izvajalcu se uveljavi in v kolikšnem času.
- (2) Če je odobrena zdravstvena storitev na podlagi 158. člena tega zakona, Zavod izda zavarovani osebi listino, na podlagi katere lahko uveljavi to storitev v tujini, ali nakaže akontacijo stroškov te storitve tujem izvajalcu, pri katerem bo uveljavljena.
- (3) Če je odobrena zdravstvena storitev na podlagi 159. člena tega zakona, Zavod izda zavarovani osebi listino, na podlagi katere lahko uveljavi to storitev v državi članici.
- (4) Če je odobrena zdravstvena storitev na podlagi 158. ali 159. člena tega zakona, Zavod na zahtevo nakaže akontacijo za potne stroške zavarovani osebi in njenemu spremljevalcu. Zavarovana oseba lahko zahteva nakazilo akontacije za svoje potne stroške in potne stroške svojega spremljevalca, spremljevalec pa lahko zahteva nakazilo akontacije le za svoje potne strošek. Spremljevalcu se akontacija nakaže le za njegove potne stroške.

VI. poglavje

ZAVAROVANJE ZA POŠKODBE PRI DELU IN POKLICNE BOLEZNI

170. člen **(poškodba pri delu in poklicna bolezen)**

Poškodba pri delu in poklicna bolezen ima isti pomen kot v zakonu, ki ureja pokojninsko in invalidsko zavarovanje.

171. člen

(nastanek in izguba lastnosti zavarovane osebe za poškodbo pri delu in poklicno bolezen)

- (1) Oseba pridobi lastnost zavarovane osebe za poškodbo pri delu in poklicno bolezen po samem zakonu z dnem, ko nastane pravno razmerje, ki je podlaga za zavarovanje, in je zanjo vložena prijava v zavarovanje.
- (2) Oseba izgubi lastnost zavarovane osebe za poškodbo pri delu in poklicno bolezen po samem zakonu z dnem, ko preneha pravno razmerje, ki je podlaga za zavarovanje.
- (3) Oseba je za poškodbo pri delu in poklicno bolezen ob izpolnjevanju pogojev iz tega zakona zavarovana tudi, če nima lastnosti zavarovane osebe.
- (4) Vključitev v obvezno zavarovanje kot družinski član po 24. in 25. členu tega zakona ne ustvarja zavarovalne zaščite v zavarovanju za poškodbe pri delu in poklicne bolezni.

172. člen

(zavarovane osebe za poškodbo pri delu in poklicno bolezen)

- (1) Za poškodbo pri delu in poklicno bolezen so zavarovane osebe iz prvega do četrtega odstavka 11. člena, 12., 13., 14., 15. in četrtega odstavka 16. člena tega zakona.
- (2) Za poškodbo pri delu in poklicno bolezen so zavarovane tudi:
 1. osebe, ki se šolajo, ter otroci in mladostniki z motnjami v telesnem in duševnem razvoju pri praktičnem usposabljanju z delom;
 2. vojni invalidi, civilni invalidi vojne in druge invalidne osebe na poklicni rehabilitaciji ali usposabljanju pri praktičnih delih in vajah;
 3. osebe, ki v okviru drugega pravnega razmerja opravljajo delo ali storitev za plačilo, kadar se plačilo, prejeta na podlagi tega pravnega razmerja, na podlagi zakona, ki ureja dohodnino, šteje za dohodek in ni oproščen plačila dohodnine ali ni drug dohodek na podlagi zakona, ki ureja dohodnino, če na podlagi tega dela niso zavarovane za poškodbo pri delu ali poklicno bolezen po drugi zavarovalni podlagi iz tega odstavka ali tretjega odstavka tega člena;
 4. osebe, ki se v skladu s predpisi, ki urejajo trg dela, ali v skladu s predpisi, ki urejajo zaposlovanje invalidov, usposabljujejo z delom pri izvajalcu ukrepa aktivne politike zaposlovanja;
 5. osebe, ki v skladu s predpisi, ki urejajo preprečevanje dela in zaposlovanja na črno, opravljajo kratkotrajno delo;
 6. osebe, ki v skladu s predpisi, ki urejajo preprečevanje dela in zaposlovanja na črno, opravljajo osebno dopolnilno delo;
 7. osebe, ki v skladu s predpisi, ki urejajo prekrške in izvrševanje kazenskih sankcij, opravljajo določene naloge v splošno korist ali v korist lokalne skupnosti;
 8. osebe, ki opravljajo volontersko pripravništvo v skladu s predpisi o delovnih razmerjih;
 9. osebe, ki opravljajo prostovoljno delo v skladu s predpisi o prostovoljstvu;
 10. samozaposlene osebe, ki iz tega naslova niso zavarovane po 12. členu tega zakona;
 11. nosilci dopolnilne dejavnosti na kmetiji;
 12. fizične osebe, ki v skladu s predpisi o gostinstvu le občasno, največ do pet mesecev v koledarskem letu, opravljajo dejavnost kot sobodajalci;
 13. osebe, ki so člani prostovoljnega gasilskega društva v skladu s predpisi, ki urejajo gasilstvo, med intervencijo ali med strokovnim usposabljanjem v času opravljanja nalog med intervencijo;

14. zavarovanci iz 22. člena tega zakona pri delu, poklicnem izobraževanju in pri opravljanju dovoljenih dejavnosti v skladu s predpisi, ki urejajo prekrške in izvrševanje kazenskih sankcij;
 15. sodni cenilci, sodni izvedenci in sodni tolmači.
- (3) Za poškodbo pri delu so zavarovane tudi:
1. osebe, ki opravljajo naloge zaščite, reševanja in pomoči v skladu s predpisi, ki urejajo varstvo pred naravnimi in drugimi nesrečami;
 2. osebe, ki v skladu s predpisi, ki urejajo organiziranost in delo v policiji, prostovoljno in ob soglasju policista pomagajo pri opravljanju z zakonom določenih nalog policije in se pri tem poškodujejo ali izgubijo delovno zmožnost;
 3. osebe, ki opravljajo naloge pomožne policije v skladu s predpisi, ki urejajo organiziranost in delo v policiji;
 4. osebe, ki opravljajo na poziv državnih organov in nosilcev javnih pooblastil javno in drugo družbeno funkcijo ali državljsko dolžnost.

173. člen

(prijava v zavarovanje in odjava iz zavarovanja za poškodbo pri delu in poklicno bolezen)

- (1) Za osebe iz prvega odstavka prejšnjega člena se za prijavo v zavarovanje in odjavo iz zavarovanja uporabljajo določbe od 26. do 41. člena tega zakona.
- (2) Za osebe iz drugega in tretjega odstavka prejšnjega člena se za prijavo v zavarovanje in odjavo iz zavarovanja smiselno uporabljajo določbe od 26. do 41. člena tega zakona, če ni drugače določeno.
- (3) Zavezanec za prijavo za osebe iz drugega in tretjega odstavka prejšnjega člena je zavezanec za plačilo prispevkov, razen za osebe iz 3. točke drugega odstavka prejšnjega člena, če opravljajo delo ali storitev iz naslova drugega pravnega razmerja v državah članicah in zanje v skladu s pravnim redom EU velja socialna zakonodaja Republike Slovenije, osebe iz 6. in 15. točke drugega odstavka 172. člena tega zakona, ki so sami zavezanci za prijavo.
- (4) Zavezanec iz prejšnjega odstavka vloži prijavo v zavarovanje in odjavo iz zavarovanja na obrazcu, ki je določen s predpisom, ki ureja obrazce za prijavo podatkov v obvezno zavarovanje.
- (5) Zavezanec za prijavo vloži prijavo v zavarovanje v treh dneh po nastanku pravnega razmerja, ki je podlaga za zavarovanje, in zavarovano osebo odjavi iz zavarovanja v treh dneh po prenehanju pravnega razmerja, ki je podlaga za zavarovanje. Če je trajanje zavarovanja znano ob prijavi, lahko zavezanec za prijavo hkrati s prijavo v zavarovanje vloži tudi odjavo iz zavarovanja.

174. člen

(pravice zaradi poškodbe pri delu in poklicne bolezni in postopek njihovega uveljavljanja)

- (1) Zavarovana oseba iz 172. člena tega zakona ima zaradi poškodbe pri delu ali poklicne bolezni iste pravice kot zaradi bolezni ali poškodbe izven dela, če ni s tem zakonom drugače določeno.
- (2) Postopek uveljavljanja pravic zaradi poškodbe pri delu določi Zavod.
- (3) Postopek ugotavljanja, potrjevanja in prijavljanja poklicnih bolezni določi minister na podlagi zakona, ki ureja pokojninsko in invalidsko zavarovanje.

VII. poglavje

ZAGOTAVLJANJE SREDSTEV

1. Tekoče financiranje

175. člen (vrste prihodkov)

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

176. člen (vrste odhodkov)

Odhodki iz obveznega zavarovanja so:

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

2. Prispevki

177. člen (določitev in obračun prispevkov)

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

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

178. člen (osnova za osebe v delovnem razmerju)

- (1) Osnova za plačilo prispevkov za zavarovane osebe iz prvega do četrtega odstavka 11. člena tega zakona je enaka osnovi za plačilo prispevkov za pokojninsko in invalidsko zavarovanje.
- (2) Če se prispevek plačuje od najnižje osnove, je za zavarovane osebe iz prejšnjega odstavka, ne glede na prvo in drugo alinejo 1. točke 11. člena Zakona o prispevkih za socialno varnost (Uradni list RS, št. 5/96, 18/96 – ZDavP, 34/96, 87/97 – ZDavP-A, 3/98, 7/98 – odl. US, 106/99 – ZPIZ-1, 81/00 – ZPSV-C, 97/01 – ZSDP, 97/01, 62/10 – odl. US, 40/12 – ZUJF, 96/12 – ZPIZ-

2, 91/13 – ZZVZZ-M, 99/13 – ZSVarPre-C in 26/14 – ZSDP-1), zavezanec za plačilo prispevka zavarovanca zavarovanec za del prispevka, ki odpade na plačo ali nadomestilo plače, in delodajalec za del prispevka, ki odpade na razliko med najnižjo osnovo za plačilo prispevka in plačo ali nadomestilom plače delavca.

- (3) Osnova za plačilo prispevka za zavarovane osebe iz petega odstavka 11. člena tega zakona je plača oziroma nadomestilo plače ter vsi drugi prejemki na podlagi delovnega razmerja.

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

179. člen

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

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

180. člen

(osnova za vojake)

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

181. člen

(osnova za uživalce pravic)

- (1) Osnova za plačilo prispevkov za zavarovane osebe iz:
1. prvega, drugega, četrtega, petega, osmega, enajstega in dvanajstega odstavka 16. člena tega zakona je znesek nadomestila oziroma prejemka, ki ga prejme,
 2. tretjega odstavka 16. člena tega zakona je znesek nadomestila oziroma osnova za plačilo prispevkov v skladu s predpisi, ki urejajo starševsko varstvo in družinske prejemke,
 3. šestega in sedmega odstavka 16. člena tega zakona je znesek pokojnine ali preživnine, ki ga prejme,
 4. devetega in desetega odstavka 16. člena tega zakona je izplačan prejemek, razen dodatka za tujo pomoč in postrežbo.
- (2) Kot osnova za obračun prispevkov se nadomestila oziroma prejemki iz drugega, šestega, sedmega, devetega in enajstega odstavka 16. člena tega zakona, razen za upravičence poklicne pokojnine iz šestega odstavka 16. člena, povečajo s koeficientom, določenim na podlagi povprečne stopnje davkov in prispevkov, ki jo za potrebe izračuna pokojninske osnove na podlagi zakona, ki ureja pokojninsko in invalidsko zavarovanje, določi minister, pristojen za finance.
- (3) Ne glede na prvi in drugi odstavek je za zavarovane osebe iz devetega, desetega, enajstega in dvanajstega odstavka 16. člena tega zakona najnižja osnova za plačilo prispevkov 30 % zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji preračunane na mesec in za zavarovane osebe iz sedmega odstavka 16. člena tega zakona najnižja osnova za plačilo prispevkov 13 % zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji preračunane na mesec.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

187. člen
(stopnje za plačilo prispevka)

- (1) Prispevek za zavarovanje za poškodbo in bolezen je:
 - prispevek zavarovanca po stopnji 6,36 %,
 - prispevek delodajalca po stopnji 6,56 %.

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

188. člen
(zavezanci za plačilo prispevkov zavarovanca)

- (1) Zavezanci za plačilo prispevkov zavarovancev so:
 1. zavarovane osebe iz 11., prvega in drugega odstavka 12., 13., 14. člena, prvega in drugega odstavka, prve, druge in četrte alineje tretjega odstavka ter četrtega odstavka 16. člena, 18. in 21. člena tega zakona;
 2. občina za zavarovane osebe iz 20. člena tega zakona;

3. Republika Slovenija za zavarovane osebe iz tretjega odstavka 12. člena, 15. člena, tretje in pete alineje tretjega odstavka, devetega, desetega, enajstega in dvanajstega odstavka 16. člena, 17. in 22. člena tega zakona;
 4. ZPIZ za zavarovane osebe iz petega odstavka 16. člena tega zakona.
- (2) Zavarovane osebe iz 11. do 22. člena, 24., 25. člena ter drugega in tretjega odstavka 172. člena tega zakona plačujejo prispevek zavarovanca tudi:
1. od dohodkov iz drugega pravnega razmerja, na podlagi katerega niso zavarovani na drugi podlagi, prejetih na podlagi opravljenega dela oziroma storitev, kadar se plačilo, prejeta na podlagi tega pravnega razmerja, na podlagi zakona, ki ureja dohodnino, šteje za dohodek in ni oproščen plačila dohodnine ali ni drug dohodek na podlagi zakona, ki ureja dohodnino;
 2. od prejete pokojnine, na podlagi katere niso zavarovani po sedmem odstavku 16. člena tega zakona, če se pokojnina na podlagi zakona, ki ureja dohodnino, šteje za dohodek in ni oproščen plačila dohodnine ali ni drug dohodek na podlagi zakona, ki ureja dohodnino;
 3. od pokojninske rente, če se prejemek na podlagi zakona, ki ureja dohodnino, šteje za dohodek in ni oproščen plačila dohodnine ali ni drug dohodek na podlagi zakona, ki ureja dohodnino;
 4. iz naslova dejavnosti, ki jo opravljajo zavarovane osebe iz 10., 11. in 12. točke drugega odstavka 172. člena tega zakona;
 5. od dohodkov iz kapitala.
- (3) Osnova za plačevanje prispevkov od dohodkov iz 1. in 2. točke prejšnjega odstavka je vsak posamezen prejet dohodek oziroma prejemek.
- (4) Osnova za plačevanje prispevkov od dohodkov iz 3. in 5. točke drugega odstavka tega člena je enaka davčni osnovi, ki je določena v predpisih, ki urejajo dohodnino.
- (5) Osnova za plačevanje prispevkov iz naslova dejavnosti iz 4. točke drugega odstavka tega člena je 25 % zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji preračunane na mesec, razen za zavarovane osebe iz 12. točke drugega odstavka 172. člena tega zakona, za katere znaša 125 % zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji preračunane na mesec, in se plača enkrat letno ob plačilu prispevka iz 7. točke prvega odstavka 193. člena tega zakona.
- (6) Ne glede na določbo iz prve alineje prvega odstavka 187. člena tega zakona in 1. točko drugega odstavka tega člena se za zavarovane osebe iz 6. točke drugega odstavka 172. člena tega zakona šteje, da je prispevek zavarovanca po prvem odstavku plačan s plačilom prispevka iz petega odstavka 191. člena tega zakona.
- (7) Ne glede na določbo drugega odstavka tega člena je zavezanec za plačilo prispevka zavarovanca za zavarovane osebe, ki opravljajo začasno in občasno delo dijakov in študentov, organizacija oziroma delodajalec, ki posreduje začasno in občasno delo dijakov in študentov.

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

- (1) Če izplačevalec dohodka iz drugega odstavka prejšnjega člena ni plačnik davka v skladu s predpisi, ki urejajo davčni postopek, prispevek od osnove, določene v tem odstavku, ugotovi davčni organ z odločbo, s katero izračuna akontacijo dohodnine od dohodkov, od katerih se plačuje prispevek v skladu z drugim odstavkom prejšnjega člena. Zavezanec za prispevek plača prispevek v roku in na način, ki je določen za akontacijo dohodnine od dohodkov, od katerih se plačuje prispevek.
- (2) Če se v primerih iz prejšnjega odstavka v skladu s predpisi, ki urejajo davčni postopek, akontacija dohodnine od dohodkov, od katerih se plačuje prispevek, ne odmeri, prispevek od osnove ugotovi davčni organ z odločbo enkrat letno za koledarsko leto, s katero izračuna

prispevek, na podlagi podatkov, s katerimi razpolaga za potrebe akontacije dohodnine od teh dohodkov. Davčni organ odločbo izda do 31. januarja tekočega leta za preteklo leto. Zavezanec za prispevek plača prispevek v 30 dneh od vročitve odločbe.

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

Zavezanci za plačilo prispevkov delodajalca so:

1. delodajalci za zavarovane osebe iz prvega do četrtega odstavka 11. člena tega zakona;
2. zavarovane osebe iz prvega odstavka 11. člena, če so zaposlene v državah članicah in se zanje v skladu s pravnim redom EU uporablja zakonodaja Republike Slovenije, ki ureja obvezna socialna zavarovanja, petega odstavka 11. člena, prvega in drugega odstavka 12., 13. in 14. člena, prejemniki poklicne pokojnine iz šestega odstavka in zavarovane osebe iz sedmega odstavka 16. člena, zavarovane osebe iz 18. in 21. člena tega zakona;
3. Republika Slovenija za zavarovane osebe iz tretjega odstavka 12. in 15. člena, tretjega, devetega, desetega, enajstega in dvanajstega odstavka 16. člena, 17. in 22. člena tega zakona,
4. Zavod za zavarovane osebe iz prvega odstavka 16. člena tega zakona;
5. ZRSZ za zavarovane osebe iz drugega odstavka 16. člena tega zakona;
6. občina za zavarovane osebe iz četrtega odstavka 16. člena in 20. člena tega zakona;
7. ZPIZ za zavarovane osebe iz petega, šestega odstavka, razen za zavarovane osebe, ki prejemajo poklicno pokojnino, in osmega odstavka 16. člena tega zakona.

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

191. člen **(osnova za prispevek za poškodbo pri delu in poklicno bolezen)**

- (1) Osnova za plačilo prispevka za zavarovane osebe iz prvega odstavka 172. člena tega zakona je enaka osnovi za plačilo prispevka za poškodbo in bolezen.
- (2) Osnova za plačilo prispevka za zavarovane osebe iz 1., 2., 4., 5., 7., 8., 9., 10., 11., 13., 14. in 15. točke drugega odstavka in tretjega odstavka 172. člena tega zakona je enaka osnovi zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji preračunane na mesec.
- (3) Osnova za plačilo prispevka za zavarovane osebe iz 3. točke drugega odstavka 172. člena tega zakona je vsako posamezno plačilo za opravljeno delo oziroma storitev, prejeta na podlagi drugega pravnega razmerja, ki se po zakonu, ki ureja dohodnino, šteje za dohodek in ni oproščen plačila dohodnine ali ni drug dohodek po zakonu, ki ureja dohodnino.
- (4) Osnova za plačilo prispevka za zavarovane osebe iz 12. točke tretjega odstavka 172. člena tega zakona je enaka osnovi 50 % zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji preračunane na mesec.
- (5) Ne glede na določbe od prvega do četrtega odstavka tega člena in prvi odstavek 192. člena tega zakona znaša višina prispevka za zavarovane osebe iz 6. točke drugega odstavka 172. člena tega zakona dva evra na posamezno vrednotnico. Višina prispevkov se usklajuje z gibanjem povprečne plače, izplačane za obdobje od januarja do decembra preteklega leta, v primerjavi s povprečno plačo, izplačano za enako obdobje leto pred tem in jo enkrat letno določi minister, pristojen za delo, do 1. aprila v koledarskem letu.

192. člen **(stopnje za plačilo prispevka)**

- (1) Prispevek za zavarovanje za poškodbo pri delu in poklicno bolezen se za zavarovane osebe iz 172. člena tega zakona plačuje po stopnji 0,53 %.
- (2) Če odhodki za poškodbe pri delu in za poklicne bolezni presegajo višino prihodkov iz tega naslova v posameznem koledarskem letu in če presežka odhodkov nad prihodki iz posameznega koledarskega leta ni mogoče pokriti s presežki iz preteklih let iz naslova zavarovanja za poškodbe pri delu in za poklicne bolezni, Zavod predlaga novo višino stopnje prispevka za poškodbe pri delu in poklicno bolezen.
- (3) Če so prihodki za poškodbe pri delu in za poklicne bolezni za več kot 10 % večji od odhodkov iz tega naslova v posameznem koledarskem letu, in če Zavod nima nepokritih primanjkljajev iz preteklih let iz naslova zavarovanja za poškodbe pri delu in poklicne bolezni, Zavod predlaga novo višino stopnje prispevka za poškodbe pri delu in poklicno bolezen.

193. člen

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

- (1) Prispevek za zavarovanje za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni plačujejo:
 1. delodajalci za zavarovane osebe iz prvega do četrtega odstavka 11. člena tega zakona;
 2. zavarovane osebe iz prvega odstavka 11. člena, če so zaposleni v državah članicah in se zanje v skladu s pravnim redom EU uporablja zakonodaja Republike Slovenije, ki ureja obvezna socialna zavarovanja, zavarovane osebe iz prvega in drugega odstavka 12., 13. in 14. člena tega zakona;
 3. Republika Slovenija za zavarovane osebe iz tretjega odstavka 12. in 15. člena tega zakona;
 4. občina za zavarovane osebe iz četrtega odstavka 16. člena tega zakona;
 5. pravne ali fizične osebe, pri katerih se zavarovane osebe iz drugega in tretjega odstavka 172. člena tega zakona usposablajo ali delajo;
 6. zavarovane osebe iz 3. točke drugega odstavka 172. člena tega zakona, če izplačevalec prejemka ni plačnik davka po predpisih o davčnem postopku;
 7. zavarovane osebe, ki opravljajo dejavnost iz 10., 11. in 12. točke drugega odstavka 172. člena tega zakona;
 8. posameznik, ki opravlja osebno dopolnilno delo, oziroma oseba, ki želi, da se pri njej opravijo dela, ki štejejo za osebno dopolnilno delo, za zavarovane osebe iz 6. točke drugega odstavka 172. člena tega zakona;
 9. organizacija oziroma delodajalec, ki posreduje začasno in občasno delo dijakov in študentov za zavarovane osebe, ki opravljajo začasno in občasno delo dijakov in študentov iz 3. točke drugega odstavka 172. člena tega zakona.
- (2) Za zavarovane osebe iz prvega odstavka 172. člena, 2., 4., 5., 7., 8., 9., 10., 11. in 14. točke drugega odstavka 172. člena tega zakona se prispevek plačuje mesečno.
- (3) Za zavarovane osebe iz 3. in 15. točke drugega odstavka 172. člena tega zakona, se prispevek plačuje ob izplačilu plačila za opravljeno delo ali storitev.
- (4) Za zavarovane osebe iz 1., 12. in 13. točke drugega odstavka 172. člena in tretjega odstavka 172. člena tega zakona se prispevek plačuje letno. Prispevek se plača do 15. marca v tekočem letu za tekoče koledarsko leto. Če nastopi obveznost zavarovanja po tem datumu se prispevek plača do 15. dne v mesecu, ko je obveznost nastala.

6. Zdravstveno nadomestilo

194. člen

(določitev in višina zdravstvenega nadomestila)

- (1) Zavezanec za plačilo zdravstvenega nadomestila plačuje zdravstveno nadomestilo mesečno na podlagi odločbe, ki jo izda davčni organ.
- (2) Mesečna višina zdravstvenega nadomestila se določi v naprej za obdobje 12 mesecev oziroma za krajše obdobje, če tako določa zakon (v nadaljnjem besedilu: obdobje izračuna).
- (3) Mesečna višina zdravstvenega nadomestila se določi na podlagi:
 - letnega dohodka zavezanca za zdravstveno nadomestilo,
 - podatka o letni minimalni plači in
 - podatka o povprečni letni plači zaposlenih v Republiki Sloveniji.
- (4) Mesečnega višina zdravstvenega nadomestila znaša:

če je letni dohodek zavarovane osebe	v eurih
do vključno letne minimalne plače	20
višji od minimalne plače in nižji od vključno 75 % zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji	25
višji od 75 % zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji in nižji od vključno 100 % zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji	27
višji od 100 % zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji in nižji od vključno 200 % zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji	29
višji od 200 % zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji in nižji od vključno 300 % zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji	45
višji od 300 % zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji in nižji od vključno 500 % zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji	55
višji od 500 % zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji	75

- (5) Za letno minimalno plačo se upošteva vsota minimalnih plač, ki so za posamezni mesec leta, na katero se nanaša letni dohodek, ki je podlaga za določitev višine zdravstvenega nadomestila, objavljene v Uradnem listu Republike Slovenije.
- (6) Upošteva se podatek o letni minimalni plači in podatek o povprečni letni plači zaposlenih v Republiki Sloveniji, ki ga objavi Statistični urad Republike Slovenije, za leto, na katero se nanaša letni dohodek, ki je podlaga za določitev višine zdravstvenega nadomestila.

- (7) Višina zdravstvenega nadomestila se uskladi z gibanjem povprečne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji, izplačane za obdobje od januarja do decembra preteklega leta, v primerjavi s povprečno plačo zaposlenih v Republiki Sloveniji, izplačano za enako obdobje leto pred tem, po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije. Usklajeno višino zdravstvenega nadomestila enkrat letno določi minister, do 1. aprila tekočega leta. Usklajena višina zdravstvenega nadomestila se prvič uporabi za mesec julij tekočega leta.

195. člen
(letni dohodek)

- (1) Letni dohodek zavarovane osebe iz drugega odstavka prejšnjega člena je vsota dohodkov zavarovane osebe, ki se po zakonu, ki ureja dohodnino, štejejo za dohodke in niso oproščeni dohodnine oziroma se všttevajo v davčno osnovo.
- (2) Dohodki iz prejšnjega odstavka tega člena se upoštevajo po zmanjšanju za normirane stroške oziroma dejanske stroške, priznane po zakonu, ki ureja dohodnino.
- (3) Ne glede na prvi odstavek tega člena se upošteva celotni dohodek:
- plače za poslovno uspešnost,
 - plače in nadomestila plače zavezancev, za katere, v skladu z zakonom, ki ureja dohodnino, veljajo posebne davčne osnove,
 - pokojninske rente, ki se šteje za dohodek iz zaposlitve in
 - drugih dohodkov, ki predstavljajo redni dohodek iz delovnega razmerja po zakonu, ki ureja dohodnino, in se ne všttevajo v davčno osnovo do določene višine.
- (4) Za dohodek iz dejavnosti se šteje dobiček zavarovane osebe, ugotovljen v skladu z zakonom, ki ureja dohodnino, v katerem niso upoštevani obračunani prispevki za obvezno socialno zavarovanje ter znižanje in povečanje davčne osnove.
- (5) Za pokojnino iz obveznega pokojninskega in invalidskega zavarovanja v Sloveniji se šteje pokojnina, obdavčljiva v skladu z zakonom, ki ureja dohodnino, povečana s koeficientom, določenim v drugem odstavku 181. člena tega zakona, ki je določen za leto, na katero se nanaša pokojnina.
- (6) Letni dohodek zavarovane osebe se ugotovi na podlagi podatkov – iz odločbe o odmeri dohodnine ali akontacije dohodnine, iz obračuna akontacije dohodnine in dohodnine od dohodka iz dejavnosti ali obračuna davčnega odtegljaja - za predpreteklo leto leta, v katerem se določa višina mesečnega nadomestila za obdobje izračuna po stanju zavezancev za zdravstveno nadomestilo na dan 31. marca, v katerem se določa višina mesečnega nadomestila za obdobje 12 mesecev oziroma krajše obdobje.
- (7) Natančnejši način upoštevanja dohodkov, ki se upoštevajo v letnem dohodku iz tega člena določi minister.

196. člen
(zavezanec za plačilo zdravstvenega nadomestila)

- (1) Zavezanec za plačilo zdravstvenega nadomestila je zavarovana oseba.
- (2) Plačila zdravstvenega nadomestila so oproščene naslednje zavarovane osebe:
1. otroci, ki so obvezno zavarovani kot zavarovanci po 19. členu tega zakona;
 2. zavarovane osebe, ki so zavarovane kot prejemniki družinske pokojnine po šestem odstavku 16. člena tega zakona, če izpolnjujejo pogoje po tretjem in četrtem odstavku 24. člena tega zakona;
 3. zavarovane osebe iz enajstega odstavka 16. člena tega zakona;

4. zavarovane osebe iz 17. člena tega zakona, če izpolnjujejo pogoje po tretjem in četrtem odstavku 24. člena tega zakona;
5. otroci, ki so zavarovani kot družinski član po 24. členu tega zakona;
6. zavarovane osebe, ki imajo priznano pravico do plačila zdravstvenega nadomestila.

197. člen
(nastanek obveznosti plačila)

Obveznost plačila zdravstvenega nadomestila, določenega za posamezni mesec nastane, če je bila oseba vsaj en dan v mesecu zavezanec za plačilo zdravstvenega nadomestila po prejšnjem členu.

7. Plačevanje in pobiranje prispevkov in odmera zdravstvenega nadomestila

198. člen
(pobiranje prispevkov in zdravstvenega nadomestila)

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

199. člen
(postopek pobiranja zdravstvenega nadomestila)

- (1) Davčni organ ugotovi višino zdravstvenega nadomestila z odločbo.
- (2) Odmera se opravi na podlagi podatkov o:
 - zavezancih za zdravstveno nadomestilo po stanju na dan 31. marca leta, v katerem se določa višina mesečnega nadomestila za dvanajstmesečno obdobje izračuna in
 - podatkov o letnem dohodku zavarovane osebe za predpreteklo leto leta, v katerem se začne dvanajstmesečno obdobje za izračun.
- (3) Ne glede na prvo alineo prejšnjega odstavka izda davčni organ odločbo za zavezance za zdravstveno nadomestilo, ki postanejo zavezanci za zdravstveno nadomestilo po 31. marcu, na podlagi podatka o datumu pridobitve statusa zavezanca za zdravstveno nadomestilo.
- (4) Davčni organ odmeri zdravstveno nadomestilo za obdobje 12 mesecev, ki se začne s julijem in konča z junijem naslednjega leta. Za zavezance, ki postanejo zavezanci za zdravstveno nadomestilo po 31. marcu, se lahko začne obdobje izračuna z meseci po juliju.
- (5) Odločba o odmeri zdravstvenega nadomestila se izda do 30. aprila leta, v katerem se odmerja zdravstveno nadomestilo.
- (6) V primeru iz tretjega odstavka tega člena se odločba o odmeri zdravstvenega nadomestila izda v 30 dneh po tem, ko davčni organ pridobi podatek, da je zavarovana oseba postala zavezanec za zdravstveno nadomestilo.
- (7) Zdravstveno nadomestilo za posamezni mesec se plača do 20. dne v mesecu za pretekli mesec.

8. Prihodki iz državnega proračuna

200. člen (obveznosti državnega proračuna)

- (1) Republika Slovenija zagotavlja sredstva iz državnega proračuna za pokrivanje obveznosti obveznega zavarovanja, ki nastanejo zaradi priznavanja ali odmere pravic iz obveznega zavarovanja pod posebnimi pogoji oziroma zaradi izpada prispevkov in zdravstvenega nadomestila, in sicer za:
 - prispevek zavarovanca in delodajalca za zaposlene v invalidskih podjetjih in zaposlitvenih centrih;
 - prispevek delodajalca za zavarovance, za katere ta prispevek plačuje Republika Slovenija;
 - prispevek delodajalca za osebe, ki so obvezno zavarovane iz naslova opravljanja kmetijske dejavnosti po 14. členu tega zakona;
 - zavarovane osebe, ki imajo priznano pravico do plačila zdravstvenega nadomestila;
 - nadomestilo plače na dan darovanja krvi;
 - v drugih primerih, če tako določa zakon.
- (2) Osnove in način proračuna finančnih obveznosti iz prejšnjega odstavka določa zakon, ki ureja proračunavanje finančnih obveznosti Republike Slovenije iz obveznega zavarovanja.

9. Finančno poslovanje

201. člen (vodenje denarnih sredstev Zavoda)

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

202. člen (finančni načrt Zavoda)

- (1) Zavod opredeljuje svoje finančno poslovanje s finančnim načrtom, ki ga pripravi v skladu z zakonom, ki ureja javne finance, na podlagi izhodišč, ki veljajo za državni proračun.
- (2) Finančni načrt iz prejšnjega odstavka se sestavlja in sprejema za vsako koledarsko leto posebej ali za časovno obdobje, za katero se sprejema državni proračun.
- (3) Finančni načrt sprejme svet Zavoda. Vlada da soglasje k finančnemu načrtu.

203. člen (letno poročilo Zavoda)

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

VIII. POGLAVJE

ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE SLOVENIJE

1. Status Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije

204. člen
(nosilec in izvajalec obveznega zavarovanja)

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

205. člen
(izvajanje nalog Zavoda)

Zavod je organiziran tako, da zagotavlja nemoteno opravljanje strokovnih, informacijskih, administrativnih, nadzorstvenih, izvedenskih in drugih nalog, ki so potrebne za izvajanje obveznega zavarovanja.

206. člen
(naloge Zavoda)

Zavod opravlja naslednje naloge:

1. vključuje osebe v obvezno zavarovanje,
2. opravlja poslovno-finančne funkcije za izvajanje obveznega zavarovanja,
3. sprejema splošne akte iz obveznega zavarovanja, ki se nanašajo na izvedbo posameznih pravic do zdravstvenih storitev, zdravil, živil in medicinskih ter drugih pripomočkov,
4. sklepa pogodbe za opravljanje zdravstvenih storitev, za plačilo pogodbeno določenih zdravstvenih programov in zdravstvenih storitev in nadzira uresničevanje pogodb,
5. sklepa pogodbe z imetniki dovoljenja za zdravilo in s proizvajalci živila v okviru uresničevanja pravic,
6. sklepa pogodbe z dobavitelji, proizvajalci, pooblaščenimi predstavniki in zastopniki proizvajalcev medicinskih in drugih pripomočkov v okviru uresničevanja pravic,
7. izplačuje denarno nadomestilo in druge denarne dajatve,
8. izvaja nadzor nad uveljavljanjem pravic,
9. odloča o zahtevkih za uveljavljanje in varstvo pravic,
10. izvaja dejavnost medicinskega izvedenstva in zavarovalniške medicine,
11. izvaja obvezno zavarovanje v skladu s pravnim redom EU in z mednarodnimi sporazumi,
12. uveljavlja povračilo škode in drugih stroškov,
13. vzpostavlja in vodi podatkovne zbirke in evidence ter upravlja z zbirkami osebnih podatkov,
14. izdaja, zalaga in prodaja obrazce in listine za izvajanje obveznega zavarovanja ter opravlja založniško in izdajateljsko dejavnost za obveščanja javnosti o obveznem zavarovanju,
15. nudi strokovno pomoč zavarovanim osebam ter opravlja druga strokovna, administrativna, dokumentacijska in tehnična dela,
16. dolgoročno načrtuje obvezno zavarovanje v skladu s strategijo razvoja države,
17. sodeluje pri pripravi Resolucije zdravstvenega varstva,
18. pripravlja in sprejema obračunske modele in cene, ki izvajalce spodbujajo k učinkovitemu in uspešnemu izvajanju kakovostnih storitev,
19. izvaja izvedenske postopke, ki so po tem zakonu predvideni v zvezi z uresničevanjem pravic zavarovanih oseb,
20. spremlja in analizira stroške zavarovanja ter načrtuje ukrepe za njihovo obvladovanje,
21. ministrstvu predlaga spremembe v sistemu obveznega zavarovanja,
22. informira javnost o stanju in potrebah v obveznem zavarovanju,
23. opravlja druge naloge v zvezi z izvajanjem obveznega zavarovanja.

207. člen
(nastopanje Zavoda v pravnem prometu)

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

208. člen
(viri financiranja)

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

209. člen
(premoženje Zavoda)

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

2. Organi Zavoda

210. člen
(organi Zavoda)

Organa Zavoda sta:

- svet Zavoda,
- generalni direktor Zavoda.

211. člen
(sestava sveta Zavoda)

- (1) Zavod upravlja svet Zavoda, ki ga sestavlja devet članov, od tega:
 - pet članov predstavnikov zavarovancev, od tega dva predstavnika zaposlenih, dva predstavnika upokojencev in en predstavnik invalidov,
 - trije člani predstavnikov delodajalcev, od katerih dva imenujejo delodajalska združenja na ravni države in enega Vlada,
 - en član predstavnik Vlade.

- (2) Postopke imenovanja članov sveta Zavoda določijo posamezne skupine s svojimi notranjimi akti.
- (3) Svet Zavoda izmed članov izvoli predsednika in njegovega namestnika.

212. člen
(pogoji za članstvo v svetu Zavoda)

- (1) Člani sveta Zavoda so lahko osebe, ki izpolnjuje najmanj naslednje pogoje:
 - ima izobrazbo univerzitetne druge stopnje ali raven izobrazbe, ki v skladu z zakonom ustreza tej stopnji znanja,
 - ne sme biti pravnomočno obsojen zaradi naklepne kaznivega dejanja, ki se preganja po uradni dolžnosti,
 - ne sme biti pravnomočno obsojen na nepogojno kazen zapora v trajanju več kot šest mesecev,
 - ima petnajst let delovnih izkušenj.
- (2) V svet Zavoda ne morejo biti imenovani državni funkcionarji in funkcionarji lokalnih skupnosti, predstavniki izvajalcev zdravstvene dejavnosti in predstavniki pogodbenih partnerjev Zavoda in njihovih združenj, predstavniki poklicnih združenj ali zbornic v zdravstvu, predstavniki pravnih oseb, ki ponujajo zasebna zdravstvena zavarovanja ter predstavniki drugih pravnih oseb, katerih sodelovanje v svetu Zavoda bi vplivalo ali ustvarjalo videz, da vplivajo na nepristransko in objektivno opravljanje nalog.

213. člen
(mandat članov sveta Zavoda)

- (1) Mandat članov sveta Zavoda traja štiri leta in se začne z ustanovno sejo sveta Zavoda. Posameznik je lahko imenovan v svet Zavoda največ dvakrat.
- (2) Članu sveta preneha mandat še pred potekom mandatne dobe v primeru:
 - njegove smrti,
 - prenehanja lastnosti zavarovane osebe,
 - izgube statusa predstavnika skupine, ki jo zastopa,
 - ugotovitve konflikta interesov,
 - odpovedi mandatu,
 - zaradi drugih razlogov, ki jih določa zakon.
- (3) Če članu sveta Zavoda preneha mandat pred potekom mandatne dobe, interesna skupina imenuje novega člana z mandatom za čas do izteka mandata prejšnjega člana.

214. člen
(odgovornost članov sveta Zavoda)

- (1) Člani sveta Zavoda pri opravljanju svojih nalog ravnajo v skladu s standardom dobrega strokovnjaka. Člani sveta Zavoda so solidarno odgovorni Zavod za škodo, ki bi jo ta imel zaradi kršitve njihovih obveznosti iz 215. člena tega zakona. Člani sveta Zavoda so prosti odškodninske odgovornosti, če dokažejo, da so pri izpolnjevanju svojih obveznosti ravnali z dolžno skrbnostjo.
- (2) Člani sveta Zavoda se pri opravljanju svojega dela izogibajo nasprotju interesov. Vsako morebitno nasprotje interesov prijavijo predsedniku sveta Zavoda. Predsednik sveta Zavoda zadevo predloži svetu Zavoda, ki lahko odloča o izločitvi posameznega člana sveta Zavoda.

215. člen
(naloge sveta Zavoda)

- (1) Svet Zavoda opravlja naslednje naloge:
 - sprejema strateški razvojni program Zavoda za obdobje najmanj petih let,
 - določa finančni načrt Zavoda,
 - sprejema letno poročilo Zavoda po opravljeni reviziji Računskega sodišča,
 - odloča o razporeditvi presežka,
 - potrjuje program ukrepov za sanacijo primanjkljaja,
 - v imenovanje predlaga generalnega direktorja Zavoda,
 - odloča o načinu uporabe sredstev, odpisu, prodaji in odtujitvi premoženja ter sprejema poročilo o popisu sredstev,
 - sprejema statut Zavoda,
 - sprejema splošne akte iz pristojnosti Zavoda glede obveznega zavarovanja,
 - daje soglasje k finančno ovrednotenemu programu dela in kadrovskemu načrtu Zavoda,
 - sprejema Program izvajanja zdravstvenih storitev in Pogoje zagotavljanja medicinskih pripomočkov,
 - določa dostopnost zavarovanih oseb do zdravstvenih storitev, ki jih Zavod zagotavlja pod pogoji in na način, ki jih določa ta zakon,
 - imenuje predstavnika uporabnikov v svete javnih zdravstvenih zavodov,
 - obravnava in daje predloge pri pripravi Resolucije zdravstvenega varstva in predlogov zakonov v sistemu zdravstvenega varstva in zavarovanja, kot tudi pobude za spremembe in dopolnitve predpisov s tega področja,
 - opravlja druge naloge, ki jih določata ta zakon in statut Zavoda.
- (2) Natančnejšo opredelitev nalog Zavoda določa njegov statut. Zavod deluje v skladu z zakonom, ki ureja zavode, če ni s tem zakonom drugače določeno.
- (3) Statut Zavoda opredeljuje najmanj naslednje vsebine:
 - način izvolitve ter mandat predsednika in podpredsednika sveta Zavoda,
 - organiziranost Zavoda,
 - podrobno notranjo razčlenitev dejavnosti in nalog Zavoda,
 - vodilne delavce in njihova pooblastila,
 - organe in komisije za posamezna področja dejavnosti Zavoda ter njihove pristojnosti,
 - izvajanje nadzorstvene funkcije.
- (4) Vlada poda soglasje k:
 - strateškemu razvojnemu programu,
 - statutu,
 - razporeditvi presežka,
 - ukrepom za sanacijo primanjkljaja,
 - finančnemu in poslovnemu načrtu in
 - zaključnemu računu Zavoda.
- (5) Ministrstvo da soglasje k splošnim aktom Zavoda, ki določajo standarde in normative iz obveznega zavarovanja in k Programu izvajanja zdravstvenih storitev.
- (6) Višino sejin in povračila drugih stroškov dela članov sveta Zavoda določi statut Zavoda.

216. člen
(odločanje sveta Zavoda)

- (1) Svet Zavoda veljavno odloča, če je na seji navzočih več kot polovica vseh članov.

- (2) Statut, splošne akte iz naslova obveznega zavarovanja, finančni načrt in letno poročilo, Program izvajanja zdravstvenih storitev in Pogoje zagotavljanja medicinskih pripomočkov in strateški razvojni program Zavoda sprejema svet z večino glasov vseh članov sveta.
- (3) O drugih vprašanih odloča svet Zavoda z večino glasov navzočih članov.
- (4) Svet Zavoda o sprejetih sklepih obvešča ministra v treh dneh od sprejema.
- (5) Minister lahko v 14 dneh od prejema obvestila o sprejetih sklepih iz prejšnjega odstavka zadrži izvršitev odločitve, ki jo sprejme svet Zavoda, če oceni, da ni zakonita, ali če ni v skladu s sprejeto politiko in o tem obvesti Vlado.

217. člen
(generalni direktor Zavoda)

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

218. člen
(pogoji za imenovanje generalnega direktorja Zavoda)

- (1) Generalni direktor Zavoda je lahko oseba, ki ima:
 - izobrazbo univerzitetne druge stopnje ali raven izobrazbe, ki v skladu z zakonom ustreza izobrazbi druge stopnje,
 - najmanj 15 let delovnih izkušenj, od tega najmanj pet let na vodstvenem položaju in najmanj pet let delovnih izkušenj na področju zdravstva,
 - aktivno znanje najmanj enega tujega jezika,
 - narejen program dela in vizija razvoja Zavoda.
- (2) Generalni direktor Zavoda pri opravljanju svojih nalog ravna v skladu s standardom dobrega strokovnjaka. Generalni direktor Zavoda je odgovoren za škodo, ki bi jo ta imel zaradi kršitve njegovih obveznosti iz 221. člena tega zakona. Generalni direktor Zavoda je prost odškodninske odgovornosti, če dokaže, da je pri izpolnjevanju svojih obveznosti ravnal z dolžno skrbnostjo.
- (3) Generalni direktor Zavoda se pri opravljanju svojega dela izogiba nasprotju interesov. Vsako morebitno nasprotje interesov je generalni direktor Zavoda prijavi predsedniku sveta Zavoda. Predsednik sveta Zavoda zadevo predloži svetu Zavoda, ki v primeru izločitve generalnega direktorja Zavoda odloči o zadevi.

219. člen
(imenovanje generalnega direktorja Zavoda)

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

220. člen
(imenovanje vršilca dolžnosti generalnega direktorja Zavoda)

- (1) Vršilec dolžnosti generalnega direktorja Zavoda je lahko oseba, ki izpolnjuje enake pogoje za imenovanje kot generalni direktor Zavoda. Vršilca dolžnosti generalnega direktorja Zavoda imenuje Vlada.
- (2) Vršilec dolžnosti generalnega direktorja Zavoda je imenovan za dobo največ šestih mesecev in je lahko največ še enkrat ponovno imenovan.

221. člen
(naloge generalnega direktorja Zavoda)

- (1) Naloge generalnega direktorja Zavoda so predvsem:
 - vodenje in poslovanje Zavoda,
 - priprava strateškega razvojnega načrta Zavoda, finančnega in poslovnega načrta Zavoda,
 - izvajanje nalog za uresničevanje sklepov sveta Zavoda,
 - priprava aktov za obravnavo na svetu Zavoda,
 - sprejemanje aktov o notranji organizaciji Zavoda,
 - vodenje kadrovske politike Zavoda in sprejemanje kadrovskega načrta Zavoda ob upoštevanju obsega nalog,
 - organiziranje izvedenskih organov in postopkov za uresničevanje obveznega zavarovanja in varstva pravic zavarovanih oseb,
 - priprava strokovnih podlag za sprejem Programa izvajanja zdravstvenih storitev in Pogojev zagotavljanja medicinskih pripomočkov,
 - sklepanje pogodb z izvajalci, z imetniki dovoljenja za zdravilo, s proizvajalci živila in z dobavitelji medicinskih in drugih pripomočkov,
 - organiziranje nadzora nad uresničevanjem Programa izvajanja zdravstvenih storitev in Pogojev zagotavljanja medicinskih pripomočkov ter pogodb z izvajalci, z imetniki dovoljenja za zdravilo, s proizvajalci živila in z dobavitelji medicinskih ter drugih pripomočkov,
 - skrb za zakonitost poslovanja Zavoda,
 - poročanje svetu Zavoda o izvajanju obveznega zavarovanja ter predlaganje ustreznih ukrepov,
 - druge naloge, ki se opredelijo v statutu Zavoda.
- (2) Generalni direktor Zavoda odgovarja za zakonitost dela Zavoda. Generalni direktor Zavoda opozori svet Zavoda na sklepe in ravnanja, ki ne bi bila v skladu z zakonom in drugimi predpisi in zadržati njihovo izvrševanje.

222. člen
(prenehanje mandata generalnega direktorja Zavoda)

- Mandat generalnega direktorja Zavoda preneha:
- s pretekom časa za katerega je bil imenovan,
 - z odpovedjo mandatu,
 - z razrešitvijo.

223. člen
(razrešitev generalnega direktorja Zavoda)

- (1) Delo generalnega direktorja Zavoda za vsako leto ob obravnavi zaključnega računa Zavoda ocenjuje svet Zavoda. Če generalni direktor Zavoda ni izvajal razvojnih programov in poslovnega načrta ali sklepov sveta Zavoda, ali je neupravičeno privedel do primanjkljaja ali

kršil predpise, lahko svet Zavoda ali Vlada predlaga razrešitev generalnega direktorja Zavoda Državnemu zboru.

- (2) Generalni direktor Zavoda je lahko razrešen pred potekom časa, za katerega je imenovan, če:
 - krši pogodbene ali druge obveznosti,
 - mu je bila s pravnomočno sodno odločbo izrečena kazen zapora ali če ne izpolnjuje nalog, določenih v zakonu, statutu in splošnih aktih Zavoda ali mu je bilo prepovedano opravljati določena dela,
 - opravlja zasebno zdravstveno ali drugo dejavnost, ki ni združljiva s funkcijo generalnega direktorja Zavoda,
 - če z nevestnim ali nepravilnim delom povzroči večjo škodo Zavodu ali malomarno opravlja svoje dolžnosti, tako da lahko nastanejo ali bi lahko nastale hujše motnje pri opravljanju dejavnosti.
- (3) O razrešitvi generalnega direktorja Zavoda, iz razlogov navedenih v prejšnjem odstavku, odloča Državni zbor.
- (4) Zoper sklep o razrešitvi je možen upravni spor.

3. Urejanje odnosov med Zavodom in izvajalci ter dobavitelji

224. člen (urejanje odnosov)

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

3.1 Program izvajanja zdravstvenih storitev

225. člen (program)

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

226. člen (postopek)

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

227. člen (sprejem programa)

- (1) Zavod na podlagi izhodišč in prioritet ministrstva ter izvedenega povpraševanja sprejme Program izvajanja zdravstvenih storitev.
- (2) Program izvajanja zdravstvenih storitev vsebuje:
 - merila za sklenitev pogodb s posameznim izvajalcem glede količine storitev ali programov po posameznih vrstah zdravstvene dejavnosti;
 - cene;
 - način obračunavanja in plačevanja;
 - zahtevane standarde kakovosti;
 - opredelitev ciljev in spodbude za doseganje opredeljenih ciljev;
 - sankcije za neizvajanje programa;
 - merila in pogoje za odpoved pogodbe;
 - znižanje vrednosti pogodbe, v kolikor izvajalec ne izvaja zdravstvenih storitev ali programov s posamezniki, ki so pri njem v delovnem razmerju;
 - pogodbene kazni;
 - druge obveznosti izvajalcev in Zavoda.
- (3) Program izvajanja zdravstvenih storitev se sprejme do 31. decembra tekočega leta za obdobje najmanj dveh let.
- (4) Ministrstvo v 15 dneh poda soglasje k Programu izvajanja zdravstvenih storitev. Soglasje lahko zavrne le, če Program izvajanja zdravstvenih storitev očitno odstopa od izhodišč in prioritet ministrstva. Če soglasje zavrne, predlaga spremembo Programa izvajanja zdravstvenih storitev. Če soglasja izrecno ne zavrne in ne predlaga sprememb v opredeljenem roku, se šteje, da je soglasje dano.

228. člen
(znižanje cen)

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

229. člen
(ponudba pogodbe)

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

230. člen
(zavrnitev pogodbe)

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

231. člen
(izvajalci)

Izvajalci so dolžni:

- zagotavljati storitve in omogočiti zavarovanim osebam uveljavljanje pravic v skladu s tem zakonom in podzakonskimi predpisi, sprejetimi na podlagi tega zakona, in predpisi, ki urejajo pacientove pravice (na podlagi pogodbe),
- na vidnem mestu, v čakalnicah, hodnikih ali ordinacijah objaviti informacije o pravicah in dolžnostih zavarovanih oseb ter pritožbenih postopkih pri izvajalcu,
- vključiti se v storitve e- zdravja,
- vzpostaviti e-poslovanje z Zavodom,
- zbirati in posredovati podatke v sistemu zdravstvenega varstva v skladu s posebnimi predpisi, ki urejajo evidence na področju zdravstvenega varstva,
- posredovati podatke o zaključnih računih,

- vzpostaviti evidence o stroških in prihodkih ter posredovati podatke po posameznih vrstah stroškov po storitvah v skladu s smernicami in navodili Zavod za potrebe priprave obračunskih modelov, cen zdravstvenih storitev in medicinskih ter drugih pripomočkov,
- upoštevati klinične poti in nacionalne klinične smernice,
- izpolnjevati druge obveznosti, ki izhajajo iz Programa izvajanja zdravstvenih storitev.

232. člen (oblikovanje cen)

- (1) Načini plačevanja izvajalcev:
 - plačilo po zavarovani osebi (glavarina),
 - plačilo po primeru,
 - plačilo posamezne zdravstvene storitve,
 - plačilo plana dela,
 - plačilo po skupinah primerljivih primerov,
 - drugo.
- (2) Elementi za oblikovanje cene so:
 - stroški dela,
 - stroški blaga, materiala in storitev,
 - amortizacija.

3.2 Pogoji za zagotavljanje medicinskih in drugih pripomočkov

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

- (1) Za izdajo ali izposajo medicinskih in drugih pripomočkov, ki se predpisujejo na naročilnico, Zavod sprejme pogoje za zagotavljanje medicinskih in drugih pripomočkov za urejanje odnosov z dobavitelji in proizvajalci ali njihovimi zastopniki in pooblaščenimi predstavniki.
- (2) Predmet pogojev za zagotavljanje medicinskih in drugih pripomočkov so tisti medicinski in drugi pripomočki, ki so predpisani s strani pristojnega zdravnika ali drugega pristojnega zdravstvenega delavca.
- (3) Pogoji za zagotavljanje medicinskih in drugih pripomočkov vsebujejo:
 - pogoje za dobavitelje, proizvajalce in zastopnike ter predstavnike proizvajalcev, ki izdajajo medicinske in druge pripomočke zavarovanim osebam,
 - pogoje za proizvajalce in zastopnike ter predstavnike proizvajalcev pri vzpostavitvi Seznama medicinskih pripomočkov,
 - veljavnost in način spreminjanja.

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

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

- pogoje za izdajo in izposajo,
- vrste medicinskih in drugih pripomočkov, ki se izdajajo samo s strani proizvajalcev in zastopnikov ter pooblaščenih predstavnikov,
- zahteve za posredovanje in izmenjavo podatkov,
- način obračunavanja in plačilne roke,

- vsebino pogodbe,
- nadzor nad izvajanjem pogodb,
- pogodbene kazni v primeru kršitev pogodbenih obveznosti,
- merila in pogoje za odpoved pogodbe in
- druge obveznosti dobaviteljev, proizvajalcev, zastopnikov in predstavnikov proizvajalcev ter Zavoda.

235. člen
(seznam medicinskih pripomočkov)

- (1) Pogoji za proizvajalce in zastopnike ter predstavnike proizvajalcev pri vzpostavitvi Seznama medicinskih pripomočkov vsebujejo:
 - zahteve za posredovanje in izmenjavo podatkov,
 - pogoje za sklenitev pogodbe v skladu s pravilnikom, ki ureja Seznam medicinskih pripomočkov,
 - vsebino pogodbe,
 - nadzor nad izvajanjem pogodb,
 - pogodbene kazni v primeru kršitev pogodbenih obveznosti,
 - merila in pogoje za odpoved pogodbe in
 - druge obveznosti proizvajalcev, zastopnikov in predstavnikov proizvajalcev ter Zavoda.
- (2) Seznam medicinskih pripomočkov vsebuje podatke o vrstah medicinskih in drugih pripomočkov ter o pripomočkih (artiklih), ki se izdajajo iz obveznega zavarovanja. Natančnejšo vsebino Seznama medicinskih pripomočkov, merila in postopek za uvrstitev pripomočkov (artiklov) na seznam ter za izločitev s seznama določi Zavod v soglasju z ministrom.
- (3) Na Seznam medicinskih pripomočkov se izmed medicinskih pripomočkov uvrstijo le tisti medicinski pripomočki in pripomočki (artikli), ki so uvrščeni v uradno evidenco medicinskih pripomočkov na nacionalni ravni.

236. člen
(izhodišča za cenovne standarde)

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

237. člen
(odpoved pogodbe)

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

4. Vključitev zdravil v sistem obveznega zavarovanja

238. člen
(liste zdravil)

- (1) Zavod razvršča zdravila na:
 1. receptno listo;
 2. ambulantno listo zdravil;
 3. bolnišnično listo zdravil.

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

239. člen
(zdravila, ki so predmet razvrstitve)

- (1) Na liste zdravil se lahko razvrsti:
 1. industrijsko proizvedeno zdravilo z dovoljenjem za promet v Republiki Sloveniji;
 2. industrijsko proizvedeno zdravilo z dovoljenjem za promet s paralelno uvoženim zdravilom ali s potrdilom o priglasitvi paralelne distribucije;
 3. industrijsko proizvedeno zdravilo, ki je dovoljenje za promet pridobilo po centraliziranem postopku, če je JAZMP zanj določil nacionalni identifikator zdravil;
 4. industrijsko proizvedeno zdravilo z začasnim dovoljenjem za promet v Republiki Sloveniji, ki je uvrščeno v seznam esencialnih zdravil ali nujno potrebnih zdravil, in v promet ni bilo dano enako zdravilo z dovoljenjem za promet ali zdravilo ni na trgu v Republiki Sloveniji v skladu z zakonom, ki ureja zdravila;
 5. galensko zdravilo izdelovalca galenskega zdravila;
 6. magistralno zdravilo.
- (2) Ne glede na prejšnji odstavek, se na liste zdravil ne razvrsti:
 1. homeopatskega zdravila;
 2. zdravila, ki se uporablja za diagnostiko;
 3. cepiva za imunizacijo in imunoprofilakso, ki ga zagotavlja NIJZ v breme obveznega zavarovanja.
- (3) Industrijsko proizvedeno zdravilo iz 1. do 4. točke prvega odstavka tega člena se lahko razvrsti na liste zdravil, če ima določeno najvišjo dovoljeno ceno ali izredno višjo dovoljeno ceno.
- (4) Galensko zdravilo se lahko razvrsti na listo zdravil, če na listah zdravil ni razvrščeno industrijsko proizvedeno zdravilo z enako ali s primerljivo učinkovino ali kombinacijo učinkovin glede na indikacijsko področje in z enako ali s primerljivo jakostjo in farmacevtsko obliko in ima dogovorjeno ceno.
- (5) Magistralno zdravilo se lahko razvrsti na listo zdravil, če na listah zdravil ni razvrščeno industrijsko proizvedeno ali galensko zdravilo z enako ali s primerljivo učinkovino ali kombinacijo učinkovin glede na indikacijsko področje in z enako ali s primerljivo jakostjo in farmacevtsko obliko in ima določeno ceno.
- (6) Kot ambulanto zdravilo se lahko razvrsti na ambulantno listo zdravil ampulirano in drugo zdravilo, ki ga zavarovani osebi lahko aplicira le zdravstveni delavec v okviru zdravstvene storitve splošne ali specialistične zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti, pod pogojem, da se ne uporablja v okviru nujne medicinske pomoči ali nujnega zdravljenja in ni vključeno v ceno zdravstvene storitve, v okviru katere se aplicira.
- (7) Kot bolnišnično zdravilo se lahko razvrsti na bolnišnično listo zdravil zdravilo, ki ga zavarovani osebi lahko aplicira le zdravstveni delavec v okviru zdravstvene storitve bolnišnične zdravstvene dejavnosti, pod pogojem, da se uporablja za dolgotrajno zdravljenje kronične bolezni zavarovane osebe in če njegova cena v priporočenem odmerku presega letno ceno na zavarovano osebo, ki jo določi Zavod.

- (8) Zdravilo mora imeti ves čas razvrstitve določeno ali dogovorjeno ceno zdravila, in sicer:
- industrijsko proizvedeno zdravilo – najvišjo dovoljeno ceno ali izredno višjo dovoljeno ceno;
 - galensko zdravilo – dogovorjeno ceno galenskega zdravila;
 - magistralno zdravilo – določeno ceno magistralnega zdravila.

240. člen
(pogoj in merila za razvrstitev zdravila)

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

241. člen
(novo in enako zdravilo)

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

242. člen
(razvrstitev zdravila za določen čas)

Zdravilo se lahko razvrsti na listo zdravil za določen čas:

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

243. člen
(razvrstitev zdravila z imenom ali nazivom)

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

244. člen
(prerazvrstitev zdravila)

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

245. člen
(omejitev predpisovanja ali izdajanja zdravila)

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

246. člen
(razširitev predpisovanja zdravila)

- (1) Predpisovanje razvrščenega zdravila se lahko razširi (v nadaljnjem besedilu: razširitev predpisovanja zdravila):
 1. na terapevtsko indikacijo, ki ni določena z dovoljenjem za promet z zdravilom, je pa navedena v terapevtski smernici ali priporočili ali ima podlago v klinični raziskavi;
 2. na populacijsko skupino zavarovanih oseb, ki ni določena z dovoljenjem za promet z zdravilom, je pa navedena v terapevtski smernici ali priporočilu ali ima podlago v klinični raziskavi.
- (2) Razširitev predpisovanja zdravila se določi in spremeni ob upoštevanju pogoja za razvrstitev zdravila na podlagi meril za razvrstitev zdravila in če:
 1. gre za hudo bolezen, ki ogroža življenje, za katero ni druge možnosti zdravljenja, ali
 2. gre za bolezen, za katero je dovolj podatkov, da bo zdravljenje z zdravilom učinkovito.

- (3) Besedilo razširitve predpisovanja zdravila je sestavni del liste zdravil.

247. člen
(izločitev zdravila)

- (1) Zdravilo se izloči z liste zdravil, če je izpolnjen vsaj en od naslednjih pogojev (v nadaljnjem besedilu: pogoj za izločitev zdravila):
1. če zdravilo ne more biti več predmet razvrstitve v skladu z 239. členom tega zakona;
 2. če zdravilo ne izpolnjuje več pogoja za razvrstitev zdravila zaradi vsaj enega od meril za razvrstitev zdravila;
 3. če je potekel določen čas iz 242. člena tega zakona;
 4. če zdravilo ni prisotno na trgu v Republiki Sloveniji več kot leto dni po razvrstitvi;
 5. če nastane motnja v preskrbi z zdravilom, ki traja več kot leto dni;
 6. če izločitev zdravila ne pomeni javnozdravstvenega tveganja za zavarovane osebe, ki bi nastalo zaradi njegove izločitve, in če ne pomeni ekonomskega tveganja za sredstva obveznega zavarovanja.
- (2) Zavod za razvrščena zdravila preverja pogoje za izločitev zdravila iz 1. do 5. točke prejšnjega odstavka najmanj enkrat letno.

248. člen
(vrste in začetek postopkov za zdravila)

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

249. člen
(elektronsko poslovanje prek portala eLista zdravil)

- (1) V postopkih iz prvega odstavka prejšnjega člena se uporablja elektorska oblika poslovanja prek informacijskega sistema Zavoda (v nadaljnjem besedilu: portal eLista zdravil).
- (2) Vloga iz drugega in tretjega odstavka prejšnjega člena (v nadaljnjem besedilu: vloga za zdravilo), predlog za zdravilo in pobuda za zdravilo se vložijo v elektorski obliki prek portala eLista zdravil.

- (3) Imetniku dovoljenja za zdravilo, izdelovalcu galenskega zdravila in izvajalcu iz petega odstavka prejšnjega člena Zavod vroča dokumente prek portala eLista zdravil.
- (4) Zavod odloži dokument, ki ga je treba vročiti, v portal eLista zdravil in prek njega obvesti imetnika dovoljenja za zdravilo, izdelovalca galenskega zdravila in izvajalca iz petega odstavka prejšnjega člena, da je prejel dokument, ki mu ga je treba vročiti. Informativno sporočilo o elektronsko odloženem dokumentu imetnik dovoljenja za zdravilo, izdelovalec galenskega zdravila in izvajalec iz petega odstavka prejšnjega člena prejme tudi na elektronski naslov, če ga je sporočil Zavodu.
- (5) Imetnik dovoljenja za zdravilo, izdelovalec galenskega zdravila in izvajalec iz petega odstavka prejšnjega člena dokument prevzame s portala eLista zdravil na način, ki ga določi Zavod.
- (6) Vročitev velja za opravljeno z dnem, ko imetnik dovoljenja za zdravilo, izdelovalec galenskega zdravila in izvajalec iz petega odstavka prejšnjega člena prevzame dokument na način iz prejšnjega odstavka. Če dokumenta ne prevzame v petih dneh od dneva, ko mu je bilo obvestilo puščeno prek portala eLista zdravil, velja vročitev za opravljeno z dnem poteka tega roka.
- (7) Po poteku določenega obdobja iz prejšnjega odstavka, ki ga določi Zavod, portal eLista zdravil izbrši dokument in imetniku dovoljenja za zdravilo, izdelovalcu galenskega zdravila in izvajalcu iz petega odstavka prejšnjega člena pošlje elektronsko sporočilo, da je dokument izbrisan s portala eLista zdravil in ga lahko prevzame pri Zavodu.

250. člen **(obravnava vloge za zdravilo in pobude za zdravilo)**

- (1) Zavod obravnava popolno vlogo za zdravilo in popolno pobudo za zdravilo.
- (2) Vloga za zdravilo in pobuda za zdravilo je popolna, če vsebuje sestavine, ki jih določa splošni akt Zavoda, pri čemer imetnik dovoljenja za zdravilo k vlogi za razvrstitev industrijsko proizvedenega zdravila priloži tudi odločbo o določitvi najvišje dovoljene cene ali izredne višje dovoljene cene.
- (3) Če je vloga za zdravilo ali pobuda za zdravilo nerazumljiva ali nepopolna, Zavod v petih delovnih dneh od njene vložitve pozove imetnika dovoljenja za zdravilo, izdelovalca galenskega zdravila ali izvajalca iz petega odstavka 248. člena tega zakona, da odpravi pomanjkljivosti.
- (4) Zavod lahko ob upoštevanju popolne vloge za zdravilo ali popolne pobude za zdravilo in podatkov, s katerimi razpolaga, od imetnika dovoljenja za zdravilo, izdelovalca galenskega zdravila ali izvajalca iz petega odstavka 248. člena tega zakona zahteva dodatne podatke, ki so potrebni za odločitev v postopku iz prvega odstavka 248. člena tega zakona.
- (5) Zavod o predlogu za zdravilo obvesti imetnika dovoljenja za zdravilo ali izdelovalca galenskega zdravila s predlogom, da mu posreduje podatke, ki so potrebni za odločitev v postopku iz četrtega odstavka 248. člena tega zakona. Če imetnik dovoljenja za zdravilo ali izdelovalec galenskega zdravila ne posreduje potrebnih podatkov, Zavod odloči na podlagi podatkov, s katerimi razpolaga.
- (6) Zavod pobudo za zdravilo sprejme ali zavrne in o tem obvesti izvajalca iz petega odstavka 248. člena tega zakona. V primeru sprejete pobude za zdravilo se postopek nadaljuje kot s predlogom za zdravilo.

251. člen **(strokovna mnenja)**

- (1) Zavod imenuje komisijo za zdravila kot strokovno in neodvisno telo (v nadaljnjem besedilu: Komisija za zdravila).

- (2) Zavod pridobi mnenje Komisije za zdravila v postopku razvrstitve novega zdravila, prerazvrstitve zdravila, določitve in spremembe omejitve predpisovanja ali izdajanja zdravila, določitve in spremembe razširitve predpisovanja zdravila in izločitve zdravila zaradi razloga iz 1., 2. in 6. točke prvega odstavka 247. člena tega zakona.
- (3) Zavod lahko pridobi mnenje Komisije za zdravila v postopku, ki ni naveden v prejšnjem odstavku, ne glede na to, ali gre za postopek iz prvega odstavka 248. člena tega zakona ali za drugo vrsto postopka, v katerem odloča Zavod.
- (4) Zavod lahko v postopkih iz drugega in tretjega odstavka tega člena pridobi tudi mnenje drugih strokovnjakov.

252. člen (rok za odločitev Zavoda)

- (1) Zavod odloči o razvrstitvi industrijsko proizvedenega zdravila v 90 dneh od vložitve popolne vloge za zdravilo ali popolnega predloga za zdravilo. Rok iz prejšnjega stavka se lahko podaljša, če je najvišja dovoljena cena določena pred iztekom 90 dnevnega roka, ki ga določa zakon, ki ureja zdravila, pri čemer postopek za določitev najvišje dovoljene cene in postopek o razvrstitvi zdravila, vključno z uveljavitvijo razvrstitve zdravila, skupaj ne smeta preseči 180 dni. Če se v skladu z zakonom, ki ureja zdravila, zaradi preobremenjenosti s številom vlog za določitev izredne višje dovoljene cene za 60 dni podaljša rok v postopku za določitev izredne višje dovoljene cene zdravila, ki nima določene najvišje dovoljene cene, začne teči rok iz prvega stavka tega odstavka z dnem poteka tega 60 dnevnega roka.
- (2) Zavod odloči o razvrstitvi galenskega in magistralnega zdravila, prerazvrstitvi zdravila, določitvi in spremembi omejitve predpisovanja ali izdajanja zdravila, določitvi in spremembi razširitve predpisovanja zdravila in izločitvi zdravila v 180 dneh od vložitve popolne vloge za zdravilo, popolne pobude za zdravilo ali popolnega predloga za zdravilo.
- (3) Rok iz prvega odstavka tega člena ne teče:
 1. v obdobju od dneva vročitve poziva za predložitev dodatnih podatkov iz četrtega odstavka 250. člena tega zakona do njihovega prejema ali do poteka roka za njihovo predložitev, ki ga določi Zavod in ne sme biti krajši od 15 dni;
 2. v obdobju od dneva vročitve poziva imetniku dovoljenja za zdravilo ali izdelovalcu galenskega zdravila za izjasnitev o mnenju iz prejšnjega člena do njegovega prejema ali do poteka roka za njegovo predložitev, ki ga določi Zavod in ne sme biti krajši od 15 dni.

253. člen (odločitev Zavoda)

- (1) V postopku iz prvega odstavka 248. člena tega zakona Zavod izda:
 1. odločbo, ko odloča v postopku za industrijsko proizvedeno in galensko zdravilo, če gre za razvrstitve novega zdravila ali izločitve zdravila zaradi razloga iz 1., 2. in 6. točke prvega odstavka 247. člena tega zakona;
 2. obvestilo o odločitvi, ko odloča v postopku za industrijsko proizvedeno in galensko zdravilo, če ne gre za postopek iz prejšnje točke;
 3. sklep po uradni dolžnosti, ko odloča v postopku za magistralno zdravilo.
- (2) Obrazložitev odločbe iz 1. točke prejšnjega odstavka vsebuje tudi:
 - obrazložitev, ali je zdravilo lahko predmet razvrstitve v skladu z 239. členom tega zakona in ali izpolnjuje pogoj za razvrstitev zdravila na podlagi meril za razvrstitev zdravila, in
 - opredelitev Zavoda do mnenj iz 251. člena tega zakona.
- (3) Obvestilo o odločitvi iz 2. točke prvega odstavka tega člena vsebuje odločitev Zavoda brez obrazložitve iz prejšnjega odstavka in se vroči imetniku dovoljenja za zdravilo in izdelovalcu

galenskega zdravila s pravnim poukom, da lahko na Zavodu zahteva izdajo odločbe v 15 dneh od vročitve tega obvestila, če se ne strinja z odločitvijo Zavoda.

- (4) Če je vložena zahteva za izdajo odločbe v roku iz prejšnjega odstavka, se odločba izda v roku iz drugega odstavka prejšnjega člena z obrazložitvijo iz drugega odstavka tega člena.
- (5) Če ni vložena zahteva za izdajo odločbe v roku iz tretjega odstavka tega člena, naslednji dan po poteku tega roka postane obvestilo o odločitvi dokončna in pravnomočna odločba v postopku iz 2. točke prvega odstavka tega člena.
- (6) Sklep iz 3. točke prvega odstavka tega člena vsebuje obrazložitev iz drugega odstavka tega člena, zoper katerega ni dopustna pritožba.

254. člen (pritožba in sodno varstvo)

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

255. člen (terapevtske skupine zdravil)

- (1) Zavod določa terapevtske skupine zdravil med industrijsko proizvedenimi zdravili z receptne liste.
- (2) Terapevtska skupina zdravil je skupina industrijsko proizvedenih zdravil z receptne liste z enako terapevtsko indikacijo, ki lahko vključuje posamezna zdravila, kombinirana zdravila in različne farmacevtske oblike zdravila, ki jo določi Zavod,
- (3) Zdravila se vključi v terapevtsko skupino zdravil na podlagi terapevtske indikacije in meril za razvrstitev zdravila.
- (4) Terapevtsko skupino zdravil se lahko razdeli na razrede primerljivih odmerkov zdravil glede na jakost in učinkovitost.
- (5) V vsaki terapevtski skupini zdravil in v vsakem razredu se določi zdravilo z najugodnejšim razmerjem med stroški in učinki zdravljenja na podlagi cen primerljivih odmerkov zdravil, vključenih v terapevtsko skupino zdravil.
- (6) Zdravilu, ki je vključeno v terapevtsko skupino zdravil, se določi dodana vrednost, izražena v odstotku cene primerljivega odmerka zdravila:
 1. če ima zdravilo prednost za zavarovano osebo zaradi farmacevtske oblike v smislu načina uporabe ali zaradi kliničnih lastnosti v smislu učinkovitosti in varnosti;
 2. če je kombinirano zdravilo.
- (7) Dodana vrednost zdravila iz 1. točke prejšnjega odstavka se lahko določi v naslednji višini:
 - zaradi farmacevtske oblike v smislu načina uporabe največ 20 % najvišje priznane vrednosti primerljivega odmerka zdravila;
 - zaradi kliničnih lastnosti v smislu učinkovitosti in varnosti največ 30 % najvišje priznane vrednosti primerljivega odmerka zdravila in dodatno za specifično jakost največ 10 % najvišje priznane vrednosti primerljivega odmerka zdravila.

- (8) Dodana vrednost zdravila iz 2. točke šestega odstavka tega člena se lahko določi v naslednji višini:
- za kombinacijo zdravila z razvrščeno učinkovino največ 100 % najvišje priznane vrednosti primerljivega odmerka zdravila;
 - za kombinacijo zdravila z nerazvrščeno učinkovino največ 20 % najvišje priznane vrednosti primerljivega odmerka zdravila.
- (9) Dodane vrednosti iz sedmega in osmega odstavka tega člena se lahko seštevajo. Dodana vrednost za posamezno zdravilo ne sme preseči 100 % najvišje priznane vrednosti primerljivega odmerka zdravila in ne sme biti višja od cene najcenejšega zdravila z enako učinkovino ali enakimi učinkovinami iste jakosti ali istih jakosti primerljive farmacevtske oblike, veljavne ob določanju terapevtske skupine zdravil.
- (10) Terapevtsko skupino zdravil določi svet Zavoda.
- (11) Terapevtska skupina zdravil z datumom njene uveljavitve in spremembe se objavi na spletni strani Zavoda.

256. člen
(Seznam predpisanih zdravil z imenom)

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

257. člen
(Seznam skupin zdravil s splošnim imenom)

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

258. člen
(vrednost zdravila)

- (1) Obvezno zavarovanje krije vrednost zdravila največ v višini:
1. cene zdravila;

2. najvišje priznane vrednosti zdravila.
- (2) Če je veljavna cena zdravila nižja od najvišje priznane vrednosti, obvezno zavarovanje krije vrednost zdravila v višini veljavne cene zdravila.
- (3) Če je veljavna cena zdravila višja od najvišje priznane vrednosti, obvezno zavarovanje krije vrednost zdravila največ do najvišje priznane vrednosti.
- (4) Ne glede na prejšnji odstavek obvezno zavarovanje krije vrednost zdravila na recept do veljavne cene zdravila:
1. če je zdravilo predpisano na recept v skladu z drugim odstavkom 94. člena tega zakona;
 2. če na trgu v Republiki Sloveniji ni prisotnega zdravila s Seznama skupin zdravil s splošnim imenom v okviru najvišje priznane vrednosti, pod pogojem, da to zdravilo s Seznama skupin zdravil s splošnim imenom ni vključeno v terapevtsko skupino zdravil.
- (5) Če je na recept predpisano zdravilo s splošnim imenom se izda zdravilo z najnižjo veljavno ceno, če se zavarovana oseba ne odloči drugače.
- (6) Ne glede na prvi do peti odstavek tega člena, v primeru iz tretjega odstavka 164. člena tega zakona obvezno zavarovanje krije stroške zdravila do višine dejanskih stroškov zdravila v državi, v kateri je kupljeno.

259. člen
(dogovor o financiranju zdravila)

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

260. člen
(dogovorjena cena zdravila)

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

261. člen
(dogovorjena cena galenskega zdravila)

- (1) Dogovorjena cena galenskega zdravila je cena, ki jo Zavod dogovori za galensko zdravilo z izdelovalcem galenskega zdravila.
- (2) Dogovorjena cena galenskega zdravila je vrsta dogovora o financiranju zdravila iz 259. člena tega zakona.

262. člen
(določena cena magistralnega zdravila)

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

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

- (1) Zavod določa najvišje priznane vrednosti za naslednja zdravila z receptne liste:
 1. za zdravila s Seznama skupin zdravil s splošnim imenom;
 2. za zdravila v terapevtskih skupinah zdravil.
- (2) Zavod za zdravila s Seznama skupin zdravil s splošnim imenom določi najvišjo priznano vrednost na ravni najnižje veljavne cene glede na primerljivi odmerek zdravila v tej skupini, ki je prisotno na trgu v Republiki Sloveniji v času določanja najvišje priznane vrednosti.
- (3) Zavod za zdravila v terapevtski skupini zdravil določi najvišjo priznano vrednost na ravni cene zdravila, prisotnega na trgu v Republiki Sloveniji, z najugodnejšim razmerjem med stroški in učinki zdravljenja, tako, da je iz obveznega zavarovanja v celoti krito vsaj eno zdravilo v posameznem razredu e terapevtske skupine zdravil, če so razredi določeni.
- (4) Ne glede na prejšnji odstavek se lahko zdravilo v posamezni terapevtski skupini zdravil določi višja najvišja priznana vrednost, če ima zdravilo določeno dodano vrednost.
- (5) Če ima zdravilo določeno najvišjo priznano vrednost v skladu z drugim, s tretjim in četrtem odstavkom tega člena, se mu določi nižja najvišja priznana vrednost med obema.
- (6) Najvišjo priznano vrednost za zdravila z receptne liste določi svet Zavoda ali po njegovem pooblastilu generalni direktor Zavoda najmanj vsakih šest mesecev.
- (7) Zdravila s Seznama skupin zdravil s splošnim imenom in iz terapevtske skupine zdravil z najvišjo priznano vrednostjo z datumom njihove uveljavitve se objavi na spletni strani Zavoda.
- (8) Če je zdravilo s Seznama skupin zdravil s splošnim imenom ali iz terapevtske skupine zdravil predpisano na obnovljivi recept, se upošteva najvišja priznana vrednost, veljavna ob vsaki izdaji zdravila.

264. člen
(najvišja priznana vrednost zdravila z ambulantne in bolnišnične liste zdravil)

- (1) Zavod določa najvišje priznane vrednosti za zdravila z ambulantne in bolnišnične liste zdravil za skupine zdravil.
- (2) Posamezna skupina zdravil z ambulantne in bolnišnične liste zdravil se določi na podlagi splošnega imena zdravila, ATC oznake, učinkovine ali učinkovin, jakosti in primerljive farmacevtske oblike (v nadaljnjem besedilu: skupina zdravil z ambulantne in bolnišnične liste zdravil).

- (3) Seznam skupin zdravil z ambulantne in bolnišnične liste zdravil določi generalni direktor Zavoda.
- (4) Zavod za skupino zdravil z ambulantne in bolnišnične liste zdravil določi najvišjo priznano vrednost na ravni najnižje veljavne cene glede na primerljivi odmerek zdravila v tej skupini, ki je prisotno na trgu v Republiki Sloveniji v času določanja najvišje priznane vrednosti.
- (5) Najvišjo priznano vrednost iz prejšnjega odstavka določi svet Zavoda ali po njegovem pooblastilu generalni direktor Zavoda najmanj vsakih šest mesecev.
- (6) Zdravila s Seznama skupin zdravil z ambulantne in bolnišnične liste zdravil z najvišjo priznano vrednostjo z datumom njihove uveljavitve se objavi na spletni strani Zavoda.

265. člen
(evidenca zdravil in centralna baza zdravil)

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

266. člen
(ocena prihodnjih sprememb na področju zdravil)

- (1) Zavod zbira, obdeluje in ocenjuje podatke o prihodu zdravil na trg v Republiki Sloveniji z namenom spremljanja prihodnjih trendov in sprememb na področju farmacevtskih raziskav in razvoja, s ciljem boljšega načrtovanja odhodkov za zdravila, ki se krijejo iz obveznega zavarovanja, zlasti za nova, draga zdravila, ki bi lahko vplivali na zdravstveno politiko in prakso.
- (2) Zavod zbira podatke iz prejšnjega odstavka iz referenčnih virov in od imetnikov dovoljenja za zdravilo, katerih zdravila se že krijejo iz obveznega zavarovanja ali pa imajo interes, da so ali da bodo njihova zdravila na trgu v Republiki Sloveniji.
- (3) Zavod zbira podatke od imetnikov dovoljenj za zdravilo iz prejšnjega odstavka preko portala eLista zdravil enkrat letno za pet let naprej.
- (4) Zavod enkrat letno na podlagi podatkov iz drugega odstavka tega člena oceni prihodnje spremembe na področju zdravil, zlasti glede uvedbe novih dragih zdravil.

267. člen
(splošni akt Zavoda glede vključitve zdravil med pravice)

- (1) Za zdravila, ki se razvrščajo na liste zdravil, Zavod s splošnim aktom:
 1. določi letno ceno na zavarovano osebo iz sedmega odstavka 239. člena tega zakona;
 2. natančneje določi pogoj za razvrstitev zdravila in merila za razvrstitev zdravila;
 3. določi način določitve naziva magistralnih zdravil;
 4. natančneje določi omejitve predpisovanja ali izdajanja zdravila;
 5. natančneje določi razširitve predpisovanja zdravila;
 6. natančneje določi pogoje za izločitev zdravila in način njihovega preverjanja;

7. natančneje določi postopek razvrstitve zdravila, prerazvrstitve zdravila, določitve in spremembe omejitve predpisovanja ali izdajanja zdravila, določitve in spremembe razširitve predpisovanja zdravila in izločitve zdravila, vključno z vrstami, z vsebinami in s sestavinami vlog za zdravilo, predlogov za zdravilo in pobud za zdravilo ter s sestavo, z imenovanjem in delovanjem Komisije za zdravila in s pridobivanjem mnenj drugih strokovnjakov;
 8. določi plačilo stroškov postopkov iz prejšnje točke;
 9. natančneje določi elektronsko poslovanje prek portala eLista zdravil, vključno z načinom elektronskega vročanja prek portala eLista zdravil, in način poslovanja do datuma začetka uporabe posamezne funkcije portala eZdravila za elektronsko vročanje;
 10. natančneje določi pogoje in merila ter postopek za določitev terapevtskih skupin zdravil in njihovih razredov;
 11. natančneje določi pogoje in postopek za določitev Seznama skupin zdravil s splošnim imenom;
 12. natančneje določi pogoje in postopek za določitev Seznama skupin zdravil z ambulantne in bolnišnične liste zdravil;
 13. določi vrste dogovora o financiranju zdravil, način njihovega evidentiranja in objavljanja, rok za posredovanje dogovora in njegovih morebitnih dodatkov in rok za obveščanje glede veljavnosti dogovorjene cene in druge obveznosti imetnika dovoljenja za zdravilo in izdelovalca galenskega zdravila;
 14. določi kalkulativne elemente za določanje cen magistralnih zdravil ter postopek določitve cen magistralnih zdravil;
 15. natančneje določi pogoje, merila, rok in postopek za določitev najvišje priznane vrednosti zdravil;
 16. natančneje določi vsebino evidence zdravil, obseg in način objave podatkov iz evidence zdravil;
 17. natančneje določi podatke iz evidence zdravil, ki se vodijo v centralni bazi zdravil poleg podatkov, ki se v njej vodijo v skladu s predpisi, ki urejajo zdravila;
 18. natančneje določi vrste podatkov, način zbiranja, obdelovanja in ocenjevanja podatkov o zdravilih z namenom načrtovanja odhodkov za zdravila, ki se krijejo iz sredstev obveznega zavarovanja.
- (2) Splošni akt Zavoda iz prejšnjega odstavka sprejme svet Zavoda.

5. Vključitev živil v sistem obveznega zavarovanja

268. člen (živila na receptni listi)

Zavod razvršča živila na receptno listo.

269. člen (živila, ki so predmet razvrstitve)

- (1) Na receptno listo se lahko razvrsti:
 1. živilo s prilagojeno sestavo hranil;
 2. živilo za prehransko podporo;
 3. živilo za otroka.
- (2) Živilo s prilagojeno sestavo hranil je živilo s prilagojeno sestavo hranil za trajno zdravljenje zavarovane osebe z vrojenimi motnjami presnove.
- (3) Živilo za prehransko podporo je prehransko popolno (kompletno) živilo s prilagojeno sestavo hranil, specifično za zdravstveno stanje, ki je, če se uporablja po navodilih proizvajalca, lahko edini vir prehrane za zavarovano osebo, kateri je namenjeno, in prehransko nepopolno (nekompletno) živilo s standardno ali prilagojeno sestavo hranil, specifično za zdravstveno stanje, ki ni primerno za edini vir prehrane zavarovane osebe. Živilo za prehransko podporo se

lahko uporablja kot delno nadomestilo prehrane ali kot dodatek k prehrani zavarovane osebe z akutnim poslabšanjem hude kronične bolezni ali s hudim telesnim izčrpanjem ali pri kateri je prišlo do takšnega zdravstvenega stanja zaradi stranskih učinkov terapevtskih postopkov, in to živilo rabi za bistveno izboljšanje kakovosti življenja ali uspeh zdravljenja,

- (4) Živilo za otroka je živilo za dietetsko uravnavanje hudih alergij in drugih težkih oblik intolerance otroka na hrano.
- (5) Živilo se lahko razvrsti, če je prijavljeno v Republiki Sloveniji v skladu s predpisi, ki urejajo živila za posebne zdravstvene namene, in ima dogovorjeno ceno.
- (6) Živilo mora imeti ves čas razvrstitve dogovorjeno ceno.

270. člen **(pogoj in merila za razvrstitev živila)**

- (1) Živilo se razvrsti, če ima enako ali dodano vrednost v terapevtskem ali ekonomskem smislu (v nadaljnjem besedilu: pogoj za razvrstitev živila):
 1. glede na razvrščena primerjalna živila ali
 2. glede na standardno zdravljenje.
- (2) Pogoj za razvrstitev živila se ugotovi na podlagi naslednjih meril za razvrstitev živila (v nadaljnjem besedilu: merila za razvrstitev živila):
 1. javnozdravstvenega vidika bolezni ali motenja, za katero se uporablja živilo;
 2. terapevtskega pomena živila;
 3. primerjalne terapevtske vrednosti živila;
 4. prilagojenosti sestave hranil v živilu, specifične za zdravstveno stanje;
 5. farmakoekonomskih podatkov za živilo;
 6. referenčnih virov za živilo.

271. člen **(novo in podobno živilo)**

Živilo se razvrsti kot novo živilo ali podobno živilo.

272. člen **(razvrstitev živila z imenom)**

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

273. člen **(omejitev predpisovanja ali izdajanja živila)**

Za omejitev predpisovanja živila in omejitev izdajanja živila se smiselno uporablja 245. člen tega zakona.

274. člen **(izločitev živila)**

- (1) Živilo se izloči z receptne liste, če je izpolnjen vsaj en od naslednjih pogojev (v nadaljnjem besedilu: pogoj za izločitev živila):
 1. če živilo ne more biti več predmet razvrstitve v skladu z 269. členom tega zakona;
 2. če živilo ne izpolnjuje več pogoja za razvrstitev živila zaradi vsaj enega od meril za razvrstitev živila;
 3. če živilo ni prisotno na trgu v Republiki Sloveniji več kot leto dni po razvrstitvi;

4. če nastane motnja v preskrbi z živilom, ki traja več kot dve leti;
 5. če izločitev živila ne pomeni javnozdravstvenega tveganja za zavarovane osebe, ki bi nastalo zaradi njegove izločitve, in če ne pomeni ekonomskega tveganja za sredstva obveznega zavarovanja.
- (2) Zavod za razvrščena živila preverja pogoje za izločitev živila iz 1. do 4. točke prejšnjega odstavka najmanj enkrat letno.

275. člen
(vrste in začetek postopkov za živila)

- (1) O živilu se odloča v postopku:
 1. razvrstitve živila;
 2. določitve in spremembe omejitve predpisovanja ali izdajanja živila;
 3. izločitve živila.
- (2) Proizvajalec živila lahko za to živilo vloži vlogo za začetek postopka iz prejšnjega odstavka (v nadaljnjem besedilu: vloga za živilo).
- (3) Zavod lahko vloži predlog za začetek postopka iz prvega odstavka tega člena, razen za izločitev živila zaradi razloga iz 5. točke prvega odstavka prejšnjega člena (v nadaljnjem besedilu: predlog za živilo).
- (4) Izvajalec lahko vloži pobudo za začetek postopka iz 2. in 3. točke prvega odstavka tega člena, razen za izločitev živila zaradi razloga iz 5. točke prvega odstavka prejšnjega člena (v nadaljnjem besedilu: pobuda za živilo).

276. člen
(elektronsko poslovanje prek portala eListe zdravil)

V postopkih iz prvega odstavka prejšnjega člena se smiselno uporablja 249. člen tega zakona.

277. člen
(obrnava vloge za živilo in pobude za živilo)

- (1) Zavod obravnava popolno vlogo za živilo in popolno pobudo za živilo.
- (2) Vloga za živilo in pobuda za živilo je popolna, če vsebuje sestavine, ki jih določa splošni akt Zavoda.
- (3) Če je vloga za živilo ali pobuda za živilo nerazumljiva ali nepopolna, Zavod v petih delovnih dneh od njene vložitve pozove proizvajalca živila ali izvajalca iz četrtega odstavka 275. člena tega zakona, da odpravi pomanjkljivosti.
- (4) Zavod lahko ob upoštevanju popolne vloge za živilo ali popolne pobude za živilo in podatkov, s katerimi razpolaga, od proizvajalca živila ali izvajalca iz četrtega odstavka 275. člena tega zakona zahteva dodatne podatke, ki so potrebni za odločitev v postopku iz prvega odstavka 275. člena tega zakona.
- (5) Zavod o predlogu za živilo obvesti proizvajalca živila s predlogom, da mu posreduje podatke, ki so potrebni za odločitev v postopku iz tretjega odstavka 275. člena tega zakona. Če proizvajalec živila ne posreduje potrebnih podatkov, Zavod odloči na podlagi podatkov, s katerimi razpolaga.
- (6) Zavod pobudo za živilo sprejme ali zavrne in o tem obvesti izvajalca iz četrtega odstavka 275. člena tega zakona. V primeru sprejete pobude za živilo se postopek nadaljuje kot s predlogom za živilo.

278. člen
(strokovna mnenja)

Zavod lahko v postopkih iz prvega odstavka 275. člena tega zakona pridobi mnenje Komisije za zdravila in drugih strokovnjakov.

279. člen
(rok za odločitev Zavoda)

- (1) V postopkih iz prvega odstavka 275. člena tega zakona Zavod odloči v 180 dneh od vložitve popolne vloge za živilo, popolne pobude za živilo ali popolnega predloga za živilo.
- (2) Rok iz prejšnjega odstavka ne teče:
 1. v obdobju od dneva vročitve poziva za predložitev dodatnih podatkov iz četrtega odstavka 277. člena tega zakona do njihovega prejema ali do poteka roka za njihovo predložitev, ki ga določi Zavod in ne sme biti krajši od 15 dni;
 2. v obdobju od dneva vročitve poziva proizvajalcu živila ali izvajalcu iz četrtega odstavka 275. člena tega zakona za izjasnitev o mnenju iz prejšnjega člena do njegovega prejema ali do poteka roka za njegovo predložitev, ki ga določi Zavod in ne sme biti krajši od 15 dni

280. člen
(odločitev Zavoda)

- (1) V postopku iz prvega odstavka 275. člena tega zakona Zavod izda:
 1. odločbo, če gre za razvrstitev novega živila ali izločitev živila zaradi razloga iz 1., 2. in 5. točke prvega odstavka 274. člena tega zakona;
 2. obvestilo o odločitvi, če ne gre za postopek iz prejšnje točke.
- (2) Obrazložitev odločbe iz 1. točke prejšnjega odstavka vsebuje tudi:
 - obrazložitev, ali je živilo lahko predmet razvrstitve v skladu z 269. členom tega zakona in ali izpolnjuje pogoj za razvrstitev živila na podlagi meril za razvrstitev živila, in
 - opredelitev Zavoda do mnenj iz 278. člena tega zakona.
- (3) Obvestilo o odločitvi iz 2. točke prvega odstavka tega člena vsebuje odločitev Zavoda brez obrazložitve iz prejšnjega odstavka in se vroči proizvajalcu živila s pravnim poukom, da lahko na Zavodu zahteva izdajo odločbe v 15 dneh od vročitve tega obvestila, če se ne strinja z odločitvijo Zavoda.
- (4) Če je vložena zahteva za izdajo odločbe v roku iz prejšnjega odstavka, se odločba izda v roku iz prejšnjega člena z obrazložitvijo iz drugega odstavka tega člena.
- (5) Če ni vložena zahteva za izdajo odločbe v roku iz tretjega odstavka tega člena, naslednji dan po poteku tega roka postane obvestilo o odločitvi dokončna in pravnomočna odločba v postopku iz 2. točke prvega odstavka tega člena.

281. člen
(pritožba in sodno varstvo)

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

282. člen
(vrednost živila)

- (1) Obvezno zavarovanje krije vrednost živila največ v višini:
 1. dogovorjene cene živila;
 2. najvišje priznane vrednosti živila.
- (2) Če je živilu določena najvišja priznana vrednost, obvezno zavarovanje krije vrednost živila največ do najvišje priznane vrednosti živila.
- (3) Ne glede na prvi in drugi odstavek tega člena, v primeru iz tretjega odstavka 164. člena tega zakona obvezno zavarovanje krije stroške živila do višine dejanskih stroškov živila v državi, v kateri je kupljeno.

283. člen
(dogovor o financiranju živila)

- (1) Zavod lahko sklene dogovor o financiranju živila v postopku razvrstitve ali za razvrščeno živilo.
- (2) Zavod lahko sklene dogovor o financiranju za eno ali več živil.
- (3) Vrsto in vsebino dogovora o financiranju živila dogovorita Zavod in proizvajalec živila.
- (4) Proizvajalec živila posreduje Zavodu dogovor o financiranju živila in njegove morebitne dodatke pred dnem njegove uveljavitve, in sicer najpozneje v roku, ki ga določi Zavod.
- (5) Proizvajalec živila v roku, ki ga določi Zavod, obvesti o dogovorjenih cenah svojega živila pravne in fizične osebe, s katerimi ima sklenjene pogodbe o zagotavljanju živila na trgu Republike Slovenije.
- (6) Dogovor o financiranju živila podpiše generalni direktor Zavoda.

284. člen
(dogovorjena cena živila)

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

285. člen
(najvišja priznana vrednost živila)

- (1) Zavod določi najvišjo priznano vrednost za razvrščena živila za prehransko podporo in živila za otroke.
- (2) Najvišja priznana vrednost živila se določi v razponu od 50 do 95 % dogovorjene cene živila na podlagi meril za razvrstitev živila.
- (3) Živilu se določi najvišja priznana vrednost v višini 50 % dogovorjene cene živila, če nima dodane vrednosti v terapevtskem ali ekonomskem smislu glede na razvrščena primerjalna živila.
- (4) Živilu, ki ima dodano vrednost iz prejšnjega odstavka, se določi najvišja priznana vrednost, ki je višja od 50 % dogovorjene cene živila.

- (5) Najvišjo priznano vrednost živila določi svet Zavoda ali po njegovem pooblastilu generalni direktor Zavoda najmanj enkrat letno.
- (6) Seznam živil z njihovimi najvišjimi priznanimi vrednostmi z datumom njihove uveljavitve in spremembe se objavi na spletni strani Zavoda.
- (7) Če je živilo z najvišjo priznano vrednostjo predpisano na obnovljivi recept, se upošteva najvišja priznana vrednost živila, ki velja ob vsaki izdaji živila.

286. člen
(evidenca živil in centralna baza zdravil)

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

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

- (1) Za živila, ki se razvrščajo, Zavod s splošnim aktom:
 1. natančneje določi pogoj za razvrstitev živila in merila za razvrstitev živila;
 2. določi način določitve nacionalnega identifikatorja živila;
 3. natančneje določi omejitve predpisovanja ali izdajanja živila;
 4. natančneje določi pogoje za izločitev živila in način njihovega preverjanja;
 5. natančneje določi postopek razvrstitve živila, določitve in spremembe omejitve predpisovanja ali izdajanja živila in izločitve živila, vključno z vrstami, z vsebinami in s sestavinami vlog za živilo, predlogov za živilo in pobud za živilo ter s pridobivanjem mnenj Komisije za zdravila in drugih strokovnjakov;
 6. določi plačilo stroškov postopkov iz prejšnje točke;
 7. določi vrste dogovora o financiranju živil, način njihovega evidentiranja in objavljanja, rok za posredovanje dogovora in njegovih morebitnih dodatkov in rok za obveščanje glede veljavnosti dogovorjene cene in druge obveznosti proizvajalca živila;
 8. natančneje določi pogoje, merila, rok in postopek za določitev najvišje priznane vrednosti živila in začetek njene veljavnosti;
 9. natančneje določi vsebino evidence živil, obseg in način objave podatkov iz evidence živil;
 10. določi podatke iz evidence živil, ki se vodijo v centralni bazi zdravil.
- (2) Splošni akt Zavoda iz prejšnjega odstavka sprejme svet Zavoda.

6. Nacionalna kontaktna točka za čezmejno zdravstveno varstvo

288. člen
(naloge Zavoda)

- (1) Zavod opravlja naloge Nacionalne kontaktne točke za čezmejno zdravstveno varstvo (v nadaljnjem besedilu: NKT) iz 6. člena Direktive 2011/24/EU, ki zagotavlja pacientom naslednje informacije in jih objavi na svojih spletnih straneh:
 1. o izvajalcih zdravstvene dejavnosti;
 2. o dovoljenju za opravljanje zdravstvene dejavnosti;

3. o elementih, ki jih morajo vsebovati recepti in naročilnice;
 4. o standardih in smernicah glede kakovosti in varnosti, ki jih morajo izvajalci zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji izpolnjevati in kateri izvajalci zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji jih izpolnjujejo;
 5. o nadzoru in oceni izvajalcev zdravstvene dejavnosti;
 6. o dostopnosti bolnišnic za invalidne osebe;
 7. o pravicah pacientov v skladu z zakonom, ki ureja pacientove pravice;
 8. o pritožbenih postopkih v primeru kršitev pravic pacientov v skladu z zakonom, ki ureja pacientove pravice;
 9. o razpoložljivih pravnih sredstvih za ugotavljanje kazenske in odškodninske odgovornosti;
 10. o kontaktnih podatkih NKT drugih držav članic EU.
- (2) NKT zagotovi tudi informacije o pravici do zdravljenja v tujini na podlagi 159., 160. in 161. člena tega zakona, zlasti informacije o:
- obsegu povračila stroškov zdravljenja in
 - pravicah in postopku uveljavljanja pravic do zdravljenja.
- (3) Informacije iz prejšnjega odstavka morajo jasno razmejiti pravico do zdravljenja v tujini na podlagi 158., 159. in 160. člena zakona.
- (4) NKT se:
- posvetuje z organizacijami pacientov, izvajalci zdravstvene dejavnosti in nosilci zdravstvenega zavarovanja;
 - sodeluje z NKT drugih držav članic EU in Evropsko komisijo;
 - izmenjuje informacije iz prvega odstavka tega člena z NKT drugih držav članic EU.
- (5) Informacije iz prvega odstavka tega člena, s katerimi Zavod ne razpolaga, posredujejo Zavodu zavezanci, ki te informacije obdelujejo na podlagi zakonov ali drugih predpisov.

289. člen (obveznosti izvajalcev)

- (1) Izvajalci zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji zagotavljajo pacientom naslednje informacije o:
1. možnostih zdravljenja, ki ga zagotavljajo;
 2. čakalnih dobah za posamezno zdravstveno storitev ter zagotovljeni kakovosti in varnosti zdravstvene dejavnosti;
 3. cenah zdravstvenih storitev, ki jih zagotavljajo, in pravici do predložitve računa za opravljeno zdravstveno storitev;
 4. obsegu povračila stroškov zdravljenja na podlagi 159. in 160. člena tega zakona;
 5. pravicah in postopku uveljavljanja pravic do zdravljenja na podlagi 159. in 160. člena tega zakona;
 6. zavarovanju poklicne odgovornosti zdravstvenih delavcev in
 7. dovoljenju za opravljanje zdravstvene dejavnosti.
- (2) Izvajalci zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji do 15. januarja za preteklo koledarsko leto ministru, pristojnemu za zdravje, sporočijo podatke o uveljavljanju zdravstvenih storitev pacientov iz drugih držav članic EU.

IX. POGLAVJE

ORGANI IN POSTOPEK UVELJAVLJANJA PRAVIC

290. člen
(pristojnost imenovanega zdravnika in zdravstvene komisije)

- (1) Imenovani zdravnik odloča o:
 1. zahtevi zavarovanca in delodajalca za presojo ocene osebnega zdravnika o začasni zadržanosti od dela do 30 dni;
 2. začasni nezmožnosti za delo nad 30 dni in v vseh drugih primerih, ko se denarno nadomestila plača iz obveznega zavarovanja, razen če se plača zaradi nege, spremstva ali izolacije zavarovane osebe, o kateri odloča osebni zdravnik;
 3. pravici do zdraviliškega zdravljenja;
 4. pravici do medicinskega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe.
- (2) Imenovani zdravnik izda odločbo v osmih dneh od prejema popolne vloge oziroma popolnega predloga iz prejšnjega odstavka, razen o predlogu za zdraviliško zdravljenje, ki je nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, ki jo izda v petih dneh od prejema popolnega predloga.
- (3) Zoper odločbo imenovanega zdravnika je dopustna pritožba v petih delovnih dneh od njene vročitve.
- (4) Pritožba zoper odločbo imenovanega zdravnika ne zadrži njene izvršitve.
- (5) O pritožbi zoper odločbo imenovanega zdravnika odloči zdravstvena komisija, ki jo sestavljata dva zdravnika in en univerzitetni diplomirani pravnik.
- (6) Zdravstvena komisija izda odločbo v osmih dneh od prejema popolne pritožbe.
- (7) Če zdravstvena komisija ne izda odločbe v roku iz prejšnjega odstavka in je na pisno zahtevo osebe, ki je vložila pritožbo, ne izda niti v nadaljnjih sedmih dneh, se šteje, da je naslednji dan po izteku tega sedemdnevnega roka izdana odločba zdravstvene komisije o zavrnitvi pritožbe, tako, da se lahko vloži tožba zoper odločitev Zavoda.
- (8) Imenovane zdravnike in člane zdravstvene komisije imenuje generalni direktor Zavoda.

291. člen
(pristojnost območne enote in Direkcije Zavoda)

- (1) O pridobitvi, spremembi in izgubi lastnosti zavarovane osebe, pravici do proste izbire osebnega zdravnika, o višjem standardu in funkcionalni ustreznosti pripomočka, pravici do denarnega nadomestila, pravici do povračila potnih stroškov, pravici do načrtovanega zdravljenja v tujini, drugi pravici in drugih zahtevah iz obveznega zavarovanja odloča:
 - na prvi stopnji območna enota Zavoda;
 - na drugi stopnji Direkcija Zavoda.
- (2) Kadar uradna oseba, ki vodi postopke v zvezi z uveljavljanjem pravic in drugih zahtev iz obveznega zavarovanja, nima določenega strokovnega znanja, lahko zaradi ugotavljanja ali presoje dejstva, ki je pomembno za rešitev zadeve, pridobi mnenje, ki ga poda imenovani zdravnik, član zdravstvene komisije ali drug zdravnik Zavoda.

292. člen
(uporaba ZUP)

- (1) Za postopek, v katerem se odloča o pravicah, se uporablja zakon, ki ureja splošni upravni postopek, če ni s tem zakonom drugače določeno.
- (2) Vloga v upravnem postopku, v katerem odloča Zavod, je popolna, če vsebuje sestavine, določene v zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, in druge sestavine, ki jih določi Zavod.

- (3) Zavod določi natančnejše postopke uveljavljanja pravic, vključno z listinami za njihovo uveljavljanje in način njihove uporabe.

293. člen
(Kartica zdravstvenega zavarovanja)

- (1) Pravica se uveljavi s kartico zdravstvenega zavarovanja, ki je javna listina in jo izda Zavod, brez nje pa se lahko uveljavi le nujna medicinska pomoč in nujno zdravljenje, druga zdravstvena oskrba in druga pravica pa le v primerih, ki jih določa splošni akt Zavoda.
- (2) Izvajalec, dobavitelj in pristojna oseba Zavoda lahko od imetnika kartice zdravstvenega zavarovanja zahteva tudi osebni dokument zaradi preverjanja osebnih podatkov imetnika kartice zdravstvenega zavarovanja.
- (3) Brez kartice zdravstvenega zavarovanja ni dopustno dostopati do podatkov njenih imetnikov, ki se vodijo v zbirkah podatkov Zavoda, razen v primerih, ki jih določa splošni akt Zavoda.
- (4) S kartico zdravstvenega zavarovanja se lahko dostopa do podatkov, ki se ne vodijo v zbirkah podatkov Zavoda, če tako določa drug zakon.
- (5) Vsebina, oblika in način uporabe kartice zdravstvenega zavarovanja in drugega dokumenta, ki jo nadomešča, primere plačila stroškov njune izdaje, primere, ko se brez njiju lahko uveljavi pravica in dostopa do podatkov njunih imetnikov, ki se vodijo v zbirkah podatkov Zavoda, in način dostopa do podatkov iz prejšnjega odstavka se določi s splošnim aktom Zavoda.
- (6) Splošni akt Zavoda iz prejšnjega odstavka sprejme generalni direktor Zavoda.

X. POGLAVJE

POVRNITEV POVZROČENE ŠKODE IN NEUPRAVIČENO PRIDOBLJENIH SREDSTEV

294. člen
(odgovornost posameznika za škodo Zavodu)

- (1) Zavod zahteva povrnitev povzročene škode od tistega, ki je namenoma ali iz malomarnosti povzročil poškodbo, bolezen ali smrt zavarovane osebe.
- (2) Za škodo, ki jo povzroči v primerih iz prejšnjega odstavka delavec pri delu ali v zvezi z delom, je odgovoren delodajalec.
- (3) Zavod lahko zahteva povrnitev povzročene škode iz prejšnjega odstavka tudi neposredno od osebe, ki je povzročila bolezen, poškodbo ali smrt zavarovane osebe.
- (4) Zavod zahteva povrnitev povzročene škode neposredno od tistega, ki je škodo povzročil s kaznivim dejanjem.

295. člen
(odgovornost delodajalca za škodo)

- (1) Zavod zahteva povrnitev povzročene škode od delodajalca, če je zavarovančeva poškodba, bolezen ali smrt posledica tega, ker niso bili izvedeni ukrepi za varnost in zdravje pri delu ali drugi ukrepi, predpisani ali odrejeni za varnost ljudi.

- (2) Zavod ima pravico zahtevati povrnitev povzročene škode od delodajalca, če je škoda nastala zato, ker mu delodajalec ni dal podatkov ali je dal neresnične podatke o dejstvih, od katerih je odvisna pridobitev, odmera ali izguba pravic iz obveznega zavarovanja.
- (3) Kot delodajalec v smislu zakona šteje vsaka pravna ali fizična oseba, za katero zavarovanec opravlja delo na podlagi pogodbe o zaposlitvi ali opravlja delo na kakršnikoli drugi pravni podlagi.

296. člen
(domneva nastanka škode)

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

297. člen
(odgovornost izvajalca zdravstvene dejavnosti za škodo)

- (1) Zavod zahteva povrnitev povzročene škode od izvajalca in tujega izvajalca, ki jo ta povzroči Zavodu pri opravljanju ali v zvezi z opravljanjem svoje dejavnosti.
- (2) Izvajalec in tuj izvajalec odgovarja za škodo, ki jo povzroči zavarovancu pri opravljanju ali v zvezi z opravljanjem svoje dejavnosti, v skladu z določbami predpisov, ki urejajo obligacijska razmerja.
- (3) Primere povzročene škode in način povračila škode lahko Zavod in izvajalec uredita v pogodbi.

298. člen
(posebni primeri odgovornosti)

- (1) Če škoda nastane kot posledica dejanj zavarovanca, ki imajo za posledico njegovo poškodbo, bolezen ali okvaro zdravja, lahko Zavod zahteva povračilo škode tudi neposredno od njega, ne glede na to, da je zavarovani primer pokrit z zavarovanjem po tem zakonu.
- (2) Zavod zahteva povrnitev povzročene škode od zavarovanca, ki je sam zavezan dajati podatke v zvezi z zavarovanjem, če je škoda nastala zato, ker ni dal podatkov ali je dal neresnične podatke.
- (3) Za povrnitev povzročene škode je solidarno odgovorna tudi oseba, ki je kot priča s pravnomočno sodbo obsojena za kaznivo dejanje krive izpovedbe, če so bile na podlagi takšne izpovedbe komu priznane pravice iz obveznega zavarovanja in so bile na podlagi takšne izpovedbe uveljavljene pravice po tem zakonu, do katere tisti, ki jih je dobil, ni imel pravice.

299. člen
(ugotavljanje odškodnine)

- (1) Pri ugotavljanju pravice do povrnitve škode, povzročene Zavodu, se uporabljajo določbe zakona, ki ureja obligacijska razmerja, če ni s tem zakonom drugače določeno.
- (2) Odškodnina, ki jo ima Zavod pravico zahtevati po tem zakonu, obsega nastale stroške zdravstvenih in drugih storitev ter celotne zneske denarnih nadomestil in drugih dajatev, ki jih izplačuje Zavod, ne glede na omejitve, določene v drugih zakonih.

300. člen
(povračilo škode in zastaranje škode)

- (1) Če Zavod ugotovi, da je nastala škoda, zahteva od odgovorne osebe, da jo povrne v določenem roku. Če škoda ni povrnjena v določenem roku, uveljavlja Zavod odškodninski zahtevek pred pristojnim sodiščem.
- (2) Škoda zastara v treh letih od vsakokratnega izplačila posamičnega zneska.

301. člen
(obveznost posredovanja podatkov)

- (1) Zavod je upravičen, da pridobiva podatke neposredno od osebe, na katero se nanašajo podatki o škodi, od delodajalcev, zavarovalnic ter od drugih pravnih in fizičnih oseb, od izvajalcev zdravstvene dejavnosti ter od upravljavcev evidenc kot so zdravstveni zavodi, inšpektorati, inštituti, tožilstvo, policija in drugi državni organi, ki na podlagi zakona ali v okviru svojih pristojnosti zbirajo podatke, ki lahko vplivajo na obvezno zavarovanje zavarovane osebe.
- (2) Osebe in upravljavci zbirk osebnih in drugih podatkov iz prejšnjega odstavka Zavodu brezplačno posredujejo podatke v 14 dneh.

302. člen
(povrnitev preplačil)

- (1) Oseba, ki ji je bil na račun Zavoda izplačan denarni znesek, do katerega ni imela pravice, vrne prejeti znesek v skladu z določbami zakona, ki ureja obligacijska razmerja.
- (2) Izplačani denarni znesek ali preveč izplačani znesek iz prejšnjega odstavka lahko oseba pobota s terjatvami, ki jih ima ta do Zavoda.

303. člen
(plačilo odškodnine iz naslova prometnih nesreč)

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

XI. POGLAVJE

ZBIRKE PODATKOV OBVEZNEGA ZAVAROVANJA

304. člen
(področje urejanja)

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

305. člen
(upravljavec zbirk podatkov)

Upravljavec zbirk podatkov obveznega zavarovanja je Zavod.

306. člen
(pridobivanje podatkov)

- (1) Zavod pridobiva podatke od zavezancev za prijavo v zavarovanje in drugih upravljavcev zbirk podatkov, ki vodijo uradne evidence.
- (2) Upravljavci zbirk podatkov Zavodu posredujejo podatke brezplačno.
- (3) Zavod za namen izvajanja obveznega zavarovanja lahko obdelujeta osebne podatke ne glede, ali jih obdelujejo zdravstveni delavci.
- (4) Zavod ima pravico iz centralnega registra prebivalstva brezplačno dobiti naslednje podatke o zavarovanih osebah:
 1. EMŠO;
 2. kraj rojstva;
 3. osebno ime;
 4. državljanstvo;
 5. naslov (stalno in začasno prebivališče, naslov za vročanje);
 6. začasen odhod v tujini (datum odhoda in datum prihoda);
 7. zakonski stan ali zunajzakonska skupnost;
 8. EMŠO matere;
 9. EMŠO očeta;
 10. EMŠO zakonca;
 11. EMŠO otrok;
 12. davčno številko.

307. člen
(vodenje zbirk podatkov)

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

308. člen
(povezovalni znak)

- (1) Za namene enotne opredelitve in povezave podatkov v zbirkah podatkov obveznega zavarovanja in drugih upravljavcev zbirk podatkov se kot povezovalni znak uporabljajo:
 1. EMŠO;
 2. davčna številka za fizične osebe ter davčna ali matična številka poslovnega subjekta iz Poslovnega registra Slovenije za pravne osebe;
 3. ZZZS številka, ki je enolična identifikacijska številka zavarovane osebe in druge osebe v sistemu obveznega zavarovanja, ki jo določi Zavod (v nadaljnjem besedilu: ZZZS številka).

- (2) Zavod lahko za namen izvajanja obveznega zavarovanja le z uporabo enolične identifikacijske številke posameznika pridobiva in obdeluje katerikoli podatek iz zbirk podatkov ter z uporabo enolične identifikacijske številke posameznika združuje osebne podatke iz lastnih zbirk podatkov z osebniimi podatki iz zbirk podatkov, ki jih pridobiva po tem ali drugem zakonu.

309. člen (vrste zbirk podatkov)

Zbirke podatkov obveznega zavarovanja so:

1. zbirka podatkov zavarovanih oseb;
2. zbirka podatkov o zavezancih za prijavo v zavarovanje;
3. zbirka podatkov o pravicah zavarovanih oseb;
4. zbirka podatkov o zdravljenju v tujini;
5. zbirka podatkov o uveljavljanju pravice do zdravljenja v tujino napotenih delavcev;
6. zbirka podatkov o izvajalcih in dobaviteljih.

1. Zbirke podatkov s področja urejanja obveznega zavarovanja

310. člen (zbirka podatkov zavarovanih oseb)

Zbirka vsebuje naslednje podatke:

1. osebno ime;
2. ZZZS številka;
3. EMŠO;
4. davčna številka;
5. državljanstvo;
6. datum rojstva;
7. datum smrti;
8. naslov (stalno, začasno, za vročanje);
9. zakonski stan;
10. podatke o nosilcu zavarovanja pri osebah, zavarovanih kot družinski član (EMŠO nosilca zavarovanja in razmerje družinskega člana do nosilca zavarovanja);
11. podatek, ali je na upravni enoti prijavljen začasen odhod v tujino (datum odhoda, datum prihoda),
12. podatki o dovoljenjih za prebivanje (številka in vrsta dovoljenja, razlog ali namen, zaradi katerega je bilo izdano in obdobje veljavnosti dovoljenja);
13. podatek, ali je oseba družbenik družbe ali ustanovitelj zavoda in poslovodna oseba; v kateri družbi ali zavodu ima tak status, datum pridobitve in datum prenehanja tega statusa;
14. podatki o priznani pravici do plačila prispevka za obvezno zavarovanje v skladu s predpisi, ki urejajo uveljavljanje pravic iz javnih sredstev (obdobje, za katerega je priznana pravica, identifikator odločbe, s katero je bila pravica priznana in podatek, kateri center za socialno delo je pravico priznal ali začel postopek za priznanje pravice);
15. podatki o priznani pravici do plačila zdravstvenega nadomestila v skladu s predpisi, ki urejajo uveljavljanje pravic iz javnih sredstev (obdobje, za katerega je priznana pravica, identifikator odločbe, s katero je bila pravica priznana in podatek, kateri center za socialno delo je pravico priznal ali začel postopek za priznanje pravice);
16. podatki o šolanju za zavarovane osebe, pri katerih je pogoj za urejenost zavarovanja, da se šolajo (šolsko ali študijsko leto, obdobje statusa šolajoče se osebe);
17. podlaga za zavarovanje;
18. datum začetka zavarovanja;
19. datum spremembe in vzrok spremembe zavarovanja;
20. datum in vzrok prenehanja zavarovanja;
21. tedensko številu ur delovnega časa po pogodbi o zaposlitvi ali zavarovalnega časa (samo cela števila);
22. tedensko številu ur polnega delovnega ali zavarovalnega časa zavezanca za prijavo (samo cela števila);

23. številka dovoljenja za zaposlitev, samozaposlitev ali delo tujca, ki za delo potrebuje dovoljenje, datum izteka veljavnosti tega dovoljenja;
24. invalidnost pri zavarovancih, za katere je tako določeno s predpisi o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov;
25. država napotitve na delo v tujino;
26. država pristojnega tujega nosilca zavarovanja;
27. država, v kateri oseba opravlja dejavnost zaposlene ali samozaposlene osebe;
28. poklic, ki ga opravlja.

311. člen **(zbirka podatkov o zavezancih za prijavo)**

- (1) Zbirka podatkov o zavezancih za prijavo vsebuje naslednje podatke:
 1. firma ali ime in priimek;
 2. ZZZS številka;
 3. matična številka poslovnega subjekta ali EMŠO;
 4. davčna številka;
 5. registrska številka;
 6. naslov (sedež poslovnega subjekta, naslov stalnega in začasnega prebivališča ter naslov za vročanje fizične osebe);
 7. šifra dejavnosti;
 8. datum vpisa v sodni ali poslovni register poslovnega subjekta, datum rojstva fizične osebe;
 9. datum izbrisa iz sodnega ali poslovnega registra poslovnega subjekta, datum smrti fizične osebe;
 10. datum začetka in datum prenehanja zavezanosti za prijavo.
- (2) Registrska številka iz 5. točke prejšnjega odstavka je 10-mestna registrska številka, ki jo zavezancu za prijavo dodeli Zavod, in ga enolično označuje v evidencah obveznih socialnih zavarovanj.
- (3) Registrska številka se dodeli pravni osebi in fizični osebi, ki je poslovni subjekt, v navezavi z matično številko poslovnega subjekta, fizični osebi, ki ni poslovni subjekt, v navezavi z enotno matično številko občana in drugemu subjektu v navezavi z davčno številko tega subjekta.
- (4) Že dodeljena registrska številka se ne more dodeliti drugemu zavezancu niti po prenehanju poslovanja ali po smrti zavezanca.

312. člen **(metodološka načela)**

Za zagotovitev enotnega sistema vodenja zbirk podatkov iz 310. in 311. člena tega zakona se pri vodenju zbirk podatkov uporabljajo enotna metodološka načela, enotni podatkovni standardi (obeležja, definicije, klasifikacije in šifranti) ter standardni postopki oblikovanja in pošiljanja statističnih poročil.

313. člen **(viri podatkov)**

- (1) Podatki o zavarovanih osebah in zavezancih za prijavo se zbirajo od zavarovanih oseb in zavezancev za prijavo samih ter iz obstoječih zbirk podatkov naslednjih upravljavcev:
 1. ministrstva, pristojnega za notranje zadeve – podatke iz 1. in 3. do 12. točke prvega odstavka 310. člena tega zakona;
 2. ministrstva, pristojnega za šolstvo – podatke o statusu dijaka, študenta in udeleženca izobraževanja odraslih (obdobje statusa v šolskem ali študijskem letu);
 3. Agencija Republike Slovenije za javnopravne evidence in storitve – podatke iz 13. točke 310. člena tega zakona in 1., 3., 4. in 6. do 9. točke 310. člena tega zakona;
 4. ministrstva, pristojnega za socialne zadeve – podatke iz 14. in 15. točke 310. člena tega zakona.

- (2) Zavod zbirko podatkov iz 310. in 311. člena tega zakona poveže z zbirkami podatkov upravljavcev iz prejšnjega odstavka tega člena.

314. člen
(prijavno odjavna služba)

- (1) Zavod proti plačilu opravlja prijavno odjavno službo za nosilce obveznega pokojninskega in invalidskega zavarovanja, zavarovanja za primer brezposelnosti in zavarovanja za starševsko varstvo. Povračilo stroškov za vodenje prijavno – odjavne službe se uredi s pogodbo.
- (2) Podatki o obveznih zavarovanjih iz prejšnjega odstavka se evidentirajo v zbirko podatkov o zavarovanih osebah in o zavezancih za prijavo ter v skladu z dogovorom posredujejo nosilcem socialnih zavarovanj v dogovorjenih rokih.

1. Zbirke podatkov s področja uveljavljanja pravic iz obveznega zavarovanja

315. člen
(zbirka podatkov o pravicah zavarovanih oseb)

Zbirka podatkov o pravicah zavarovanih oseb vsebuje, poleg podatkov iz 310. člena tega zakona, naslednje podatke o zavarovani osebi:

1. osebnem zdravniku;
2. obravnavi pred imenovanim zdravnikom in zdravstveno komisijo;
3. obravnavi pred invalidsko komisijo in drugim pristojnim organom, katerega ugotovitev ali odločitev je potrebna za uveljavljanje pravic;
4. zdravstvenih storitvah;
5. predpisanih in izdanih zdravilih;
6. predpisanih in izdanih živilih;
7. predpisanih in prejetih medicinskih in drugih pripomočkov;
8. denarnih dajatvah;
9. zdravstvenem stanju, vključno z diagnozo;
10. razlogu uveljavljanja zdravstvene oskrbe in druge pravice;
11. začasni zadržanosti od dela;
12. izjemnih odobritvah zdravstvenih storitev, zdravil, živil, medicinskih in drugih pripomočkov;
13. strošku zdravstvene oskrbe
14. poškodbah po tretji osebi;
15. vrsta izdane in prejete listine;
16. PIN številka;
17. država pristojnega nosilca;
18. država nosilca pristojnega, po kraju stalnega ali začasnega prebivališča;
19. datum izdaje listine;
20. datum prejema listine;
21. obdobje veljavnosti;
22. ime poslovnega subjekta ali ime in priimek osebe v državi, v kateri oseba opravlja dejavnost zaposlene ali samozaposlene osebe;
23. naslov poslovnega subjekta ali osebe v državi, v kateri oseba opravlja dejavnost zaposlene ali samozaposlene osebe;
24. podatki o stroških zdravstvene oskrbe.

316. člen
(zbirka podatkov o zdravljenju v tujini)

- (1) Zbirka podatkov o uveljavljanju pravice do načrtovanega zdravljenja v tujini vsebuje naslednje podatke:
1. osebno ime;
 2. ZZZS številka;

3. datum prejema vloge;
 4. mnenje zdravnika izvedenca;
 5. vrsta zdravstvene storitve;
 6. vrsta opravljenega postopka oploditve z biomedicinsko pomočjo;
 7. podatek o številu opravljenih postopkov oploditve z biomedicinsko pomočjo;
 8. država uveljavljanja zdravstvene storitve;
 9. zaprosilo tujemu nosilcu zavarovanja;
 10. vrsta odločitve pravna podlaga;
 11. datum odločitve;
 12. podatek o neposrednih plačilih;
 13. podatek o odobrenih povračilih;
 14. vrsta zdravljenja;
 15. Ime in naslov tujega izvajalca;
 16. mnenje konzilija;
 17. podatki o stroških zdravljenja;
 18. podatki o potnih stroških.
- (2) Zbirka podatkov o uveljavljanju pravice do nujnega in potrebnega zdravljenja v tujini vsebuje naslednje podatke:
1. osebno ime;
 2. ZZZS številka;
 3. datum prejema vloge;
 4. mnenje izvedenca Zavoda vrsta zdravstvene storitve;
 5. zaprosilo tujemu nosilcu zavarovanja;
 6. država uveljavljanja zdravstvene storitve;
 7. vrsta odločitve datum odločitve;
 8. podatki o stroških zdravljenja.
- (3) V zbirki podatkov tujih nosilcev zavarovanja se vodijo naslednji podatki:
1. ime poslovnega subjekta;
 2. naslov;
 3. identifikacijska številka;
 4. akronim;
 5. država;
 6. datum začetka in datum konca veljavnosti.

317. člen

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

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

1. osebno ime;
2. ZZZS številka;
3. datum prejema vloge;
4. mnenje zdravnika izvedenca;
5. vrsta zdravstvene storitve;
6. zaprosilo tujemu nosilcu zavarovanja;
7. država uveljavljanja zdravstvene storitve;
8. vrsta odločitve;
9. datum odločitve;
10. podatki o stroških zdravljenja.

318. člen

(zbirka podatkov o izvajalcih in dobaviteljih)

Zbirka podatkov o izvajalcih in dobaviteljih vsebuje naslednje podatke:

1. ZZZS številka izvajalca in dobavitelja;
2. davčna številka izvajalca in dobavitelja;

3. EMŠO ali matična številka iz Poslovnega registra Slovenije;
4. šifra izvajalca in dobavitelja;
5. naziv (polni in skrajšani) in sedež izvajalca in dobavitelja;
6. tip izvajalca in dobavitelja;
7. pravni status izvajalca in dobavitelja;
8. vrsto zdravstvene dejavnosti (šifra in naziv);
9. datum začetka in prenehanja poslovanja;
10. številka poslovnega računa;
11. podatki o sklenjeni pogodbi z Zavodom;
12. podatki o nadzorih nad izvajalcem in dobaviteljem po tem zakonu in zakonu, ki ureja zdravstveno dejavnost;
13. ime in priimek, služben elektronski naslov, službena telefonska številka in poklicna kvalifikacija zdravstvenih delavcev pri izvajalcu;
14. ime in priimek, služben elektronski naslov in službena telefonska številka o pooblaščenih osebah pri izvajalcu za dostop do določenih podatkov v informacijskem sistemu Zavoda;
15. podatke o izvajalcih iz zbirk podatkov, ki se vodijo v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnost, zakonom, ki ureja zdravniško službo, in zakonom, ki ureja zbirke podatkov s področja zdravstvenega varstva.

XII. POGLAVJE

NADZOR

319. člen (splošna določba)

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

1. Nadzor nad Zavodom

320. člen (vrste nadzora)

Vlada v okviru svojih pristojnosti organizira in izvaja:

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

321. člen (obseg nadzora)

- (1) Finančni nadzor obsega nadzor nad:
 - namensko porabo sredstev za financiranje zdravstvenih programov rabe sredstev in
 - namensko porabo sredstev iz proračuna Republike Slovenije v skladu s predpisi, ki urejajo javne finance.
- (2) Sistemski nadzor obsega upravni nadzor, ki preverja zakonitost delovanja Zavoda in strokovni nadzor. V sistemskem nadzoru, vsak v sklopu svojih pristojnosti, sodelujejo strokovnjaki s

področja zdravstvene dejavnosti, financ, javnega sektorja, in drugi, glede na odločitev Vlade ter predmet nadzora.

- (3) Upravni nadzor obsega in se izvaja v skladu s predpisi, ki urejajo zdravstveno dejavnost.

322. člen
(izvajalec inšpekcijskega nadzora)

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

323. člen
(redni in izredni nadzor)

- (1) Inšpekcijski nadzor se opravi kot redni ali izredni inšpekcijski nadzor.
- (2) Redni inšpekcijski nadzor se opravi najmanj enkrat v obdobju dveh let.
- (3) Izredni inšpekcijski nadzor se lahko opravi na zahtevo ministrstva, zavarovanih oseb in druge osebe, ki ima v postopku položaj stranke.

324. člen
(končanje nadzornega postopka)

- (1) Nadzorni postopek iz 321. člena tega zakona se konča z izdajo poročila.
- (2) Pred izdajo poročila se Zavod povabi na razčiščevalni sestanek, kjer lahko zastopnik Zavoda izpodbija posamezne ugotovitve v osnutku poročila in poda pojasnila k ugotovitvam. V ta namen se mu vroči osnutek poročila.
- (3) Če se zastopnik Zavoda ne udeleži razčiščevalnega sestanka, se šteje, da Zavod ne izpodbija nobene ugotovitve v osnutku poročila.
- (4) Če ministrstvo spozna, da je izpodbijanje ugotovitve utemeljeno, izpodbijano ugotovitev izloči iz poročila.
- (5) Rok za ugovor zoper ugotovitve v predlogu poročila je osem dni in začne teči naslednji dan po vročitvi predloga poročila Zavodu.
- (6) Revizijsko poročilo se vroči Zavodu in drugim organom, za katere ministrstvo oceni, da jih je treba obvestiti o revizijskih razkritjih.
- (7) Če je Zavod vložil ugovor zoper ugotovitve v predlogu poročila, se Zavodu ob vročitvi poročila vroči tudi odgovor na ugovor.
- (8) Zoper odgovor iz prejšnjega odstavka ni pravnega sredstva.

2. Nadzor Zavoda

325. člen
(nadzor Zavoda pri izvajalcih)

- (1) Zavod je pristojen za izvajanje nadzora pri izvajalcih v mreži javne zdravstvene službe, in sicer nad:

- izpolnjevanjem pogodb, sklenjenih z izvajalci glede izvajanja storitev, nad pravilnostjo evidentiranih in obračunanih storitev ter spoštovanja predpisov v sistemu obveznega zavarovanja;
 - skladnostjo obračunanih storitev glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe in strokovne smernice;
 - upravičenostjo napotovanja med istimi ali različnimi ravnmi zdravstvene dejavnosti;
 - predpisovanjem, izdajanjem in zaračunavanjem zdravil, živil in medicinskih in drugih pripomočkov;
 - skladnostjo izvajanja zdravstvenih storitev ali programov izven ordinacijskega časa in obsega dela, dogovorjenega z Zavodom, z določbami tega zakona.
- (2) Pri izvajanju nadzora se ne uporabljajo določbe zakona, ki ureja splošni upravni postopek.
- (3) Postopek nadzora se določi v posebnem aktu Zavoda.
- (4) V primeru kršitev iz prvega odstavka tega člena Zavod izreče izvajalcu pogodbeno kazen v višini 10 % zneska nepravilno obračunanih storitev, vendar ne manj kot 50 eur in ne več kot 50.000 eur. V primeru drugih kršitev pogodbe, ki nimajo neposrednih finančnih posledic, pogodbena kazen znaša 400 eur za vsak primer.
- (5) Če izvajalec kršitve ponavlja, lahko Zavod odpove pogodbo.
- (6) Natančnejše določbe o višinah pogodbene kazni se lahko določijo v Programu izvajanju zdravstvenih storitev.
- (7) Zavod o obsegu in vsebini izvedenega nadzora enkrat letno poroča ministrstvu.

326. člen **(nadzor pri uresničevanju pravic in obveznosti)**

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

327. člen **(pridobivanje podatkov)**

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

328. člen **(laična kontrola)**

- (1) Zavod v času odobrene začasne zadržanosti od dela, ko se denarno nadomestilo izplačuje iz obveznega zavarovanja, lahko izvaja kontrolo ravnanja zavarovanca po navodilu o ravnanju v času začasne zadržanosti od dela (v nadaljevanju: laično kontrolo). Laično kontrolo lahko naroči za vsak primer posebej imenovani zdravnik na podlagi lastne pobude ali na podlagi pobude drugih organov Zavoda, osebnega zdravnika, pravnih in fizičnih oseb.
- (2) Pri nadzoru izvajalec kontrole (v nadaljevanju: laični nadzornik) ugotavljajo, ali je ravnanje zavarovanca v skladu z navodili osebnega zdravnika, imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije. V primeru ugotovljene kršitve imenovani zdravnik oceni, če so še podani razlogi za začasno zadržanost od dela. Laični nadzornik nima pravice do vpogleda v zdravstveno dokumentacijo.
- (3) Laični nadzornik se pri opravljanju laične kontrole izkazuje s službeno izkaznico, ki jo izda Zavod. Ne glede na določbe o varstvu osebnih in drugih podatkov, se zavarovanec, pri katerem se opravlja laična kontrola, na zahtevo laičnega nadzornika identificira z osebnim dokumentom.

3. Ukrepi nadzora

329. člen (vrste ukrepov za odpravo kršitev)

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

XIII. POGLAVJE

KAZENSKÉ DOLOČBE

330. člen (pravna oseba)

- (1) Z globo od 5.000 do 100.000 evrov se kaznuje za prekršek pravna oseba, ki:
 - delodajalec, če v predpisanem roku ne vloži prijave v zavarovanje in odjave iz zavarovanja v skladu s 1. točko prvega odstavka 30. člena in prvim odstavkom 173. člena tega zakona;
 - Zavodu ne posreduje podatkov, ki jih ta potrebuje za izvajanje postopkov povračila škode (299. člen);
 - Zavodu ne posreduje podatkov, ki jih ta potrebuje za izvajanje nadzorne funkcije (328. člen).
- (2) Z globo od 1.000 do 10.000 evrov se za prekršek iz prejšnjega odstavka kaznuje tudi odgovorna oseba pravne osebe.

331. člen (samostojni podjetnik posameznik)

- (1) Z globo od 3.000 do 100.000 eurov se za prekršek kaznuje samostojni podjetnik posameznik, ki:
 - v predpisanem roku ne vloži prijave v zavarovanje in odjave iz zavarovanja v skladu s 1. točko prvega odstavka 30. in 173. členom tega zakona;
 - Zavodu ne posreduje podatkov, ki jih ta potrebuje za izvajanje postopkov povračila škode (299. člen);
 - Zavodu ne posreduje podatkov, ki jih ta potrebuje za izvajanje nadzorne funkcije (328. člen).
- (2) Z globo od 1.000 do 10.000 eurov se za prekršek iz prejšnjega odstavka kaznuje tudi odgovorna oseba samostojnega podjetnika posameznika.

XIV. POGLAVJE

PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

1. Prehodne določbe za področje zavarovanih oseb

332. člen (uskladitev določb o zavarovanih osebah)

- (1) Zavod z dnem uveljavitve tega zakona po uradni dolžnosti uredi prijavo v zavarovanje zavarovane osebe, ki je bila do uveljavitve tega zakona vključena v obvezno zavarovanje iz naslova opravljanja kmetijske dejavnosti za enak obseg pravic kot zavarovana oseba iz druge alinee četrtega odstavka 15. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C in 47/15 – ZZSDT; v nadaljnjem besedilu: ZZVZZ), in o tem obvesti zavarovano osebo.
- (2) Zavarovane osebe, ki so bile do uveljavitve tega zakona obvezno zavarovane iz naslova opravljanja kmetijske dejavnosti po drugi alineji četrtega odstavka 15. člena ZZVZZ, kot vrhunski športniki in vrhunski šahisti - člani telesnokulturnih in šahovskih organizacij v Republiki Sloveniji po 8. točki prvega odstavka 15. člena ZZVZZ, kot osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja, ki med bivanjem v Republiki Sloveniji ne morejo uporabljati pravic iz tega naslova po 13. točki prvega odstavka 15. člena ZZVZZ, in kot družinski člani osebe, zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja, ki imajo stalno prebivališče v Republiki Sloveniji ter niso zavarovani kot družinski člani pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja osebe po 14. točki prvega odstavka 15. člena ZZVZZ, uskladijo lastnost zavarovanca po določbah tega zakona v 30 dneh od uveljavitve tega zakona. Če zavarovane osebe ne uskladijo lastnosti zavarovanca v predpisanem roku, vloži odjavo iz zavarovanja z dnem izteka 30 dnevnega roka Zavod in o vloženi odjavi iz zavarovanja obvesti zavarovano osebo.
- (3) Zavarovane osebe, ki so se na podlagi 3. podtočke točke b) 20. člena ZZVZZ vključile v obvezno zavarovanje kot družinski člani starši, ki živijo z zavarovancem v skupnem gospodinjstvu in jih zavarovanec preživlja ter nimajo za preživljanje dovolj lastnih sredstev in so trajno in popolnoma nezmožni za delo, ohranijo lastnost zavarovane osebe družinskega člana do prenehanja pogojev za obvezno zavarovanje.
- (4) Z uveljavitvijo tega zakona preneha veljati deveti odstavek 413. člena Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (Uradni list RS, št. 96/12, 39/13, 99/13 – ZSVarPre-C, 101/13 – ZIPRS1415, 44/14 – ORZPIZ206, 85/14 – ZUJF-B, 95/14 – ZUJF-C, 90/15 – ZIUPTD in 102/15).

- (5) Z uveljavitvijo tega zakona preneha veljati drugi odstavek 30. člena Zakona o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev (Uradni list RS, št. 62/10, 40/11, 40/12 – ZUJF, 57/12 – ZPCP-2D, 14/13, 56/13 – ZŠtip-1, 99/13, 14/15 – ZUUJFO, 57/15, 90/15, 38/16 – odl. US in 51/16 – odl. US). Upravičencem do plačila prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje Zavod po uradni dolžnosti uskladi lastnost zavarovanca po 19. členu tega zakona v 30 dneh od uveljavitve tega zakona in o izvedeni prijavi v zavarovanje obvesti zavarovano osebo.

333. člen
(podatek o pravici do kritja razlike do polne vrednosti)

Do uveljavitve 3. točke 356. člena tega zakona se v 14. točki 310. člena tega zakona v zbirki podatkov zavarovanih oseb vodi podatek o priznani pravici do kritja razlike do polne vrednosti priznana v skladu s predpisi, ki urejajo uveljavljanje pravic iz javnih sredstev (obdobje, za katerega je priznana pravica, identifikator odločbe, s katero je bila pravica priznana in podatek, kateri center za socialno delo je pravico priznal oziroma začel postopek za priznanje pravice).

334. člen
(uporaba prejšnjih predpisov)

- (1) Zbirke podatkov zavarovanih oseb, ki je bila uvedena in vodena v skladu s predpisi, veljavnih do uveljavitve tega zakona, se od začetka uporabe tega zakona vodi na način, ki ga določa ta zakon.
- (2) Postopki ugotavljanja lastnosti zavarovane osebe, začeti pred uveljavitvijo tega zakona, se izvedejo v skladu s predpisi, ki so veljali do uveljavitve tega zakona, lastnost zavarovane osebe pa oseba pridobi v skladu z veljavnim zakonom.

2. Prehodne določbe s področja prispevkov

335. člen
(zdravstveno nadomestilo)

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

336. člen
(prva uskladitev zdravstvenega nadomestila)

Višina zdravstvenega nadomestila se v skladu z določbo sedmega odstavka 197. člena tega zakona prvič uskladi do 1. aprila 2019.

337. člen
(pobiranje prispevkov)

Finančna uprava začne izvajati aktivnosti nadzora nad obračunavanjem in plačevanjem prispevkov ter izterjavo zapadlih prispevkov za obvezno zavarovanje določene s te zakonom najpozneje tri mesece po uveljavitvi tega zakona.

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

Ne glede na določbo druge alineje 139. člena tega zakona je do ureditve v predpisih, ki urejajo kmetijstvo, zavezanec za plačilo prispevka delodajalca za zavarovance iz 14. člena tega zakona Republika Slovenija.

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

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

3. Prehodne določbe s področja pravic

340. člen
(predpis zdravila na recept s splošnim imenom)

Prvi odstavek 94. člena tega zakona se začne uporabljati z dnem uveljavitve Seznama skupin zdravil s splošnim imenom.

341. člen
(predpis magistralnega zdravila na recept do razvrstitve na liste zdravil)

Do razvrstitve magistralnega zdravila na liste zdravil se magistralno zdravilo predpisuje na recept z imenom sestavin v skladu s predpisi, ki urejajo predpisovanje in izdajanje zdravil za uporabo v humani medicini, in Seznamom magistralnih zdravil, ki je Priloga Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 30/03 – prečiščeno besedilo, 35/03 – popr., 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 – popr., 64/07, 33/08, 7/09, 88/09, 30/11, 49/12, 106/12, 99/13 – ZSVarPre-C, 25/14 in 85/14; v nadaljnjem besedilu: Pravila).

342. člen
(recept za osebno rabo)

Generalni direktor Zavoda izda splošni akt iz sedmega odstavka 98. člena tega zakona v enem mesecu po uveljavitvi tega zakona.

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

Svet Zavoda sprejme splošni akt Zavoda iz 102. člena tega zakona v enem letu po uveljavitvi tega zakona.

344. člen
(nakup zdravila in živila v državah članicah EU in tretjih državah do začetka elektronske izmenjave recepta in recepta EU)

- (1) Do začetka elektronske izmenjave recepta in recepta EU med državami članicami EU oziroma do začetka elektronske izmenjave recepta s tretjimi državami, se zaradi uveljavljanja pravice do zdravila in živila iz 163. in 164. člena tega zakona uporabljajo določbe tega člena.
- (2) Zaradi uveljavljanja pravice na podlagi recepta iz prvega in tretjega odstavka 163. člena tega zakona se predpiše recept v papirni obliki, če zavarovana oseba to zahteva:
 1. ob predpisu zdravila in živila namesto recepta v elektronski obliki;

2. po predpisu recepta v elektronski obliki v roku za predložitev recepta iz 95. člena tega zakona.
- (3) Zaradi uveljavljanja pravice iz 164. člena tega zakona se predpiše recept v papirni obliki, če zdravila ni mogoče zamenjati z drugim zdravilom s Seznama skupin zdravil z splošnim imenom ali živila ni mogoče zamenjati s primerljivim živilom in zavarovana oseba to zahteva:
 1. ob predpisu zdravila in živila namesto recepta v elektronski obliki;
 2. po predpisu recepta v elektronski obliki v 14 dneh po izteku roka za predložitev recepta iz 95. člena tega zakona in če predloži potrdilo o deficitarnosti iz 2. točke prvega odstavka 164. člena tega zakona.
- (4) V primeru iz 2. točke drugega odstavka in 2. točke tretjega odstavka tega člena recept v papirni obliki predpiše zdravnik, ki je predpisal recept v elektronski obliki, ali splošni osebni zdravnik oziroma osebni otroški zdravnik, če na recept v elektronski obliki še ni bila izdana predpisana količina zdravila ali živila, pri čemer sočasno zaključi recept v elektronski obliki.
- (5) Če je predpisan recept iz prejšnjega odstavka, začne teči rok za predložitev recepta iz 95. člena tega zakona, ki se uporablja pri uveljavljanju pravice iz 163. in 164. člena tega zakona, od predpisa recepta v elektronski obliki.
- (6) Zavarovana oseba lahko na podlagi recepta iz drugega in tretjega odstavka tega člena prevzame zdravilo in živilo v lekarni v Republiki Sloveniji po izteku roka za predložitev recepta iz 95. člena tega zakona, in sicer:
 1. v petih dneh od dokončnosti odločitve o vlogi za izdajo odločbe o predhodni odobritvi povračila stroškov zdravila in živila, če priloži listino, iz katere izhaja, da je vlogo vložila v roku za predložitev recepta iz 95. člena tega zakona, ki jo lekarna hrani skupaj z receptom;
 2. v 14 dneh po izteku roka za predložitev recepta iz 95. člena tega zakona, če priloži potrdilo o deficitarnosti iz 2. točke prvega odstavka 164. člena tega zakona, ki ga lekarna hrani skupaj z receptom.
- (7) V primeru iz 1. točke prejšnjega odstavka zavarovana oseba v treh dneh od prevzema zdravila in živila o tem pisno obvesti Zavod, če še ni izdana dokončna odločitev o vlogi za izdajo odločbe o predhodni odobritvi povračila stroškov zdravila in živila.

345. člen

(akti Zavoda za zagotavljanje medicinskih in drugih pripomočkov)

- (1) Zavod sprejme splošne akte iz 105. člena, drugega in sedmega odstavka 106. člena tega zakona ter pogoje za zagotavljanje medicinskih in drugih pripomočkov iz 233. člena tega zakona v enem letu od uveljavitve tega zakona.
- (2) Zavod s soglasjem ministra sprejme splošna akta iz drugega odstavka 235. in iz 236. člena tega zakona v enem letu od uveljavitve tega zakona.

346. člen

(uradna evidenca medicinskih pripomočkov na nacionalni ravni in Seznam medicinskih pripomočkov)

- (1) Minister sprejme predpis o vzpostavitvi uradne evidence medicinskih pripomočkov na nacionalni ravni iz tretjega odstavka 235. člena tega zakona v šestih mesecih po uveljavitvi tega zakona.
- (2) Minister vzpostavi celotno uradno evidenco iz prejšnjega odstavka v enem letu po uveljavitvi predpisa iz prejšnjega odstavka.
- (3) Zavod sprejme Seznam medicinskih pripomočkov v enem letu po vzpostavitvi evidence iz prejšnjega odstavka.

- (4) Postopki za vzpostavitev Seznama medicinskih pripomočkov, ki so že začeti, se lahko zaključijo, ne da bi se čakalo na uradno evidenco medicinskih pripomočkov na nacionalni ravni. Seznam medicinskih pripomočkov, ki bo veljaven v času vzpostavitve uradne evidence iz drugega odstavka tega člena, Zavod z uradno evidenco uskladi v šestih mesecih.

4. Prehodne določbe s področja Zavoda

347. člen (delovanje Zavoda)

- (1) Skupščina in upravni odbor Zavod, ki delujeta ob uveljavitvi tega zakona, delujeta še naprej v isti sestavi do konstituiranja prvega sveta Zavoda po tem zakonu.
- (2) Svet Zavod se konstituira v treh mesecih po uveljavitvi tega zakona.
- (3) Zavod uskladi statut in druge splošne akte Zavoda v šestih mesecih od uveljavitve tega zakona.
- (4) Statut in drugi splošni akti Zavod, ki so se uporabljali do uveljavitve tega zakona, se uporabljajo še naprej, do sprejema novih, v kolikor niso v nasprotju z določbami tega zakona.

348. člen (portal eLista zdravil)

- (1) Zavod vzpostavi portal eLista zdravil v petih letih po uveljavitvi tega zakona.
- (2) Zavod na svoji spletni strani objavi datum začetka uporabe posamezne funkcije portala eLista zdravil najmanj 30 dni pred tem datumom.
- (3) Do datuma začetka uporabe posamezne funkcije portala eZdravila za elektronsko vročanje, se dokumenti vročajo po pošti, pri čemer natančnejši način vročanja določi Zavod s splošnim aktom.

349. člen (Seznam predpisanih zdravil z imenom)

- (1) Minister sprejme predpis iz četrtega odstavka 256. člena tega zakona v šestih mesecih po uveljavitvi tega zakona.
- (2) Minister sprejme Seznam predpisanih zdravil z imenom v treh mesecih po uveljavitvi predpisa iz prejšnjega odstavka.

350. člen (Seznam skupin zdravil s splošnim imenom)

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

351. člen (najvišja priznana vrednost za skupine medsebojno zamenljivih zdravil)

Do uveljavitve Seznama skupin zdravil s splošnim imenom se za določanje najvišje priznane vrednosti iz drugega odstavka 263. člena tega zakona uporablja seznam medsebojno zamenljivih zdravil, določen s predpisi, ki urejajo zdravila.

352. člen
(splošni akt Zavoda glede vključitve zdravil med pravice)

Svet Zavoda sprejme splošni akt Zavoda iz 267. člena tega zakona v enem letu po uveljavitvi tega zakona.

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

Svet Zavoda sprejme splošni akt Zavoda iz 287. člena tega zakona v enem letu po uveljavitvi tega zakona.

5. Skupne prehodne določbe

354. člen
(splošni akt Zavoda o kartici zdravstvenega zavarovanja)

Generalni direktor Zavoda sprejme splošni akt Zavoda iz šestega odstavka 293. člena tega zakona v enem letu po uveljavitvi tega zakona.

355. člen
(izdaja podzakonskih predpisov)

- (1) Minister in Zavod izdaja podzakonske predpise po tem zakonu v enem letu od dneva uveljavitve tega zakona.
- (2) Do uveljavitve podzakonskih predpisov iz prejšnjega odstavka se, v kolikor niso v nasprotju s tem zakonom, uporabljajo podzakonski predpisi, izdani na podlagi Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C in 47/15 – ZZSDT).

356. člen
(uskladitev drugih zakonov)

1. (Zakon o mednarodni zaščiti)

V Zakonu o mednarodni zaščiti (Uradni list RS, št. 22/16) se v prvem odstavku 86. člena osma alineja 2. točke spremeni tako, da se glasi:

"- zdravila z receptne liste za zdravljenje zdravstvenih stanj iz te točke,".

2. (Zakon o začasni zaščiti razseljenih oseb)

V Zakonu o začasni zaščiti razseljenih oseb mednarodni zaščiti (Uradni list RS, št. 65/05) se v prvem odstavku 27. člena osma alineja 2. točke spremeni tako, da se glasi:

"- zdravila z receptne liste za zdravljenje zdravstvenih stanj iz te točke,".

3. (Zakon o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev)

V Zakonu o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev (Uradni list RS, št. 62/10, 40/11, 40/12 – ZUJF, 57/12 – ZPCP-2D, 14/13, 56/13 – ZŠtip-1, 99/13, 14/15 – ZUUJFO, 57/15, 90/15, 38/16 – odl. US,

51/16 – odl. US in 88/16) se naslov poglavja "8. Pravica do kritja razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev" spremeni tako, da glasi "8. Pravica do plačila zdravstvenega nadomestila".

Določba 29. člena se spremni tako, da se glasi:

"29. člen

(1) Pravico do plačila zdravstvenega nadomestila imajo zavarovanci in po njih zavarovani družinski člani na podlagi upravičenja do denarne socialne pomoči oziroma ob izpolnjevanju pogojev za pridobitev denarne socialne pomoči, razen v primeru, če upravičenec izpolnjuje pogoje za pridobitev varstvenega dodatka.

(2) Zavarovanec oziroma po njem zavarovan družinski član izkazuje izpolnjevanje pogojev iz prejšnjega odstavka z odločbo centra za socialno delo. O pravici iz prejšnjega odstavka center za socialno delo odloči po uradni dolžnosti, če je oseba upravičena do denarne socialne pomoči, in je, kadar oseba uveljavlja pravico do denarne socialne pomoči, ni treba posebej uveljavljati, razen če oseba na vlogi izrecno izjavi, da te pravice ne želi.

(3) Osebe iz prvega odstavka tega člena so upravičene do plačila zdravstvenega nadomestila največ za obdobje, za katero se jim lahko dodeli denarna socialna pomoč.

(4) Ministrstvo obvesti o številki, datumu in obdobju veljavnosti izdane odločbe za posameznega upravičenca iz prvega odstavka tega člena Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki te podatke vodi v evidenci zavarovanih oseb."

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

V Zakonu o matični evidenci zavarovancev in uživalcev pravic iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja (Uradni list RS, št. 111/13 in 97/14) se spremeni tretji odstavek 57. člena tako, da se glasi:

»V primerih enakovrednih zavarovalnih podlag se obdobja zavarovanja iz prvega odstavka tega člena uredijo upoštevajoč polni delovni čas, tako da skupni delovni čas ne presega polnega delovnega časa, pri čemer ima kasneje nastala zavarovalna podlaga prednost pred prej nastalimi zavarovalnimi podlagami.«

357. člen

(postopki, začeti pred uveljavitvijo tega zakona)

(1) Postopki, začeti pred dnevom uveljavitve tega zakona, se zaključijo v skladu z dosedanjimi predpisi.

(2) Ne glede na prejšnji odstavek se postopki odločanja o izjemnih odobritvah zobno-protetične rehabilitacije s pomočjo zobnih vsadkov, ki se začnejo pred dnevom uporabe določb iz 55. in drugega in tretjega odstavka 66. člena tega zakona, končajo na podlagi 90. člena tega zakona in ob upoštevanju 55. člena in drugega in tretjega odstavka 66. člena tega zakona.

(3) Ne glede na prvi odstavek tega člena se postopki odločanja o pravici do povračila potnih stroškov za potovanja, ki so bila opravljena do vključno zadnjega dne v mesecu, v katerem začne veljati ta zakon, končajo po predpisih, ki so veljali pred uveljavitvijo tega zakona.

358. člen

(prenehanje veljavnosti)

Z dnem uveljavitve tega zakona prenehajo veljati:

- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju: Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF,

- 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C in 47/15 – ZZSDT);
- Sklep o določitvi seznama zahtevnejših medicinsko tehničnih pripomočkov, o upravičenosti katerih z odločbo odloča imenovani zdravnik Zavoda št. 9001-15/2007-DI/2, s spremembami in dopolnitvami;
 - 5. točka prvega odstavka 66. člena, 4., 5. in 6. točka prvega odstavka in tretji odstavek 84. člena, 94. člen, 10., 11. in 21. točka tretjega odstavka 114. člena, 1. in 2. točka 115. člena in 214. člen Pravil;
 - Sklep o kriterijih za dodelitev psa vodiča slepih, št. 9001-16/2011-DI/8 z dne 19. 5. 2011 in št. 9001-10/2013-DI/16 z dne 16. 10. 2013;
 - Pravilnik o vsebini preizkusa psa vodiča slepih, št. 5504-44/2005/11 z dne 13. 9. 2005.

359. člen

(uporaba doslej veljavnih predpisov in sprejem predpisa za tehnične pripomočke)

- (1) Predpisi iz tretje, četrte in pete alineje prejšnjega člena se uporabljajo do ureditve zagotavljanja psa vodiča slepih, predvajalnika zvočnih zapisov, Brajevega pisalnega stroja, Brajeve vrstice, bele palice za slepe in ultrazvočne palice iz državnega proračuna.
- (2) Minister, pristojen za invalide, sprejme splošni akt o zagotavljanju tehničnih pripomočkov iz prejšnjega odstavka v roku 6 mesecev od uveljavitve tega zakona.
- (3) Ne glede na prejšnji odstavek se že od uveljavitve tega zakona tehnični pripomočki iz prvega odstavka tega člena zagotavljajo v breme državnega proračuna.
- (4) Oseba, ki je tehnični pripomoček pridobila v breme obveznega zavarovanja:
 - ima v breme državnega proračuna pravico do predvajalnika zvočnih zapisov, bele palice za slepe in ultrazvočne palice po izteku trajnostne dobe predhodno prejetega istovrstnega pripomočka,
 - ima v breme državnega proračuna pravico do psa vodiča slepih po poteku delovne dobe predhodno pridobljenega,
 - nima v breme državnega proračuna pravice do Brajevega pisalnega stroja ali Brajeve vrstice.
- (5) Pes vodič slepih, ki je bil zavarovani osebi dan v uporabo na podlagi določb Pravil, z dnem uveljavitve tega zakona postane last zavarovane osebe. Zavod prevzame stroške glede psa vodiča slepih do konca njegove delovne dobe v obsegu določb pogodbe o zagotovitvi psa vodiča (za obdobje najmanj 6 let od dodelitve, oziroma dokler je pes sposoben opravljati vodenje slepe osebe).

360. člen

(začetek veljavnosti)

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