



Štefanova ulica 5, 1000 Ljubljana

T: 01 478 60 01

F: 01 478 60 58

E: gp.mz@gov.si

www.mz.gov.si

PRILOGA 1 (spremni dopis – 1. del):

Številka: IPP 0070-52/2025
Ljubljana, 24. 6. 2025
EVA: 2025-2711-0053
GENERALNI SEKRETARIAT VLADE REPUBLIKE SLOVENIJE Gp.gs@gov.si
ZADEVA: Predlog Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – nujni postopek – predlog za obravnavo
1. Predlog sklepov vlade:
Na podlagi drugega odstavka 2. člena Zakona o Vladi Republike Slovenije (Uradni list RS, št. 24/05 – uradno prečiščeno besedilo, 109/08, 38/10 – ZUKN, 8/12, 21/13, 47/13 – ZDU-1G, 65/14 65/14, 55/17 in 163/22) je Vlada Republike Slovenije na seji dne.... sprejela naslednji
SKLEP
Vlada Republike Slovenije je določila besedilo Predloga Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (EVA: 2025-2711-0053) in ga pošlje v obravnavo Državnemu zboru po nujnem postopku.
Barbara Kolenko Helbl generalna sekretarka
Priloga:
– Predlog Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, EVA 2025-2711-0053.
Prejmejo:
– Ministrstvo za zdravje,
– Služba Vlade Republike Slovenije za zakonodajo,
– Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti,
– Ministrstvo za digitalno preobrazbo,
– Ministrstvo za finance,
– Ministrstvo za gospodarstvo, turizem in šport,
– Ministrstvo za infrastrukturo,
– Ministrstvo za javno upravo,
– Ministrstvo za kmetijstvo, gozdarstvo in prehrano,
– Ministrstvo za kohezijo in regionalni razvoj,
– Ministrstvo za kulturo,
– Ministrstvo za naravne vire in prostor,

- Ministrstvo za notranje zadeve,
- Ministrstvo za obrambo,
- Ministrstvo za okolje, podnebje in energijo,
- Ministrstvo za pravosodje,
- Ministrstvo za solidarno prihodnost,
- Ministrstvo za visoko šolstvo, znanost in inovacije,
- Ministrstvo za vzgojo in izobraževanje,
- Ministrstvo za zunanje zadeve.

2. Predlog za obravnavo predloga zakona po nujnem ali skrajšanem postopku v državnem zboru z obrazložitvijo razlogov:

V skladu s 143. členom Poslovnika državnega zbora (Uradni list RS, št. 43/01, 23/02 – popr., 54/03, 103/03, 114/04, 26/06, 21/07, 32/10, 73/10, 95/11, 64/12, 10/14, 164/20, 35/21, 51/21 in 114/21) Vlada Republike Slovenije predlaga, da se predlog zakona obravnava po nujnem postopku, zaradi preprečitve težko popravljivih posledic za delovanje države.

Vlada Republike Slovenije predlaga Državnemu zboru Republike Slovenije, da predlog zakona obravnava po nujnem postopku, saj je sprejem predloga zakona po nujnem postopku utemeljen z več ključnimi razlogi, ki izhajajo iz obveznosti Slovenije v okviru Načrta za okrevanje in odpornost, ki je podlaga za koriščenje sredstev Mehanizma za okrevanje in odpornost, ki je finančno najobsežnejši del evropskega svežnja za okrevanje in odpornost NextGenerationEU, in sredstev za doseganje ciljev načrta REPowerEU ter aktualnega stanja v zdravstvenem sistemu. Predlog zakona predstavlja mejnik M183, ki bi moral biti dosežen že do 31. 12. 2024, kar pomeni, da je predlog zakona že v zamudi. Zato obstajajo časovni, pravni in vsebinski razlogi, ki utemeljujejo nujnost sprejema.

Republika Slovenija se je v okviru Načrta za okrevanje in odpornost zavezala doseči mejnik M183. Gre za predpogoj za izplačilo sredstev iz Mehanizma za okrevanje in odpornost, zato zamuda neposredno ogroža črpanje evropskih sredstev. Postopki redne zakonodaje ne omogočajo zagotovila, da bodo spremembe sprejete in začele veljati pravočasno, še posebej ob morebitnih zamikih v zakonodajnem postopku (npr. zaradi obravnavanja amandmajev).

Akutne težave zdravstvenega sistema, kot so neravnovesje med pravicami zavarovanih oseb in zmožnostjo financiranja, pomanjkanje nadzora nad izvajalci zdravstvene dejavnosti, zahtevajo hiter sistemski odziv zakonodajalca. Predlagane spremembe so ključne za zagotovitev dostopnosti in vzdržnosti zdravstvenih storitev, kar vpliva na temeljne pravice zavarovanih oseb.

Čimprejšnje sprejetje ukrepov iz predloga zakona je nujno potrebno, da se prebivalcem Republike Slovenije zagotovi enakopravno, primerno, kakovostno in predvsem varno zdravstveno obravnavo ter prepreči morebitne škodljive posledice na javnem zdravju, ki bi dolgoročno povzročile še večje obremenitve že tako oslabiljenega javnega zdravstvenega sistema.

Veljavna zakonodaja ne omogoča uresničevanja nekaterih ukrepov, predvidenih v Načrtu za okrevanje in odpornost, zato je zakonodajna sprememba pravni pogoj za implementacijo nadaljnjih ukrepov. Če spremembe ne bodo sprejete pravočasno, bo Republika Slovenija ostala brez zakonske podlage za izvedbo nekaterih že načrtovanih ukrepov v zdravstvu.

Zaradi zaveze v Načrtu za okrevanje in odpornost, nevarnosti izgube EU sredstev in nujne stabilizacije zdravstvenega sistema je sprejem predloga zakona po nujnem postopku ne samo upravičen, temveč ključnega pomena za uspešno uresničitev zdravstvene reforme.

3.a Osebe, odgovorne za strokovno pripravo in usklajenost gradiva:

- dr. Valentina Prevolnik Rupel, ministrica za zdravje,
- Denis Kordež, državni sekretar na Ministrstvu za zdravje,
- Iztok Kos, državni sekretar na Ministrstvu za zdravje,
- mag. Vlasta Mežek, generalna direktorica Direktorata za dostopnost in ekonomiko.

3.b Zunanji strokovnjaki, ki so sodelovali pri pripravi dela ali celotnega gradiva:

Zunanji strokovnjaki pri pripravi gradiva niso sodelovali.

4. Predstavniki vlade, ki bodo sodelovali pri delu državnega zbora:

- dr. Valentina Prevolnik Rupel, ministrica za zdravje,
- Denis Kordež, državni sekretar na Ministrstvu za zdravje,
- Iztok Kos, državni sekretar na Ministrstvu za zdravje.

5. Kratek povzetek gradiva:

Predlog Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (EVA 2025-2711-0053; v nadaljnjem besedilu: predlog zakona) v prvi vrsti naslavlja zahteve iz Načrta za okrevanje in odpornost – zagotavljanje zadostnega financiranja, diverzifikacije finančnih virov in finančne vzdržnosti v zdravstvu s tem pa povečanje dostopnosti do zdravstvenih storitev. Skupaj te spremembe krepijo pripravljenost zdravstvenega sistema na izzive dolgožive družbe in morebitne izredne razmere, izboljšujejo usklajenost med različnimi segmenti zdravstvenega sistema ter zagotavljajo bolj prilagodljivo in stabilno financiranje, ki je potrebno za učinkovito delovanje, še zlasti v času krize. S tem se povečuje odpornost in učinkovitost zdravstvenega sistema, kar ima neposredne pozitivne učinke na varnost in zdravje prebivalstva.

6. Presoja posledic za:

a)	javnofinančna sredstva nad 40.000 EUR v tekočem in naslednjih treh letih	DA/NE
b)	usklajenost slovenskega pravnega reda s pravnim redom Evropske unije	DA/NE
c)	administrativne posledice	DA/NE
č)	gospodarstvo, zlasti mala in srednja podjetja ter konkurenčnost podjetij	DA/NE
d)	okolje, vključno s prostorskimi in varstvenimi vidiki	DA/NE
e)	socialno področje	DA/NE
f)	dokumente razvojnega načrtovanja: – nacionalne dokumente razvojnega načrtovanja – razvojne politike na ravni programov po strukturi razvojne klasifikacije programskega proračuna – razvojne dokumente Evropske unije in mednarodnih organizacij	DA/NE

7.a Predstavitev ocene finančnih posledic nad 40.000 EUR:

Skupna ocena finančnih posledic, ki bremenijo proračun Republike Slovenije znaša 423,657 milijonov eurov na letni ravni. Skupna ocena finančnih posledic v korist Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije znaša 439,69 milijonov eurov na letni ravni. Sredstva, ki bremenijo proračun Republike Slovenije, se v letu 2026 zagotovijo v okviru finančnih načrtov pristojnih ministrstev, in sicer s prerazporeditvijo iz postavke 200713 - Stabilizacija financiranja zdravstvenega varstva, 2711-24-0006 - Stabilizacija fin. zdr. varstva 66. člen ZIPRS2526 skupaj v višini 423,69 milijonov eurov.

Povišanje prihodkov Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki ne pomenijo povišanih odhodkov proračuna Republike Slovenije v višini 18,54 milijonov eurov, je iz naslova zvišanja prispevkov s strani oseb s stalnim prebivališčem v Sloveniji, če ne izpolnjujejo pogojev za zavarovanje po eni izmed drugih točk prvega odstavka 15. člena ZZVZZ in si same plačujejo prispevek, ter iz naslova obveznosti plačila obveznega zdravstvenega zavarovanja za osebe s stalnim prebivališčem v Sloveniji, ki prejemajo pokojnino od tujega nosilca pokojninskega zavarovanja, če z mednarodno pogodbo ni določeno drugače.

V nadaljevanju predstavljamo finančne učinke po posameznih ukrepih:

ZŠ.	OPIS UKREPA	ČLEN	FINANČNE POSLEDICE ZA PRORAČUN RS (v mio EUR)	FINANČNE POSLEDICE ZAVODA (v mio EUR)
1	Financiranje izobraževalne in raziskovalne dejavnosti izvajalcev (terciar I), vključno z vodenjem nacionalnih registrov. Pojasnilo: Prenos financiranja iz ZZS na proračun RS	1. člen (nova osemnajsta alineja prvega odstavka 7. člena)	-38,5	38,5
2	Financiranje priprav zdravstvenih zavodov na delo v posebnih pogojih ob naravnih in drugih nesrečah. Pojasnilo: Nova obveznost za proračun RS	1. člen (nova sedemnajsta alineja prvega odstavka 7. člena)	-2,5	
3	Financiranje nalog Zavoda Republike Slovenije za transfuzijsko medicino. Pojasnilo: Prenos financiranja iz ZZS na proračun RS	1. člen (spremenjena deseta alineja prvega odstavka 7. člena)	-1,5	1,5

4	Refundacije plačila prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje za zaposlene v invalidskih podjetjih s strani državnega proračuna Republike Slovenije za financiranje blagajne zdravstvenega zavarovanja glede na dosedanje oprostitve plačila prispevkov za ZZ za invalidska podjetja. Pojasnilo: Nova obveznost za proračun RS in dodatni prihodek ZZS	42. člen (deveti odstavek 74. člena Zakona o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov)	-40	40
5	Plačilo pavšalnega prispevka za zdravstveno zavarovanje za otroke. Pojasnilo: Nova obveznost za proračun RS in dodatni prihodek ZZS	1. člen (nova dvajseta alineja prvega odstavka 7. člena)	-200	200
6	Plačilo prispevkov za zdravstveno zavarovanje za osebe, ki jim je Slovenija priznala status begunca ali subsidiarno zaščito v skladu s predpisi o mednarodni zaščiti. Pojasnilo: Povečanje obveznosti za proračun RS	17. člen (tretja alineja 3. točke prvega odstavka 48. člena)	-0,23	0,23
7	Plačilo prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje za osebe s stalnim prebivališčem v Sloveniji, ki prejemajo trajno denarno pomoč. Pojasnilo: Povečanje obveznosti za proračun RS	17. člen (tretja alineja 3. točke prvega odstavka 48. člena)	-0,12	0,12
8	Plačilo prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje za osebe uživalcev priznavalnin po predpisih o varstvu udeležencev vojn. Pojasnilo: Povečanje obveznosti za proračun RS	17. člen (druga alineja 3. točke prvega odstavka 48. člena)	-0,007	0,007
9	Plačilo prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje za osebe, ki jim je CSD priznal pravico do plačila prispevkov za obveznega zdravstvenega zavarovanja. Pojasnilo: Povečanje obveznosti za proračun RS	17. člen (tretja alineja 3. točke prvega odstavka 48. člena)	-13,6	13,6
10	Obveznost plačila obveznega zdravstvenega zavarovanja za osebe s stalnim prebivališčem v Sloveniji, ki prejemajo pokojnino od tujega nosilca pokojninskega zavarovanja, če z mednarodno pogodbo ni določeno drugače. Pojasnilo: Povišanje prihodkov ZZS iz naslova povišanega prispevka za navedene zavezanke	17. člen (četrti alineja 2. točke prvega odstavka 48. člena)		0,54
11	Plačila prispevkov za zdravstveno zavarovanje za osebe s stalnim prebivališčem v Sloveniji, če ne izpolnjujejo pogojev za zavarovanje po eni izmed drugih točk 1. odst. 15. člena in si same plačujejo prispevek (povišanje obstoječega prispevka). Pojasnilo: Povišanje prihodkov ZZS iz naslova povišanega prispevka za navedene zavezanke	17. člen (četrti alineja 2. točke prvega odstavka 48. člena)		18
13	Plačilo stroškov prevoza posmrtnih ostankov zavarovane osebe iz tujine v Republiko Slovenijo. Pojasnilo: Nova obveznost za proračun RS	1. člen (nova enaindvajseta alineja prvega odstavka 7. člena)	-0,003	
14	Izvajanje zunajbolnišnične službe nujne medicinske pomoči, službe helikopterske nujne medicinske pomoči in dispečerske službe zdravstva Pojasnilo: Prenos financiranja iz ZZS na proračun RS	1. člen (nova dvaindvajseta alineja prvega odstavka 7. člena)	-126,9	126,9
15	Financiranje zavarovanja za poškodbe pri delu za prve posredovalce Pojasnilo: Nova obveznost za proračun RS in dodatni prihodek ZZS	6. člen (nova 10. točka 18. člena)	-0,118	0,118
16	Plačevanje prispevkov za osebe, ki prejemajo nadomestilo iz invalidskega zavarovanja v skladu s predpisi, ki urejajo obvezno pokojninsko in invalidsko zavarovanje, in so vključene v obvezno zavarovanje Pojasnilo: Plačevanje prispevkov s strani ZPIZ za osebe po novi deseti a točki prvega odstavka 15. člena	2. člen (nova 10. a točka prvega odstavka 15. člena)	-0,179	0,179
			-423,657	439,694

V nadaljevanju so predstavljene različne posledice še glede na vrsto posamezne posledice:

PRENOS FINANCIRANJA IZ ZZSZ NA PRORAČUN

ZŠ.	OPIS UKREPA	ČLEN	FINANČNE POSLEDICE ZA PRORAČUN RS (v mio EUR)	FINANČNE POSLEDICE ZAVODA (v mio EUR)
1	Financiranje izobraževalne in raziskovalne dejavnosti izvajalcev (terciar I), vključno z vodenjem nacionalnih registrov. Pojasnilo: Prenos financiranja iz ZZSZ na proračun RS	1. člen (nova osemnajsta alineja prvega odstavka 7. člena)	-38,5	38,5
2	Financiranje nalog Zavoda Republike Slovenije za transfuzijsko medicino. Pojasnilo: Prenos financiranja iz ZZSZ na proračun RS	1. člen (spremenjena deseta alineja prvega odstavka 7. člena)	-1,5	1,5
3	Izvajanje zunajbolnišnične službe nujne medicinske pomoči, službe helikopterske nujne medicinske pomoči in dispečerske službe zdravstva Pojasnilo: Prenos financiranja iz ZZSZ na proračun RS	1. člen (nova dvaindvajseta alineja prvega odstavka 7. člena)	-126,9	126,9
			-166,9	166,9

NOVA OBVEZNOST ZA PRORAČUN RS

ZŠ.	OPIS UKREPA	ČLEN	FINANČNE POSLEDICE ZA PRORAČUN RS (v mio EUR)	FINANČNE POSLEDICE ZAVODA (v mio EUR)
1	Financiranje priprav zdravstvenih zavodov na delo v posebnih pogojih ob naravnih in drugih nesrečah. Pojasnilo: Nova obveznost za proračun RS	1. člen (nova sedemnajsta alineja prvega odstavka 7. člena)	-2,5	
2	Plačilo stroškov prevoza posmrtnih ostankov zavarovane osebe iz tujine v Republiko Slovenijo. Pojasnilo: Nova obveznost za proračun RS	1. člen (nova enaindvajseta alineja prvega odstavka 7. člena)	-0,003	
			-2,503	0

POVIŠANJE PRIHODKOV ZZSZ

ZŠ.	OPIS UKREPA	ČLEN	FINANČNE POSLEDICE ZA PRORAČUN RS (v mio EUR)	FINANČNE POSLEDICE ZAVODA (v mio EUR)
1	Obveznost plačila obveznega zdravstvenega zavarovanja za osebe s stalnim prebivališčem v Sloveniji, ki prejemajo pokojnino od tujega nosilca pokojninskega zavarovanja, če z mednarodno pogodbo ni določeno drugače. Pojasnilo: Povišanje prihodkov ZZSZ iz naslova povišanega prispevka za navedene zavezance	17. člen (četrti alineja 2. točke prvega odstavka 48. člena)		0,54
2	Plačila prispevkov za zdravstveno zavarovanje za osebe s stalnim prebivališčem v Sloveniji, če ne izpolnjujejo pogojev za zavarovanje po eni izmed drugih točk 1. odst. 15. člena in si same plačujejo prispevek (povišanje obstoječega prispevka). Pojasnilo: Povišanje prihodkov ZZSZ iz naslova povišanega prispevka za navedene zavezance	17. člen (četrti alineja 2. točke prvega odstavka 48. člena)		18

NOVA OBVEZNOST ZA PRORAČUN IN DODATNI PRIHODEK ZZS

ZŠ.	OPIS UKREPA	ČLEN	FINANČNE POSLEDICE ZA PRORAČUN RS (v mio EUR)	FINANČNE POSLEDICE ZAVODA (v mio EUR)
1	Refundacije plačila prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje za zaposlene v invalidskih podjetjih s strani državnega proračuna Republike Slovenije za financiranje blagajne zdravstvenega zavarovanja glede na dosedanje oprostitve plačila prispevkov za ZZ za invalidska podjetja. Pojasnilo: Nova obveznost za proračun RS in dodatni prihodek ZZS	4. člen (deveti odstavek 74. člena Zakona o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov)	-40	40
2	Plačilo pavšalnega prispevka za zdravstveno zavarovanje za otroke. Pojasnilo: Nova obveznost za proračun RS in dodatni prihodek ZZS	1. člen (nova dvajseta alineja prvega odstavka 7. člena)	-200	200
3	Financiranje zavarovanja za poškodbe pri delu za prve posredovalce Pojasnilo: Nova obveznost za proračun RS in dodatni prihodek ZZS	6. člen (nova 10. točka 18. člena)	-0,118	0,118
			-240,118	240,118

POVEČANJE OBVEZNOSTI ZA PRORAČUN RS

ZŠ.	OPIS UKREPA	ČLEN	FINANČNE POSLEDICE ZA PRORAČUN RS (v mio EUR)	FINANČNE POSLEDICE ZAVODA (v mio EUR)
1	Plačilo prispevkov za zdravstveno zavarovanje za osebe, ki jim je Slovenija priznala status begunca ali subsidiarno zaščito v skladu s predpisi o mednarodni zaščiti. Pojasnilo: Povečanje obveznosti za proračun RS	17. člen (tretja alineja 3. točke prvega odstavka 48. člena)	-0,23	0,23
2	Plačilo prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje za osebe s stalnim prebivališčem v Sloveniji, ki prejemajo trajno denarno pomoč. Pojasnilo: Povečanje obveznosti za proračun RS	17. člen (tretja alineja 3. točke prvega odstavka 48. člena)	-0,12	0,12
3	Plačilo prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje za osebe užívalcev priznavalnin po predpisih o varstvu udeležencev vojn. Pojasnilo: Povečanje obveznosti za proračun RS	17. člen (druga alineja 3. točke prvega odstavka 48. člena)	-0,007	0,007
4	Plačilo prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje za osebe, ki jim je CSD priznal pravico do plačila prispevkov za obveznega zdravstvenega zavarovanja. Pojasnilo: Povečanje obveznosti za proračun RS	17. člen (tretja alineja 3. točke prvega odstavka 48. člena)	-13,6	13,6
			-13,957	13,957

NOVA OBVEZNOST ZA ZPIZ IN DODATNI PRIHODEK ZZS

1	Plačevanje prispevkov za osebe, ki prejemajo nadomestilo iz invalidskega zavarovanja v skladu s predpisi, ki urejajo obvezno pokojninsko in invalidsko zavarovanje, in so vključene v obvezno zavarovanje Pojasnilo: Plačevanje prispevkov s strani ZPIZ za osebe po novi deseti a točki prvega odstavka 15. člena	2. člen (nova 10. a točka prvega odstavka 15. člena)	-0,179	0,179
			-0,179	0,179

Izvedba novega tretjega odstavka 7. člena ZZVZZ (1. člen novele) se izvede na način, da se sredstva, ki so planirana v okviru ukrepa 211103 Obvezno zdravstveno zavarovanje socialno ogroženih, prenesejo na MDDSZ.

Sredstva potrebna za izvajanje zunajbolnišnične službe nujne medicinske pomoči, službe helikopterske nujne medicinske pomoči in dispečerske službe zdravstva, so ocenjena na podlagi podatkov ZZZS na dan 20. 6. 2025 in sicer:

ENOTA	Letni znesek 2025
SPL - Mobilna enota vozila urgentnega zdravnika (MOE VUZ)	38.436.157
SPL - NMP - dežurna služba 1	19.766.989
SPL - NMP - dispečerska služba	7.191.105
SPL - NMP - helikopter	2.156.148
SPL - NMP - helikopter - pavšal za zdravnika GRS	67.174
SPL - NMP - mobilna enota nujnega reševalnega vozila	58.792.123
SPL - NMP - motorno kolo	230.336
Skupna vsota	126.640.032
Vzdrževanje heliporta UKC LJ	273.960
Skupna vsota	126.913.992

I. Ocena finančnih posledic, ki niso načrtovane v sprejetem proračunu				
	Tekoče leto (t)	t + 1	t + 2	t + 3
Predvideno povečanje (+) ali zmanjšanje (–) prihodkov državnega proračuna				
Predvideno povečanje (+) ali zmanjšanje (–) prihodkov občinskih proračunov				
Predvideno povečanje (+) ali zmanjšanje (–) odhodkov državnega proračuna		+423,478 mio	+430 mio	+435 mio
Predvideno povečanje (+) ali zmanjšanje (–) odhodkov občinskih proračunov				
Predvideno povečanje (+) ali zmanjšanje (–) obveznosti za druga javnofinančna sredstva		+0,179 mio	+0,179 mio	+0,179 mio
II. Finančne posledice za državni proračun				
II.a Pravice porabe za izvedbo predlaganih rešitev so zagotovljene:				
Ime proračunskega uporabnika	Šifra in naziv ukrepa, projekta	Šifra in naziv proračunske postavke	Znesek za tekoče leto (t)	Znesek za t + 1
2711 Ministrstvo za zdravje	2711-23-0004 - Nujna medicinska pomoč in zdravstvo v izr. razmerah	251034 - NMP in delovanje zdravstva v izrednih razmerah	0	0
2711 Ministrstvo za zdravje	2711-23-0003 - Presaditve, transfuzije, odškodnine (cepiva, kri)	7086 - Zbiranje krvi	0	0
2711 Ministrstvo za zdravje	2711-23-0005 - Zdravstveno varstvo ranljivih skupin	211103 - Obvezno zdravstveno zavarovanje socialno ogroženih	0	0
SKUPAJ			0	0
II.b Manjkajoče pravice porabe bodo zagotovljene s prerazporeditvijo:				
Ime proračunskega uporabnika	Šifra in naziv ukrepa, projekta	Šifra in naziv proračunske postavke	Znesek za tekoče leto (t)	Znesek za t + 1
2711 Ministrstvo za zdravje	2711-24-0006 - Stabilizacija fin. zdr. varstva 76. člen ZIPRS2425	200713 - Stabilizacija financiranja zdravstvenega varstva	0	360 mio
SKUPAJ				63,657mio
II.c Načrtovana nadomestitev zmanjšanih prihodkov in povečanih odhodkov proračuna:				
Novi prihodki		Znesek za tekoče leto (t)	Znesek za t + 1	
SKUPAJ				

OBRAZLOŽITEV:**I. Ocena finančnih posledic, ki niso načrtovane v sprejetem proračunu**

V zvezi s predlaganim vladnim gradivom se navedejo predvidene spremembe (povečanje, zmanjšanje):

- prihodkov državnega proračuna in občinskih proračunov,
- odhodkov državnega proračuna, ki niso načrtovani na ukrepih oziroma projektih sprejetih proračunov,
- obveznosti za druga javnofinančna sredstva (drugi viri), ki niso načrtovana na ukrepih oziroma projektih sprejetih proračunov.

II. Finančne posledice za državni proračun

Prikazane morajo biti finančne posledice za državni proračun, ki so na proračunskih postavkah načrtovane v dinamiki projektov oziroma ukrepov:

II.a Pravice porabe za izvedbo predlaganih rešitev so zagotovljene:

Navedejo se proračunski uporabnik, ki financira projekt oziroma ukrep; projekt oziroma ukrep, s katerim se bodo dosegli cilji vladnega gradiva, in proračunske postavke (kot proračunski vir financiranja), na katerih so v celoti ali delno zagotovljene pravice porabe (v tem primeru je nujna povezava s točko II.b). Pri uvrstitvi novega projekta oziroma ukrepa v načrt razvojnih programov se navedejo:

- proračunski uporabnik, ki bo financiral novi projekt oziroma ukrep,
- projekt oziroma ukrep, s katerim se bodo dosegli cilji vladnega gradiva, in
- proračunske postavke.

Za zagotovitev pravic porabe na proračunskih postavkah, s katerih se bo financiral novi projekt oziroma ukrep, je treba izpolniti tudi točko II.b, saj je za novi projekt oziroma ukrep mogoče zagotoviti pravice porabe le s prerazporeditvijo s proračunskih postavk, s katerih se financirajo že sprejeti oziroma veljavni projekti in ukrepi.

II.b Manjkajoče pravice porabe bodo zagotovljene s prerazporeditvijo:

Navedejo se proračunski uporabniki, sprejeti (veljavni) ukrepi oziroma projekti, ki jih proračunski uporabnik izvaja, in proračunske postavke tega proračunskega uporabnika, ki so v dinamiki teh projektov oziroma ukrepov ter s katerih se bodo s prerazporeditvijo zagotovile pravice porabe za dodatne aktivnosti pri obstoječih projektih oziroma ukrepih ali novih projektih oziroma ukrepih, navedenih v točki II.a.

II.c Načrtovana nadomestitev zmanjšanih prihodkov in povečanih odhodkov proračuna:

Če se povečani odhodki (pravice porabe) ne bodo zagotovili tako, kot je določeno v točkah II.a in II.b, je povečanje odhodkov in izdatkov proračuna mogoče na podlagi zakona, ki ureja izvrševanje državnega proračuna (npr. priliv namenskih sredstev Evropske unije). Ukrepanje ob zmanjšanju prihodkov in prejemkov proračuna je določeno z zakonom, ki ureja javne finance, in zakonom, ki ureja izvrševanje državnega proračuna.

7.b Predstavitev ocene finančnih posledic pod 40.000 EUR:

(Samo če izberete NE pod točko 6.a.)

Kratka obrazložitev**8. Predstavitev sodelovanja z združenji občin:**

Vsebina predloženega gradiva (predpisa) vpliva na:

- pristojnosti občin,
- delovanje občin,
- financiranje občin.

DA/NE

9. Predstavitev sodelovanja javnosti:

Gradivo je bilo dne 9. 5. 2025 objavljeno na spletnem portalu eUprava. Rok za podajo pripomb se je iztekel 23. 5. 2025. Predlagatelj je tekom javne razprave prejel več kot 40 odzivov zainteresirane javnosti. Večino komentarjev (32) so podale fizične osebe, ki so se v daleč največji meri (25 komentarjev) odzvale na predlog, da bi lahko ZZZS od zavarovanca ali njegove zavarovalnice zahteval povrnitev stroškov opravljenih zdravstvenih storitev, nastalih zaradi izvajanja prostočasne aktivnosti s povečanim tveganjem za zdravje in varnost. Mnenja, glede predlaganega člena, so bila različna, tudi diametralno nasprotna. Medtem ko so nekateri podpirali predlagano ureditev oziroma celo predlagali razširitev na druge zdravju nevarne dejavnosti oziroma okoliščine (kajenje, alkoholizem, debelost), so ji drugi v celoti

DA/NE

nasprotovali. Ker v trenutku priprave predloga zakona v Republiki Sloveniji še nimamo zakona, ki bi definiral in urejal prostočasne aktivnosti s povečanim tveganjem za zdravje in varnost, je predlagatelj ta predlog umaknil. Ostale pripombe fizičnih oseb so se prvenstveno nanašale na izvajanje nadzorov, zlasti laičnih. Večinoma je šlo za izvajalce detektivske dejavnosti ali druge poznavalce tega področja, ki jih je zanimalo, kdo bo lahko izvajal laične nadzore in ali izvedba laičnih nadzorov posega v izvajanje detektivske dejavnosti. Preostale predloge in pobude so podala strokovna oz. interesna združenja, institucije in pravne osebe. Njihovi predlogi so različni, vezano na njihovo delovno oz. interesno področje. Deležniki so v javni razpravi tudi prepoznali in podprli napore predlagatelja, da opolnomoči ZZZS za učinkovitejše upravljanje z zbranimi sredstvi, poveča diverzifikacijo in prenese financiranje nalog, ki ne pomenijo neposrednega izvajanja zdravstvenih storitev, na državni proračun.	
10. Pri pripravi gradiva so bile upoštevane zahteve iz Resolucije o normativni dejavnosti:	DA/NE
11. Gradivo je uvrščeno v delovni program vlade:	DA/NE
dr. Valentina Prevolnik Rupel ministrica za zdravje	

PRILOGA:

PRILOGA 3 (jedro gradiva)

**PREDLOG
(EVA 2025-2711-0053)**

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

I. UVOD

1. OCENA STANJA IN RAZLOGI ZA SPREJEM PREDLOGA ZAKONA

Ustava Republike Slovenije (Uradni list RS, št. 33/91-I, 42/97 – UZS68, 66/00 – UZ80, 24/03 – UZ3a, 47, 68, 69/04 – UZ14, 69/04 – UZ43, 69/04 – UZ50, 68/06 – UZ121,140,143, 47/13 – UZ148, 47/13 – UZ90,97,99, 75/16 – UZ70a in 92/21 – UZ62a; v nadaljnjem besedilu: Ustava) v drugem odstavku 50. člena državi nalaga urejanje obveznega zdravstvenega zavarovanja in skrb za njegovo delovanje. Po prvem in drugem odstavku 51. člena Ustave ima vsakdo pravico do zdravstvenega varstva pod pogoji, ki jih določa zakon. Pravice do zdravstvenega varstva iz javnih sredstev določa zakon. Za izvajanje teh določb sta bila med drugim v letu 1992 sprejeta 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, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ, 64/17 – ZZDej-K, 36/19, 189/20 – ZFRO, 51/21, 159/21, 196/21 – ZDOsk, 15/22, 43/22, 100/22 – ZNUZSZS in 141/22 – ZNUNBZ, 40/23 – ZČmIS in 78/23; v nadaljnjem besedilu: ZZVZZ) in Zakon o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13, 88/16 – ZdZPZD, 64/17, 1/19 – odl. US, 73/19, 82/20, 152/20 – ZZUOOP, 203/20 – ZIUPOPDVE, 112/21 – ZNUPZ, 196/21 – ZDOsk, 100/22 – ZNUZSZS, 132/22 – odl. US, 141/22 – ZNUNBZ, 14/23 – odl. US, 84/23 – ZDOsk-1, 102/24 in 32/25; v nadaljnjem besedilu: ZZDej). V skladu z 69. členom ZZVZZ je izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja naloženo javnemu zavodu, Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: ZZZS). Zdravstveno dejavnost pa opravljajo zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci, ki po vsebini in organizacijskih oblikah zdravstvene dejavnosti delujejo na primarni, sekundarni in terciarni ravni. ZZVZZ ureja pravice in obveznosti subjektov obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Slovenski zdravstveni sistem temelji na evropskih vrednotah solidarnosti, enakopravnosti in pravičnosti, na podlagi katerih mora biti uporabnikom zdravstvenih storitev zagotovljeno dostopno in kakovostno zdravstveno varstvo. Obveznost države ohraniti in razvijati takšen zdravstveni sistem, ki bo v svoje jedro postavljala pacienta in bo pri tem tudi finančno vzdržan ter učinkovit, izhaja že iz 50. in 51. člena Ustave. Država ima na področju zdravja pozitivno obveznost zagotavljati razpoložljivost zdravstvenih dobrin, storitev in ustanov ter takšnega dostopa do njih, ki vključuje ustrezno raven časovnega, informacijskega, ekonomskega in geografskega dostopa. Pri tem Ustava ne opredeljuje natančno, na kakšen način je treba urediti izvrševanje pravice do zdravstvenega varstva. V drugem odstavku 50. člena določa le, da mora ta pravica biti zagotovljena v obliki zavarovanja.

Slovenski zdravstveni sistem je financiran predvsem s shemo enotnega zdravstvenega zavarovanja. To je Bismarckov model socialnega zavarovanja, ki je bil prvič uveden za delavce kot razširitev sistema obveznega nezgodnega zavarovanja leta 1888. ZZVZZ iz leta 1992 je kot navedeno določil pravno podlago zdajšnjega sistema.

Vse navedeno konkretizira ZZVZZ, ki v prvem odstavku 3. člena določa, da država z ukrepi gospodarske, ekološke in socialne politike ustvarja pogoje za uresničevanje zdravstvenega varstva in nalog pri krepitvi, ohranitvi in povrnitvi zdravja ter usklajuje delovanje in razvoj vseh področij s cilji zdravstvenega varstva. Glede na navedeno torej obstaja nesporna dolžnost države zagotoviti tak sistem zdravstvenega zavarovanja, ki bo omogočal učinkovito upravljanje s sredstvi zavarovancev ter nadzor nad porabo teh sredstev in preko tega poskrbel za najboljši možni sistem zdravstvenega varstva glede na razpoložljiva sredstva.

Pri zagotavljanju sredstev za zdravstveno varstvo v Sloveniji je ključna visoka odvisnost od zdravstvenih prispevkov zaposlenih. Glede na spremembe na trgu dela in spremembe v dohodkovni sposobnosti prebivalstva to ni finančno vzdržno in pravično. Sistem financiranja, ki je za večino zdravstvenih pravic do 31. 12. 2023 določal doplačila, za katera je bilo mogoče skleniti dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje, je bil nadomeščen z uvedbo obveznega zdravstvenega prispevka.

Tako zbrana sredstva ne zadoščajo za zagotavljanje tekočih obveznosti na področju javnega zdravstvenega varstva. Zaradi razkoraka med prihodki (prejemki) in odhodki (izdatki) so bili zlasti v obdobju gospodarske krize in posledično upadu prihodkov iz zdravstvenih prispevkov zaposlenih uvedeni številni ukrepi za zmanjševanje rasti odhodkov, kot je npr. večkratno zniževanje cen zdravstvenih storitev in drugi ukrepi za večjo racionalizacijo poslovanja izvajalcev; na drugi strani so bile uvedene nekatere spremembe prispevnih stopenj in uvedene nove prispevne osnove za določene kategorije prebivalcev, ki so le kratkoročno ublažile razkorak med potrebami in razpoložljivimi finančnimi sredstvi za zdravstvo. Obseg celotnih, tako javnih kot zasebnih (prostovoljna zavarovanja in doplačila z žepa) izdatkov za zdravstvo je od leta 2009 do 2019 ostal na ravni okoli 8,5 % bruto domačega proizvoda (v nadaljnjem besedilu: BDP), kljub hitri rasti potreb po zdravstvenih storitvah zaradi staranja prebivalcev, uvajanja novih tehnologij zdravljenja in vse večjih zdravstvenih pričakovanj prebivalstva.

V prihodnjem obdobju je spričo naraščajočih zdravstvenih potreb in demografskih gibanj mogoče pričakovati še večji razkorak med finančnimi viri in zdravstvenimi izdatki.

Struktura obstoječih finančnih virov izkazuje, da smo v letu 2022 po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije (v nadaljnjem besedilu: SURS) za zdravstvo namenili 74 % javnih virov in 26 % zasebnih virov. Iz proračunskih virov (davkov) smo še desetletje nazaj namenjali za zdravstvo le 3 % sredstev, kar je bil najnižji delež v primerjavah z državami Evropske Unije (v nadaljnjem besedilu: EU). V tekočih izdatkih za zdravstvo (brez investicij) so se od leta 2019 do 2022 proračunski viri močno povečali. Delež neposrednega proračunskega financiranja v tekočih izdatkih za zdravstvo je leta 2019 znašal 4,2 %, leta 2022 pa že 10,8 % (Slika 2); po prvi oceni je v letu 2023 znašal 9,3 %. Hkrati se je povečal tudi transfer iz državnega proračuna v ZZZS iz 3,0 % vseh tekočih izdatkov za zdravstvo v letu 2019 na 4,9 % v letu 2022 (Eurostat, 2025).

S 1. januarjem 2024 je bil uveden nov obvezni zdravstveni prispevek, ki je nadomestil izpad doplačil, ki so bila krita iz dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Dopolnilno zdravstveno zavarovanje je bilo do konca leta 2023 namenjeno pokrivanju vseh doplačil k zdravstvenim storitvam. Leta 2022 je dopolnilno zdravstveno zavarovanje k celotnim izdatkom za zdravstvo po podatkih SURS prispevalo 12,6 % oziroma 692 milijonov eurov. S 1. januarjem 2024 uveden nov obvezni zdravstveni prispevek v višini 35 eurov se je prvič indeksiral marca 2025 glede na rast povprečne bruto plače v letu 2024 in znaša od 1. marca 2025 37,17 eurov. (2025a). S to spremembo virov financiranja se je v Sloveniji delež javnih izdatkov za zdravstvo po oceni Urada Republike Slovenije za makroekonomske analize in razvoj (v nadaljnjem besedilu: UMAR) povečal na 8,0 % BDP (2023: 6,9 % BDP) oziroma na 87 % (2023: 74 %) vseh tekočih izdatkov za zdravstvo, s čimer je med največjimi v EU.¹

Leta 2023 (prva ocena SURS) so celotni izdatki za zdravstvo znašali 9,3 % BDP (Slika 1). Glede na povprečje EU, ki je leta 2022 znašalo 8,7 % BDP (zadnji razpoložljiv podatek) so relativno višji kot pred epidemijo, kar je posledica znatnega povečanja financiranja zdravstva iz državnega proračuna, ki se je od leta 2019 do leta 2022 več kot podvojil. Podobno kot v večini držav so se med epidemijo najbolj povečali izdatki za preventivo in javno zdravje ter za bolnišnične storitve.²

¹ Vir: UMAR, 2025 (Kakovost življenja v Sloveniji – Poročilo o razvoju 2025). Več o finančni dostopnosti do zdravstva gl. UMAR Poročilo o razvoju 2024, poglavje 3.1.

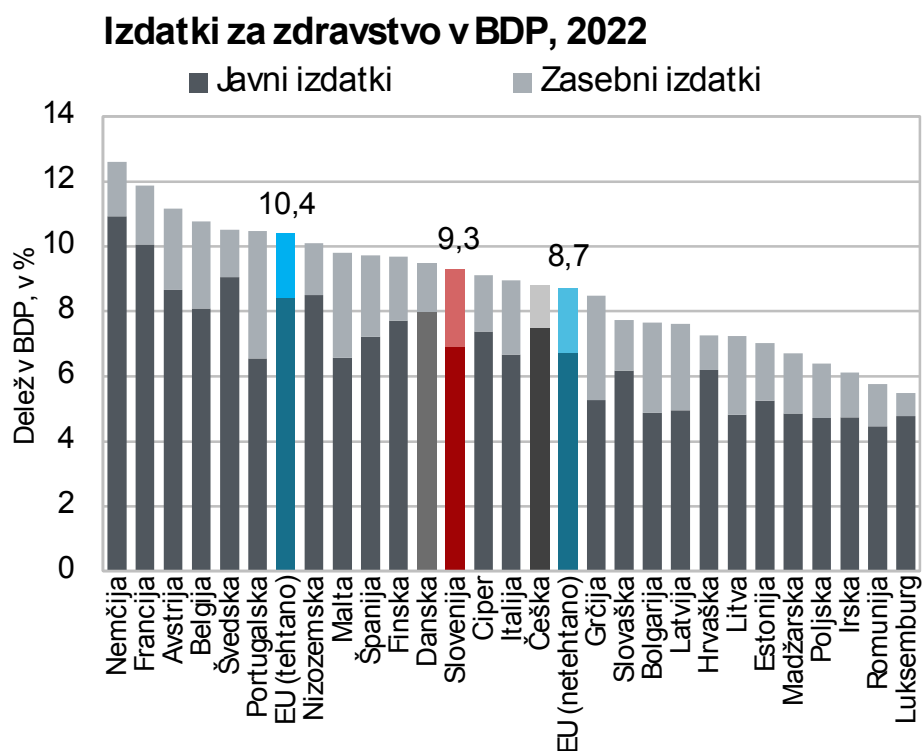
² Za zdravljenje bolezni covid-19, izplačila kriznih dodatkov k plačam zaradi povečanega obsega dela, stroške testiranja in cepljenja proti covidu-19, distribucije zdravil, cepljenje proti gripi, telemedicine bolnikov s covidom-19 ter povračila nadomestil za bolniško odsotnost. Več gl. UMAR Poročilo o razvoju 2022 in Poročilo o razvoju 2023.

Tabela 1: Izdatki za zdravstvo³

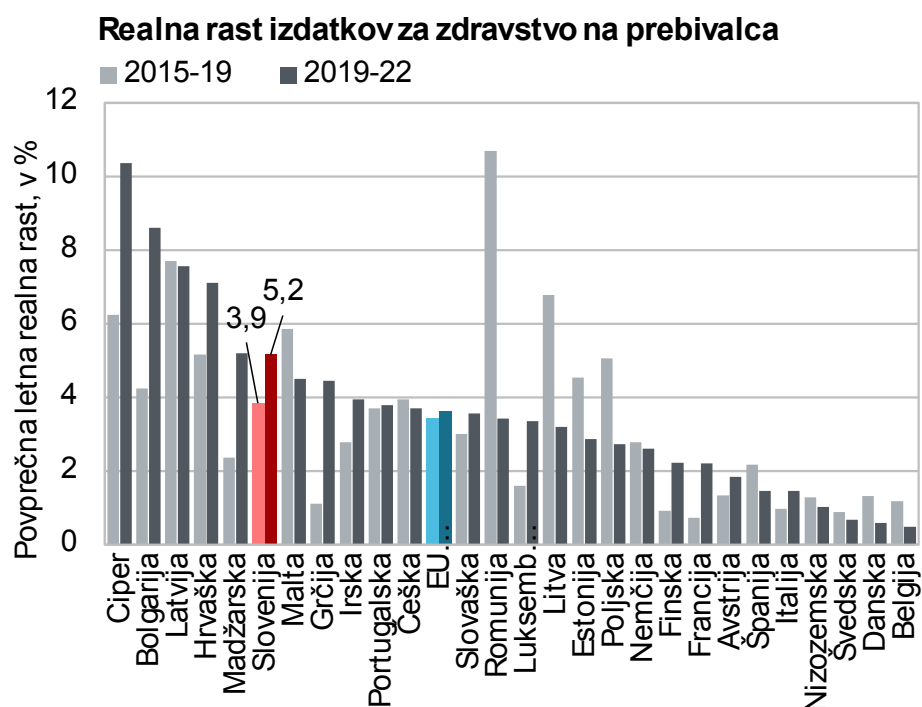
	Izdatki za zdravstvo, v % BDP				Javni izdatki za zdravstvo, v % BDP				Zasebni izdatki, delež v tekočih izd., v %			Izdatki iz žepa, delež v tekočih izd., v %		
	2015	2019	2022	2023	2015	2019	2022	2023	2015	2022	2023	2015	2022	2023
Slovenija*	8,5	8,5	9,6	9,3	6,1	6,2	7,1	6,9	28,2	26,0	26,2	13,0	12,4	12,9
EU (navadno)**	8,2	8,3	8,7	n. p.	6,0	6,2	7,2	n. p.	27,4	23,7	n. p.	22,3	19,2	n. p.
EU (tehtano)***	10,0	9,9	10,4	n. p.	7,8	7,9	8,4	n. p.	20,4	19,3	n. p.	15,9	14,9	n. p.

Vir: Povzeto po UMAR (Kakovost življenja v Sloveniji POR 2025). Za Slovenijo so podatki SURS (2025) in Eurostat (2025); za izračun povprečja EU Eurostat (2025). Opomba: n. p. – ni podatka. * Za Slovenijo je za leto 2023 prva ocena SURS, objavljeno v OECD (2024), za BDP je upoštevana zadnja objava SURS. ** EU je navadno aritmetično povprečje držav EU, izračun UMAR; *** Eurostat objavi tehtano povprečje EU v katerem se odraža predvsem podatek velikih držav (Nemčija, Francija), ki se zato precej razlikuje od navadnega povprečja.

Slika 1: Izdatki za zdravstvo v deležu BDP v letu 2022 in povprečne letne realne stopnje rasti izdatkov za zdravstvo v Sloveniji in državah EU v letih 2015–2019 in 2019–2022

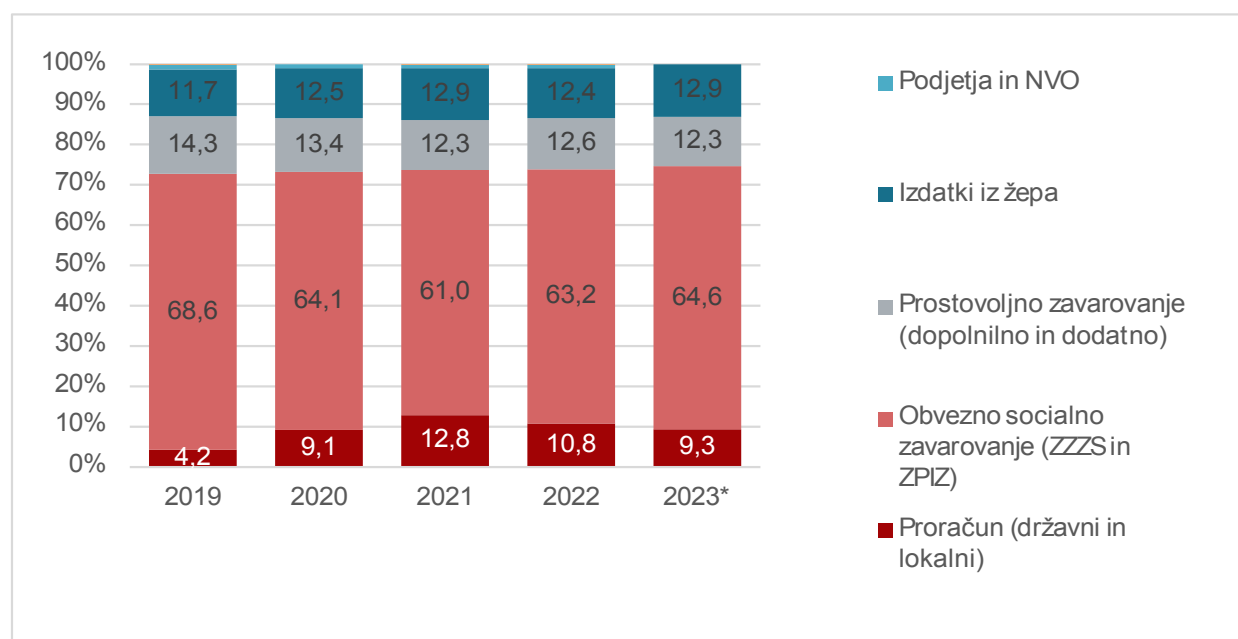


³ Izdatki za zdravstvo zajemajo tekoče izdatke po metodologiji sistema zdravstvenih računov (OECD, Eurostat, WHO, 2017); investicije niso vključene.



Vir: Povzeto po UMAR (Kakovost življenja v Sloveniji – POR 2025); Eurostat (2025); OECD (2025), OECD (2023). Opomba: EU (netehtano) je aritmetično povprečje držav EU, izračun UMAR; EU (tehtano) je podatek Eurostata v katerem se odraža predvsem podatek velikih držav EU.

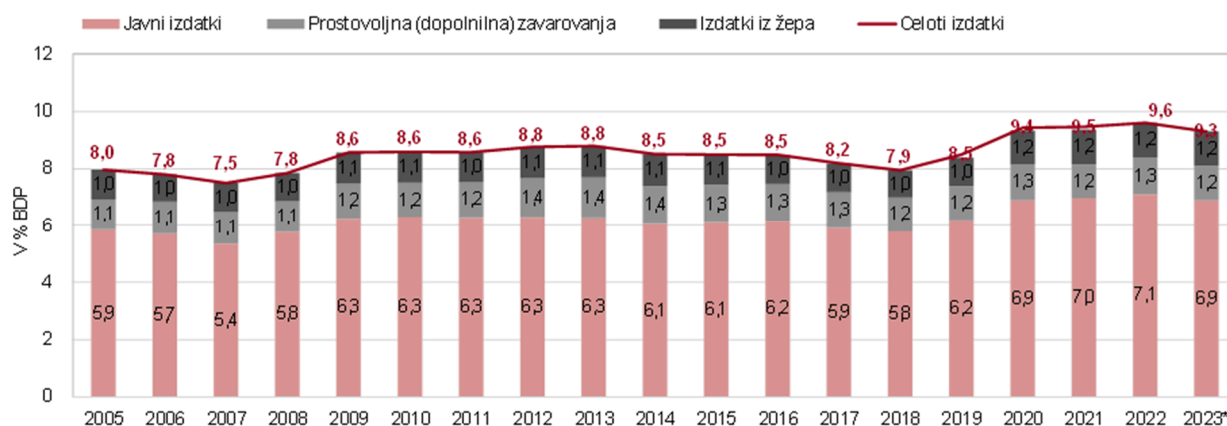
Slika 2: Struktura tekočih izdatkov za zdravstvo po virih financiranja v Sloveniji, 2019-2023



Vir: SURS, Izdatki in viri financiranja zdravstvenega varstva, 2024; preračuni UMAR. Opomba: * za leto 2023 prva ocena.

V letih 2019 – 2022 so se javni izdatki (brez investicij) močno povečali: na 7,1 % BDP, celotni izdatki pa na 9,6 % BDP (Slika 3). Po prvi oceni SURS se je delež javnih in celotnih izdatkov v BDP v letu 2023 znižal na 6,9 % oziroma 9,2 % BDP. Investicije v zdravstvu kot delež BDP v Sloveniji pomenijo dodatnih 0,5 % (podatek 2021, OECD.Stat).

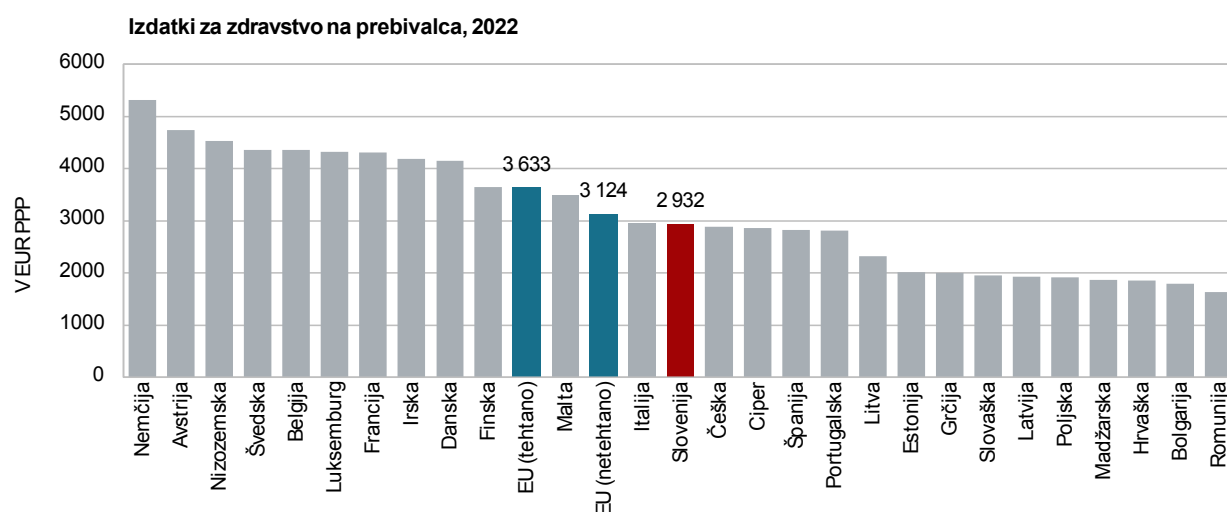
Slika 3: Tekoči izdatki za zdravstvo v deležu BDP, v %



Vir: SURS, preračuni UMAR. Opomba: podatki za leto 2023 so prva ocena.

Leta 2022 (zadnji razpoložljiv podatek) so celotni izdatki za zdravstvo na prebivalca znašali 2932 eurov oziroma 94 % povprečja držav EU (netehtano) (Slika 5). Zaostanek je bistveno manjši kot pred epidemijo, kar je povezano z znatnim povečanjem financiranja zdravstva iz državnega proračuna.

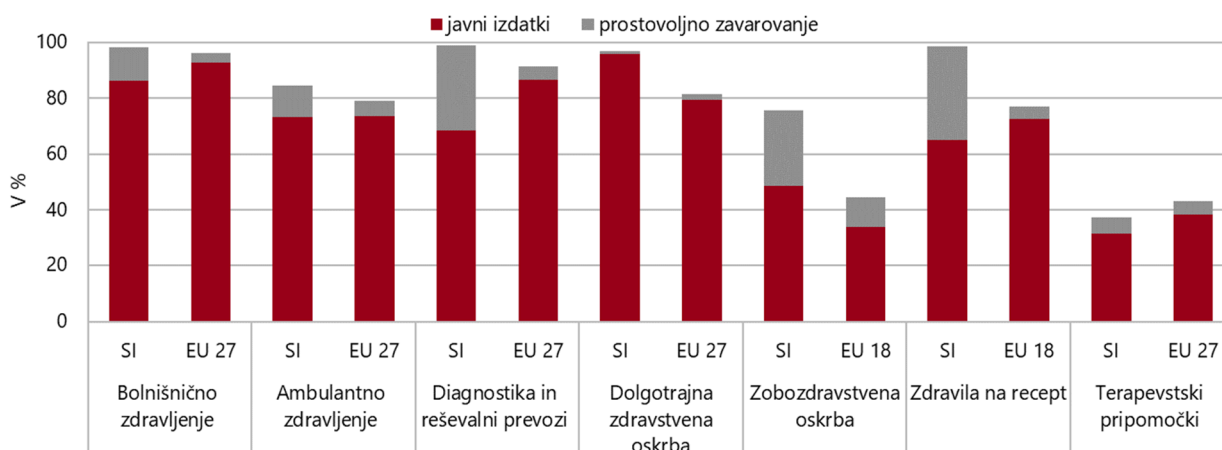
Slika 5: Tekoči izdatki za zdravstvo na prebivalca, 2021, v EUR PPP



Vir: Eurostat. Opomba: EU (netehtano) je aritmetično povprečje držav EU, izračun UMAR; EU (tehtano) je podatek Eurostata v katerem se odraža predvsem podatek velikih držav EU.

Pokritost košarice pravic z zavarovanjem je zelo visoka (Slika 6). Z letom 2024 se v Sloveniji z ukinitvijo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja glavnina prostovoljnega zavarovanja spremeni v javne izdatke.

Slika 6: Pokritost košarice pravic z javnimi sredstvi in prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem, po namenih, 2020



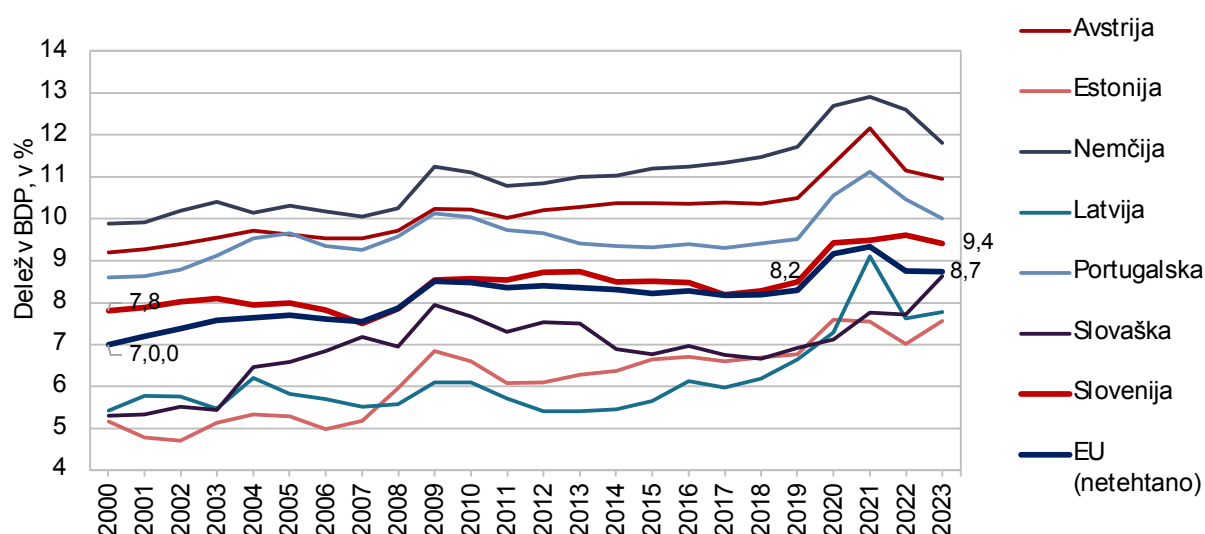
Vir: UMAR

Visoka odvisnost od prispevkov za zdravstveno zavarovanje, ki se obračunavajo na izplačane plače in nizki prihodki iz državnega proračuna v sistemu financiranja zdravstva ogrožajo stabilnost financiranja, upoštevaje, da obstoječi sistem financiranja nima vgrajenega proticikličnega mehanizma, ki bi naslovil veliko odvisnost višine prihodkov ZZZS od dohodkov iz dela aktivne populacije, kar je ob spremembah gospodarskih gibanj in nihanj na strani prihodkov zdravstvenega zavarovanja povezano s tveganji. Po deležu prispevkov za socialno varnost je Slovenija v EU na vrhu, vsi prispevki za socialno varnost so narasli s 7 milijard evrov leta 2019 na 9,2 milijard evrov leta 2023, pri čemer bo v letu 2024 in naprej nastal še prirast v ocenjeni višini cca 680 milijonov evrov zaradi spremembe premij dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja v obvezni zdravstveni prispevek ter cca 570 milijonov evrov zaradi prispevka za dolgotrajno oskrbo.

V strukturi izdatkov iz žepa se najbolj povečuje delež porabljen za zdravila brez recepta (over the counter drugs) in medicinske pripomočke.

Izdatki za zdravstvo v deležu BDP se v zadnjih 23 letih v vseh državah EU se povečujejo.

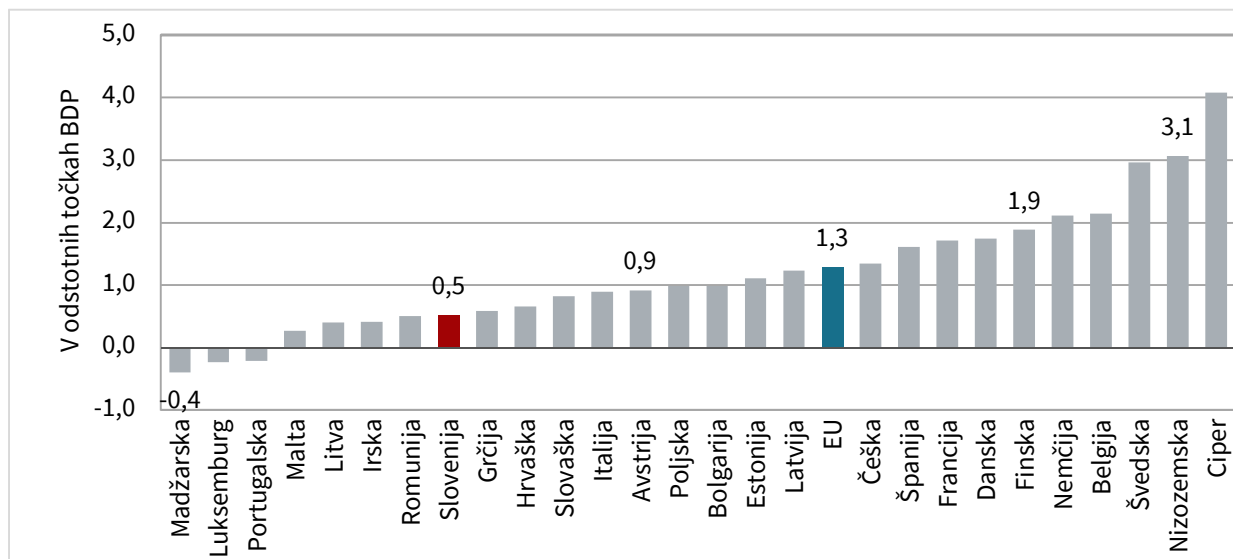
Slika 7: Rast deleža celotnih izdatkov za zdravstvo v BDP, 2000-2023



Vir: Eurostat, preračuni UMAR.

Delež javnih izdatkov v BDP se je v Sloveniji v dobrih dveh desetletjih (do 2023) povečal manj kot v EU.

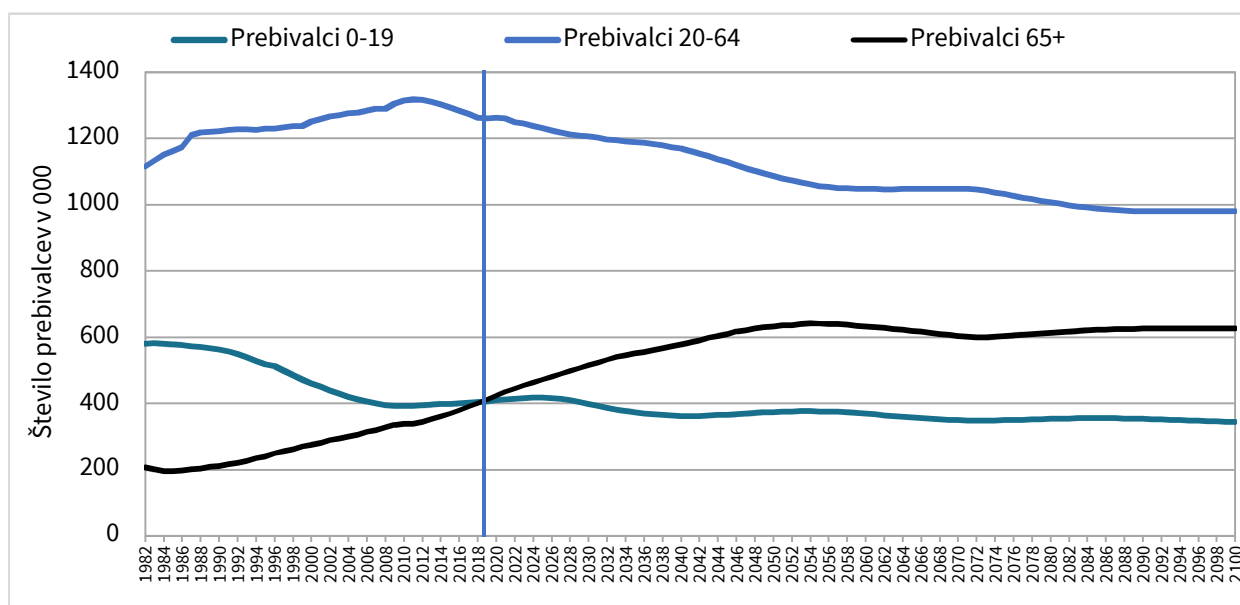
Slika 8: Sprememba javnih izdatkov za zdravstvo v BDP, države EU, 2000-2019



Vir: UMAR

Upadanje delovno aktivnega prebivalstva in povečanje prebivalstva nad 65 let terjata nujne spremembe financiranja zdravstvenega sistema v Sloveniji, ob hkratnem uvajanju sistema dolgotrajne oskrbe ter prilagoditvi pokojninskega sistema, strukturnih reformah slovenskega gospodarstva, migracijskih politikah in drugih spremembah, potrebnih zaradi staranja prebivalstva.

Slika 9: Demografska projekcija – delovno sposobni prebivalci (20-64 let) ter mladi (0-19 let) in starejši (65+), Slovenija do leta 2100

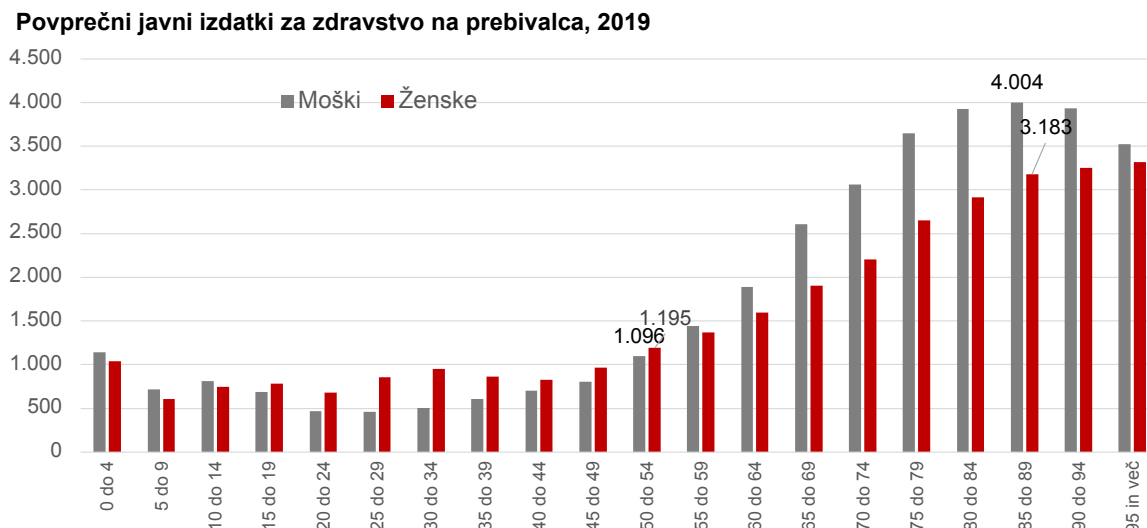


Vir: SURS; Eurostat - EUROPOP2023, preračuni UMAR

Zelo hitro se povečuje starostna odvisnost starejših od 65 let in vzdrževanost starejših od 85 let. Število starejših od 65 let se bo do leta 2050 povečalo za skoraj 50 %, število starejših od 80 let pa skoraj podvojilo.

Izdatki za zdravstvo na posameznika pričnejo hitro naraščati po 50. letu starosti.

Slika 10: Povprečni javni izdatki za zdravstvo po spolu in starosti, 2019



Vir: ZZS, preračuni UMAR. Opomba: podatki so bili pripravljeni za potrebe dolgoročnih projekcij Evropske komisije – Ageing report 2024; Višina javnih izdatkov na prebivalca je prilagojena agregatni ravni javnih izdatkov za zdravstvo, ki so upoštevani v projekcijah AWG (javni izdatki po metodologiji SHA, brez dolgotrajne zdravstvene oskrbe (HC.3) plus javni izdatki za investicije po metodologiji COFOG

Financiranje ZZS

Večino prihodkov ZZS predstavljajo prispevki, ki se plačujejo od prispevne osnove (prihodki od dela). Dodatni prihodek ZZS prejme v zadnjih letih še neposredno iz proračuna, za točno določene namene. Država in lokalne skupnosti iz svojih proračunov financirajo predvsem infrastrukturo javnih zavodov, ki so jih ustanovile.

Tabela 2: Prihodki ZZS v letu 2024

	000 EUR	Delež v celotnih prihodkih
Prispevki za socialno varnost	4.813.991	90,3%
Prispevki delojemalcev in delodajalcev	4.029.050	75,5%
Prispevki kmetov	8.456	0,2%
Prispevki ZPIZ	580.014	10,9%
Drugi prispevki	196.294	3,7%
Nerazporejeni prispevki	176	0%
Prihodki po mednarodnih sporazumih	45.625	0,9%
Prihodki od naložb	2.048	0%
Prihodki od regresnih zahtevkov	31.142	0,6%

Prihodki za socialno ogrožene in za pripornike in zapornike	3.503	0,1%
Prejeta sredstva iz državnega proračuna	345.759	6,5%
Ostali prihodki	91.497	1,7%
SKUPAJ PRIHODKI	5.333.565	100%

Vir: Letno poročilo ZZZS za leto 2024, str. 131

Tabela 3: Povprečni mesečni zneski plačanih prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje na zavarovanca po osnovnih kategorijah zavarovancev v Sloveniji v letu 2024.

Kategorija zavarovanja	Število zavarovancev	Prispevna stopnja	Mesečni prispevki na zavarovanca v evrih	Plačani prispevki v tisoč evrih
Aktivni *	841.817	13,45 %	386	3.901.987
– od tega delodajalci	841.817	7,09 %	170	1.717.059
– od tega delojemalci	841.817	6,36 %	216	2.184.928
Samostojni podjetniki	83.666	13,45 %	189	189.344
Kmetje	9.372	18,78 % ali 6,36 %	75	8.456
ZPIZ za upokoјence	557.971	5,96 %	87	580.014
Brezposelni **	11.941	11,92 %	114	16.274
Zavarovanci po 20. točki	38.503	5,96 %	28	12.875
Zavarovanci po 21. točki	35.860	2,09 %	77	33.325
Ostalo ***	25.838	različno	231	71.715
Skupaj	1.604.968			4.813.991

* Podatek vključuje tudi prihodke od nadomestil zaradi bolezenske odsotnosti in od nadomestil za starševski dopust.
** Podatek se nanaša le na tiste brezposelne osebe, ki jih je Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje prijavil v zavarovanje kot prejemnike denarnih nadomestil iz naslova zavarovanja za primer brezposelnosti.
*** Vključeni so prispevki za pripornike, zamudne obresti, pozneje plačani ukinjeni prispevki, prispevki, ki jih plačuje RS, prispevki za zavarovance iz 17. in 18. člena ZZVZZ, prispevki od nadomestil iz invalidskega zavarovanja ter nerazporejeni prispevki.

Vir: Letno poročilo ZZZS za leto 2024, str. 127

ZZZS je v skladu z ZZVZZ nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja za območje Republike Slovenije in v tej vlogi pristojen za številne naloge na tem področju. ZZZS sprejema podzakonske predpise in druge splošne akte o obveznem zdravstvenem zavarovanju, s partnerji oblikuje in določa program zdravstvenih storitev za posamezno koledarsko leto, zagotavlja, zbira in razporeja sredstva za izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja ter odloča o pravicah zavarovanih oseb v skladu z ZZVZZ. Pri tem razpolaga tudi z najbolj celovitim in preglednim sklopom podatkov, ki naj bi mu omogočali učinkovitejše odzivanje na spreminjajoče se razmere in na krizo, v kateri se je danes znašel slovenski zdravstveni sistem.

Sistem urejanja pogodbenega odnosa med plačnikom, torej ZZZS in izvajalci zdravstvenih storitev, se je v preteklosti oblikoval v smeri, ki je postopek naredila povsem neučinkovit. Čeprav se uporablja termin »dogovarjanje«, so se partnerji v procesu s konsenzom praviloma dogovorili le glede manjšega števila predlogov, ki so jih podali vsi partnerji, vse pomembne odločitve pa so se – včasih tudi namenoma – prepustile Vladi Republike Slovenije. Zato je leta 2022 Zakon o nujnih ukrepih za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema (Uradni list RS, št. 100/22, 141/22 – ZNUNBZ, 76/23, 136/23 – ZIUZDS, 112/24 – ZDIUZDZ in 32/25 – ZZDej-N) poizkusil postopek spremeniti na način, ki bi bil bolj fleksibilen, hitrejši in učinkovitejši ter bi izhajal iz naprej sprejetih sistemskih usmeritev in odločitev, v samem izhodišču pa bi že upošteval trenutne potrebe uporabnikov zdravstvenega sistema. Vlada Republike Slovenije naj bi imela le pooblastilo, da bi v izrednih okoliščinah sama določila vsebino dogovora. V praksi se je izkazalo, da so se deležniki ob možnosti posega Vlade Republike Slovenije ponovno nezmožni sami dogovoriti in se je odgovornost za pripravo programa storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja ter zmogljivosti, potrebnih za njegovo izvajanje, ponovno prenesla na Vlado Republike Slovenije. Upošteva, da se s predlogom te novele zakona izpostavlja in poudarja vloga ZZZS kot aktivnega kupca zdravstvenih storitev, je nujno, da se temu ustrezno prilagodi tudi način sprejemanja t. i. splošnega dogovora oz. programa obveznega zdravstvenega zavarovanja.

ZZZS je bil ustanovljen 1. marca 1992 na podlagi Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 9/92). Je nosilec in izvajalec obveznega zdravstvenega zavarovanja v Republiki Sloveniji in ima status javnega zavoda s sedežem v Ljubljani.

Temeljna naloga ZZZS je predvsem zagotavljanje razdeljevanja javnih sredstev za uresničevanje pravic iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja; tj. pravic do zdravstvenih storitev in nekaterih denarnih nadomestil oziroma povračil (t. i. boleznine in potni stroški).

Zakon o zavodih (Uradni list RS, št. 12/91, 8/96, 36/00 – ZPDZC in 127/06 – ZJZP; v nadaljnjem besedilu: ZZ) določa, da zavod upravlja svet ali drug kolegijski organ upravljanja. ZZVZZ v tej zvezi določa, da je to skupščina ZZZS, kot poslovodni organ pa oba zakona določata direktorja zavoda. Nadalje ZZ ureja tudi strokovnega vodjo, za katerega pa določa, da vodi strokovno delo, če je tako določeno z zakonom ali aktom o ustanovitvi (česar ZZVZZ kot *lex specialis* ne predvideva), ZZ pa ureja še strokovni svet ali drug kolegijski strokovni organ, pri čemer ZZVZZ določa zgolj upravni odbor.

Naloge ZZZS in njegovih organov (skupščina, upravni odbor in direktor) so v veliki meri prepuščene ureditvi v Statutu Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (Uradni list RS, št. 87/01, 1/02 – popr. in 90/24; v nadaljnjem besedilu: Statut ZZZS). ZZVZZ v 70. členu določa zgolj naslednje naloge skupščine:

- sprejema statut ZZZS,
- sprejema splošne akte za uresničevanje zdravstvenega zavarovanja,
- določa finančni načrt in sprejema zaključni račun ZZZS,
- opravlja druge naloge, ki jih določata ZZVZZ in statut ZZZS,

medtem ko nalog direktorja in upravnega odbora ne določa.

Kot ugotavlja Evropska komisija v svojem Sporočilu o učinkovitih, dostopnih in prožnih zdravstvenih sistemih⁴ so evropski zdravstveni sistemi podvrženi vse večjim izzivom, kot so povečanje stroškov zdravstvenega varstva, staranje prebivalstva, pomanjkanje in neenakomerna porazdelitev zdravstvenih delavcev ter neenakost na področju zdravja in dostopa do zdravstvenega varstva. Na te izzive pa se je mogoče odzvati le s konkretnimi ukrepi, kot so krepitev učinkovitosti zdravstvenih sistemov, večja dostopnost zdravstvenega varstva in večja prožnost zdravstvenih sistemov. Iz sporočila izhaja tudi, da je merjenje učinkovitosti zdravstvenih sistemov vedno pomembnejše in da bo postajalo vedno pomembnejše tudi zbiranje podatkov o primerjavi učinkovitosti zdravstvenih sistemov. Nadalje morajo biti zdravstveni sistemi pozorni tudi na nefiskalne dejavnike in se morajo znati učinkovito prilagajati spremenjenim okoliščinam ter prepoznati in uporabljati inovativne rešitve pri reševanju pomembnih izzivov. Ključnega pomena za doseg cilja učinkovitega, dostopnega in prožnega zdravstvenega sistema je tudi ustrezna organiziranost in način upravljanja nosilca (obveznega) zdravstvenega zavarovanja, ki se uporablja v zdravstvenem sistemu. Zdravstveni sistemi se namreč morajo znati učinkovito in zelo hitro prilagajati spremenjenim okoliščinam ter prepoznati in uporabljati inovativne rešitve pri reševanju pomembnih izzivov (npr. pomanjkanje zdravstvenih delavcev oziroma posameznih zdravstvenih poklicev, nepričakovano povečanje števila pacientov, omejenost sredstev (prihodkov)). Drugače povedano, morajo biti prožni in takšni ostati tudi v prihodnje. Za doseg cilja takšnega prožnega in učinkovitega zdravstvenega sistema komisija v svojem sporočilu navaja več ukrepov, med njimi pa sta zelo pomembna tudi ustrezni informacijski tokovi v sistemu in predvsem dobro upravljanje.

Evropska komisija v svojem sporočilu o učinkovitih, dostopnih in prožnih zdravstvenih sistemih v zvezi z upravljanjem poudarja, da gre pri tem za natančno opredeljene odgovornosti glede vodenja zdravstvenega sistema in njegovih glavnih sestavnih delov, skupaj z močnim vodstvom, mehanizmi finančne odgovornosti ter jasno organizacijsko strukturo. To omogoča, da se sistemi hitro prilagodijo novim ciljem in prednostnim nalogam ter okrepijo svojo sposobnost odzivanja na pomembne izzive, s tem ko opredeljujejo in vzpostavljajo ukrepe, ki podpirajo pametne odločitve glede vlaganj.

V zvezi z učinkovitostjo delovanja skupščine ZZZS velja izpostaviti sledeče izzive:

- omejeno obdobje zasedanja: skupščina ZZZS se sestaja praviloma enkrat na dva meseca (vključno z izrednimi in dopisnimi sejami), kar pomeni, da lahko pride do zamude pri sprejemanju pomembnih odločitev ali reševanju nujnih vprašanj, predvsem pa je problematično, da se sestaja za sprejemanje zelo operativnih odločitev kot je npr. imenovanje predstavnikov ZZZS v organe upravljanja (kar je po vsebini naloga poslovodstva kot organa upravljanja),

⁴ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/sl/TXT/?uri=CELEX:52014DC0215>

- nedoločeni pogoji za člane skupščine za opravljanje nalog oziroma pristojnosti: ne zakon ne Statut ZZZS ne določata pogojev, ki jih posameznik mora izpolnjevati, da lahko verodostojno in strokovno opravlja svoje delo.

Pri obstoječi ureditvi sestave skupščine in upravnega odbora ZZZS je moč ugotoviti, da obstaja veliko tveganje nastanka nasprotja interesov, saj so v glavna odločevalska telesa ZZZS lahko imenovane osebe, ki imajo od takšne ali drugačne ureditve pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (recimo določitev določene količine nekega medicinskega pripomočka, do katere je upravičen zavarovanec) neposredno korist. Kljub temu pa ZZVZZ in Statut ZZZS ne vključujeta nobenih pravil o nezdržljivosti funkcij oziroma o omejitvi poslovanja s pravnimi osebami, ki so povezane s člani skupščine ZZZS oziroma upravnega odbora ZZZS, kakršna je v splošnem urejena v 35. členu Zakona o integriteti in preprečevanju korupcije (Uradni list RS, št. 69/11 – uradno prečiščeno besedilo, 158/20, 3/22 – ZDeb in 16/23 – ZPPri; v nadaljnjem besedilu: ZIntPK), ki v primeru subjektov v javnem sektorju, ki so zavezanci za javno naročanje, vzpostavlja prepoved naročanja blaga ali podeljevanja koncesij in drugih oblik javno-zasebnega partnerstva od pravnih oseb, ki so povezane s funkcionarji teh subjektov v javnem sektorju. Z ZZVZZ ali Statutom ZZZS ni vzpostavljen noben mehanizem za izogibanje nasprotju interesov pri članih skupščine in upravnega odbora ZZZS, kot je sicer opredeljen v 37. do 40. členu ZIntPK.

ZZVZZ v 74. členu določa pogoje za direktorja ZZZS, in sicer mora imeti visoko strokovno izobrazbo in najmanj pet let delovnih izkušenj. Statut ZZZS dodatno določa zgolj, da mora iz delovnih izkušenj izhajati, da ima strokovne, vodstvene, organizacijske in druge poslovodne sposobnosti za opravljanje tega dela, in da kandidat za direktorja predloži program v skladu z opredeljeno strategijo razvoja zdravstvenega zavarovanja in strateškim razvojnim programom za področje obveznega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo v Republiki Sloveniji.

Predlagatelj ugotavlja izredno pomanjkljivo vlogo ZZZS kot aktivnega kupca zdravstvenih storitev, saj nakupovanje v javnem zdravstvenem sistemu pomeni alokacijo zbranih sredstev izvajalcem, ki s temi izvajajo zdravstvene storitve za zavarovance v pogodbeno zagotovljenem obsegu. Aktivno (strateško) kupovanje pomeni aktivno in na dokazih temelječe prizadevanje za takšno vsebino in obseg košarice zdravstvenih storitev, da je z njo mogoče izpolniti in maksimirati družbene cilje zdravstvenega varstva, pri čemer morajo biti storitve kakovostne in po sprejemljivi ceni. Zgolj učinkovito zbiranje denarja ne zadošča, potrebna je tudi njegova učinkovita uporaba oziroma poraba ter učinkovit nadzor.

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

Ključni elementi strateškega kupovanja z ozirom na izvajalce so po oceni predlagatelja:

- sklepanje ustreznih pogodb z izvajalci;
- priprava in upoštevanje seznama zdravstvenih storitev, list zdravil in seznama magistralnih zdravil, določitev vrst medicinskih in drugih pripomočkov (pri čemer pa priprava nacionalnih smernic zdravstvenih obravnav pacientov ostaja v pristojnosti nacionalnih institutov oziroma strokovnih združenj);
- priprava, uvedba in stalno prilagajanje metod plačevanja izvajalcev, ki vzpodbujajo kakovost in stroškovno učinkovitost;
- določitev cen storitev;
- zagotavljanje informacij o opravljenih zdravstvenih storitvah;
- nadzor nad izvajalci in ukrepanje ob slabem izvajanju;
- zaščita pred prevarami, nasprotjem interesov in korupcijo;
- zagotavljanje rednega plačevanja;
- pravično geografsko razporejanje virov oziroma zmogljivosti v zdravstvu;
- uvajanje novih e-storitev za zavarovane osebe in izvajalce.

Ključni elementi strateškega kupovanja z ozirom na zavarovance so:

- ocena potreb zavarovanih oseb ob upoštevanju njihovih pričakovanj, potreb in vrednot;
- seznanjanje zavarovanih oseb z njihovimi pravicami in obveznostmi;
- zagotavljanje dostopnosti do zagotovljenih pravic;

- zagotovitev učinkovitih mehanizmov za sprejemanje in obravnavo pritožb ter drugih pobud zavarovanih oseb;
- javni prikaz porabe sredstev.

Ključne aktivnosti države za vzpodbujanje strateškega kupovanja so torej:

- vzpostavitev zakonodajnega okvira za kupce in ponudnike zdravstvenih storitev;
- vzpostavitev in zapolnitev vrzeli v javni zdravstveni mreži (z vidika izvajalcev);
- zagotovitev zadostnih sredstev za zagotavljanje pravic zavarovancev;
- vzpostavitev odgovornosti kupca (ZZZS).

V veljavnem sistemu ZZZS nima celovite vloge aktivnega kupca zdravstvenih storitev, čeprav nastavki za to vlogo obstajajo tako v zakonskih kot podzakonskih določilih in se tudi izvajajo v obliki nekaterih zgoraj naštetih aktivnosti, žal v nekaterih primerih nepopolno. Obstajajo na primer epidemiološki in demografski podatki, ki bi omogočili določitev bremena posameznih bolezni, vendar so te ocene izvedene sporadično in nepopolno, predvsem pa ne za pripravo in osveževanje nacionalnega programa zdravstvenega varstva, ki ne omogoča realne ocene potreb in prioritet. Leta 2016 je bila sicer sprejeta Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja«. V državi še ni v celoti vzpostavljen sistem za vrednotenje zdravstvenih tehnologij, ki je nujno potreben za analizo razmerja med učinkom in ceno posameznih storitev. Pomembno izjemo predstavlja le politika na področju zdravil in živil, kjer obstajajo tako različne liste kot sistem ocenjevanja njihove dodane vrednosti glede na ceno. ZZZS uporablja nekatere sodobne metode plačevanja izvajalcev (glavarina, skupine primerljivih primerov), vendar jih ne posodablja v zadostni meri, kar iz leta v leto pogloblja nepravilnost cen posameznih storitev in omogoča nekaterim izvajalcem izbiranje preplačanih storitev in izogibanje podplačanim storitvam. Take cene tudi ne morejo vzpodbujati k stroškovni učinkovitosti. ZZZS uporablja nekatere kazalnike kakovosti, vendar večinoma ne gre za kazalnike izidov, ki bi jih ZZZS lahko uporabljal za vzpodbude izvajalcev. ZZZS razpolaga z vhodnimi stroški izvajalcev, ne pa tudi s stroški za izhodne produkte (storitve), kar ne omogoča primerjave med izvajalci in določanja cen na podlagi stroškov tistih izvajalcev, ki so stroškovno najbolj učinkoviti.

Pomembna značilnost razvoja številnih sistemov socialnega zdravstvenega zavarovanja v Evropi je, da se ne financirajo samo iz enega vira, kar pomeni, da ne morejo biti v celoti financirani iz prispevkov za zdravstvo od izplačanih plač. V sistemih, kjer je visoka odvisnost virov za zdravstveno varstvo od gospodarskega cikla (odsotnost diverzifikacije virov in proticikličnih mehanizmov, kar pomeni, da je zdravstveno varstvo odvisno pretežno od enega vira) skupaj z demografskimi trendi predstavlja veliko tveganje za zagotavljanje stabilnih in zadostnih virov oziroma dolgoročne fiskalne vzdržnosti sistema.

V Evropi so države uvedle različne rešitve. V Franciji prispevki za zdravstveno varstvo temeljijo na vseh dohodkih, ne samo na izplačanih plačah. Drug potencialen dodaten vir bi lahko bil iz naslova višjih davkov na tobak, alkohol, luksuzne izdelke, maščobe, gazirane pijače in namenitev vsaj dela teh sredstev za zdravstveno varstvo. Ena izmed možnosti je tudi uvedba proračunskega transferja za otroke. Tak pristop ima npr. Nemčija, kjer država pokriva prispevke za zdravstvo za otroke.

V praksi se je pokazalo, da določene kategorije zavarovancev niso dovolj natančno opredeljene, kar povzroča pravno in izvedbeno negotovost tako za zavarovane osebe kot za izvajalce zdravstvenih storitev. Prav tako ureditev v ZZVZZ ne sledi v celoti družbenim, delovnim in demografskim spremembam, ki vplivajo na strukturo zavarovanih oseb v Republiki Sloveniji. Ugotavlja se tudi, da ureditev v veljavnem ZZVZZ ni v skladu z drugimi predpisi, ki urejajo trg dela, pokojninsko in invalidsko zavarovanje, dolgotrajno oskrbo ter status tujcev v Republiki Sloveniji.

2. CILJI, NAČELA IN POGLAVITNE REŠITVE PREDLOGA ZAKONA

2.1 Cilji

S predlogom zakona se zagotavlja kakovosten, dostopen, učinkovit in finančno stabilen zdravstveni sistem s ciljno usmerjenimi sistemskimi ukrepi za financiranje zdravstvenega sistema, s katerimi se zagotavlja finančna vzdržnost zdravstvenega sektorja, ohranja širok nabor pravic v okviru sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja ter izboljšuje upravljanje in uspešnost zdravstvenega sistema. Zagotavlja se tudi zadostno financiranje in diverzifikacija virov financiranja.

S predlogom zakona se uvaja tudi nekatere strukturne spremembe na področju upravljanja in organizacije nosilca obveznega zdravstvenega zavarovanja. Prek jasne določitve formalnih in vsebinskih pogojev za

člane skupščine ZZZS in generalnega direktorja ZZZS se zagotavlja povečanje njihovih kompetenc oziroma boljša usposobljenost za opravljanje funkcije člana organa nadzora in upravljanja. V okviru določanja nabora pogojev se posebna skrb z namenom krepitve integritete in preprečevanja korupcije članov skupščine s tem pa preglednejšega in transparentnega delovanja organov upravljanja in nadzora namenja pogoju neobstoja nasprotja interesov.

Vloge vseh deležnikov (ključnih nosilcev na področju zdravstvenega zavarovanja in ključnih organov ZZZS) bodo, upoštevajoč predlog zakona, jasneje določene, predvidene vnaprej in celovito opredeljene, zato ne bo prostora za morebitno sistemsko nasprotje interesov oziroma neučinkovito poslovanje ZZZS. S predlogom zakona se torej jasno določa naloge skupščine, upravnega odbora in generalnega direktorja ZZZS, prav tako je definirana vloga (pravice in obveznosti) izvajalcev zdravstvene dejavnosti (ter lekarn in dobaviteljev medicinskih pripomočkov), s katerimi ZZZS sklepa neposredne pogodbe za izvajanje zdravstvenih storitev v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Nadalje se s predlogom zakona sledi cilju večje transparentnosti poslovanja ZZZS. ZZZS mora delovati po načelu gospodarnosti in zdravstvene ekonomike ter na podlagi stroškovnih analiz izvajalcev določati realne cene zdravstvenih storitev ter zakupiti program zdravstvenih storitev upoštevajoč potrebe prebivalcev Slovenije. Predlagatelj sledi ureditvi Zakona o računskem sodišču (Uradni list RS, št. 11/01 in 109/12), ki predvideva letno revizijo ZZZS, zato v predlogu zakona jasno določa tudi nadzor Računskega sodišča Republike Slovenije (v nadaljnjem besedilu: RSRS). V tej zvezi predlagatelj pojasnjuje, da revizija RSRS obsega pravilnost in smotrnost poslovanja; tj. skladnost poslovanja s predpisi in usmeritvami, ki jih mora upoštevati kot uporabnik javnih sredstev pri svojem poslovanju, in gospodarnost, učinkovitost ali uspešnost poslovanja ZZZS. Pri tem mora RSRS upoštevati splošno sprejeta revizijska načela in pravila ter mednarodne revizijske standarde.

Nadalje se stremi k cilju določiti ZZZS kot resničnega proaktivnega plačnika in odgovornega deležnika v zdravstvu, ki se zaveda vseh svojih uporabnikov in njihovih potreb ter posledično proaktivno pristopa k iskanju partnerjev, ki zagotavljajo zdravstvene storitve kakovostno, varno, strokovno in ekonomsko učinkovito.

S predlogom zakona se zasleduje bolj jasna in preglednejša določitev zavarovalnih podlag, prilagoditev zakonodaje sodobnim oblikam dela in življenjskim okoliščinam ter večja socialna varnost ranljivih skupin. Z uskladitvijo z evropskim pravnim redom in odpravo zastarelih ali podvojenih določb se povečuje pravna varnost in preglednost sistema. Poleg tega spremembe preprečujejo dvojno zavarovanje oseb, ki so že vključene v mednarodne zavarovalne sheme, kar prispeva k večji učinkovitosti in racionalnosti sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Dolgoročni cilj predlagatelja zakona je z vsemi zgoraj omenjenimi ukrepi zagotoviti dolgoročno vzdržnost zdravstvenega sistema (zadostno financiranje in diverzifikacijo virov financiranja) tudi prek izboljšanja javnofinančnih virov za zdravstvo v Republiki Sloveniji, ter s tem omogočiti zavarovanim osebam večjo dostopnost do zdravstvenega varstva z enakimi možnostmi (enakopravno) dostopanja do enako kakovostnih, varnih in strokovno utemeljenih zdravstvenih storitev in učinkovitega izvajanja oziroma zagotavljanja vseh ostalih pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. V teh okvirih ta zakon postavlja temelje k nadaljnji celoviti reformi zdravstvenega sistema.

2.2 Načela

Predlog zakona zasleduje predvsem naslednja temeljna načela:

Načelo socialne države

Na podlagi tega načela je država dolžna skrbeti za učinkovito uresničevanje socialnih interesov svojih državljanov in drugih upravičenih oseb. Že na podlagi 2. člena Ustave je zakonodajalec tako zavezan k aktivnemu ravnanju na področju zdravstvenega varstva, saj je zdravstvene potrebe prebivalstva nedvomno mogoče umestiti med socialne interese, zaščitene z načelom (pravne) in socialne države. Načelo socialne države prav tako predstavlja izhodišče že omenjenega 50. in 51. člena Ustave, ki določata ustavno podlago za zakonsko urejanje sistema zdravstvenega varstva in obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Načelo pravne države in načelo zakonitosti

V skladu s tem načeloma je delovanje državnih organov, nosilcev javnih pooblastil (npr. ZZZS) in drugih oseb, kadar te nastopajo v oblastni funkciji, strogo vezano na ustavo in zakon. Zasledujoč načelo delitve

oblasti in načelo pravne varnosti oziroma jasnosti in predvidljivosti predpisov le predlog zakona izvirno ureja pravice in obveznosti, medtem ko je način njihovega izvrševanja določen v podzakonskih pravnih aktih. Zakon pri tem izvršilni veji oblasti določa jasna vsebinska merila, v skladu s katerimi lahko izvršujejo svojo normodajno pristojnost.

Načelo solidarnosti in načelo nepridobitnosti

V skladu z načelom solidarnosti se pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja zagotavljajo izključno glede na potrebe zdravstvenega stanja, medtem ko se te financirajo na podlagi ekonomskih zmožnosti obvezno zavarovanih oseb, ki v sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja prispevajo v različnih absolutnih zneskih, odvisnih od višine prispevno obremenjenega dohodka. Nadalje načelo solidarnosti pomeni združitev različno ogroženih obvezno zavarovanih oseb, npr. starih in mladih, zdravih in kronično bolnih, v isti zavarovalni skupnosti, med katerimi se izravnava tveganja oziroma finančna bremena. Načelo solidarnosti, ki v javnem sistemu zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja nadomešča zavarovalniški princip, določa nepridobitno delovanje ZZZS. V primeru pridobitnosti ZZZS bi ta moral delovati po tržnih načelih in bi obveznosti obvezno zavarovanih oseb v zdravstvenem zavarovanju prilagajal, med drugim njihovi stopnji tveganja, odvisni npr. od osebnih okoliščin starosti, spola, zdravstvenega stanja. Predlagatelj določa, da se storitve, ki jih kot nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja (obvezni sistem socialne varnosti) zagotavlja ZZZS, opravljajo kot socialne storitve splošnega pomena, ki niso gospodarskega pomena, oziroma kot negospodarske, socialne javne službe, tako da se presežek prihodkov nad odhodki lahko porabi za opravljanje in razvoj njegove temeljne dejavnosti. ZZZS ni podjetje, niti po določbah prava EU niti po določbah nacionalnega prava, in zanj ne veljajo pravila konkurenčnega prava. Predlagatelj poudarja, da ZZZS izpolnjuje povsem socialno funkcijo, saj njegove aktivnosti temeljijo na načelu solidarnosti in so organizirane nedobičkonosno, dajatve pa so opredeljene v zakonu in so, kadar so izplačane v naravi, neodvisne od višine vplačanih prispevkov. Iz načela solidarnosti in načela nepridobitnosti izhaja tudi obveznost državnega proračuna, ki jo je moč izpeljati tudi iz 2. in 50. člena Ustave, da v primeru (dolgotrajnih) presežkov odhodkov nad prihodki ZZZS financira sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Načelo gospodarne porabe javnih sredstev

V skladu s tem načelom ZZZS financira zgolj tiste pravice oziroma dajatve, ki so zagotovljene glede na strokovno prepoznane potrebe zdravstvenega stanja obvezno zavarovane osebe in so tako utemeljene. ZZZS, ki z nadzorom preprečuje zagotavljanje nepotrebnih dajatev, mora v skladu s predlogom zakona samostojno določati in posodabljati obračunske modele in določati cene storitev na podlagi stroškovnih študij in podatkov izvajalcev. Gospodarna raba javnih sredstev se zagotavlja tudi z ustreznim nadzorom, s katerim se preprečuje izvajanje nepotrebnih storitev ali podvajanje storitev.

Načelo ekonomske, časovne, geografske, informacijske in postopkovne dostopnosti

V skladu s tem načelom mora država neposredno ali posredno, preko nosilcev javnih pooblastil (npr. ZZZS), trajno zagotavljati ekonomsko, časovno in geografsko dostopne javne dobrine oziroma storitve, ki so v splošnem javnem interesu. Država je že na podlagi drugega odstavka 50. člena Ustave dolžna zagotavljati in skrbeti za delovanje sistema socialnih zavarovanj, tudi sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja, v okviru katerega se v splošnem javnem interesu in nepridobitno zagotavljajo pravice v denarju in v naravi, povezane z nastopom bolezni ali poškodbe. Zavezo aktivnega ravnanja zakonodajalca na področju zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja vzpostavlja tudi 51. člen Ustave, ki ureja pravico do zdravstvenega varstva. Kadar se ta uresničuje na podlagi javnih sredstev, je to predvsem na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja. Pravice, ki se zagotavljajo na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja, pa morajo biti ne le ekonomsko, časovno in geografsko, temveč tudi informacijsko in postopkovno dostopne, in sicer tako, da jih lahko učinkovito uveljavljajo vse obvezno zavarovane osebe, neodvisno od njihovih osebnih okoliščin.

Načelo osredotočenosti na uporabnika

Predlagatelj načelo upošteva prek usmerjenosti delovanja ZZZS k uporabniku, kar je ena od vrednot, ki jih javnost utemeljeno pričakuje od javnega sektorja oziroma izvajalca javne službe. Javni sektor naj bi deloval tako, da je javnost (uporabniki v zdravstvu) z njegovimi storitvami zadovoljna, pri čemer je dostopnost do storitev ena od ključnih elementov – predlagatelj določa vrsto ukrepov, ki naj bi prispevali k hitri odzivnosti, fleksibilnem prilagajanju potrebam vseh uporabnikov storitev ZZZS. Uporabnik (zavarovanec, pogodbeni partner in ostali) ni več objekt v postopkih uveljavljanja oziroma zagotavljanja storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, temveč mu ZZZS omogoča izvajanje aktivne vloge, predvsem s tem, da mu zagotavlja storitve hitro in brez nepotrebnih administrativnih ovir.

Načelo pravne, politične in organizacijske samouprave in finančne avtonomije.

Po tem načelu naj sredstva upravljajo tisti, ki jih prispevajo. S tem, ko je država na podlagi 50. člena Ustave ustanovila ZZZS, se je na področju zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja v skladu z odločitvijo ustavodajalca odrekla delu normodajnih pristojnosti in je te v funkcionalno decentraliziranem sistemu socialne varnosti prenesla na specializirano osebo javnega prava, tj. ZZZS, ki pri svojem delovanju uživa ustrezno raven pravne, politične in organizacijske avtonomije, skupaj s finančno avtonomijo, ki mu jo primarno zagotavljajo plačniki prispevkov za socialno varnost. Pomembno je, da država oziroma Vlada Republike Slovenije kot ustanoviteljica ZZZS v razmerju do njegovega delovanja ohranja nekatere odločevalske pristojnosti in skupaj z zakonodajalcem (sistemske), skrbi za delovanje obveznega zdravstvenega zavarovanja, vendar pa s svojim ravnanjem ne sme izvotliti normodajne in druge avtonomije ZZZS kot, predvsem preko sveta ZZZS, predstavnika zavarovalne skupnosti.

Načelo sodelovanja pri upravljanju

V skladu s tem načelom se uresničuje ustavna pravica, po kateri vsak državljan v skladu z zakonom neposredno ali po izvoljenih predstavnikih sodeluje pri upravljanju javnih zadev, in sicer na način, da določa pogoje in postopek imenovanja članov organa upravljanja ZZZS.

Načelo transparentnosti in integritete ter preprečevanja korupcije

Načelo, ki obsega več podnačel, se prek predloga zakona izkazuje z določanjem obvezne objave vseh temeljnih dokumentov ZZZS, prav tako z zahtevo, da mora nuditi vse informacije, ki omogočajo uporabnikom in drugim deležnikom učinkovito uveljavljanje storitev, ki jih ZZZS zagotavlja. Glede na to zakon izrecno predvideva, da ZZZS z namenom transparentnosti svoje poslovanja proaktivno in ažurno informacije in podatke objavlja tudi na svojih spletnih straneh. Organi in njihova pooblastila in naloge so natančno določene in razmejene. Korupcijska tveganja predlagatelj upošteva prek določanja pogojev za člane organov upravljanja in nadzora, s čimer odpravlja morebitna korupcijska tveganja in krepi transparentnost v vseh postopkih njihovega delovanja. Navedeni organi namreč opravljajo javne zadeve in morajo poskrbeti za močno in stabilno zdravstveno blagajno, pri čemer se predlagatelj zaveda, da so v zdravstvu tovrstna tveganja povečana.

2.3 Poglavitne rešitve

S predlogom zakona se naslavlja predvsem naslednje zahteve iz Načrta za okrevanje in odpornost, ki je podlaga za koriščenje sredstev Mehanizma za okrevanje in odpornost, ki je finančno najobsežnejši del evropskega svežnja za okrevanje in odpornost NextGenerationEU, in sredstev za doseganje ciljev načrta REPowerEU:

Dostopnost:

- na dostopnost posredno vplivajo vsi ukrepi na področju financiranja, saj se s tem zagotavlja finančne vire za zagotavljanje storitev;
- v predlog zakona je dodana zahteva, da ZZZS pripravlja projekcije oziroma načrtuje izdatke obveznega zdravstvenega zavarovanja na način, da upošteva trende zdravstvenega stanja prebivalstva, razvoj tehnologije in spremembe v načinih zdravljenja (priprava projekcij na podlagi trendov posameznih bolezni oz. sklopov bolezni);
- nov način dogovarjanja programov storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev.

Finančna vzdržnost v zdravstvu:

- prenos nekaterih plačil na proračun Republike Slovenije (terciar I, vodenje nacionalnih registrov);
- izvajanje stroškovnih študij;
- izvajanje več sklopov nadzorov (zavarovalniško medicinski nadzori).

Zadostno financiranje:

- prenos nekaterih plačil na proračun Republike Slovenije (terciar I, vodenje nacionalnih registrov);
- plačilo pavšalnega prispevka za otroke iz proračuna Republike Slovenije.

Diverzifikacija finančnih virov:

- prenos nekaterih plačil na proračun Republike Slovenije;
- plačilo pavšalnega prispevka za otroke iz proračuna Republike Slovenije.

Prilagoditev bremen in odgovornosti pri plačevanju prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje:

- plačilo pavšalnega prispevka za otroke iz proračuna Republike Slovenije.

Revizija postopkov načrtovanja, spremljanja in ocenjevanja pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja:

- ZZZS pripravlja projekcije oz. načrtuje izdatke obveznega zdravstvenega zavarovanja na način, da upošteva trende zdravstvenega stanja prebivalstva, razvoj tehnologije in spremembe v načinih zdravljenja (priprava projekcij na podlagi trendov posameznih bolezni oz. sklopov bolezni);
- izvajanje stroškovnih študij;
- nov način dogovarjanja o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev.

Opredelitev vlog deležnikov v sistemu zdravstvenega varstva in vodstva ZZZS

- jasna opredelitev pogojev za generalnega direktorja in člane skupščine;
- jasna opredelitev nalog ZZZS (projekcije, stroškovne študije, nadzori, ...);
- jasna opredelitev nalog izvajalcev kot pogodbenih partnerjev ZZZS;
- nov način dogovarjanja o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev.

S predlogom zakona se nekatera plačila prenaša na proračun Republike Slovenije, s čimer se zagotavlja, da so ključne funkcije in storitve zdravstvenega sistema ustrezno pokrite s proračunskimi sredstvi, zlasti v času kriznih situacij in izrednih okoliščin. V skladu s trenutno ureditvijo se sredstva za financiranje povečanih stroškov ZZZS iz proračuna zagotavljajo na podlagi vsakokratnega Zakona o izvrševanju proračunov Republike Slovenije. Takšna rešitev ni trajna, zato se s predlaganimi dopolnitvami 7. člena ZZVZZ financiranje nekaterih stroškov, ki danes bremenijo ZZZS, ureja na sistemski ravni.

Dodatno se na proračun Republike Slovenije prenaša delovanje nujne medicinske pomoči na terenu in dispečerske službe zdravstva. Ti službi namreč presegata okvire klasične zdravstvene storitve – gre za strateško pomembno javno službo, ki je ključna za življenja ljudi, varnost in družbeno enakost. Nujna medicinska pomoč mora biti namreč zagotovljena vsem, ki se nahajajo na območju Republike Slovenije, tudi, če niso zdravstveno zavarovani v sistemu obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zaradi tega je financiranje iz državnega proračuna utemeljeno in racionalno.

Z zagotovitvijo financiranja nalog Zavoda Republike Slovenije za transfuzijsko medicino iz državnega proračuna Republike Slovenije se zagotavlja, da so specifične storitve, povezane s preskrbo s krvjo, jasno ločene od ostalih zdravstvenih storitev, ki se financirajo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ta sprememba omogoča, da se sredstva namenjena transfuzijski medicini dodelijo neposredno na naloge, opredeljene z zakonom, ki ureja področje preskrbe s krvjo. S tem se prispeva k večji preglednosti in ciljno usmerjenemu financiranju kritičnih storitev.

Vzpostavitev finančnih sredstev iz državnega proračuna Republike Slovenije za delo v posebnih pogojih ob naravnih in drugih nesrečah omogoča prilagoditev postopkov in vmesnih rešitev, kadar običajni načini delovanja niso izvedljivi. To vključuje usklajevanje dela različnih enot, prilagoditev urnikov in reševanje logističnih ovir, ki se pojavijo v času kriz, pa tudi ukrepe za zagotovitev pripravljenosti na tovrstne dogodke.

Financiranje izobraževalne in raziskovalne dejavnosti na terciarni ravni, ki ni pokrita z drugimi viri, spodbuja inovacije in izboljšave v zdravstveni oskrbi.

Invalidska podjetja so v skladu z Zakonom o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov (Uradni list RS, št. 16/07 – uradno prečiščeno besedilo, 87/11, 96/12 – ZPIZ-2, 98/14 in 18/21) oproščena plačila prispevkov (zakon podrobneje ureja za katere zaposlene). Isti zakon ureja, da Zavodu za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije pokriva prispevke Republika Slovenija iz proračuna, pri čemer pa kritje prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje ZZZS ni urejeno. S predlagano rešitvijo se zagotovi, da imajo tudi prispevki za obvezno zdravstveno zavarovanje plačnika.

Predlog zakona še nadalje ohranja ZZZS kot edinega nosilca obveznega zdravstvenega zavarovanja v Republiki Sloveniji in statusno obliko javnega zavoda, saj gre za pravno osebo, ki izvaja javno službo (na področju socialnih zavarovanj, kjer je vloga države aktivna) v javnem interesu in katerega ustanoviteljica

je Republika Slovenija. Nosilci socialnih zavarovanj v smislu prava EU niso podjetja in zanje ne veljajo pravila konkurence na notranjem trgu. Tudi Sodišče EU in Evropska komisija sta mnenja, da nosilci obveznega zdravstvenega zavarovanja izpolnjujejo povsem socialno funkcijo, če njihove naloge in služba temeljijo na načelu nacionalne solidarnosti, če so organizirani neprofitno in če so dajatve opredeljene v zakonu in neodvisne od višine prispevkov, ki jih zavarovane osebe oziroma drugi v njihovem imenu vplačujejo.

Predlagatelj ocenjuje, da bi več nosilcev socialnih zdravstvenih zavarovanj slabilo pogajalsko moč napram izvajalcem zdravstvene dejavnosti. Vprašljivo je namreč, ali bi za paciente res pomenilo kakšno večjo kakovost zdravstvenih storitev. Zelo verjetno bi povzročilo le višje (materialne) stroške zaradi več upravljaljskih struktur, stroškov oglaševanja, vprašanja ureditve proste izbire med nosilci, hkrati pa izjemno kompleksnost upravljanja zaradi zahteve po izravnalni shemi na nivoju celotne države. Več nosilcev socialnih zdravstvenih zavarovanj znotraj iste države lahko vodi tudi v neenakosti med pacienti z enakimi potrebami po zdravstvenih storitvah, saj ima vsak nosilec svoje pogodbene partnerje (in različne metode zdravljenja), s čimer se dejansko zmanjšuje obseg pravice do proste izbire izvajalca zdravstvene dejavnosti oziroma storitev, različne pa so lahko tudi čakalne dobe in s tem dostopnost do zdravstvenega varstva. Republika Slovenija je relativno majhna država, za katero je po mnenju predlagatelja najbolj primerno in ustrezno, da ima enega in edinega nosilca obveznega socialnega zdravstvenega zavarovanja. Do enakih zaključkov je vodila analiza zdravstvenega sistema v Republiki Sloveniji iz leta 2015, ki jo je Ministrstvo za zdravje pripravilo v sodelovanju s Svetovno zdravstveno organizacijo in Observatorijem za zdravstvene sisteme in politike.⁵

Izrecno se določa, da ZZZS s stečajem ne more prenehati (obstaja naprej). ZZ že uvodoma v 1. členu opredeljuje, da je organizacija, ki se ustanovi za opravljanje dejavnosti socialnega zavarovanja in katere cilj opravljanja dejavnosti ni pridobivanje dobička, (javni) zavod. ZZ nadalje v 55. členu določa, da lahko javni zavod, če ustanovitelj na podlagi zakona ali akta o ustanovitvi ne odgovarja za obveznosti, preneha na podlagi stečaja. Predlagatelj zakona posebnega akta o ustanovitvi ZZZS ne predvideva. Ker ne želi, da bi v tem primeru ZZZS na podlagi splošne ureditve (op.: ker je določeno, da se glede vprašanj, ki niso določena s tem zakonom, uporablja ZZ) prenehal v primeru stečaja, je predlagatelj izrecno določil, da do stečaja ne pride.

Predlog zakona uvaja profesionalizacijo vodenja in upravljanja ZZZS na način, da izrecno določa pogoje za generalnega direktorja, njegovo odgovornost, pristojnosti in tudi pogoje za predčasno razrešitev. Pri tem velja posebej izpostaviti novo zahtevo glede kompetenc, znanja in strokovne usposobljenosti, ki je potrebna za vodenje ZZZS. To se nanaša na ustrezna znanja oziroma delovne izkušnje s področja zdravstva, dolgotrajne oskrbe, ekonomije, upravljanja ali prava, od tega najmanj pet let delovnih izkušenj na vodilnem delovnem mestu. Poglavitne rešitve predloga zakona so torej določitev dodatnih pogojev, ki jih mora izpolnjevati oseba, ki v ZZZS opravlja poslovodno funkcijo in funkcijo upravljanja (član skupščine).

Uvaja se optimizacija sklepanja pogodb z izvajalci zdravstvene dejavnosti z vidika pristojnosti posameznih deležnikov. ZZZS kot aktivni kupec mora slediti potrebam zavarovanih oseb ter pri tem upoštevati staranje populacije in razvoj medicinske stroke. Uvajanje novih zdravstvenih tehnologij mora temeljiti na dokazih o njihovi stroškovni učinkovitosti. Na teh podlagah in na podlagi usmeritev zdravstvene politike je ZZZS dolžan:

- redno posodabljeni ceniki in obračunske modele,
- izvajati redne stroškovne analize,
- določati realne, stroškovno utemeljene cene,
- javno objavljati podatke o porabi sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- povečati učinkovitost nadzora, zlasti z vidika utemeljenosti opravljenih in obračunanih storitev, utemeljenosti napotitev v bolniški stalež, predpisanih zdravil in medicinskih pripomočkov.

Predlog zakona daje podlago za večjo pristojnost ZZZS pri nadzoru izvajalcev zdravstvenih storitev. S predlogom zakona se spreminjajo določila, ki urejajo nadzor nad izvajalci. Za namen učinkovite porabe sredstev obveznega zavarovanja in zagotavljanja storitev Zavod izvaja redni in izredni nadzor pri pogodbenih partnerjih Zavoda, in sicer v obliki:

⁵ [SLO -analiza_ZS_povzetek_in_kljucne_ugotovitve_lektorirana_verzija.pdf](#)

- zavarovalniškega nadzora nad izpolnjevanjem pogodbenih obveznosti, drugih dogovorov, splošnih aktov Zavoda ter druge predpise, ki urejajo obvezno zavarovanje in pravila obračuna zdravstvenih storitev,
- zavarovalniško medicinskega nadzora nad smotnostjo in skladnostjo izvedenih in obračunanih storitev ter nad primernostjo napotovanja med istimi ali različnimi ravni zdravstvene dejavnosti,
- nadzora nad predpisovanjem, izdajanjem in zaračunavanjem zdravil, živil za posebne zdravstvene potrebe oziroma medicinskih pripomočkov.

ZZZS bo pooblaščen, da nadzira, ali so sicer strokovne, kakovostne in varno izvedene zdravstvene storitve tudi utemeljene (tj. ustrezne za doseg cilja zdravljenja, zadostne, ne prekomerne in ekonomične). Izvajalci zdravstvene dejavnosti namreč lahko sami vplivajo na število izvedenih zdravstvenih storitev (in s tem na višino plačil iz obveznega zdravstvenega zavarovanja), posledično pa na čakalne dobe in dostopnost do zdravstvenega varstva. Izvajalci zdravstvene dejavnosti morajo po mnenju predlagatelja varovati ne le interese pacientov, temveč tudi solidarne skupnosti zavarovanih oseb obveznega zdravstvenega zavarovanja. Strokovno namreč ni dopustno, da zdravnik napoti pacienta na specialistično zdravstveno storitev na njegovo željo, temveč mora o tem v vsakem konkretnem primeru strokovno presoditi, upoštevajoč medicinske smernice. Načelo gospodarnosti ravnanja s sredstvi obveznega zdravstvenega zavarovanja mora biti vgrajeno v ravnanje zdravnikov in drugih izvajalcev zdravstvenih storitev. Predlog zakona določa, da storitev, ki za uspeh zdravljenja niso potrebne, ali so negospodarne, zavarovana oseba ne more (upravičeno) zahtevati, zdravnik (ali drug izvajalec zdravstvenih storitev) jih ne sme izvesti, ZZZS pa ne plačati.

Predlog zakona poudarja vlogo ZZZS kot aktivnega kupca, saj mora biti glavni partner pri dogovarjanju o količini, kakovosti in ceni zdravstvenih storitev. V pristojnost ZZZS ne sodi samo zbiranje sredstev, temveč tudi razporejanje sredstev med izvajalce zdravstvene dejavnosti. S predlogom zakona se izrecno določa, da mora ZZZS avtonomno oziroma samostojno pripravljati in posodablja obračunske modele in določati cene storitev na podlagi stroškovnih študij in podatkov izvajalcev. S tem se sledi načelu gospodarnega upravljanja s sredstvi. Dodatno predlog zakona na novo ureja način in sam proces dogovarjanja o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev, pri čemer se glavna teža da ZZZS, da se kot kupec zdravstvenih storitev sam dogovori z izvajalci oz. njegovimi pogodbenimi partnerji glede programa. Upošteva, da se program pripravi tudi na podlagi smernic zdravstvene politike, je edina vloga Ministrstva za zdravje oz. Vlade Republike Slovenije, da na ta program da soglasje, pri čemer ministrstvo predhodno preveri ali program vsebuje vse smernice in ima možnost, da zahteva dopolnitev.

S predlogom zakona se določa tudi natančnejša in preglednejša opredelitev skupin zavarovancev, razširitev kroga oseb, vključenih v obvezno zdravstveno zavarovanje (npr. rejniki, oskrbovalci, tujci z določenim statusom), ter črtanje zastarelih ali podvojenih določb. Ureditev se usklajuje z drugimi predpisi s področja socialnega varstva in evropskim pravnim redom ter preprečuje dvojno zavarovanje oseb, ki so že vključene v mednarodne zavarovalne sheme, s čimer prispeva k večji učinkovitosti, pravičnosti in preglednosti zdravstvenega sistema.

3. OCENA FINANČNIH POSLEDIC PREDLOGA ZAKONA ZA DRŽAVNI PRORAČUN IN DRUGA JAVNA FINANČNA SREDSTVA

Pri oceni finančnih posledic zakona za državni proračun in druga javna finančna sredstva smo upoštevali (podatki so na letni ravni):

- financiranje izobraževalne in raziskovalne dejavnosti izvajalcev (terciar I), vključno z vodenjem nacionalnih registrov v višini 38,5 milijonov eurov;
- financiranje priprav zdravstvenih zavodov na delo v posebnih pogojih ob naravnih in drugih nesrečah v višini 2,5 milijonov eurov;
- financiranje nalog Zavoda Republike Slovenije za transfuzijsko medicino v višini 1,5 milijonov eurov;
- refundacije plačila prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje za zaposlene v invalidskih podjetjih s strani državnega proračuna Republike Slovenije za financiranje blagajne zdravstvenega zavarovanja glede na dosedanje oprostitve plačila prispevkov za ZZ za invalidska podjetja v višini 36 milijonov eurov;
- plačilo pavšalnega prispevka za zdravstveno zavarovanje za otroke v višini 200 milijonov eurov;

- plačilo prispevkov za zdravstveno zavarovanje za osebe, ki jim je Slovenija priznala status begunca ali subsidiarno zaščito v skladu s predpisi o mednarodni zaščiti v višini 0,23 milijonov eurov;
- plačilo prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje za osebe s stalnim prebivališčem v Sloveniji, ki prejemajo trajno denarno pomoč v višini 0,12 milijonov eurov;
- plačilo prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje za osebe uživalcev priznavalnin po predpisih o varstvu udeležencev vojn v višini 0,007 milijonov eurov;
- plačilo prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje za osebe, ki jim je Center za socialno delo priznal pravico do plačila prispevkov za obveznega zdravstvenega zavarovanja v višini 13,6 milijonov eurov;
- obveznost plačila obveznega zdravstvenega zavarovanja za osebe s stalnim prebivališčem v Sloveniji, ki prejemajo pokojnino od tujega nosilca pokojninskega zavarovanja, če z mednarodno pogodbo ni določeno drugače, v višini 0,54 milijonov eurov;
- plačila prispevkov za zdravstveno zavarovanje za osebe s stalnim prebivališčem v Sloveniji, če ne izpolnjujejo pogojev za zavarovanje po eni izmed drugih točk prvega odstavka 15. člena predloga ZZVZZ in si same plačujejo prispevek (povišanje obstoječega prispevka) v višini 18 milijonov eurov;
- plačilo stroškov prevoza posmrtnih ostankov zavarovane osebe iz tujine v Republiko Slovenijo v višini 0,0003 milijonov evrov;
- financiranje izvajanja zunajbolnišnične službe nujne medicinske pomoči, službe helikopterske nujne medicinske pomoči in dispečerske službe zdravstva v višini 115 milijonov eurov.

Skupna ocena finančnih posledic, ki bremenijo proračun Republike Slovenije, znaša 423,657 milijonov eurov na letni ravni. Skupna ocena finančnih posledic v korist ZZS znaša 439,694 milijonov eurov na letni ravni.

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

Sredstva, ki bremenijo proračun Republike Slovenije, se v letu 2026 zagotovijo v okviru finančnega načrta Ministrstva za zdravje, in sicer s prerazporeditvijo iz postavke Stabilizacija financiranja zdravstvenega varstva, Stabilizacija fin. zdr. varstva (66. člen Zakona o izvrševanju proračunov Republike Slovenije za leti 2025 in 2026 (Uradni list RS, št. 104/24 in 17/25 – ZFO-1E) in ostalih pristojnih ministrstev, v višini 298,4576 milijonov eurov.

Razlika med presežnimi sredstvi prihodkov ZZS nad odhodki v breme proračuna Republike Slovenije v višini 16,0394 milijonov eurov je iz naslova zvišanja prispevkov s strani oseb s stalnim prebivališčem v Sloveniji, če ne izpolnjujejo pogojev za zavarovanje po eni izmed drugih točk prvega odstavka predloga 15. člena ZZVZZ in si same plačujejo prispevek, ter iz naslova obveznost plačila obveznega zdravstvenega zavarovanja za osebe s stalnim prebivališčem v Sloveniji, ki prejemajo pokojnino od tujega nosilca pokojninskega zavarovanja, če z mednarodno pogodbo ni določeno drugače.

V letu 2025 je na podlagi 66. člena Zakona o izvrševanju proračunov Republike Slovenije za leti 2025 in 2026 (Uradni list RS, št. 104/24) za določene namene zagotovljenih do 420 milijonov eurov. V letu 2024 je bil zagotovljen enak znesek za enake namene na podlagi 76. člena Zakona o izvrševanju proračunov Republike Slovenije za leti 2024 in 2025 (Uradni list RS, št. 123/23, 12/24 in 104/24 – ZIPRS2526).

S predlogom zakona se zagotovi trajni vir ZZS za točno določene namene.

5. PRIKAZ UREDITVE V DRUGIH PRAVNIH SISTEMIH IN PRILAGOJENOSTI PREDLAGANE UREDITVE PRAVU EU

Predlog zakona ni predmet usklajevanja s pravnim redom EU. Ne glede na to predlagatelj pojasnjuje, da je v povezavi z urejanjem predmetnega področja vendarle relevanten tudi kontekst prava EU, in sicer pri postavljanju in urejanju sistemov javnega zdravstvenega varstva. Slovenski sistem zdravstvenega zavarovanja, ki ga upravlja in izvaja ZZS, je glede na merila prava EU, kakor jih je v svoji sodni praksi opredelilo Sodišče EU, treba uvrstiti med storitve splošnega negospodarskega pomena, in sicer kot shemo na področju socialne varnosti, saj izpolnjuje vsa merila po sodni praksi Sodišča EU za takšno

opredelitev. Udeležba v shemi je namreč obvezna,⁶ shema zdravstvenega zavarovanja ima izključno socialni namen,⁷ shema je nepridobitna,⁸ izplačana podpora oziroma vrednost zagotovljenih storitev ni odvisna od prispevkov⁹ in ni (nujno) sorazmerna s prihodki zavarovanca.¹⁰

Prikaz ureditve v drugih pravnih sistemih

Švicarska konfederacija

Sistem zdravstvenega varstva v Švicarski konfederaciji (v nadaljnjem besedilu: Švica) je zelo decentraliziran. Ključno vlogo pri njegovem delovanju imajo kantoni. Sistem se financira z vpisnimi premijami, davki (večinoma kantonskimi), prispevki za socialno zavarovanje in plačili iz lastnega žepa.

Rezidenti morajo biti najpozneje v treh mesecih od rojstva oziroma od začetka prebivanja v Švici zavarovani za zdravstveno oskrbo z dovolilnico MHI (imenovano tudi osnovno zdravstveno zavarovanje). Rezidenti zavarovanje sklenejo sami, in sicer pri eni izmed zasebnih neprofitnih zavarovalnic, ki jih odobri in nadzoruje Zvezni urad za javno zdravje (v nadaljnjem besedilu: FOPH). Izpolnjevanje zavarovalne obveznosti nadzorujejo kantoni.

Obvezno zdravstveno zavarovanje zajema širok razpon storitev, ki jih določa zvezni zakon (obravnave pri večini zdravnikov, bolnišnično zdravljenje, zdravila in medicinske pripomočke, nekatere preventivne terapije, nego na domu, zdravstvene storitve v dolgotrajni oskrbi in fizioterapijo). Financira se s premijami, običajno mesečno, a se izračunajo na dnevni osnovi. Premije se razlikujejo glede na kraj prebivališča in starostno kategorijo zavarovanca. Mesečno premijo lahko znižajo izbirni modeli, kot so HMO, GP ali Talmed. Če je premija obveznega zdravstvenega zavarovanja višja od 8 % zavarovančevega dohodka, razliko sofinancira kanton, v katerem zavarovanec stalno prebiva. Pomoč pri plačilu obveznega zdravstvenega zavarovanja dobijo tudi prejemniki socialnih transferjev.

Odrasli poleg (so)zavarovanja prispevajo k stroškom zdravljenja tudi preko:

- sistema letnega pribitka ali odbitka (t. l. franšiza), ki znaša od najmanj 300 švicarskih frankov (cca. 320 eurov) do največ 2500 švicarskih frankov (cca. 2.670 eurov). Višino odbitka izbere zavarovanec, višji odbitek pa omogoča nižje premije;
- doplačila v višini najmanj 10 % za stroške, ki presegajo odbitek do zneska v višini 700 švicarskih frankov (cca. 750 eurov) na leto. Ta doplačila se ne nanašajo na zdravila.

FOPH je odobril približno 50 skladov zdravstvenega zavarovanja. Poleg obveznega zdravstvenega zavarovanja lahko ponujajo tudi sklenitev zasebnega dopolnilnega zavarovanja. Slednje krijejo storitve, ki jih obvezno zdravstveno zavarovanje ne zagotavlja, večjo izbiro zdravnikov in boljše bolnišnične namestitve.

Kar zadeva socialno varnost, zdravstveno in nezgodno službo nadzoruje Zvezni urad za javno zdravje, ki je del Zveznega ministrstva za notranje zadeve. Socialno zdravstveno zavarovanje je razdeljeno na dva dela, in sicer zdravstveno zavarovanje, ki je obvezno za vse prebivalce, in dnevno nadomestilo, ki je prostovoljno.

Nezgodno zavarovanje in zavarovanje za poklicne bolezni krije vse vrste poškodb in poklicnih bolezni, in je obvezno za zaposlene ter prostovoljno za samozaposlene. Tisti, ki niso zavarovani za poškodbe po zakonu, ki ureja nezgodno zavarovanje, so zavarovani v okviru zdravstvenega zavarovanja. Zdravstveno zavarovanje upravljajo priznani zdravstveni skladi in zasebne zavarovalnice, pooblaščenice za izvajanje socialnega zdravstvenega zavarovanja.

Združeno kraljestvo Velike Britanije in Severne Irske

V Združenem kraljestvu Velike Britanije in Severne Irske (v nadaljnjem besedilu: Združeno Kraljestvo) nimajo sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki bi bil primerljiv s slovenskim. Zagotavljanje zdravstvenih storitev je organizirano kot centralizirana nacionalna zdravstvena služba. Upravlja ga ministrstvo, pristojno za zdravje, v okviru katerega deluje oddelek Nacionalne zdravstvene službe (National Health Service, v nadaljnjem besedilu: NHS). NHS hkrati opravlja dve ločeni nalogi – organizira

⁶ Združeni zadevi C-159/91 in C-160/91, Poucet in Pistre, Recueil, str. I-637, točka 13.

⁷ Zadeva C-218/00, Cisal in INAIL, Recueil, str. I-691, točka 45.

⁸ Združene zadeve C-264/01, C-306/01, C-354/01 in C-355/01, AOK Bundesverband, Recueil, str. I-2493, točke 47 do 55.

⁹ Združeni zadevi C-159/91 in C-160/91, Poucet in Pistre, točke 15 do 18.

¹⁰ Zadeva C-218/00, Cisal in INAIL, točka 40.

sistem in zagotavlja zdravstvene storitve. Deluje na podlagi posebne strukture, tj. strateških zdravstvenih oblasti (strategic health authorities), ki so odgovorne za vse zdravstvene storitve na svojem območju, vključno z oceno lokalnih zdravstvenih potreb in sprejemanjem lokalnih zdravstvenih strategij. NHS je največji ponudnik zdravstvenih storitev in večina bolnišnic spada pod njeno okrilje.

Državljanom in osebam, ki imajo pravico do bivanja na ozemlju Združenega kraljestva, je omogočen brezplačen dostop do zdravstvene oskrbe. Navedene osebe dobijo edinstveno številko NHS, ki jo nekatere službe NHS zahtevajo na mestu registracije. Na ta način jim je omogočen dostop do splošnih zdravnikov in zobozdravnikov, bolnišnic in specialističnih storitev. Košarica pravic ni natančno določena, temelji na nalogi ministrstva, pristojnega za zdravje, da zagotavlja in širi vrsto in obseg pravic za vse, ki jih potrebujejo. Prebivalci imajo pravico do preventivnih storitev, cepljenja, primarnega, bolnišničnega in ambulantnega specialističnega zdravljenja in storitev, storitev na področju duševnega zdravja, dolgotrajne nege, načrtovanja družine, rehabilitacije in fizioterapije ter zdravljenja in nege na domu. Doplačila obstajajo v omejenem obsegu. Plačilo zobozdravstvenih storitev je v celoti krivo za nosečnice, matere, ki so rodile v zadnjih 12 mesecih, osebe mlajše od 18 let in mlajše od 19 let, ki se izobražujejo, ter osebe, ki so prejemniki obveznosti, za katere se zahteva premoženjski cenzus. Za preostale prebivalce so določene tri stopnje doplačil v višini 25 eurov, 70 eurov in 301 euro, odvisno od potrebnega zobozdravstvenega zdravljenja. Prebivalci imajo pravico do zdravil, katerih vrednost je v celoti kriva za osebe, mlajše od 16 let, za osebe od 16 do 18 let, ki se izobražujejo, za osebe, starejše od 60 let, nosečnice, matere, ki so rodile v preteklih 12 mesecih, vojne veterane in osebe z nizkimi dohodki. Za preostale prebivalce je predvideno doplačilo 11 eurov za predpisano zdravilo, pri čemer lahko osebe, ki večkrat potrebujejo zdravila, kupijo predplačniški certifikat za zdravila za tri mesece (39 eurov) ali celo leto (141 euro), ki krije znesek doplačil in omogoča prihranek. Na ta način je 90 % predpisanih zdravil brezplačnih. Prebivalci imajo ob doplačilih tudi pravico do protez, očal in slušnih pripomočkov. V nekaterih primerih je prevoz v bolnišnico brezplačen.

Sredstva za NHS se zagotavljajo iz davčnega sistema, s tem ko posamezniki plačujejo prispevke za nacionalno zavarovanje. Vlada Združenega kraljestva za zdravstveno varstvo v Angliji dodeli določen proračun, medtem ko Škotska, Wales in Severna Irska prejmejo splošno skupinsko subvencijo za javno porabo, ki se razdeli v skladu s prednostnimi nalogami financiranja, ki jih določi posamezna decentralizirana vlada.

Poleg NHS ostajajo tudi zasebni zdravstveni programi za tiste, ki se odločijo za dostop do zasebnih zdravnikov itd. Pri teh storitvah je čakalna doba običajno krajša. Osebe, ki so vključene v te programe, imajo hkrati dostop tudi do NHS.

Predstavitel Odbora NHS Anglija: to je najvišja struktura za sprejemanje odločitev v NHS Anglija. Za svoje odločanje si je pridržal ključne odločitve in zadeve, vključno s strateško usmeritvijo, nadzorom nad uresničevanjem dogovorjene strategije, pristopom k tveganjem ter določanjem kulture in vrednot organizacije.

Ključne odgovornosti, ki podpirajo strateško vodenje organizacije s strani odbora, vključujejo:

- odobritev poslovnega načrta in spremljanje uspešnosti v primerjavi z njim,
- odgovornost organizacije za uspešnost in pravilno delovanje organizacije (vključno z delovanjem v skladu s pravnimi in upravljavskimi zahtevami);
- določanje, katere odločitve bo sprejemal in katere bo prenesel na izvršni organ prek sistema prenosa pooblastil;
- zagotavljanje visokih standardov korporativnega upravljanja in osebnega ravnanja;
- zagotavljanje učinkovitega finančnega upravljanja;
- spodbujanje učinkovitega dialoga med NHS Anglija, vladnimi službami, drugimi neodvisnimi organi, partnerji, integriranimi sistemi oskrbe, organizacijami, ki jih sestavljajo, in skupnostmi, ki jim služijo.

Člani odbora so neizvršni direktorji (predsednik, dva namestnika predsednika in 9 neizvršnih direktorjev) in izvršni direktorji (glavni izvršni direktor NHS, glavni finančni direktor, nacionalni medicinski direktor, glavni direktor zdravstvene nege).

Člani upravnega odbora imajo vrsto dopolnilnih znanj in izkušenj na področjih, kot so finance, upravljanje in zdravstvena politika.

Prikaz ureditve v pravnem redu EU

Republika Avstrija

Republika Avstrija (v nadaljnjem besedilu: Avstrija) spada med države s sistemom zdravstvenega zavarovanja z večjim številom zavarovalnic in z avtomatsko pripadnostjo določeni zavarovalnici. Zavarovanci torej nimajo možnosti izbire zavarovalnice. Obvezno zavarovaje za celotno državo ureja zvezni Zakon o socialnem zavarovanju (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG), ki pa ne določa nabora medicinskih postopkov in storitev, vključenih v sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja. V 133. členu določa le, da mora biti zdravljenje zadostno in ustrezno, vendar ne sme presegati tistega, kar je potrebno. Na ta način so v Avstriji pokrite tiste zdravstvene storitve (in tako dolgo), kot jih zagotavlja pooblaščen ponudnik storitve.

Obvezno so zdravstveno zavarovani zaposleni in samozaposleni, njihovi vzdrževani družinski člani pa so zaščiteni s t. i. sozavarovanjem v zdravstvenem zavarovanju. Obvezno zdravstveno zavarovanje se skoraj v celoti financira s prispevki za zavarovanje, povezanimi z dohodki, ki jih plačujejo zaposlene osebe, njihovi delodajalci in prispevki, ki jih plačujejo samozaposlene osebe.

Socialno zavarovanje je organizirano v obliki neodvisne javne uprave. Decembra 2018 je bil sprejet Zakon o organizaciji socialnega zavarovanja (SV-OG), ki je združil obstoječe nosilce socialnega zavarovanja, tako da zdaj obstaja le pet nosilcev socialne varnosti: Zavod za pokojninsko zavarovanje (PVA), Avstrijski zavod za zdravstveno zavarovanje (ÖGK), Zavod za nezgodno zavarovanje (AUVA), Zavod za socialno varnost samozaposlenih (SVS) in Zavod za zavarovanje javnega sektorja in železniških podjetij (BVAEB). Vsi so združeni v Združenju avstrijskih nosilcev socialnega zavarovanja, ki je krovna organizacija obveznih zdravstvenih, nezgodnih in pokojninskih zavarovalnic v Avstriji. Ima status pravne osebe javnega prava. Predstavlja in usklajuje interese ter dejavnosti vseh petih avstrijskih zavodov za socialno varnost in ima osrednjo vlogo pri opravljanju upravnih nalog med institucijami na področju socialnega zavarovanja, določanju smernic za spodbujanje učinkovitosti in enotnosti izvršilne prakse institucij socialnega zavarovanja ter usklajevanju izvršilnih dejavnosti institucij socialne varnosti. Vodi jo predstavniki zavarovalnic v neodvisni upravi po načelu »od zavarovancev za zavarovance«. Socialno zavarovanje tako ni pod neposrednim nadzorom države, temveč ga nadzoruje poseben pristojni nadzorni organ. Za zagotovitev končne odgovornosti avstrijske vlade ima minister za socialne zadeve, zdravje, oskrbo in varstvo potrošnikov regulativno pravico nad samoupravnimi organi, ki zadevajo pravne vidike izvajanja socialne varnosti.

Vsak od zgoraj naštetih petih izvajalcev socialnega zavarovanja ima tri različne kolegijske organe: upravni odbor ("Verwaltungsrat") s 7 do 12 člani, skupščino ("Hauptversammlung") s 14 do 42 člani in odbore regionalnih uradov ("Landesstellenausschüsse") s 4 do 10 člani. Število članov se razlikuje glede na nosilca socialnega zavarovanja. Poleg tega so v generalni skupščini predstavniki starejših in predstavniki invalidov brez glasovalne pravice.

Upravni odbor je odgovoren za upravljanje (če ni dodeljeno generalni skupščini ali odboru regionalnega urada), zastopanje in pripravo resolucij, ki se sprejmejo na generalni skupščini. Generalna skupščina sprejema letni proračun, resolucije o letnem poročilu in letnih računovodskih izkazih, resolucije o razrešnici upravnemu odboru/svetu direktorjev in resolucije o statutu in predpisih o zdravstvenem varstvu ter njihovih spremembah. Odbori regionalnih uradov v okviru ciljnega usmerjanja zdravja sodelujejo zlasti pri regionalnem načrtovanju (Zielsteuerung Gesundheit – sistem ciljnega usmerjanja, ki temelji na partnerstvu za načrtovanje, organizacijo in financiranje avstrijskega zdravstvenega sistema) in pogajanjih o skupnih pogodbenih honorarjih z zdravniki, zobozdravniki, babicami, psihologi in psihoterapevti na regionalni ravni. Odbori regionalnih uradov sprejemajo vloge za prejemke in dodeljujejo prejemke iz podpornega sklada. Podporni sklad je finančna rezerva, ki se uporablja za zagotavljanje finančne pomoči posameznikom, ki niso upravičeni do zakonsko določenih prejemkov ali katerih prejemki ne zadostujejo za kritje njihovih potreb. Nenazadnje pa je naloga regionalnih odborov tudi regionalna podpora zavarovancem, delodajalcem in izvajalcem zdravstvenih storitev.

Za vključitev zavarovancev v oblikovanje socialne in zdravstvene politike, se pri nosilcih socialnega zavarovanja oblikujejo neodvisni upravni organi (t. i. samoupravni organi), v katere organizacije delodajalcev, delojemalcev ter samozaposlenih imenujejo svoje predstavnike (t. i. zavarovalne zastopnike). Avstrijska zvezna ustava določa, da se organi samoupravnih organov oblikujejo »izmed svojih članov v skladu z demokratičnimi načeli«. Zato jih sestavlja polovica predstavnikov zavarovancev in polovica predstavnikov delodajalcev. Ti zelo dobro poznajo potrebe in probleme zastopane skupine.

Glavna naloga zavarovalniških zastopnikov je razpravljanje in odločanje, o pomembnih točkah dnevnega reda pa sprejemanje odločitev v odboru. Praviloma se zavzemajo za gospodarno rabo sredstev zavarovancev, vzdrževanje ali širitev nabora storitev ter hitro, socialno, nebirokratsko in zavarovano odločanje. Področje odgovornosti zadevnega samoupravnega organa je določeno z zakonom. Zavarovalnega zastopnika mogoče imenovati v upravni ali deželni odbor.

Organizacija krovnega združenja je zasnovana nekoliko drugače, saj sta pri njej vzpostavljena le upravni odbor ("Konferenz") in generalna skupščina ("Hauptversammlung"), ni pa odborov regionalnih pisarn. Vsak organ sestavljajo predsedniki organov petih zavarovalnic.

Upravni odbor je odgovoren za vodenje poslov, razen če je za to pooblaščen skupščina ali komisija državne agencije, za zastopanje zavarovalnice in za pripravo sklepov na skupščini. Upravni odbor lahko posamezne naloge prenese na predsednika ali vodenje določenih tekočih zadev na urad.

Najpomembnejši nalogi skupščine kot zakonodajnega organa sta proračun in zakonodaja. Skupščina odloča o letnem načrtu (proračunu), letnem poročilu upravnega odbora (ki ga sestavljajo računovodski izkazi, revidirani s strani zapriseženega revizorja, in statistična evidenca) in s tem povezano razrešnico upravnemu odboru. Odločati mora tudi o statutu in zdravstvenih predpisih zavarovalnice ter o njihovih spremembah.

Predstavnik delavcev ima pravico sodelovati na sejah upravnega odbora, skupščine in komisij državne agencije s svetovalnim glasom.

Eden izmed zavodov za socialno varnost, ki delujejo pod okriljem Zveze socialnih zavarovanj je tudi Avstrijski sklad za zdravstveno zavarovanje (Österreichischen Gesundheitskasse; v nadaljnjem besedilu: ÖGK), ki je največja socialna zdravstvena zavarovalnica v Avstriji in s tem glavni upravitelj zdravstvenega zavarovanja v Avstriji.

Pristojnosti ÖGK so:

- financiranje zdravstvenih storitev: zdravstvena in terapevtska oskrba v primeru bolezni (pri registriranih zdravnikih s sklenjenim zdravstvenim zavarovanjem in tudi v bolnišnicah ali zdravstvenih centrih ÖGK),
- nadomestila v primeru nezmožnosti za delo zaradi bolezni (bolniški dopust),
- financiranje zobozdravstvenih storitev,
- financiranje zdravil in medicinskih pripomočkov,
- ugodnosti ob rojstvu otroka (zdravstvene in denarne ugodnosti ter ponudbe za promocijo zdravja),
- promocija zdravja.

Sedež ÖGK je na Dunaju, organiziran pa je tudi regionalno po pokrajinah. ÖGK je razdeljen na štiri glavne oddelke, od katerih vsakega vodi generalni direktor ali namestnik generalnega direktorja. Generalni direktor in njegovi namestniki so odgovorni za specializirane oddelke ali strokovne centre, ki se upravljajo med lokacijami.

Glavne odločitve ÖGK sprejema v skladu z načelom samoupravljanja. V organih odločanja so predstavniki delavcev in delodajalcev iz njihovih interesnih skupin (zbornica dela in gospodarska zbornica). Upravne organe ÖGK sestavljajo predstavniki delavcev in delodajalcev, katerih število in sorazmerna sestava sta urejena z zakonom. Izmed članov izvolijo predsednika iz vrst delojemalcev in delodajalcev, ki predsedniško ali namestniško funkcijo opravljata izmenično po šest mesecev.

Skupščino sestavljajo člani upravnega odbora, predsednica odborov državne agencije in naslednjih 12 članov.

Naloge regionalnega odbora so opredeljene v skladu z enotnimi načeli in smernicami upravnega odbora ÖGK. To med drugim vključuje pogajanja o regionalnih zdravniških honorarjih in kadrovskih načrtih ter obdelavo vlog v podporni sklad in regionalno podporo strankam.

ÖGK se večinoma financira s prispevki za obvezno zdravstveno zavarovanje, ki jih plačujejo zaposleni, delodajalci in upokoјenci. V Avstriji so zaščiteni ne glede na starost ali dohodek.

Zakon o socialni varnosti je pod državnim nadzorom in kontrolo nadzornega organa (BMSGPK), zveznega ministrstva za finance in računskega sodišča, zlasti ker na nekaterih področjih deluje tudi v okviru prenesenega področja delovanja in izvaja dejanja za druge institucije.

Republika Estonija

Estonski sistem zdravstvenega varstva temelji na načelu solidarnosti in enakih pravic zavarovancev. Zavod za zdravstveno zavarovanje se je iz razpršenega zavoda s številnimi regionalnimi enotami in 800 zaposlenimi z reformo preoblikoval v vitko entiteto z 200 zaposlenimi, prenovljenimi procesi dela ter povsem digitalizirano obliko delovanja.

Nosilec zavarovanja je Sklad za zdravstveno zavarovanje (Eesti Haigekassa; v nadaljnjem besedilu EHIF), ki je neodvisna pravna oseba javnega prava, katere namen je zagotavljati ugodnosti iz zdravstvenega zavarovanja, plačevati zdravstvene storitve in zagotavljati nadomestila za škodo zaradi cepljenja ter opravljati druge naloge, povezane z organizacijo zdravstvenih storitev. V ta namen EHIF zagotavljanja nadomestila za začasno nezmožnost za delo, financira in naroča zdravstvene storitve, zdravlila in medicinske pripomočke, določa cene zdravil in medicinskih pripomočkov, ureja zdravstveno zavarovanje estonskih državljanov v tujini, dostop do čezmejnih zdravstvenih storitev, financiranje nujne pomoči nezavarovanim osebam, sklepa pogodbe z izvajalci zdravstvenih storitev in plačuje izvajalce zdravstvene dejavnosti za storitve, določene s pogodbo, organizira izvajanje mednarodnih sporazumov, ki se nanašajo na zdravstveno zavarovanje in zavod, zbira informacije o glavnih dejavnostih izvajanja zdravstvenih storitev, izvaja nadzor nad zdravstvenimi storitvami, njihovo izvedbo in upravičenostjo ter financira aktivnosti za promocijo zdravja in programov za preprečevanje bolezni.

EHIF se financira iz lastnih sredstev, katera sestavljajo delež socialnega davka, sredstva, ki so v državnem proračunu dodeljena finančnemu načrtu zavoda, premije obveznega zavarovanja za nadomestilo škode zaradi cepljenja, prihodek od poslov in drugih pravnih dejanj, donacije, zneski, zbrani od drugih oseb, obresti in drugi prihodki.

Najvišji organ EHIF je nadzorni svet, katerega člani zastopajo interese delodajalcev, zavarovancev in države. Za člana nadzornega sveta imenuje vlada na predlog ministra za socialne zadeve enega uradnika ministrstva za socialne zadeve, pet članov sveta na predlog organizacij, ki zastopajo interese zavarovancev, in pet članov na predlog delodajalskih organizacij. Na predlog odbora za socialne zadeve se imenuje za člana nadzornega sveta enega poslanca. Nadzornemu svetu predseduje minister za socialne zadeve, člani pa izvolijo njegovega namestnika. Nadzorni svet potrjuje štiriletni razvojni načrt, letni proračun, redna poročila, najdaljše čakalne dobe in merila za sklepanje pogodb.

Upravni odbor je vodstveni organ EHIF. Sestavlja ga tri do sedem članov, od katerih je eden predsednik. Upravni odbor je pristojen za opravljanje nalog in obveznosti ter za izvrševanje pravic zdravstvene blagajne, poročanje nadzornemu svetu ter pripravo gradiv in sklepov, ki jih obravnava nadzorni svet.

Republika Finska

V Republiki Finski Zavod za zdravstveno zavarovanje (v nadaljnjem besedilu: Kela) deluje kot vladna agencija z lastno upravo in financami, ki jo nadzoruje finski parlament.

Naloge Kele so zagotavljanje zdravstvenega zavarovanja, osnovne ekonomske varnosti družin z otroki, rehabilitacije, osnovne varnosti za primer brezposelnosti, osnovne socialne pomoči, stanovanjske pomoči, denarne pomoči študentom, invalidnine in osnovne pokojnine.

Financiranje socialnega varstva, ki ga upravlja Kela, temelji na razdelilnem načelu, po katerem se odhodki posameznega leta financirajo iz prihodkov, ustvarjenih v istem letu. Za upravljanje financiranja prejemkov ima Kela nacionalni pokojninski sklad, zdravstveni sklad in splošni sklad socialne varnosti, iz katerih se financirajo prejemki, ki niso kriti iz pokojninskega ali zdravstvenega zavarovanja.

Kelino organizacijo sestavljajo na poslovne in operativne enote.

Poslovnih enot je pet, in sicer:

- Enota za lokalne storitve za stranke,
- Enota za storitve za stranke po vsej državi,
- Enota za storitve IT,

- Enota za informacijske storitve in
- Enota za skupne storitve.

Operativni enoti sta dve, in sicer Enota za podporo vodenju in Enota za komunikacije.

Upravo in delovanje Kele nadzoruje 12 parlamentarnih zaupnikov, ki jih imenuje parlament za dobo štirih let. Pristojni so za imenovanje in razrešitev članov upravnega odbora in revizorjev.

Upravni odbor vodi in razvija delovanje, revizorji pa izvajajo revizijo poslovanja Kele.

Kraljevina Švedska

V Kraljevini Švedski (v nadaljnjem besedilu: Švedska) je zdravstveni sistem večinoma decentraliziran. Na nacionalni ravni oblikuje smernice za zdravstveno varstvo in vodi politično agendo Ministrstvo za zdravje in socialne zadeve, ki tudi nadzoruje dejavnosti na regionalni in lokalni ravni, dodeljuje nepovratna sredstva in ocenjuje storitve.

V področje zdravja, zdravstvene oskrbe in javnega zdravja, je neposredno vključenih več vladnih agencij, med drugim tudi Nacionalni svet za zdravje in socialno varstvo (Socialstyrelsen; v nadaljnjem besedilu: NBHW) in Švedska agencija za socialno zavarovanje (Försäkringskassan; v nadaljnjem besedilu: SIA). NBHW je osrednja vladna svetovalna in regulativna agencija na področju zdravstvenega varstva in socialnih storitev. Pripravlja norme, standarde in smernice na številnih področjih, spremlja razvoj, zbira podatke in izvaja analize. NBHW vodi tudi registre zdravstvenih podatkov in uradne statistike ter več svetovalnih organov in organov odločanja, kot so Pravni svetovalni odbor (Rättsliga rådet), Etični svet (Etiska rådet) in Odbor za nacionalno specialistično zdravstveno varstvo (Nämnden för nationellt högp specialiserad vård). SIA je organ, ki upravlja različne vrste zavarovanj in dajatev, ki sestavljajo socialno zavarovanje na Švedskem. Glavna funkcija v zvezi z zdravjem je nadomestilo za izgubo dohodka zaradi bolezni. Posamezne primere obravnavajo Oddelek za invalidnost in trajno zmanjšano delovno sposobnost, Oddelek za otroke in družine, Oddelek za nacionalno zobozdravstveno oskrbo, mednarodno oskrbo in podporo trgu dela ter Oddelek za zdravstveno zavarovanje. Po vsej državi je približno sto servisnih pisarn za osebna srečanja s strankami. Službeni uradi delujejo v sodelovanju med SIA, švedsko davčno upravo, švedsko agencijo za pokojnine in švedskim javnim zavodom za zaposlovanje. Zaposleni opravljajo storitve, povezane z vsemi štirimi operacijami.

Na regionalni ravni je za zagotavljanje financiranja in zdravstvenega varstva na Švedskem odgovornih 21 okrožnih svetov. Ti sveti, ki jih sestavljajo izvoljeni predstavniki, imajo precejšnjo svobodo pri odločanju o načrtovanju in izvajanju zdravstvenih storitev. Takšna struktura omogoča hitro reševanje regionalnih problemov. Vsaka regija ima tudi izvršni odbor ali odbor bolnišnic, ki je pristojen za strukture bolnišnic in z njimi povezano upravljanje.

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

Košarica storitev ni opredeljena. Javno financirani zdravstveni sistem zagotavlja javno zdravstvo in preventivo, primarno in sekundarno zdravstveno varstvo, urgentno medicino, zdravila na recept, varstvo duševnega zdravja, rehabilitacijo, varstvo invalidov, prevoze, nego na domu in dolgotrajno oskrbo vključno z oskrbo v domovih za starejše, zobozdravstvo in optometrijo za otroke in mlade in v omejenem obsegu zobozdravstveno varstvo za odrasle. Obstajajo tudi doplačila za obiske pri splošnem zdravniku, specialistu, za dneve ležanja v bolnišnici, za zdravila in nekatera druga doplačila.

Nacionalni sistem zdravstvenega varstva se financira iz davkov in sredstev nacionalne vlade. Večina švedskega zdravstvenega sistema se financira iz javnih sredstev. Teoretično obstajajo tako javni kot zasebni ponudniki zdravstvenih storitev, čeprav oboji običajno ponujajo subvencionirano zdravljenje v okviru državnega javnega zdravstvenega sistema.

Pacienti sicer plačujejo pristojbine, vendar je njihov znesek omejen. Če bolniki ta znesek presežejo, država krije vse prihodnje stroške.

Zvezna republika Nemčija

Nemški zdravstveni sistem pogosto velja za enega najboljših zdravstvenih sistemov na svetu, saj prebivalstvu ponuja splošno zdravstveno zavarovanje in celovito košarico ugodnosti s primerljivo nizkimi

zahtevami po delitvi stroškov. Omogoča dober dostop do oskrbe s prosto izbiro izvajalca in kratkimi čakalnimi dobami, kar je deloma posledica dobre infrastrukture z gosto mrežo ambulantnih zdravnikov in bolnišnic ter kvantitativno visoke ravni zagotavljanja storitev. Na drugi strani se nemški zdravstveni sistem na lestvicah porabe na prebivalca med državami EU uvršča med najdražje, glede na velik obseg oskrbe pa se pojavljajo vprašanja o preveliki ponudbi storitev ter razmeroma zmernih rezultatih na področju zdravja in kakovosti.

Zdravstveno zavarovanje je v Zvezni republiki Nemčiji (v nadaljnjem besedilu: Nemčija) obvezno in se zagotavlja bodisi v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja (Gesetzliche Krankenversicherung; v nadaljnjem besedilu: GKV), bodisi prek nadomestnega zasebnega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu: PKV). GKV zagotavlja zanesljivo zdravstveno varstvo skoraj 90 % prebivalstva.

Upravljanje zdravstvenega sistema v državi je zapleteno in decentralizirano: razdeljeno je med zvezno in državno raven ter korporativna telesa samouprave. Medtem ko zvezna raven določa splošni pravni okvir, so državne vlade odgovorne za načrtovanje bolnišnic in javne zdravstvene storitve ter so na primer prevzele vodilno vlogo pri izvajanju ukrepov za odziv na pandemijo COVID-19.

Sistem GKV deluje po načelu solidarnosti. GVK pokriva široko košarico ugodnosti, ki precej presega osnovne storitve, ugodnosti pa so enake za vse zavarovance. Financira se iz prispevkov in zvezne subvencije. Prispevki temeljijo na finančnih zmožnostih zavarovancev, zdravstvene storitve pa so za vse enake. Približno 100 trenutno delujočih skladov zdravstvenega zavarovanja nato zagotavlja potrebne zdravstvene storitve tako svojim članom, ki plačujejo prispevke, kot tudi približno 16 milijonom družinskih članov, ki so prav tako brezplačno zavarovani. Nosilno načelo sistema GKV je torej solidarnostno izenačevanje med zdravimi in bolnimi, premožnimi in manj premožnimi, mladimi in starimi, samskimi in družinami. Zaposleni so običajno zavarovani v splošni pokojninski zavarovanju, vendar se osebe, katerih dohodek je višji od določenega praga ali ki pripadajo določeni poklicni skupini, npr. samozaposleni ali javni uslužbenci, morajo ali se lahko odločijo za vpis v PVK za nadomestno polno kritje. Posamezniki, za katere velja nadomestni PVK, običajno uživajo ugodnosti, ki so enake ali boljše od tistih, ki jih zajema GVK.

V nasprotju z nekaterimi drugimi državami, kot so Združeno kraljestvo, Švedska ali Republika Italija, zdravstvenega varstva v Nemčiji ne zagotavlja izključno vlada ali država. Velja načelo samoupravljanja, kar pomeni, da država zagotavlja pravni okvir, znotraj katerega izvajalci zdravstvenega varstva zagotavljajo zdravstveno varstvo na lastno odgovornost.

Institucije samoupravljanja med drugim vključujejo blagajne obveznega zdravstvenega zavarovanja ter združenja zdravnikov in zobozdravnikov specialistov. So samostojni organi javnega prava.

Od 1. julija 2008 je osrednjo vlogo v nemškem sistemu zdravstvenega zavarovanja prevzelo Nacionalno združenje obveznih skladov zdravstvenega zavarovanja, ki je osrednje združenje nosilcev zdravstvenega zavarovanja na zvezni ravni v skladu s členom 217a knjige nemškega zakonika o socialni varnosti (SGB V). Njegova ustanovitev je posledica zdravstvene reforme, ki je bila sprejeta leta 2007. Je družba javnega prava. Zanj je značilna vitka organizacijska struktura. Ploske hierarhije zagotavljajo, da se izgubi malo informacij in da obstaja visoka stopnja preglednosti, tako pri tokovih od odbora do osebja kot obratno. Njegova naloga je oblikovanje okvirnih pogojev za zdravstveno varstvo v Nemčiji in predstavljanje nosilcev zdravstvenega zavarovanja in zavarovanja za zdravstveno nego na evropski in mednarodni ravni.

Organi nacionalnega združenja skladov obveznega zdravstvenega zavarovanja so skupščina članov, upravni svet, upravni odbor in strokovni svetovadni svet, od katerih ima vsak različno področje delovanja.

V začetni fazi Nacionalnega združenja skladov obveznega zdravstvenega zavarovanja je bila prva naloga skupščine poslancev izvolitev prvega upravnega sveta. V prihodnosti se bo sestal, če se bodo morali organi nacionalnega združenja skladov obveznega zdravstvenega zavarovanja zaradi socialnih volitev ponovno vzpostaviti v redni skupščini poslancev; če upravni svet iz pomembnega razloga odloči za ustno predstavitev svojega letnega poročila članom skupščine prek namestnikov ali če želi upravni svet pridobiti glasovanje skupščine članov.

Upravni svet Nacionalnega združenja skladov obveznega zdravstvenega zavarovanja ima 52 članov, ki so predstavniki zavarovancev in delodajalcev skladov zdravstvenega zavarovanja. Sprejemajo

zdravstveno in socialno politiko združenja ter strateške odločitve, opredeljujejo cilje za pogodbeni pogajanja v zdravstvenem sistemu, določajo okvirne zahteve za konkurenco med nosilci zdravstvenega zavarovanja glede kakovosti in ekonomske učinkovitosti ter sprejemajo statut in proračun Nacionalnega združenja obveznih skladov zdravstvenega zavarovanja.

Upravni svet sprejema statute in druge določbe nacionalnega združenja obveznih skladov zdravstvenega zavarovanja. Poleg tega mora sprejemati vse odločitve, ki so temeljnega pomena za nosilce zdravstvenega zavarovanja in njihovo nacionalno združenje. To vključuje zlasti temeljna vprašanja zdravstva, dolgotrajne oskrbe in socialne politike, temeljna vprašanja, povezana z razvojem zdravstvenega varstva, sklepanjem pogodb in telematiko. Ustanovljeni so bili štiri strokovni odbori za zagotavljanje strokovne podpore upravnemu svetu in dajanje priporočil v zvezi z njegovimi resolucijami: strokovni odbor za temeljna vprašanja in zdravstveno politiko, strokovni odbor za organizacijo in finance, strokovni odbor za pogodbe in zdravstveno varstvo ter strokovni odbor za preprečevanje, rehabilitacijo in dolgotrajno oskrbo.

Upravni svet izvoli upravni odbor ter med svojimi člani predsednika in namestnika predsednika ter se dogovori o vseh pogodbenih ureditvah. O razdelitvi nalog odbora odloča v soglasju z njim in določa smernice za njegovo delo. Upravni svet vsem skladom članicam predloži letno poslovno poročilo o dejavnostih Nacionalnega združenja skladov obveznega zdravstvenega zavarovanja in določi proračun.

Odbor nacionalnega združenja skladov obveznega zdravstvenega zavarovanja sestavljajo tri osebe, ki svoje delo opravljajo s polnim delovnim časom. Njihov mandat je praviloma šest let. V skladu s smernicami, ki jih izda odbor, vsak član odbora upravlja svoj portfelj na lastno odgovornost. Odbor vodi nacionalno združenje skladov obveznega zdravstvenega zavarovanja ter ga zastopa na sodišču in zunaj njega, razen če zakon določa drugače. Odbor mora upravnemu svetu poročati o izvajanju odločitev, ki so temeljnega pomena, finančnem stanju in verjetnem razvoju. Ob upoštevanju interesov skladov članic in njihovih predstavnikov zagotavlja učinkovit in praktičen način delovanja Nacionalnega združenja skladov obveznega zdravstvenega zavarovanja. Odbor pripravi splošni proračunski načrt. V soglasju s predsedniki upravnega sveta imenuje vodjo urada za samoupravo.

Strokovni svetovadni svet se oblikuje kot posvetovalno telo odbora. Svetuje upravnemu odboru nacionalnega združenja skladov obveznega zdravstvenega zavarovanja; zlasti za zagotovitev potrebne preglednosti med operativno dejavnostjo nosilcev zdravstvenega zavarovanja na eni strani ter pogodbenimi in drugimi nalogami nacionalnega združenja skladov obveznega zdravstvenega zavarovanja na drugi strani. Upravni svet lahko z večino svojih glasov zaprosi strokovni svetovadni svet, da poda izjavo o vprašanih, ki so v pristojnosti upravnega sveta. Člane strokovnega svetovadnega sveta imenuje upravni odbor na predlog upravnega sveta. Upravni odbor nacionalnega združenja skladov obveznega zdravstvenega zavarovanja je član strokovnega svetovadnega sveta in mu predseduje. Sej se lahko udeležijo izmenični predsedniki upravnega sveta nacionalnega združenja skladov obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Skladi zdravstvenega zavarovanja sklepajo pogodbe z izvajalci storitev, zbirajo prispevke zavarovancev in delodajalcev ter urejajo plačila za opravljene storitve. Samoupravni organ sklada obveznega zdravstvenega zavarovanja je upravni odbor. Sestavljajo ga častni predstavniki, ki jih člani in delodajalci izvolijo na volitvah, ki potekajo vsakih šest let. Upravni odbor predvsem odloča o statutu in nadzoruje redno zaposlene člane upravnega odbora, ki so odgovorni za vsakodnevne upravne naloge sklada zdravstvenega zavarovanja.

Zvezni skupni odbor je najvišji organ odločanja skupne samouprave v sistemu zdravstvenega varstva. Sestavljajo ga predstavniki zdravnikov, bolnišnic in zdravstvenih zavarovalnic ter trije nepristranski člani. Da bi okrepili interese bolnikov, kronično bolnih in invalidov, imajo njihovi predstavniki na zvezni ravni pravico sodelovati na posvetovanjih in predložiti predloge. Zvezni skupni odbor razpravlja in odloča o tem, katere storitve so zajete v GKV ter izdaja smernice, ki so zavezujoče za vse zavarovane osebe, sklade obveznega zdravstvenega zavarovanja ter zdravnike in druge izvajalce storitev, ki sodelujejo pri zagotavljanju oskrbe.

6. PRESOJA POSLEDIC, KI JIH BO IMEL SPREJEM ZAKONA

6.1 Presoja administrativnih posledic

a) v postopkih oziroma poslovanju javne uprave ali pravosodnih organov:

Predlog zakona bo imel administrativne posledice na področju poslovanja javne uprave, in sicer:

- ureditev nosilca obveznega zdravstvenega zavarovanja (njegove pristojnosti, oblika, organiziranost idr.).

Z zakonom bo ZZZS postal aktivni kupec zdravstvenih storitev, kar pomeni, da bo proaktivno pristopal k iskanju partnerjev s ciljem zagotovitve kakovostne, varne, strokovne in ekonomsko učinkovite zdravstvene storitve. Tako uporabnik ne bo več objekt v postopkih uveljavljanja in zagotavljanja storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, temveč mu bodo v okviru aktivne vloge ZZZS dostopne hitre storitve brez nepotrebnih administrativnih ovir. ZZZS bo imel vlogo aktivnega kupca, ki bo glavni partner pri dogovarjanju o količini, kakovosti in ceni zdravstvenih storitev, kar pomeni, da bo imel pristojnost avtonomnega določanja in posodabljanja obračunskih modelov na podlagi stroškovnih študij in podatkov izvajalcev, pogodbениh partnerjev.

Sodelovanje izvajalcev z ZZZS bo potekalo v e-obliki, kar pomeni, da bodo izvajalci posredovali zdravstveno dokumentacijo izključno v elektronski obliki prek sistema, ki bo urejal IT področje.

b) pri obveznostih strank do javne uprave ali pravosodnih organov:

Zakon postavlja uporabnika oziroma zavarovano osebo v središče delovanja ZZZS, saj je njegovo delovanje osredotočeno na prijazno, poenoteno in učinkovito komunikacijo z uporabo različnih informacijskih kanalov, kjer se zagotavlja optimalna uporabniška izkušnja. Predvsem se bodo okrepile elektronske storitve za urejanje pravic in ostalih vsebin iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja. Po drugi strani pa se s tem načinom razbremeni zaposlene in je omogočena večja pomoč ranljivejšim skupinam oziroma tistim, ki ne uporabljajo elektronskega poslovanja.

Za izvedbo zakona niso potrebne nove zaposlitve oziroma dodatna izobraževanja ali usposabljanja.

6.2 Presoja posledic za okolje, vključno s prostorskimi in varstvenimi vidiki, in sicer za:

Ni posledic za okolje.

6.3 Presoja posledic za gospodarstvo, in sicer za:

Ni posledic za gospodarstvo.

6.4 Presoja posledic za socialno področje, in sicer za:

Predlog zakona nima posebnih vplivov na socialno področje, saj ne posega v obseg pravic iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja.

6.5 Presoja posledic za dokumente razvojnega načrtovanja, in sicer za:

Ni posledic za dokumente razvojnega načrtovanja.

6.6 Presoja posledic za druga področja:

Ni posledic za druga področja.

6.7 Izvajanje sprejetega predpisa:

/

6.8 Druge pomembne okoliščine v zvezi z vprašanji, ki jih ureja predlog zakona:

/

7. PRIKAZ SODELOVANJA JAVNOSTI PRI PRIPRAVI PREDLOGA ZAKONA:

Gradivo je bilo dne 9. 5. 2025 objavljeno na spletnem portalu eUprava. Rok za podajo pripomb se je iztekel 23. 5. 2025. Predlagatelj je tekom javne razprave prejel več kot 40 odzivov zainteresirane javnosti. Večino komentarjev (32) so podale fizične osebe, ki so se v daleč največji meri (25 komentarjev) odzvale na predlog, da bi lahko ZZZS od zavarovanca ali njegove zavarovalnice zahteval povrnitev stroškov opravljenih zdravstvenih storitev, nastalih zaradi izvajanja prostočasne aktivnosti s povečanim tveganjem

za zdravje in varnost. Mnenja, glede predlaganega člena, so bila različna, tudi diametralno nasprotna. Medtem ko so nekateri podpirali predlagano ureditev oziroma celo predlagali razširitev na druge zdravju nevarne dejavnosti oziroma okoliščine (kajenje, alkoholizem, debelost), so ji drugi v celoti nasprotovali. Ker v trenutku priprave predloga zakona v Republiki Sloveniji še nimamo zakona, ki bi definiral in urejal prostočasne aktivnosti s povečanim tveganjem za zdravje in varnost, je predlagatelj ta predlog umaknil.

Ostale pripombe fizičnih oseb so se prvenstveno nanašale na izvajanje nadzorov, zlasti laičnih. Večinoma je šlo za izvajalce detektivske dejavnosti ali druge poznavalce tega področja, ki jih je zanimalo, kdo bo lahko izvajal laične nadzore in ali izvedba laičnih nadzorov posega v izvajanje detektivske dejavnosti.

Preostale predloge in pobude so podala strokovna oz. interesna združenja, institucije in pravne osebe. Njihovi predlogi so različni, vezano na njihovo delovno oz. interesno področje.

Deležniki so v javni razpravi tudi prepoznali in podprli napore predlagatelja, da opolnomoči ZZSZ za učinkovitejše upravljanje z zbranimi sredstvi, poveča diverzifikacijo in prenese financiranje nalog, ki ne pomenijo neposrednega izvajanja zdravstvenih storitev, na državni proračun.

8. PODATEK O ZUNANJEM STROKOVNJAKU OZIROMA PRAVNI OSEBI, KI JE SODELOVALA PRI PRIPRAVI PREDLOGA ZAKONA, IN ZNESKU PLAČILA ZA TA NAMEN:

Zunanji strokovnjaki oziroma pravne osebe pri pripravi predloga zakona niso sodelovali.

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

- dr. Valentina Prevolnik Rupel, ministrica za zdravje,
- Denis Kordež, državni sekretar na Ministrstvu za zdravje,
- Iztok Kos, državni sekretar na Ministrstvu za zdravje.

II. BESEDILO ČLENOV

1. člen

V Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ, 64/17 – ZZDej-K, 36/19, 189/20 – ZFRO, 51/21, 159/21, 196/21 – ZDOsk, 15/22, 43/22, 100/22 – ZNUZSZS, 141/22 – ZNUNBZ, 40/23 – ZČmIS-1, 78/23 in 32/25 – ZZDej-N) se v 7. členu v prvem odstavku v deseti alineji za besedo »presaditev« doda besedilo »ter naloge Zavoda Republike Slovenije za transfuzijsko medicino, določene v zakonu, ki ureja preskrbo s krvjo, razen storitev, ki jih zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje«.

Na koncu šestnajste alineje se pika nadomesti s podpičjem in dodajo nove, sedemnajsta do triindvajseta alineja, ki se glasijo:

»– izvajanje priprav in ukrepov za organizacijo dela javnih zdravstvenih zavodov, ki so kritični subjekti v skladu z zakonom, ki ureja kritično infrastrukturo, ali so posebnega pomena za obrambo države, ali so izvajalci dodatnih nalog za delovanje v posebnih pogojih ob naravnih in drugih nesrečah, kot jih določa zakon, ki ureja varstvo pred naravnimi ali drugimi nesrečami in niso neposredno vezani na redno opravljanje zdravstvene dejavnosti;

- izobraževalno in raziskovalno dejavnost izvajalcev zdravstvene dejavnosti na terciarni ravni zdravstvene dejavnosti, ki ni financirana iz drugih virov, neposredno ali preko javnih agencij ali drugih oblik (terciar I);
- vodenje zbirk podatkov, kot jih določa zakon, ki ureja zbirke podatkov s področja zdravstvenega varstva in jih upravlja en upravljavec zbirke za področje celotne države;
- plačilo mesečnega prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje v pavšalnem znesku za otroke iz druge alineje prvega odstavka 20. člena tega zakona;
- plačilo stroškov prevoza posmrtnih ostankov zavarovane osebe iz tujine v Republiko Slovenijo v višini dejanskih stroškov v primeru smrti zavarovane osebe med uveljavljanjem pravice do zdravljenja v tujini iz 44.a ali 44.b člena tega zakona;
- izvajanje zunajbolnišnične službe nujne medicinske pomoči, službe helikopterske nujne medicinske pomoči in dispečerske službe zdravstva,
- plačilo prispevkov za obvezno zavarovanje iz prvega in drugega odstavka 74. člena Zakona o zaposlitveni rehabilitaciji (Uradni list RS, št. 16/07 – uradno prečiščeno besedilo, 87/11, 96/12 – ZPIZ-2, 98/14 in 18/21), in sicer prispevek zavarovanca in delodajalca.«.

Za drugim odstavkom se dodajo novi, tretji do sedmi odstavek, ki se glasijo:

»Sredstva za plačilo prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje iz petnajste alineje prvega odstavka tega člena in za plačilo obveznega zdravstvenega prispevka iz četrtega odstavka 48. člena tega zakona, se zagotavljajo v okviru finančnega načrta ministrstva, ki podeli status, na katerega je vezana pravica do oprostitve plačila prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje in obveznega zdravstvenega prispevka oziroma ki odloči o pravici do oprostitve plačila prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje in obveznega zdravstvenega prispevka.

Plačilo pavšalnega mesečnega prispevka iz dvajsete alineje prvega odstavka tega člena zagotavlja ministrstvo, pristojno za zdravje, v višini 50 odstotkov od osnove 5.96 odstotka minimalne plače tekočega leta. Plačilo se izvede četrtletno za obdobje preteklih treh mesecev v 30 dneh po prejemu zahtevka Zavoda za zdravstveno zavarovanje, pri čemer se upošteva število otrok iz druge alineje prvega odstavka 20. člena tega zakona na zadnji dan posameznega meseca, na katerega se nanaša zahtevek.

Plačilo iz dvaindvajsete alineje prvega odstavka tega člena Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije zagotavlja ministrstvo, pristojno za zdravje, v višini, kot ga določa program iz 63. člena tega zakona. Plačilo se izvede četrtletno za obdobje preteklih treh mesecev v 30 dneh po prejemu zahtevka Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

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

Podrobnejši postopek strokovnega vrednotenja, način izbire projektov in drugih aktivnosti, ki so del izobraževalne in raziskovalne dejavnosti izvajalcev zdravstvene dejavnosti na terciarni ravni ter način financiranja iz osemnajste alineje prvega odstavka tega člena določi minister, pristojen za zdravje.«.

2. člen

V 15. členu se v prvem odstavku:

- 1. točka spremeni tako, da se glasi:
»1. osebe:
 - v delovnem razmerju na območju Republike Slovenije;
 - ki so izvoljeni ali imenovani nosilci javne ali druge funkcije v organih zakonodajne, izvršilne ali sodne oblasti v Republiki Sloveniji ali v organih lokalne samouprave, če prejemajo za to funkcijo plačo;
 - v delovnem razmerju pri delodajalcu s sedežem v Republiki Sloveniji, ki so bile napotene na delo v tujino in niso obvezno zavarovane po predpisih države, v katero so bile poslone, če z mednarodno pogodbo ni določeno drugače;
 - ki v skladu s predpisi o pokojninskem in invalidskem zavarovanju prejemajo nadomestilo za poklicno rehabilitacijo med trajanjem delovnega razmerja;«;
- 2. točka črta;
- 3. točka spremeni tako, da se glasi:
»3. osebe, ki so zaposlene:
 - pri mednarodnih organizacijah ali mednarodnih institucijah, tujih diplomatskih ali konzularnih predstavništvi, če je sedež mednarodne organizacije ali mednarodne institucije, diplomatskega ali konzularnega predstavništva v Republiki Sloveniji, če posebni predpis ali mednarodna pogodba ne določa drugače,
 - pri mednarodnih organizacijah ali mednarodnih institucijah, če mednarodne organizacije ali mednarodne institucije nimajo sedeža v Republiki Sloveniji, in delo opravljajo na območju Republike Slovenije, če posebni predpis ali mednarodna pogodba ne določa drugače, ali
 - pri tujih delodajalcih iz tretjih držav brez dvostranskega sporazuma, ki so napotene na delo v Republiko Slovenijo ali delo opravljajo iz Republike Slovenije na daljavo;«;
- 5. točka spremeni tako, da se glasi:
»5. osebe, ki v Republiki Sloveniji samostojno opravljajo pridobitno ali drugo dovoljeno dejavnost;«;
- 6. točka spremeni tako, da se glasi:
»6. osebe, ki so družbeniki gospodarskih družb, ustanovljenih v skladu s predpisi v Republiki Sloveniji, oziroma ustanovitelji zavodov v Republiki Sloveniji in so hkrati v tej družbi oziroma zavodu poslovodne osebe;«;
- 7. točka spremeni tako, da se glasi:
»7. osebe, ki se v skladu s predpisi, ki urejajo pokojninsko in invalidsko zavarovanje, zavarujejo kot kmetje;«;
- 8. točka črta;
- za 8. točko doda nova, 8.a točka, ki se glasi:
»8.a osebe, ki izvajajo rejniško dejavnost kot poklic v skladu s predpisi, ki urejajo izvajanje rejniške dejavnosti;«;
- 9. točka spremeni tako, da se glasi:
»9. brezposelne osebe, ki v skladu s predpisi, ki urejajo trg dela, prejemajo denarno nadomestilo za primer brezposelnosti in osebe, ki imajo pravico do razlike med denarnim nadomestilom za primer brezposelnosti in plačo na javnih delih;«

– za 9. točko doda nova, 9.a točka, ki se glasi:
»9.a osebe, ki prejemajo nadomestilo v skladu z drugim in tretjim odstavkom 34. člena tega zakona;«;

– v 10. točki za besedilom »osebe s stalnim« doda besedilo »ali začasnim«;

– za 10. točko dodata novi, 10.a in 10.b točka, ki se glasita:
»10.a osebe, ki prejemajo nadomestilo iz invalidskega zavarovanja v skladu s predpisi, ki urejajo obvezno pokojninsko in invalidsko zavarovanje, in so vključene v obvezno zavarovanje na podlagi prejetja tega nadomestila;

10.b osebe s stalnim ali začasnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki prejemajo poklicno pokojnino v skladu s predpisi, ki urejajo pokojninsko in invalidsko zavarovanje;«;

– 12. in 13. točka črtata;

– 14. točka spremeni tako, da se glasi:
»14. osebe, ki so dopolnile starost 18 let in niso državljani držav članic Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora ali Švicarske konfederacije, ki se izobražujejo ali izpopolnjujejo v Republiki Sloveniji in je njihov status šolajočega razviden iz Centralne evidence udeležencev vzgoje in izobraževanja (v nadaljnjem besedilu: CEUVIZ) ali Evidence visokošolskih zavodov in študijskih programov (v nadaljnjem besedilu: eVŠ), če niso zavarovani v skladu z drugimi točkami iz tega odstavka, s 15.a členom tega zakona ali z 20. do 22. členom tega zakona;«;

– 16. točka spremeni tako, da se glasi:
»16. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki prejemajo nadomestilo v skladu z zakonom, ki ureja družbeno varstvo duševno in telesno prizadetih odraslih oseb, in osebe, ki prejemajo nadomestilo za invalidnost v skladu z zakonom, ki ureja socialno vključevanje invalidov, če niso zavarovane iz drugega naslova;«;

– 17. točka spremeni tako, da se glasi:
»17. osebe, ki jim je Republika Slovenija priznala status begunca ali subsidiarno zaščito v skladu s predpisi o mednarodni zaščiti, če niso zavarovane iz drugega naslova;«;

– 20. točka spremeni tako, da se glasi:
»20. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, če ne izpolnjujejo pogojev za obvezno zavarovanje v skladu z drugimi točkami iz tega odstavka;«;

– v 21. točka spremeni tako, da se glasi:
»21. osebe, ki jim je po zakonu, ki ureja uveljavljanje pravic iz javnih sredstev, priznana pravica do plačila prispevka za obvezno zavarovanje, če niso zavarovane iz drugega naslova z izjemo prejšnje točke;«;

– v 22. točki v prvem stavku za besedo »naslova« dodata vejica in besedilo »ali priporniki, ki so zavarovanci v skladu z drugimi točkami iz tega odstavka in imajo zadržane pravice v skladu s tem zakonom,« ter črta besedilo »ter obvezno zdravljenje odvisnosti od alkohola in drog«;

– 23. točka spremeni tako, da se glasi:
»23. osebe, ki pridobijo pravico v skladu z zakonom, ki ureja starševsko varstvo, in sicer:
– upravičenci do nadomestila, ki jim je prenehalo delovno razmerje v času trajanja dopusta,
– upravičenci do nadomestila, ki nimajo pravice do dopusta in niso obvezno zavarovani na drugi podlagi,
– upravičenci do plačila prispevkov za socialno varnost za razliko do polnega delovnega časa zaradi pravice do dela s krajšim delovnim časom zaradi starševstva,
– upravičenci do plačila prispevkov za socialno varnost v primeru zapustitve trga dela zaradi nege in varstva štirih ali več otrok,
– upravičenci do delnega plačila za izgubljeni dohodek;«;

– 24. točka spremeni tako, da se glasi:

»24. otroci, ki niso zavarovani kot družinski člani:

- do 18. leta starosti s stalnim ali začasnim prebivališčem v Republiki Sloveniji ali z veljavnim dovoljenjem za začasno ali stalno prebivanje v Republiki Sloveniji, če njihovi starši ne skrbijo zanje,
- ki v času pripora ali prestajanja kazni zapora matere skupaj z materjo bivajo v zavodu za prestajanje kazni zapora, četudi nimajo veljavnega dovoljenja za prebivanje v Republiki Sloveniji in jih ni mogoče vključiti v obvezno zavarovanje kot družinske člane;«;

- 25. točka spremeni tako, da se glasi:

»25. oskrbovalci družinskega člana v skladu z zakonom, ki ureja dolgotrajno oskrbo;«;

- za 25. točko pika nadomesti s podpičjem in doda nova, 26. točka, ki se glasi:

»26. državljani držav članic Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora ali Švicarske konfederacije z začasnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, če niso v skladu s pravnim redom Evropske unije zavarovani v drugi državi članici Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora ali Švicarski konfederaciji.«.

V drugem odstavku se besedilo »6., 7. in 8. točke« nadomesti z besedilom »6. in 7. točke«.

Četrty, peti in šesti odstavek se črtajo.

Za dosedanjim šestim odstavkom se doda novi, sedmi do dvanajsti odstavek, ki se glasijo:

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

Ne glede na določbe tega člena lahko osebe, ki so obvezno vključene v skupni sistem zdravstvenega zavarovanja institucij Evropske unije ali drugih mednarodnih organizacij s predstavništvom v Republiki Sloveniji s stalnim ali začasnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, uveljavljajo pravice do zdravstvene obravnave pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe, kot jo določa zakon, ki ureja zdravstveno dejavnost. Oseba iz prejšnjega stavka pred zdravstveno obravnavo predloži potrdilo o obvezni vključenosti v skupni sistem zdravstvenega zavarovanja, ki ga izda Evropska komisija ali mednarodna organizacija.

Osebo iz prejšnjega odstavka se uvrsti na čakalni seznam v skladu z zakonom, ki ureja pacientove pravice glede na stopnjo nujnosti obravnave, ki jo ob pregledu medicinske dokumentacije določi izvajalec zdravstvene storitve.

Izvajalec iz osmega odstavka tega člena poleg podatkov, kot jih določa zakon, ki ureja pacientove pravice, na čakalnem seznamu vodi podatek o veljavnosti izdanega potrdila o obvezni vključenosti v skupni sistem zdravstvenega zavarovanja.

Oseba iz osmega odstavka tega člena zdravstveno storitev plača v skladu s cenikom, ki ga določi Zavod.

Minister, pristojen za zdravje, za namen dostopnosti do zdravstvene obravnave za osebe iz osmega odstavka tega člena, upoštevajoč zmogljivosti opravljanja vrst zdravstvene dejavnosti v obliki tržne dejavnosti, določi seznam vrst zdravstvene dejavnosti in posameznih zdravstvenih storitev, ki jih izvajalci zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe izvajajo za osebe iz osmega odstavka tega člena.«.

3. člen

Besedilo 15.a člena se spremeni tako, da se glasi:

»Po tem zakonu so obvezno zavarovane tudi osebe, ki:

- so čezmejno v delovnem razmerju, čezmejno opravljajo delo oziroma čezmejno izvajajo dejavnost in se zanje v skladu s pravnim redom Evropske unije uporablja zakonodaja Republike Slovenije ali
- so v drugi državi v delovnem razmerju ali opravljajo samostojno dejavnost in se zanje na podlagi mednarodnih pogodb o socialnem zavarovanju uporablja zakonodaja Republike Slovenije.

Zavarovana oseba iz prejšnjega odstavka plačuje prispevek za delodajalca in zavarovanca po stopnji določeni za delodajalca in stopnji določeni za zavarovanca v skladu z zakonom, ki ureja prispevke za socialno varnost, od osnove, ki je enaka osnovi, za plačilo prispevkov za pokojninsko in invalidsko zavarovanje oziroma po stopnji in od osnove določene v 55.a členu tega zakona.«.

4. člen

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

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

Drugi odstavek se črta.

5. člen

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

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

6. člen

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

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

Na koncu 9. točke se pika nadomesti s podpičjem in doda nova, 10. točka, ki se glasi:

»10. osebe, ki kot prvi posredovalci v sistemu nujne medicinske pomoči izvajajo predpisane ukrepe za ohranitev življenja do prihoda službe nujne medicinske pomoči in do vrnitve na lokacijo, kjer so bili aktivirani, ter med njihovim usposabljanjem.«

7. člen

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

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

- zakonec,
- otroci.

Kot zakonec se šteje tudi:

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

Kot otroci se štejejo:

- zavarovančevi otroci in otroci, ki so z odločbo pristojnega organa nameščeni v družino zavarovanca z namenom posvojitve;
- pastorki, vnuki, bratje, sestre in drugi otroci brez staršev, ki jih je zavarovanec vzel k sebi in jih preživlja, ob pogojih, ki jih določa ta zakon za otroke;
- otroci, ki imajo starše, če so starši popolnoma ali trajno nezmožni za delo, ali če zaradi drugih okoliščin ne morejo skrbeti za otroka in ga preživljati.

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

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

8. člen

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

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

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

9. člen

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

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

Ne glede na prejšnji odstavek je kot družinski član obvezno zavarovan otrok po dopolnjenem 18. letu starosti, če se šola na izobraževalni ustanovi v izobraževalnem programu, ki sodi v izobraževalni sistem te države, in sicer do konca šolanja, vendar najdlje do konca šolskega ali študijskega leta, v katerem dopolni 26 let starosti, kar dokazuje:

- z uradnim potrdilom pristojne izobraževalne ustanove v tujini o vpisu in
- z dokazilom o javni veljavnosti javne izobraževalne ustanove oziroma izobraževalnega programa (na primer izpis iz javno dostopne uradne baze podatkov javno veljavnih izobraževalnih ustanov in programov v državi izobraževanja, potrdilo pristojne institucije v državi izvora izobraževanja o javni veljavnosti izobraževalne ustanove ali izobraževalnega programa.«.

10. člen

V 23. členu se v prvem odstavku 8. točka spremeni tako, da se glasi:

»8. sobivanje

- enega od staršev, rejnika, skrbnika, zakonca ali zunajzakonskega partnerja, če sobiva ob otroku svojega zakonca ali zunajzakonskega partnerja, kadar sobiva v zdravstvenem zavodu ali zdravilišču z zavarovano osebo do vključno 14. leta njene starosti ali do 18. leta njene starosti oziroma dokler traja skrbništvo, če je oseba postavljena pod skrbništvo zaradi zdravstvenega stanja, ki je nastalo pred njeno polnoletnostjo, in sicer v primeru težje okvare ali poškodbe možganov ali hrbtenjače, pri kateri je potrebno usposabljanje za poznejšo medicinsko rehabilitacijo na domu, ali v primeru kronične bolezni ali okvare v času

usposabljanja za poznejšo medicinsko rehabilitacijo na domu, ali v primeru zdravljenja težkega zdravstvenega stanja,

- spremljevalca slepe zavarovane osebe, osebe s posebnimi potrebami, ki potrebuje 24-urno nego in oskrbo, oziroma osebe s statusom po zakonu, ki ureja socialno vključevanje invalidov,«.

V šestem odstavku se:

- v drugem stavku črta beseda »ožjega«,
- tretji stavek črta.

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

11. člen

Besedilo 28. člena se spremeni tako, da se glasi:

»Pravico do nadomestila med začasno zadržanostjo od dela (v nadaljnjem besedilu: nadomestilo) imajo zavarovanci iz prve, druge in tretje alineje 1. točke, 3., 4., 5., 6., 7. in 8.a točke prvega odstavka 15. člena tega zakona.«.

12. člen

V 29. členu se v prvem odstavku v prvi alineji črta beseda »ožjega«.

Tretji odstavek se spremeni tako, da se glasi:

»Ne glede na prejšnji odstavek gre nadomestilo zavarovancem od prvega dne zadržanosti od dela na podlagi potrdila izvajalca o sobivanju brez ugotavljanja začasne zadržanosti od dela tudi zaradi sobivanja iz 8. točke prvega odstavka 23. člena tega zakona.«.

13. člen

V 30. členu se v prvem odstavku črta beseda »ožjega«.

V drugem odstavku se črtata besedi »ožjega« in »ožjih«.

14. člen

V 30.a členu se prvi odstavek spremeni tako, da se glasi:

»Pravica do denarnega nadomestila zaradi sobivanja iz 8. točke prvega odstavka 23. člena tega zakona traja, dokler traja sobivanje.«.

V drugem odstavku se črta beseda »ožjega«.

15. člen

V 40. členu se v prvem odstavku v tretji alineji pika nadomesti s podpičjem in doda nova, četrta alineja, ki se glasi:

»– če se z mednarodno pogodbo v primeru urgentnih stanj dogovori prevoz zavarovane osebe na zdravljenje v tujino brez predhodne odobritve Zavoda.«.

16. člen

V 44.c členu se v tretjem odstavku peta alineja spremeni tako, da se glasi:

»– sobivanje iz 8. točke prvega odstavka 23. člena tega zakona,«.

17. člen

V 48. členu se prvi odstavek spremeni tako, da se glasi:

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

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

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

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

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

3. prispevek iz 3. točke 46. člena tega zakona:

- zavarovanci iz 7., 11. in 14. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
- izplačevalec prejemkov za zavarovance iz 18. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
- Republika Slovenija za zavarovance iz 17. in 21. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,

4. prispevek iz 4. točke 46. člena tega zakona:

- zavarovanci iz 7. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,

5. prispevek iz 5. točke 46. člena tega zakona:

- Republika Slovenija za zavarovance iz 22. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona.«.

Peti odstavek se spremeni tako, da se glasi:

»Za plačilo obveznega zdravstvenega prispevka so zavezane zavarovane osebe iz prvega odstavka 15., 15.a in prve alineje prvega odstavka 20. člena tega zakona, razen zavarovane osebe iz osmega in devetnajstega odstavka tega člena.«.

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

»Republika Slovenija je zavezana za plačilo obveznega zdravstvenega prispevka:

- za zavarovance iz 8.a, 15., 16., 17., 18., 22. točke in četrte alineje 23. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
- za zavarovane osebe, ki izpolnjujejo pogoje za pravico do zdravstvenega varstva po predpisih o vojnih invalidih, vojnih veteranih in žrtvah vojnega nasilja, in
- za zavarovane osebe iz prejšnjega odstavka, ki jim je v skladu z 39. členom Zakona o interventnih ukrepih na področju zdravstva, dela in sociale ter z zdravstvom povezanih vsebin (Uradni list RS, št. 136/23, 35/24 – ZZdrS-J, 102/24 – ZZKZ, 112/24 – ZDIUZDZ in 32/25 – ZZDej-N) priznana pravica do plačila obveznega zdravstvenega prispevka.

Za plačilo obveznega zdravstvenega prispevka niso zavezane osebe iz 24. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona.«

Dosedanji šesti in sedmi odstavek postaneta osmi in deveti odstavek.

Dosedanji osmi odstavek, ki postane deseti odstavek, se spremeni tako, da se glasi:

»Ne glede na osmi in deveti odstavek tega člena za zavarovance, vključene v zavarovanje na podlagi 5., 6. in 7. točke prvega odstavka 15. člena in zavarovance iz 15.a člena tega zakona, nastane obveznost plačila obveznega zdravstvenega prispevka za mesec, za katerega imajo pravico do nadomestila in drugega dohodka iz naslova obveznih socialnih zavarovanj, od katerih se plačuje prispevek iz prvega odstavka prejšnjega člena, na zadnji dan tega meseca, in se izračuna in izpolni v skladu s prvim odstavkom 352. člena, prvim odstavkom 353. člena in 353.a členom Zakona o davčnem postopku (Uradni list RS, št. 13/11 – uradno prečiščeno besedilo, 32/12, 94/12, 101/13 – ZDavNepr, 111/13, 22/14 – odl. US, 25/14 – ZFU, 40/14 – ZIN-B, 90/14, 91/15, 63/16, 69/17, 13/18 – ZJF-H, 36/19, 66/19, 145/20 – odl. US, 203/20 – ZIUPOPVE, 39/22 – ZFU-A, 52/22 – odl. US, 87/22 – odl. US, 163/22, 109/23 – odl. US, 131/23 – ZORZFS, 100/24 in 40/25 – ZINR).«.

Dosedanji deveti odstavek se črta.

Dosedanji deseti, enajsti, dvanajsti in trinajsti odstavek postanejo enajsti, dvanajsti, trinajsti in štirinajsti odstavek.

Za dosedanjim trinajstim odstavkom, ki postane štirinajsti odstavek, se dodajo novi petnajsti do dvaindvajseti odstavek, ki se glasijo:

»Če mesečni dohodek zavarovanca, od katerega se odteguje obvezni zdravstveni prispevek, ne zadostuje za njegovo odtegnitev, obvezni zdravstveni prispevek za ta mesec pobere Zavod na podlagi podatka o nezmožnosti odtegnitve za posamezni mesec. Zavezanec za odtegnitev in plačilo obveznega zdravstvenega prispevka v roku za obračun in plačilo tega prispevka o nezmožnosti njegove odtegnitve iz razloga iz prejšnjega stavka obvesti zavarovanca in Finančno upravo Republike Slovenije (v nadaljnjem besedilu: FURS) na obrazcu, ki ga na svoji spletni strani objavi FURS. Zavezanec za odtegnitev in plačilo obveznega zdravstvenega prispevka obvesti FURS prek portala eDavki. FURS posreduje Zavodu podatek o zavarovancu, za katerega obvezni zdravstveni prispevek za posamezni mesec ni bil odtegnjen (osebno ime, stalno oziroma začasno prebivališče, EMŠO in davčna številka), najpozneje do konca meseca za pretekli mesec, po tem datumu naknadno prejeti podatek za posamezni mesec za posameznega zavarovanca pa sproti. Podrobnejši način pošiljanja teh podatkov dogovorita Zavod in FURS s pisnim sporazumom. Nadzor nad izpolnjevanjem obveznosti zavezanca za odtegnitev in plačilo obveznega zdravstvenega prispevka glede obveščanja FURS in zavarovanca iz tega odstavka o nezmožnosti odtegnitve obveznega zdravstvenega prispevka za posameznega zavarovanca za posamezni mesec opravlja FURS.

Za zavarovance iz 10. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona, ki niso izvzeti na podlagi sedemnajstega odstavka tega člena, katerih dohodek, ki ga izplačuje Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: ZPIZ), ne zadostuje za odtegnitev obveznega zdravstvenega prispevka in je hkrati za te osebe za določeni mesec ZPIZ glavni delodajalec, ZPIZ ne glede na prejšnji odstavek obvesti Zavod. Zavodu posreduje obvestilo prvi dan v mesecu za pretekli mesec s podatki o zavarovanih osebah iz prejšnjega stavka (EMŠO, mesec, za katerega ZPIZ ni obračunal obveznega zdravstvenega prispevka, datum prijave in odjave v obvezno zdravstveno zavarovanje na podlagi 10. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona). Zavod na podlagi posredovanih podatkov za ta mesec pobere obvezni zdravstveni prispevek od teh zavarovancev.

Ne glede na peti odstavek tega člena se obvezni zdravstveni prispevek ne plača za zavarovance iz 10. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona, za otroke, pastorko, vnuko in druge otroke brez staršev, ki so prejemniki družinske pokojnine.

Republika Slovenija na podlagi zahteve Zavoda mesečno plačuje Zavodu obvezni zdravstveni prispevek za zavarovane osebe iz tretje alineje šestega odstavka tega člena. Zavod do 15. v mesecu za pretekli mesec predloži zahtevo za plačilo obveznega zdravstvenega prispevka pristojnemu ministrstvu, obvezni zdravstveni prispevek pa se plača v 30 dneh od predložitve zahteve za plačilo prispevkov.

Za namen izvajanja plačevanja obveznega zdravstvenega prispevka ministrstvo, pristojno za obrambo, zagotovi Zavodu tudi podatke o EMŠO ter datumu priznanja in datumu prenehanja pravice do plačila obveznega zdravstvenega prispevka o upravičencih do plačila obveznega zdravstvenega prispevka na podlagi druge alineje šestega odstavka tega člena.

Zavod posreduje za namen izvajanja tega člena podatke iz prejšnjega odstavka institucijam, ki so plačniki ali zavezanci za plačilo obveznega zdravstvenega prispevka ali izvajajo obremenitev zavarovancev z obveznim zdravstvenim prispevkom:

1. ZPIZ,
2. Zavodu Republike Slovenije za zaposlovanje,
3. ministrstvu, pristojnemu za družino, socialne zadeve in varstvo invalidov,
4. ministrstvu, pristojnemu za dolgotrajno oskrbo,
5. FURS,
6. Javnemu štipendijskemu, razvojnemu, invalidskemu in preživninskemu skladu Republike Slovenije,
7. Upravi Republike Slovenije za izvrševanje kazenskih sankcij,
8. Kapitalski družbi pokojninskega in invalidskega zavarovanja d. d..

Upravičenec iz druge alineje šestega odstavka tega člena zavezancu za plačilo obveznega zdravstvenega prispevka oziroma plačniku davka v skladu z zakonom, ki ureja davčni postopek, če obvezni zdravstveni prispevek zanj izračuna, odtegne in plača navedeni plačnik davka, predloži dokazilo, da ima priznano pravico do plačila obveznega zdravstvenega prispevka na podlagi predpisov o vojnih invalidih, vojnih veteranih in žrtvah vojnega nasilja.

Ministrstvo, pristojno za obrambo, za zavarovane osebe iz druge alineje šestega odstavka tega člena obračuna obvezni zdravstveni prispevek v obračunu davčnega odtegljaja na podlagi podatkov o pravici do plačila obveznega zdravstvenega prispevka, priznani na podlagi predpisov o vojnih invalidih, vojnih veteranih in žrtvah vojnega nasilja. Obračun davčnega odtegljaja predloži FURS do 15. dne v mesecu za pretekli mesec, plača pa najpozneje do 20. dne v mesecu za pretekli mesec.«.

18. člen

V 49. členu se:

- 1. točka spremeni tako, da se glasi:
- »1. prispevek iz 1. točke 47. člena tega zakona:
 - delodajalci za zavarovance iz prve, druge in tretje alineje 1. točke in prve alineje 3. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona, razen za zavarovance iz četrte alineje 1. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
 - Republika Slovenija za zavarovance iz 8.a točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
 - zavarovanci iz druge in tretje alineje 3. točke, 5., 6. in 7. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona;«.
- v 2. točki:
- v drugi alineji besedilo »Republika Slovenija« nadomesti z besedo »Zavod«,
- peta alineja spremeni tako, da se glasi:
- »– organizatorji del oziroma akcij za zavarovance iz 1. do 9. točke 18. člena tega zakona;«
- za peto alinejo doda nova, šesta alineja, ki se glasi:
- »– Republika Slovenija za zavarovance iz 10. točke 18. člena tega zakona.«.

19. člen

V 50. členu se prvi odstavek spremeni tako, da se glasi:

»Prispevki za zavarovance iz 1., 3. in 8.a točke prvega odstavka 15. člena tega zakona, razen za zavarovance iz četrte alineje 1. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona, se plačujejo od osnove

za plačilo prispevkov, ki je enaka osnovi za plačilo prispevkov za obvezno pokojninsko in invalidsko zavarovanje.«.

20. člen

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

21. člen

52. člen se spremeni tako, da se glasi:

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

22. člen

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

»Prispevek za zavarovance iz četrte alineje 1. točke, 10. in 10.a točke prvega odstavka 15. člena tega zakona se plačuje od nadomestil za čas poklicne rehabilitacije, pokojnin in preživnin po predpisih o preživninskem varstvu kmetov ter nadomestil iz invalidskega zavarovanja.«.

Tretji odstavek se spremeni tako, da se glasi:

»Prispevek za zavarovance iz 11. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona se plačuje od zneska, ki ga prejema od tujega nosilca pokojninskega zavarovanja, vendar ne manj od minimalne plače, ki velja za mesec, za katerega se plačuje prispevek.«

V petem odstavku se besedilo: »drugega, tretjega in četrtega« nadomesti z besedilom »drugega in četrtega«.

Za petim odstavkom se dodajo novi, šesti do osmi odstavek, ki se glasijo:

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

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

Prispevek za zavarovance iz 17., 18., 20., 21. in 26. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona se plačuje od minimalne plače, ki velja za mesec, za katerega se plačuje prispevek.«.

23. člen

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

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

Četrty odstavek se spremeni tako, da se glasi:

»Prispevek za zavarovance iz prve, tretje in četrte alineje 23. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona se plačuje od osnove, kot je določena za prispevke v skladu z zakonom, ki ureja starševsko varstvo, za zavarovance iz druge alineje 23. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona se plačuje od nadomestila, za zavarovance iz pete alineje 23. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona pa od zneska delnega plačila za izgubljeni dohodek.«.

Peti odstavek se spremeni tako, da se glasi:

»Prispevek za zavarovance iz 24. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona se plačuje mesečno od minimalne plače, ki velja za mesec, za katerega se plačuje prispevek, za zavarovance iz 25. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona pa mesečno od bruto osnove za pokojninsko in invalidsko zavarovanje.«.

24. člen

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

Druga alineja se spremeni tako, da glasi:

- »za zavarovance iz 17., 18., 21., in 26. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona mesečno po stopnji 5,96 odstotka;«.

V peti alineji se v prvem stavku besedilo »1., 3., 8. in 9. točke 18. člena« nadomesti z besedilom »1., 3., 8., 9. in 10. točke 18. člena«.

Četrty odstavek se spremeni tako, da se glasi:

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

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

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

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

25. člen

V 57. členu se v prvem odstavku besedilo »12., 13., 14., 17., 18. in 21. točke« nadomesti z besedilom »14. točke«.

V četrtem odstavku se besedilo »1., 3., 8. in 9. točke« nadomesti z besedilom »1., 3., 8., 9. in 10. točke«.

26. člen

Besedilo 63. člena se spremeni tako, da se glasi:

»Zavod s soglasjem Vlade Republike Slovenije najpozneje do konca novembra tekočega leta za obdobje prihodnjih dveh koledarskih let sprejme Program obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu: Program OZZ), ki vsebuje najmanj:

1. usmeritve za načrtovanje in izvajanje po posameznih dejavnostih,
2. širitve zdravstvenih programov,
3. postopek sklepanja pogodb z izvajalci zdravstvenih storitev,
4. obveznosti izvajalcev zdravstvenih storitev,
5. zdravstvene storitve, ki se plačajo na podlagi programa dela, in višino njihovega plačila,

6. začasne finančne spodbude z namenom povečane dostopnosti do zdravstvenih storitev za izbrane vrste zdravstvenih storitev in določitev pogojev za njihovo pridobitev ter njihovo trajanje in omejitve,
7. pogodbene kazni.

Če Program OZZ za posamezno obdobje ni sprejet v roku iz prejšnjega odstavka, se do sprejetja Programa OZZ uporablja program, sprejet za preteklo obdobje.

Pri pripravi Programa OZZ Zavod upošteva:

1. zadnjo uradno napoved gospodarskih gibanj,
2. finančni načrt Zavoda za naslednje koledarsko leto ter okvirne finančne projekcije prejemkov in izdatkov za tekoče leto in naslednja tri leta,
3. mrežo javne zdravstvene službe na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti, kot jo določa zakon, ki ureja zdravstveno dejavnost,
4. resolucijo o nacionalnem planu zdravstvenega varstva,
5. strategije s področja zdravstvenega varstva,
6. usmeritve zdravstvene politike,
7. najnovejša spoznanja znanosti in razvoj medicinske tehnologije,
8. aktualna demografska gibanja, ekonomske razmere in trende bremen posameznih bolezni v Republiki Sloveniji.

Zavod pri pripravi Programa OZZ pridobi predloge pristojnih zbornic, združenja zdravstvenih zavodov ter drugih zavodov in organizacij, ki opravljajo zdravstveno dejavnost (v nadaljnjem besedilu: deležniki) najpozneje do konca maja tekočega leta in do konca septembra tekočega leta z deležniki izvede strokovni dialog.

Usmeritve zdravstvene politike iz 6. točke četrtega odstavka tega člena najpozneje do konca aprila za naslednji dve koledarski leti določi minister, pristojen za zdravje, in vsebujejo:

- področja oziroma prednostne naloge pri zagotavljanju zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji,
- srednjeročne usmeritve zdravstvene politike,
- izhodišča in usmeritve Zavodu za pripravo Programa OZZ.

Vlada Republike Slovenije ne da soglasja, če Zavod sprejme Program OZZ, ki ni v skladu s tretjim odstavkom tega člena. Zavod v 30 dneh Program OZZ uskladi v skladu tretjim odstavkom tega člena in ga ponovno posreduje v soglasje Vladi Republike Slovenije.

Zavod, upoštevajoč potrebe prebivalstva in zmogljivosti posameznih izvajalcev zdravstvene dejavnosti ali zaradi okoliščin, ki ob pripravi Programa OZZ še niso bile znane, sam ali na pobudo deležnikov ali ministrstva, pristojnega za zdravje, pripravi spremembe Programa OZZ. Spremembe Programa OZZ sprejme Zavod s soglasjem Vlade Republike Slovenije. «.

27. člen

V 65. členu se prvi odstavek spremeni tako, da se glasi:

»Zavod lahko v skladu s postopkom in pogoji, določenimi v Programu OZZ, določene zdravstvene storitve dodeli izvajalcem zdravstvenih storitev v javni zdravstveni mreži po postopku javnega razpisa, v katerem se ne uporabljajo določbe zakona, ki ureja splošni upravni postopek.

Za četrtem odstavkom doda nov, peti odstavek, ki se glasi:

»Zavod lahko v skladu s programom iz prvega odstavka 63. člena tega zakona izvajalcem zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe, kot jo določa zakon, ki ureja zdravstveno dejavnost, ki v okviru svojih zmogljivosti (kader, oprema, prostor) izvajajo zdravstvene storitve nad obsegom programa, dogovorjenim z Zavodom, zagotovi plačilo zdravstvenih storitev po realizaciji. Višina plačila po realizaciji iz prejšnjega stavka se dogovori z dodatkom k pogodbi iz prvega odstavka tega člena.«.

28. člen

V 66. členu se za besedilom člena, ki postane prvi odstavek, dodajo novi, drugi do šesti odstavek, ki se glasijo:

»Zavod načrtuje izdatke obveznega zavarovanja ter določi in posodablja modele plačevanja, ki vključujejo tudi cenike zdravstvenih storitev. Pri tem upošteva strokovne smernice, kazalnike kakovosti in razvoj znanosti ter mrežo javne zdravstvene službe, kot jo določa zakon, ki ureja zdravstveno dejavnost. Zavod določi cene na podlagi stroškovnih študij oziroma preveritve posameznih elementov cen. Stroškovne študije izvede ločeno za vsako vrsto zdravstvene dejavnosti na vsaj pet let na podlagi podatkov, ki jih sporočajo izvajalci zdravstvene dejavnosti.

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

Zavod spremlja stroškovno učinkovitost izvajanja obveznega zavarovanja in v sodelovanju z izvajalci zdravstvene dejavnosti sprejme metodologijo priprave stroškovnih študij, pri čemer upošteva tudi strokovne smernice za posamezne zdravstvene dejavnosti, mednarodne podatke in podatke o izidih zdravljenja. Metodologijo iz prejšnjega stavka potrdi minister, pristojen za zdravje. O stroškovni učinkovitosti Zavod poroča v letnem poročilu.«.

29. člen

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

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

Zavod ima status javnega zavoda.

Zavod ne more prenehati zaradi stečaja.

Sedež Zavoda je v Ljubljani.

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

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

Zavod v okviru obveznega zavarovanja opravlja zlasti naslednje naloge:

1. sprejema splošne in druge akte za izvrševanje obveznega zavarovanja,
2. zagotavlja denarne dajatve in dajatve v naravi ter odloča o pravicah iz obveznega zavarovanja,
3. ureja status obvezno zavarovanih oseb, ki jim nudi strokovno pomoč v razmerju do izvajalcev zdravstvene dejavnosti in dobaviteljev, ter ureja postopke uveljavljanja in varstva pravic obvezno zavarovanih oseb,
4. upravlja s sredstvi obveznega zavarovanja in v ta namen sklepa pogodbe z izvajalci zdravstvene dejavnosti ter drugimi osebami,
5. načrtuje izdatke obveznega zavarovanja, upošteva trende zdravstvenega stanja prebivalstva, razvoj tehnologije in spremembe v načinih zdravljenja ter v sodelovanju z ministrstvom, pristojnim za zdravje in Nacionalnim inštitutom za javno zdravje Republike Slovenije pripravlja stroškovne študije,

6. določa sezname zdravstvenih storitev, zagotovljenih v okviru obveznega zavarovanja, upošteva trende zdravstvenega stanja prebivalstva, razvoj tehnologije in spremembe v načinih zdravljenja, o čemer letno poroča v letnem poročilu in poročilu Državnemu zboru Republike Slovenije,
7. določa modele plačevanja in cene zdravstvenih storitev,
8. upravlja zbirke podatkov obveznega zavarovanja in na zahtevo pripravlja ter posreduje podatke Nacionalnemu inštitutu za javno zdravje, ministrstvu, pristojnemu za zdravje, Vladi Republike Slovenije in Državnemu zboru Republike Slovenije, kadar so ti potrebni za načrtovanje zdravstvene politike in spremljanje zdravstvenega stanja,
9. daje mnenja in predloge k strateškim dokumentom in predpisom s področja zdravstvenega varstva,
10. predlaga spremembe v sistemu obveznega zavarovanja in sodeluje pri pripravi predloga mreže javne zdravstvene službe, kot jo določa zakon, ki ureja zdravstveno dejavnost,
11. sodeluje s pristojnimi nosilci obveznih zavarovanj v tujini,
12. opravlja nadzor v skladu s tem zakonom in zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnost,
13. seznani zavarovane osebe z njihovimi pravicami in obveznostmi,
14. izvaja usposabljanja izvajalcev zdravstvene dejavnosti v zvezi z obračunavanjem zdravstvenih storitev in drugimi obveznostmi iz Programa OZZ iz 63. člena tega zakona,
15. opravlja druge naloge, določene z zakonom in statutom Zavoda, potrebne za izvajanje obveznega zavarovanja, in druga javna pooblastila, določena z zakonom.

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

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

Nadzor nad zakonitostjo delovanja Zavoda in namembnostjo rabe sredstev za financiranje zdravstvenih programov in storitev izvaja minister, pristojen za zdravje. Če se pri nadzoru ugotovijo nepravilnosti, minister, pristojen za zdravje, določi ukrepe in roke za njihovo odpravo.

Za postopek izvajanja nadzora iz prejšnjega odstavka se smiselno uporablja pravilnik, ki določa upravni nadzor v zdravstvu.«.

30. člen

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

»Zavod upravlja skupščina.

Skupščina ima naslednje pristojnosti:

1. v soglasju z Vlado Republike Slovenije sprejema statut Zavoda, Program OZZ iz 63. člena tega zakona, finančni načrt Zavoda in letno poročilo Zavoda;
2. sprejema poslovnik, ki podrobneje določa način delovanja skupščine,
3. sprejema druge s tem zakonom in zakonom, ki ureja dolgotrajno oskrbo ter s statutom Zavoda določene splošne akte za izvrševanje obveznega zavarovanja in zavarovanja za dolgotrajno oskrbo,
4. sprejema strateški razvojni program Zavoda za obdobje petih let in daje mnenja k aktom ter ukrepom na področju zdravstvenega varstva in dolgotrajne oskrbe,
5. potrjuje program ukrepov za sanacijo primanjkljaja prihodkov nad odhodki Zavoda,
6. odloča o uporabi presežka prihodkov nad odhodki,
7. sprejema akt o načinu uporabe sredstev, odpisu, prodaji in odtujitvi premičnega premoženja,
8. sprejema program rednih nadzorov iz 77. člena tega zakona,
9. daje mnenje k strateškim dokumentom in predlogom predpisov s področja zdravstvenega varstva, zdravstvenega zavarovanja in dolgotrajne oskrbe,
10. v soglasju z Državnim zborom Republike Slovenije imenuje in razrešuje generalnega direktorja Zavoda in nadzira njegovo delo,
11. voli predsednika in namestnika predsednika skupščine ter imenuje in razrešuje člane, predsednika in namestnika predsednika upravnega odbora;

12. odloča o ustanovitvi in ukinitvi območnih svetov in spremembi njihovih območij in obravnava mnenja in stališča območnih svetov;
13. opravlja druge naloge, določene z zakonom in s statutom Zavoda.

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

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

O drugih vprašanih odloča skupščina z večino glasov navzočih članov.«.

31. člen

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

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

1. je polnoletna oseba s stalnim ali začasnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki ji ni bila odvzeta ali omejena poslovna sposobnost,
2. ima status zavarovane osebe v skladu s tem zakonom,
3. ima znanje slovenskega jezika, ki dosega jezikovno raven vsaj stopnje C1 po lestvici Skupnega evropskega jezikovnega okvira, kar je razvidno iz podatka o zaključeni najmanj srednji šoli v slovenskem jeziku v Republiki Sloveniji oziroma iz dokazila javne visokošolske izobraževalne ustanove v Republiki Sloveniji ali tujini, ki poučuje in izvaja izpit iz slovenskega jezika kot drugi oziroma tuj jezik, o uspešno opravljenem preizkusu znanja slovenskega jezika, za kandidate, ki se niso izobraževali v Republiki Sloveniji,
4. ni pravnomočno obsojen zaradi kaznivega dejanja, ki se preganja po uradni dolžnosti, ali zoper njega ni vložena pravnomočna obtožnica za kaznivo dejanje, ki se preganja po uradni dolžnosti,
5. ga odlikuje osebna integriteta in poslovna etičnost ter Komisija za preprečevanje korupcije zanj s pravnomočnim aktom ni ugotovila kršitev integritete, kot jo določa zakon, ki ureja integriteto in preprečevanje korupcije,
6. pri njem niso podane okoliščine, ki vplivajo ali ustvarjajo videz, da vplivajo na nepristransko in objektivno opravljanje njegovih nalog,
7. nima neporavnanih obveznosti do Zavoda,
8. ni zaposlen na Zavodu,
9. ni poslovodna oseba, član organa upravljanja druge pravne osebe ali samostojni podjetnik:
 - na področju zavarovalnic, ki ponujajo zdravstveno zavarovanje,
 - na področju proizvodnje ali prometa z zdravili ali medicinskimi pripomočki ali
 - ki je izvajalec zdravstvene dejavnosti ali socialnega varstva in
10. ni v osebnem stečaju.

V skupščini Zavoda ne sme odločati oseba, pri kateri obstaja nasprotje interesov ali omejitve poslovanja, kot jih določa zakon, ki ureja integriteto in preprečevanje korupcije. Če se naknadno izkaže, da je ob odločanju obstajalo nasprotje interesov in član ni ravnal v skladu z zakonom, ki ureja integriteto in preprečevanje korupcije, je to razlog za predčasno razrešitev člana skupščine.

Mandat članov skupščine začne teči z ustanovno sejo skupščine. Člani skupščine so lahko ponovno imenovani.

Mandat članu skupščine predčasno preneha v primeru:

1. njegove smrti,
2. izgube statusa obvezno zavarovane osebe,
3. izgube statusa, na podlagi katerega je predstavnik skupščine,
4. pisne odpovedi,
5. več kot dveh neupravičenih odsotnosti, ki jo s sklepom ugotovi skupščina na predlog predsednika skupščine,
6. neizpolnjevanja pogojev iz prvega odstavka tega člena.

Če članu skupščine mandat predčasno preneha, se v skladu s prejšnjim členom imenuje oziroma izvoli nov član, in sicer za obdobje do izteka mandatnega obdobja, za katerega je bil imenovan oziroma izvoljen član, ki mu je mandat predčasno prenehal.«.

32. člen

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

»Upravni odbor ima naslednje pristojnosti:

1. obravnava predlog Programa OZZ iz 63. člena tega zakona, finančnega načrta, letnega poročila in pravil obveznega zavarovanja, ki določajo način izvrševanja pravic in obveznosti iz obveznega zavarovanja;
2. obravnava modele plačevanja in cene zdravstvenih storitev,
3. sprejema začasne ukrepe za sanacijo presežkov odhodkov nad prihodki;
4. sprejema poročila o poslovanju med letom in o tem četrtletno poročila skupščini;
5. sprejme sklep o razpisu za sklepanje pogodb za opravljanje Programa OZZ iz 63. člena tega zakona in izbere izvajalce zdravstvenih storitev;
6. potrjuje poročilo o popisu in odloča o odpisu neplačanih in zastaranih terjatev in obveznosti ter o odpisu sredstev Zavoda;
7. objavlja razpis za generalnega direktorja in skupščini predlaga kandidata;
8. sklepa pogodbo o zaposlitvi z generalnim direktorjem;
9. imenuje imenovane zdravnike in člane zdravstvene komisije;
10. imenuje komisije in delovne skupine za opravljanje določenih nalog s svojega delovnega področja in jim določa delovno področje;
11. imenuje predstavnike Zavoda v svete zdravstvenih zavodov in predlaga Vladi Republike Slovenije v imenovanje predstavnike zavarovancev v svete zdravstvenih zavodov, katerih ustanovitelj je Vlada Republike Slovenije;
12. sklepa kolektivno pogodbo Zavoda z njegovimi reprezentativnimi sindikati;
13. opravlja druge naloge, določene z zakonom ali s statutom Zavoda.«.

33. člen

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

»Poslovodni organ Zavoda je generalni direktor.

Generalni direktor zastopa Zavod v pravnem prometu. Generalni direktor lahko pisno pooblasti namestnika, da ga nadomešča v času njegove odsotnosti ali zadržanosti.

Generalni direktor ima zlasti naslednje pristojnosti:

1. načrtuje, organizira in vodi delo ter poslovanje Zavoda in je odgovoren za strokovnost, zakonitost in poslovno učinkovitost dela Zavoda,
2. skupščini predlaga v sprejetje Program OZZ iz 63. člena tega zakona, letno poročilo in finančni načrt Zavoda,
3. skupščini predlaga v sprejetje strateški razvojni program Zavoda za obdobje petih let,
4. sprejema modele plačevanja in cene zdravstvenih storitev,
5. sprejema program ukrepov za sanacijo primanjkljaja prihodkov nad odhodki Zavoda,
6. sklepa pogodbe z izvajalci, dobavitelji in proizvajalci v zvezi s storitvami, zdravili, živili in medicinskimi pripomočki ter dogovore o financiranju,
7. odredi nadzor nad izvajanjem storitev in zagotavljanjem zdravil, živil in medicinskih pripomočkov,
8. uresničuje strateški razvojni program, finančni načrt, program dela in nacionalne ter druge strategije Zavoda,
9. izvršuje sklepe skupščine in upravnega odbora,
10. opravlja druge naloge, določene z zakonom ali s statutom Zavoda.

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

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

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

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

34. člen

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

»74.a člen

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

1. je polnoletna oseba s stalnim ali začasnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki ji ni bila odvzeta ali omejena poslovna sposobnost,
2. ima status obvezno zavarovane osebe v skladu s tem zakonom,
3. ima znanje slovenskega jezika, ki dosega jezikovno raven vsaj stopnje C1 po lestvici Skupnega evropskega jezikovnega okvira, kar je razvidno iz podatka o zaključeni najmanj srednji šoli v slovenskem jeziku v Republiki Sloveniji oziroma iz dokazila javne visokošolske izobraževalne ustanove v Republiki Sloveniji ali tujini, ki poučuje in izvaja izpit iz slovenskega jezika kot drugi oziroma tuj jezik, o uspešno opravljenem preizkusu znanja slovenskega jezika, za kandidate, ki se niso izobraževali v Republiki Sloveniji,
4. ima znanje najmanj enega tujega jezika, ki dosega jezikovno raven vsaj stopnje B2 po lestvici Skupnega evropskega jezikovnega okvira, kar dokazuje z dokazilom o zaključeni najmanj srednji šoli v tujem jeziku ali dokazilom ustrezne institucije, ki poučuje in izvaja izpit iz tujega jezika (npr. opravljena matura iz tega predmeta),
5. ima najmanj izobrazbo, pridobljeno po študijskem programu druge stopnje, oziroma izobrazbo, ki ustreza ravni izobrazbe, pridobljene po študijskih programih druge stopnje, in je v skladu z zakonom, ki ureja slovensko ogrodje kvalifikacij, uvrščena na 8. raven,
6. ima najmanj deset let delovnih izkušenj s področja zdravstva, dolgotrajne oskrbe, ekonomije, upravljanja ali prava, od tega najmanj pet let izkušenj na vodilnem delovnem mestu, pri čemer vsebinsko presojo vodstvenih izkušenj izvede komisija, ki jo imenuje skupščina in pri tem upošteva raven odgovornosti, kompleksnost in obseg dela ter število zaposlenih in poslovnih partnerjev, s katerimi je sodeloval,
7. ni pravnomočno obsojen zaradi kaznivega dejanja, ki se preganja po uradni dolžnosti, ali zoper njega ni vložena pravnomočna obtožnica za kaznivo dejanje, ki se preganja po uradni dolžnosti,
8. odlikuje ga osebna integriteta in poslovna etičnost ter Komisija za preprečevanje korupcije zanj s pravnomočnim aktom ni ugotovila kršitev integritete, kot jo opredeljuje zakon, ki ureja integriteto in preprečevanje korupcije,
9. pri njem niso podane okoliščine, ki vplivajo ali ustvarjajo videz, da vplivajo na nepristransko in objektivno opravljanje njegovih nalog,
10. nima neporavnanih davčnih obveznosti,
11. ni član sveta zdravstvenega ali socialno varstvenega zavoda,
12. ni poslovodna oseba, član organa upravljanja druge pravne osebe ali samostojni podjetnik na področju zdravstvene dejavnosti, socialnega varstva, zavarovalnic, ki ponujajo zdravstveno zavarovanje ali proizvodnje in prometa z zdravili in medicinskimi pripomočki in
13. ni v osebnem stečaju.

Za generalnega direktorja ne sme biti imenovana oseba, pri kateri obstaja nasprotje interesov ali omejitve poslovanja, kot jih določa zakon, ki ureja integriteto in preprečevanje korupcije. Oseba pred imenovanjem podpiše izjavo o odsotnosti nasprotja interesov v skladu s tem odstavkom. Če se

naknadno izkaže, da je ob imenovanju obstajalo nasprotje interesov, ali do tega pride v času opravljanja funkcije generalnega direktorja Zavoda, je to razlog za predčasno razrešitev generalnega direktorja Zavoda.

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

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

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

Mandat generalnemu direktorju predčasno preneha v primeru:

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

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

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

35. člen

V 75. členu se v drugem odstavku črta tretji stavek.

36. člen

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

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

- zavarovalniški nadzor,
- zavarovalniško-medicinski nadzor,
- nadzor nad predpisovanjem, izdajanjem in zaračunavanjem zdravil, živil za posebne zdravstvene potrebe oziroma medicinskih pripomočkov.

Zavarovalniški nadzor obsega nadzor nad izpolnjevanjem pogodbenih obveznosti, splošnih aktov Zavoda ter drugih predpisov, ki urejajo obvezno zavarovanje in pravila obračuna zdravstvenih storitev ter vključuje obdelavo pretežno nezdravstvenega dela dokumentacije. Nadzor iz prejšnjega stavka izvaja oseba, ki izpolnjuje pogoje za nadzornika, določene v aktu o sistemizaciji delovnih mest Zavoda, in jo za izvajanje nadzora pisno pooblasti pristojna oseba Zavoda.

Zavarovalniški nadzor obsega naslednja nadzorna dejanja:

- ogled in pregled posameznih objektov, prostorov, opreme in predmetov pogodbenega partnerja,
- pogovor z zaposlenimi pri pogodbenemu partnerju ali drugimi osebami, ki opravljajo delo pri pogodbenemu partnerju, zavarovanimi osebami in osebami, ki skrbijo za zavarovane osebe,
- pregled listinske dokumentacije in pridobitev njenih kopij,

- pregled podatkov oziroma dokumentacije, ki se hrani v informatizirani obliki, in pridobitev kopij,
- fotografiranje ali snemanje na drug nosilec vizualnih podatkov oseb, objektov, prostorov, opreme in predmetov pogodbenega partnerja.

Zavarovalniško medicinski nadzor poleg zavarovalniškega nadzora obsega tudi nadzor nad:

- smotrnostjo in skladnostjo izvedenih in obračunanih storitev, vključno z izdajanjem potrdil o začasni zadržanosti od dela, glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe in slovenske oziroma v Sloveniji potrjene mednarodne klinične smernice, katerih seznam je objavljen v javni evidenci kliničnih smernic, kot jo določa zakon, ki ureja zagotavljanje kakovosti v zdravstvu,
- primernostjo napotovanja med istimi ali različnimi ravni zdravstvene dejavnosti, glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe in slovenske oziroma v Sloveniji potrjene mednarodne klinične smernice, katerih seznam je objavljen v javni evidenci kliničnih smernic, kot jo določa zakon, ki ureja zagotavljanje kakovosti v zdravstvu ter veljavne strokovne usmeritve za napotovanje razširjenih strokovnih kolegijev.

Zavarovalniško medicinski nadzor izvaja komisija, ki jo sestavljajo osebe z znanji s področja zavarovalništva ali zdravstvenega zavarovanja ali zdravstvene ekonomike ali medicine. Zavod za potrebe nadzora nad skladnostjo obravnave s slovenskimi oziroma v Sloveniji potrjenimi mednarodnimi kliničnimi smernicami lahko sklene pogodbo tudi s strokovnjaki zdravstvene dejavnosti, znotraj katere se izvaja nadzor. Za potrebe zavarovalniškega medicinskega nadzora lahko nadzorniki dostopajo do podatkov v Centralnem registru podatkov o pacientu.

Če za posamezno področje klinične smernice iz četrtega oziroma petega odstavka tega člena niso določene, se upošteva stališče razširjenega strokovnega kolegija za določeno področje, vključno s smernicami za napotovanje na specialistično obravnavo.

Zavarovalniško medicinski nadzor poleg nadzornih dejanj iz tretjega odstavka tega člena obsega pregled zdravstvene dokumentacije zavarovane osebe, lahko pa obsega tudi zdravstveni pregled zavarovane osebe, če ta s tem soglaša.

Za potrebe nadzorov lahko Zavod uporablja zbirko podatkov o zavarovanih osebah.

Nadzor se opravlja kot redni nadzor na podlagi programa Zavoda, ali kot izredni nadzor, ki ga uvede Zavod sam, če obstaja sum, da pogodbeni partner krši določila pogodbe iz 65. člena tega zakona, splošne akte Zavoda ali predpise, ki urejajo obvezno zavarovanje, in v vseh drugih primerih, ko bi lahko prišlo do neupravičene porabe sredstev obveznega zavarovanja.

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

Zavod vodi evidenco izvedenih nadzorov in izrečenih pogodbenih kazni, ki vsebuje:

1. navedbo nadzorovanega pogodbenega partnerja,
2. statusno obliko nadzorovanega pogodbenega partnerja,
3. sedež oziroma kraj opravljanja nadzora,
4. vrsto in vsebino opravljenega nadzora,
5. datum uvedbe in zaključka nadzora,
6. podatke o nadzorniku (osebno ime, pri zavarovalniško medicinskem nadzoru pa še njegov strokovni oziroma znanstveni naslov),
7. ugotovljene nepravilnosti,
8. izvedene ukrepe.

Pri izvajanju nadzora iz tega člena se ne uporabljajo določbe zakona, ki ureja splošni upravni postopek.

Podrobnejši postopek in način izvajanja nadzora sprejme Zavod s soglasjem ministra, pristojnega za zdravje.«.

37. člen

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

»Za namen učinkovite porabe sredstev obveznega zavarovanja Zavod izvaja nadzor nad uresničevanjem pravic in obveznosti zavarovanih oseb v obveznem zavarovanju glede ravnanja med začasno zadržanostjo od dela zaradi bolezni ali poškodbe v času, ko nadomestilo izplačuje Zavod (v nadaljnjem besedilu: laični nadzor).

Zavod izvaja laični nadzor s svojimi zaposlenimi ali za to pooblasti pravno ali fizično osebo (v nadaljnjem besedilu: laični nadzornik).

Laični nadzor odredi imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija Zavoda na lastno pobudo ali na predlog organov Zavoda, izbranega osebnega zdravnika ali delodajalca zavarovane osebe.

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

Laični nadzornik ima pravico do seznanitve z navodili zdravnika o ravnanju zavarovane osebe med začasno zadržanostjo od dela, nima pa pravice do seznanitve z zdravstveno dokumentacijo zavarovane osebe.

Laični nadzor obsega naslednja nadzorna dejanja:

- obisk pri zavarovani osebi,
- pogovor z zavarovano osebo ali z drugo osebo, ki razpolaga s podatki o ravnanju zavarovane osebe med začasno zadržanostjo od dela,
- pridobivanje podatkov iz javno dostopnih virov.

Laični nadzor se zaključi z ugotovitvenim poročilom, ki vsebuje najmanj:

- ime in priimek nadzornika,
- ime in priimek nadzorovane zavarovane osebe,
- kraj in čas nadzornih dejanj,
- opis opravljenih nadzornih dejanj,
- ugotovljeno ravnanje v času nadzora.

Laični nadzornik poročilo iz prejšnjega odstavka posreduje imenovanemu zdravniku, ki na podlagi ugotovitev v osmih dneh ponovno presodi, ali so še podani razlogi za začasno zadržanost od dela. Zavod o razlogih za ponovno presojo o začasni zadržanosti od dela obvesti delodajalca zavarovane osebe.

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

Pri izvajanju nadzora iz tega člena se ne uporabljajo določbe zakona, ki ureja splošni upravni postopek.

Podrobnejši način izvajanja nadzora iz tega člena sprejme Zavod s soglasjem ministra, pristojnega za zdravje.«.

38. člen

Za 77.b členom se doda nov naslov, ki se glasi: »Obveznosti izvajalcev zdravstvene dejavnosti«.

39. člen

Za 77. c členom se doda nov, 77.č člen, ki se glasi:

»77.č člen

Izvajalci zdravstvene dejavnosti kot pogodbeni partnerji Zavoda:

1. strokovno, kakovostno, gospodarno in učinkovito zagotavljajo zdravstvene storitve, ki temeljijo na nacionalnih ali na nacionalno potrjenih mednarodnih kliničnih smernicah, in omogočajo zavarovanim osebam uveljavljanje pravic v skladu s tem zakonom in zakonom, ki ureja pacientove pravice;
2. v okviru pogodbenih obveznosti izvajajo vse zdravstvene storitve ter zagotavljajo ustrezno nadomeščanje odsotnih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev;
3. izvajajo zdravstvene storitve v pogodbeno dogovorjenem ordinacijskem času;
4. vzpostavijo in izvajajo e-poslovanje z Zavodom;
5. zbirajo in posredujejo podatke v zdravstveni informacijski sistem, kot ga določa zakon, ki ureja zbirke podatkov s področja zdravstvenega varstva, v skladu s predpisi, ki določajo zbiranje in izmenjavo zdravstvenih podatkov, ter splošnimi akti in metodološkimi navodili Zavoda;
6. redno sporočajo popolne podatke o izvedenih zdravstvenih storitvah;
7. vzpostavijo in vodijo evidence o prihodkih in odhodkih na račun obveznega zavarovanja ter v skladu z navodili Zavoda Zavodu posredujejo podatke o odhodkih glede na njihovo vrsto, glede na vrsto zdravstvenih storitev in glede na obvezno zavarovane osebe za potrebe izračuna cen zdravstvenih storitev, v skladu z metodologijo iz tretjega odstavka 66. člena tega zakona, pri čemer Zavod nadzira ustreznost sodil za razmejitev na javno službo in tržno dejavnost;
8. se redno izpopolnjujejo s področja obveznega zavarovanja in zdravstvenega varstva, vključno s pravico do zdravljenja v tujini;
9. izpolnjujejo druge obveznosti, ki izhajajo iz Programa OZZ iz 63. člena tega zakona.«.

40. člen

V 78.a členu se v prvem odstavku v prvem stavku besedilo »4., 5., 6., 7., 8., 11., 12., 13., 14. in 20. točke prvega odstavka 15. člena« nadomesti z besedilom »4., 5., 6., 7., 11., 14., 20. in 26. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona in prvega odstavka 15.a člena tega zakona«.

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

Tretji odstavek se spremeni tako, da se glasi.

»Ne glede na prvi odstavek tega člena se pravice do zdravstvenih storitev in denarnih dajatev iz naslova obveznega zavarovanja v času, ko nimajo poravnanih obveznosti plačevanja prispevkov, zadržijo tudi zavarovancem iz sedemnajstega in osemnajstega odstavka 48. člena tega zakona.«.

Za tretjim odstavkom se dodajo novi, četrti do sedmi odstavek, ki se glasijo:

»V času zadržanja pravic lahko na račun obveznega zavarovanja zavarovane osebe iz prejšnjega odstavka uveljavljajo le pravico do nujne medicinske pomoči in nujnega zdravljenja, kot to določa splošni akt Zavoda iz 26. člena tega zakona in v skladu z 2. členom Zakona o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08, 55/17, 177/20 in 100/22 – ZNUZSZS). Zadržanje pravic nastopi, ko znesek neporavnanih obveznosti plačevanja prispevkov preseže znesek 8 % povprečne mesečne bruto plače v Republiki Sloveniji za preteklo leto, vendar ne prej kot 30 dni po pisnem obvestilu Zavoda o neporavnanih obveznostih in posledicah nepravočasnega plačila.

Zavod odpravi zadržanje pravic iz obveznega zavarovanja iz prejšnjega odstavka, ko zavarovančeve zapadle obveznosti iz naslova prispevkov za obvezno zavarovanje ne presegajo zneska iz prejšnjega odstavka. V primeru iz prejšnjega stavka lahko zavarovana oseba iz prejšnjega odstavka pri Zavodu zahteva povračilo stroškov zdravstvenih storitev iz obveznega zavarovanja v vrednosti, ki se krije iz tega zavarovanja, in zahteva povračilo oziroma izplačilo denarnih dajatev iz obveznega zavarovanja v vrednosti, ki se krije iz tega zavarovanja. Zadržanje pravic iz obveznega zavarovanja ne vpliva na začetek teka ali na tek zastaralnih rokov.

Zavod povrne oziroma izplača stroške zdravstvenih storitev in denarne dajatve iz prejšnjega odstavka, če zavarovana oseba v času povračila oziroma izplačila nima zadržanih pravic iz obveznega zavarovanja. Povračilo stroškov zdravstvenih storitev in izplačilo denarnih dajatev po spremembi zavarovalne podlage zavarovane osebe na eno od zavarovalnih podlag, za katero ne

velja zadržanje pravic iz tega člena, ni mogoče, če hkrati ni izpolnjen tudi pogoj, da je dolg nižji od zneska iz četrtega odstavka tega člena.

Zavod vsako leto izračuna znesek, nad katerim nastopi zadržanje pravic iz četrtega odstavka tega člena, in sicer na podlagi povprečne mesečne bruto plače v Republiki Sloveniji za preteklo leto, ki jo Statistični urad Republike Slovenije objavi v mesecu februarju posameznega leta. Višina iz prejšnjega stavka velja od 1. marca istega leta.«.

41. člen

V 81. členu se v drugem odstavku v peti alineji črta besedilo »in na podlagi ugotovitev iz drugega odstavka 77. člena tega zakona«.

42. člen

Za 96.b členom se doda nov, 96.c člen, ki se glasi:

»96.c člen
(prekrški izvajalca zdravstvene dejavnosti)

Z globo 200 do 10.000 eurov se kaznuje za prekršek pravna oseba, ki v zvezi z opravljanjem zdravstvene dejavnosti:

1. zavarovanim osebam ne zagotavlja zdravstvenih storitev iz Programa OZZ iz 63. člena tega zakona,
2. obračuna zdravstvene storitve brez zapisa in utemeljitve v zdravstveni dokumentaciji ter v nasprotju s pravili, ki urejajo obvezno zdravstveno zavarovanje, in drugimi predpisi s področja zdravstvenega zavarovanja,
3. zavarovanim osebam ne zagotavlja proste izbire osebnega zdravnika,
4. zavarovanim osebam ne zagotovi zdravstvene storitve v skladu s standardi kot so določena v pravilih, ki urejajo obvezno zdravstveno zavarovanje, in drugih predpisih s področja zdravstvenega zavarovanja,
5. onemogoča ali ovira nadzor v skladu s 77. členom tega zakona.

Z globo 200 do 5.000 eurov se za prekršek iz prejšnjega odstavka kaznuje samostojni podjetnik posameznik ali posameznik, ki samostojno opravlja zdravstveno dejavnost.

Z globo 50 do 500 eurov se za prekršek iz prvega odstavka tega člena kaznuje tudi odgovorna oseba pravne osebe ali odgovorna oseba samostojnega podjetnika posameznika oziroma posameznika, ki samostojno opravlja zdravstveno dejavnost.«.

PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

43. člen

Ne glede na tretji odstavek spremenjenega 7. člena zakona se do ustrezne ureditve načina plačila prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje v zakonu, ki ureja uveljavljanje pravic iz javnih sredstev, vendar najkasneje do 1. januarja 2029, sredstva za plačilo prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje za zavarovance iz 21. in 24. točke prvega odstavka spremenjenega 15. člena zakona in za upravičence do plačila obveznega zdravstvenega prispevka iz drugega odstavka spremenjenega 48. člena zakona, zagotavljajo v okviru finančnega načrta ministrstva, pristojnega za zdravje.

Za namen izvajanja nadzora nad izplačili iz prejšnjega odstavka, ministrstvo, pristojno za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti in Zavod ministrstvu, pristojnemu za zdravje, zagotavljata

potrebne podatke o zavarovancu, ki mu je priznana pravica do plačila prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje in obveznega zdravstvenega prispevka iz javnih sredstev.

44. člen

V Zakonu o dolgotrajni oskrbi (Uradni list RS, št. 84/23, 112/24 in 44 /25) se tretji odstavek 55. člena spremeni tako, da se glasi:

»(3) Ne glede na prvi odstavek tega člena je zavezanec za plačilo prispevka za DO za zavarovanca za DO na podlagi tega zakona, ki je zavarovanec za obvezno zdravstveno zavarovanje za primer bolezni in poškodbe izven dela na podlagi tretje alineje 1. točke ter 10. in 10.a točke prvega 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, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ, 64/17 – ZZDej-K, 36/19, 189/20 – ZFRO, 51/21, 159/21, 196/21 – ZDOsk, 15/22, 43/22, 100/22 – ZNUZSZS, 141/22 – ZNUNBZ, 40/23 – ZČmIS-1, 78/23 in 32/25 – ZZDej-N; v nadaljnjem besedilu: ZZVZZ), zavarovanec za DO sam.«

V 56. členu se:

– v tretjem odstavku prva alineja spremeni tako, da se glasi:
»– 8.a točke prvega odstavka 15. člena ZZVZZ;«;

– deseti odstavek spremeni tako, da se glasi:
»(10) Ne glede na četrti odstavek tega člena se prispevki za zavarovance iz tretje alineje 1. točke ter 10. in 10.a točke prvega odstavka 15. člena ZZVZZ plačujejo od osnove iz drugega odstavka 53. člena ZZVZZ, pri čemer se ne uporablja peti odstavek 53. člena ZZVZZ.«.

45. člen

Za zavarovance iz četrte alineje 1. točke prvega odstavka spremenjenega 15. člena zakona se ne uporablja 11. člen Zakona o prispevkih za socialno varnost (Uradni list RS, št. 3/07 – uradno prečiščeno besedilo, 23/07 – popr., 41/07 – popr., 61/10 – ZSVarPre, 62/10 – ZUPJS, 57/12, 39/16, 52/16 – ZPPreb-1, 15/17 – DZ, 29/17, 54/17, 21/18 – ZNOrg, 31/18 – ZOA-A, 28/19, 189/20 – ZFRO, 196/21 – ZDOsk, 82/23, 84/23 – ZDOsk-1 in 24/25; v nadaljnjem besedilu: ZPSV).

Ne glede na 1. točko 11. člena ZPSV zavarovanci iz druge in tretje alineje 3. točke prvega odstavka spremenjenega 15. člena zakona plačujejo prispevek za vse pravice po stopnji 6,36 in 6,56 odstotka.

Ne glede na 3. točko 11. člena ZPSV zavarovanci iz 11. točke prvega odstavka spremenjenega 15. člena zakona plačujejo prispevek za zdravstvene storitve in povračila potnih stroškov po stopnji 5,96 odstotka.

Za zavarovance iz četrte alineje 1. točke prvega odstavka spremenjenega 15. člena zakona se ne uporablja 12. člen ZPSV.

Ne glede na 12. člen ZPSV zavarovanci iz druge in tretje alineje 3. točke prvega odstavka spremenjenega 15. člena zakona plačujejo prispevek za vse pravice po stopnji 0,53 odstotka.

46. člen

Minister, pristojen za zdravje, sprejme načrt iz novega šestega odstavka spremenjenega 7. člena zakona najpozneje v dvanajstih mesecih od uveljavitve tega zakona.

Minister, pristojen za zdravje, določi podrobnejši postopek strokovnega vrednotenja, način izbire projektov in drugih aktivnosti, ki so del izobraževalne in raziskovalne dejavnosti izvajalcev zdravstvene dejavnosti na terciarni ravni ter način financiranja iz novega sedmega odstavka spremenjenega 7. člena zakona najpozneje v šestih mesecih od uveljavitve tega zakona.

Minister, pristojen za zdravje, določi seznam vrst zdravstvene dejavnosti in posameznih zdravstvenih storitev iz novega dvanajstega odstavka spremenjenega 15. člena zakona najpozneje v šestih mesecih od uveljavitve tega zakona.

Minister, pristojen za delo, uskladi Pravilnik o obrazcih prijav podatkov o pokojninskem in invalidskem ter zdravstvenem zavarovanju, zavarovanju za dolgotrajno oskrbo, zavarovanju za starševsko varstvo in zavarovanju za primer brezposelnosti (Uradni list RS, št. 135/23) z določbami tega zakona v treh mesecih od uveljavitve tega zakona.

47. člen

Zavod uskladi statut z določbami tega zakona najpozneje v šestih mesecih od uveljavitve tega zakona. Do uskladitve iz prejšnjega stavka se uporablja Statut Zavoda za zdravstveno zavarovanje (Uradni list RS, št. 87/01, 1/02 – popr. in 90/24), če ni v nasprotju s tem zakonom.

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

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

Zavod prvič sprejme Program OZZ iz spremenjenega 63. člena zakona za leti 2027 in 2028. Postopek za leto 2026 se izvede na podlagi 63. 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, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ, 64/17 – ZZDej-K, 36/19, 189/20 – ZFRO, 51/21, 159/21, 196/21 – ZDOsk, 15/22, 43/22, 100/22 – ZNUZSZS, 141/22 – ZNUNBZ, 40/23 – ZČmIS-1, 78/23 in 32/25 – ZZDej-N; v nadaljnjem besedilu: ZZVZZ).

48. člen

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

Direktor Zavoda, ki je bil imenovan na podlagi ZZVZZ, do poteka mandata nadaljuje delo kot generalni direktor v skladu s tem zakonom.

49. člen

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

Zavarovanci, ki so na dan 31. decembra 2025 zavarovani na podlagi 7. točke prvega odstavka spremenjenega 15. člena zakona, v povezavi s četrnim, petim in šestim odstavkom 15. člena ZZVZZ, ohranijo lastnost zavarovane osebe do prenehanja izpolnjevanja pogojev za obvezno zavarovanje.

Zavarovanci iz prejšnjega odstavka plačujejo prispevke iz 3. in 4. točke 46. člena ZZVZZ od osnov in na način, določen v prvi alineji 3. točke in 4. točki prvega odstavka 48. člena, tretji alineji 1. točke 49. člena in 52. členu ZZVZZ. Te osebe so tudi zavezanci za plačilo prispevka iz drugega odstavka spremenjenega 48. člena zakona.

Za zavarovance iz drugega odstavka tega člena, ki plačujejo prispevek iz 3. in 4. točke 46. člena ZZZV od osnove iz prvega odstavka 52. člena ZZZV, nastane obveznost plačila obveznega zdravstvenega prispevka iz drugega odstavka spremenjenega 48. člena zakona na zadnji dan meseca, na katerega se obveznost nanaša, in se izračuna upošteva prvi odstavek 352., prvi odstavek 353. in 353.a člen Zakona o davčnem postopku (Uradni list RS, št. 13/11 – uradno prečiščeno besedilo, 32/12, 94/12, 101/13 – ZDavNepr, 111/13, 22/14 – odl. US, 25/14 – ZFU, 40/14 – ZIN-B, 90/14, 91/15, 63/16, 69/17, 13/18 – ZJF-H, 36/19, 66/19, 145/20 – odl. US, 203/20 – ZIUPOPĐVE, 39/22 – ZFU-A, 52/22 – odl. US, 87/22 – odl. US, 163/22, 109/23 – odl. US, 131/23 – ZORZFS, 100/24 in 40/25 – ZINR).

Zavarovanci, ki so na dan 31. decembra 2025 zavarovani na podlagi 2., 8., 12., 13., in 14. točke prvega odstavka 15. člena ZZZV in po njih zavarovani družinski člani ter osebe, ki so zavarovane v skladu s 3. točko pod b) prvega odstavka 20. člena ZZZV in otroci iz drugega odstavka 22. člena ZZZV ohranijo lastnost zavarovane osebe do prenehanja izpolnjevanja pogojev za obvezno zavarovanje. Do prenehanja lastnosti zavarovane osebe se plačujejo prispevki za obvezno zavarovanje v višini in na način, kot je bil za zavarovance po podlagah iz prejšnjega stavka določen v ZZZV in obvezni zdravstveni prispevek v višini, kot ga določa drugi odstavek spremenjenega 48. člena zakona.

Zavarovanci iz 2. in 8. točke prvega odstavka 15. člena ZZZV, ki v skladu s prejšnjim odstavkom ohranijo lastnost zavarovane osebe, imajo pravice iz 28. člena ZZZV.

Ne glede na šesto alinejo 2. točke spremenjenega prvega odstavka 48. člena zakona je v skladu z zakonom, ki ureja dolgotrajno oskrbo, do vzpostavitve enotnega informacijskega sistema za dolgotrajno oskrbo, zavezanec za plačilo prispevkov delodajalca in prispevkov za zavarovanje za poškodbo pri delu in poklicno bolezen za zavarovance iz 25. točke prvega odstavka spremenjenega 15. člena zakona, Republika Slovenija.

Center za socialno delo v postopku iz šestega odstavka 36. člena Zakona o socialno varstvenih prejemkih (Uradni list RS, št. 61/10, 40/11, 14/13, 99/13, 90/15, 88/16, 31/18, 73/18, 196/21 – ZDOsk, 84/23 – ZDOsk-1 in 28/25 – odl. US) v letu 2026 pri upravičencih do trajne denarne socialne pomoči preveri tudi, ali izpolnjujejo pogoje za dodelitev pravice do plačila prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje in dodelitev pravice do plačila obveznega zdravstvenega prispevka v skladu z določbami Zakona o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev (Uradni list RS, št. 62/10, 40/11, 40/12 – ZUJF, 57/12 – ZPCP-2D, 14/13, 56/13 – ZŠtip-1, 99/13, 14/15 – ZUUJFO, 57/15, 90/15, 38/16 – odl. US, 51/16 – odl. US, 88/16, 61/17 – ZUPŠ, 75/17, 77/18, 47/19, 189/20 – ZFRO, 54/22 – ZUPŠ-1, 76/23 – ZŠolPre-1B, 122/23 – ZŠtip-1C, 22/25 – ZZZRO-1 in 40/25 – ZINR).

50. člen

Z dnem uveljavitve tega zakona prenehata veljati 35. in 36. člen Zakona o interventnih ukrepih na področju zdravstva, dela in sociale ter z zdravstvom povezanih vsebin (Uradni list RS, št. 136/23, 35/24 – ZZdrS-J, 102/24 – ZZKZ, 112/24 – ZDIUZDZ in 32/25 – ZZDej-N).

51. člen

Spremenjeni 15., 15.a, 16., 17., 18., 20., 21., 22., 28., 29., 30., 48., 49., 50., 51., 52., 53., 54., 55. in 57. člen zakona in 44. člen tega zakona se začnejo uporabljati za obdobje zavarovanja od 1. januarja 2026, razen:

- 14. točke prvega odstavka spremenjenega 15. člena zakona, ki se začne uporabljati z začetkom šolskega oziroma študijskega leta 2026/2027,
- 17. točke prvega odstavka spremenjenega 15. člena zakona, ki se začne uporabljati 1. aprila 2026,
- 26. točke spremenjenega 15. člena zakona, ki se začne uporabljati 1. januarja 2027.

52. člen

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

III. OBRAZLOŽITEV

K 1. členu

Namen predlaganih sprememb je zagotoviti, da so ključne funkcije in storitve zdravstvenega sistema ustrezno in sistemsko pokrite s proračunskimi sredstvi, zlasti v času kriznih situacij in izrednih okoliščin. Vključitev novih nalog omogoča, da se v financiranju jasno opredeli tudi delovanje sistemov in organizacij, ki so nujni za zagotavljanje neprekinjene oskrbe in odzivanja v primerih naravnih nesreč, drugih kriz ter nenadnih gospodarskih pretresov.

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

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

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

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

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

Z novo osemnajsto alinejo se ureja financiranje izobraževalne in raziskovalne dejavnosti na terciarni ravni, ki ni pokrita z drugimi viri ter spodbuja inovacije in izboljšave v zdravstveni oskrbi. S tem se ustvarja stimulatívno okolje za strokovni razvoj in raziskave, ki so ključnega pomena za dolgoročno učinkovitost in kakovost zdravstvenega sistema. Terciar I vključuje program učenja, program usposabljanja za posebna znanja, program razvoja in raziskovanja. Program učenja zajema podiplomsko izobraževanje specializacije, magisterija in doktorata. Obvezna izobraževanja specializacij za zdravnike potekajo po predpisanem programu specializacije. Če del usposabljanja klinika prepusti drugemu izvajalcu, se stroški tega usposabljanja zagotavljajo iz sredstev za terciarno dejavnost. Program usposabljanja za posebna znanja obsega usposabljanja, ki so organizirana v okviru izvajalca zdravstvene dejavnosti na terciarni ravni za zdravstvene delavce in zdravstvene

sodelavce, ki niso zaposleni pri njem, in sicer v smislu prenosa znanja in najnovejših dognanj iz prakse in literature v prakso na konkretnem zdravstvenem področju in niso sestavni del standardnih izobraževanj. Poleg tega program usposabljanja za posebna znanja zajema daljša usposabljanja (npr. mesec ali več) v tujini za zdravstvene delavce in zdravstvene sodelavce zaposlene pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti na terciarni ravni. Program razvoja in raziskovanja obsega aplikativne in klinične raziskovalne in razvojne projekte, ki zagotavljajo napredek najvišje izvedenske ravni zdravstvene obravnave ter oblikovanje usmeritve zdravstvene obravnave za celo oziroma večji del države. Razvojni projekti se izvajajo na vseh področjih zdravstva in obsegajo:

- patente in inovacije (razvoj in vpeljava novih metod in postopkov dela ter analize in izboljšave že obstoječih pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti na terciarni ravni),
- prenos lastnega znanja in dosežkov izvajalca zdravstvene dejavnosti na terciarni ravni v domači prostor in v tujino ter obratno ter
- razvojne naloge in naloge nacionalnega pomena. Ta del zajema vzpostavitev in delovanje nacionalnega sistema za farmakovigilanco, ki obsega vzpostavitev in vzdrževanje nacionalne mreže regijskih koordinatorjev v bolnišnicah in večjih zdravstvenih centrih, izobraževanje na področju farmakovigilance, spodbujanje zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev glede poročanja o neželenih učinkih zdravil, svetovanje v primeru neželenih učinkov, zbiranje in dopolnjevanje poročil o neželenih učinkih, posredovanje poročil Javni agenciji Republike Slovenije za zdravila in medicinske pripomočke, sodelovanje pri vzpostavitvi uporabnikom prijaznega elektronskega on-line sistema za poročanje, priprava polletnega in letnega poročila za Ministrstvo za zdravje (Svet za zdravila), sodelovanje v nacionalnem odboru za farmakovigilanco, sodelovanje v preventivnih programih za povečanje varnosti pacientov oziroma varne rabe zdravil.

S prenosom financiranja na proračun se bo zagotovilo večjo preglednost nad izvajanjem tovrstnih projektov, predvsem pa ciljano usmerjalo raziskave ter zagotavljalo prenose dognanj v okviru rezultatov projekta med izvajalce zdravstvene dejavnosti in v strokovno javnost. Minister za zdravje bo s podzakonskim aktom podrobneje določil način izbora projektov in ostalih aktivnosti, postopek strokovnega vrednotenja in način financiranja.

V devetnajsti alineji je določeno financiranje vodenja zbirk podatkov, kot jih določa Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (Uradni list RS, št. 65/00, 47/15, 31/18, 152/20 – ZZUOOP, 175/20 – ZIUOPDVE, 203/20 – ZIUPOPdVE, 112/21 – ZNUPZ, 196/21 – ZDOsk, 206/21 – ZDUPŠOP, 141/22 – ZNUNBZ, 18/23 – ZDU-1O, 84/23 – ZDOsk-1 in 112/24 – ZDIUZDZ) in jih upravlja en upravljavec zbirke za področje celotne države. Ti so osnova za spremljanje epidemioloških trendov, analiziranje učinkovitosti zdravstvenih politik in spremljanje varnosti pacientov. Financiranje te dejavnosti zagotavlja, da imajo pristojne institucije na voljo ustrezne podatke za sprejemanje strateških odločitev. Zbirke podatkov so naslednje:

- Register o zastrupitvah in drugih učinkih kemikalij,
- Register bolnikov s sladkorno boleznijo in vrojenimi presnovnimi motnjami in endokrinopatijami,
- Register hemofilikov,
- Register rizičnih otrok,
- Register ekstrapiramidnih bolnikov,
- Register oseb s cerebralno paralizo,
- Register oseb, ki jih ogrožajo kardiovaskularne bolezni,
- Register redkih nemalignih bolezni,
- Register cerebrovaskularnih bolnikov,
- Register raka,
- Register testiranih oseb iz družin, obremenjenih z dednim rakom,
- Register organiziranega odkrivanja in obravnave predrakavih sprememb in raka materničnega vratu (Register ZORA),
- Register organiziranega zgodnjega odkrivanja in obravnave raka dojk (Register DORA),
- Register družinske polipoze,
- Register TBC bolnikov,
- Register bolnika, ki prejema kisik in umetno ventilacijo na domu,
- Register prirojenih anomalij,
- Register cerebrovaskularnih bolnikov,
- Register poklicnih bolezni, sumov na poklicne bolezni in bolezni v zvezi z delom,

- Register bolnikov srca in ožilja,
- Evidenca nalezljivih bolezni,
- Register obveznikov za cepljenje in izvajanje cepljenja,
- Evidenca varstva prebivalstva pred steklino,
- Register stranskih pojavov po cepljenju,
- Evidenca pojavnosti infekcije s HIV, AIDS-a in smrti zaradi AIDS-a,
- Evidenca pojavnosti spolno prenesenih bolezni,
- Register hospitaliziranih psihiatričnih bolnikov,
- Register samomorov in drugih samomorilnih poskusov,
- Register oseb odvisnih od alkohola.

V dvajseti alineji se določa, da Republika Slovenija iz državnega proračuna zagotavlja sredstva za plačilo pavšalnega mesečnega prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje otrok. Cilj določbe je zagotoviti, da so vsi otroci, ne glede na socialni ali pravni status svojih skrbnikov, vključeni v sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja in da imajo dostop do zdravstvenih storitev. S tem se zagotavlja uresničevanje ustavne pravice do zdravstvenega varstva ter spoštovanje mednarodnih obveznosti države, zlasti Konvencije o otrokovih pravicah. Določba prispeva tudi k zmanjševanju neenakosti v zdravju med otroki in preprečuje negativne dolgoročne posledice za zdravje zaradi izključitve iz zdravstvenega sistema.

S predlagano novo enaindvajseto alinejo se določa proračunsko kritje nujno potrebnih stroškov prevoza posmrtnih ostankov zavarovane osebe, če ta umre v tujini med tem, ko v tujini uveljavlja pravico do zdravljenja na podlagi 44.a in 44.b člena ZZVZZ. Prevozni stroški posmrtnih ostankov se krijejo iz proračuna, saj s smrtjo osebe tej preneha status zavarovane osebe, zaradi česar ti stroški ne sodijo in ne morejo soditi med prevozne stroške iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

S predlagano dvaindvajseto alinejo se zagotavlja financiranje nujne medicinske pomoči (v nadaljnjem besedilu: NMP) in izvajanje dispečerske službe iz proračuna Republike Slovenije, pri čemer se področji sistemsko ne spreminjata. NMP predstavlja tudi ključen element odziva ob množičnih nesrečah, pandemijah, naravnih nesrečah in terorističnih dogodkih. V vseh teh primerih gre za nacionalni interes, zato je državno financiranje nujno tudi za hitro mobilizacijo in odzivnost. Dispečerska služba zdravstva ima preko obveznih informacijskih povezav stalen pregled nad ekipami NMP v sistemu, tako glede ekip, ki morajo v določenem trenutku biti zagotovljene, kot tudi pregled nad tem ali je posamezna ekipa zasedena z intervencijo. V skladu s Pravilnikom o dispečerski službi zdravstva (Uradni list RS, št. 58/17 in 32/25 – ZZDej-N) je namreč ta služba odgovorna za nadzor nad stanjem sistema NMP v celoti, kar pomeni, da ne more priti do financiranja neobstojećih ekip NMP. Navedba predloga zakona, da se izvajanje zunajbolnišnične službe NMP, službe helikopterske NMP in dispečerske službe zdravstva financira iz sredstev proračuna Republike Slovenije pomeni, da se na podlagi tega zakona zagotavlja sredstva ZZS za financiranje ekip NMP, ZZS pa bo še vedno sklepal pogodbe z izvajalci NMP. Glede na ta sistem in ob dejstvu, da je na podzakonskih aktih opredeljeno število in sestava ekip, je načrtovanje stroškov predvidljivo, transparentno in ga je mogoče realno načrtovati in obenem nadzirati.

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

Z določbo predlaganega tretjega odstavka se zagotavlja ustrezna pravna podlaga za financiranje oprostitve plačila prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje in obveznega zdravstvenega prispevka iz sredstev proračuna resornega ministrstva, ki posamezni kategoriji upravičencev priznava pravico do oprostitve. Petnajsta alineja prvega odstavka 7. člena določa kategorijo oseb, ki pridobijo pravico do obveznega zdravstvenega zavarovanja na podlagi posebnega statusa, kot ga priznava pristojni resorni organ. Gre za osebe, ki jim država zaradi njihovega položaja priznava določene pravice in zaščito. Drugi odstavek 48. člena pa določa plačilo obveznega zdravstvenega prispevka. V ZZVZZ je določeno, da prispevke za obvezno zdravstveno zavarovanje in obvezni zdravstveni prispevek za določene kategorije teh oseb plačuje Republika Slovenija, ni pa jasno določeno, katera resorna ministrstva so pristojna za plačilo. Kljub temu pa resorna ministrstva, ki so tem kategorijam oseb podelile status in s tem pravico do oprostitve plačila prispevkov za obvezno zdravstveno

zavarovanje in obveznega zdravstvenega prispevka, v večini primerov že plačujejo prispevke za obvezno zdravstveno zavarovanje in obvezni zdravstveni prispevek. Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti tako plačuje navedene prispevke npr. za prejemnike trajne denarne socialne pomoči in osebe, ki prejemajo nadomestilo predpisih, ki urejajo socialno vključevanje invalidov, Ministrstvo za pravosodje npr. za pripornike, obsojence na prestajanju kazni zapora in osebe na obveznem psihiatričnem zdravljenju in varstvu v zdravstvenem zavodu.

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

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

Pravica do obveznega zdravstvenega zavarovanja izhaja neposredno iz podeljenega statusa, ki ga posamezniku prizna pristojni organ. Status (npr. status vojnega veterana, begunca ...) je tako materialnopravna podlaga za vključitev v sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja brez plačila prispevka s strani zavarovane osebe. Ker gre za odločitev države, ki priznava posebno varstvo oziroma socialno varovano kategorijo oseb, mora ta zagotoviti tudi ustrezno financiranje prispevkov iz svojih proračunskih sredstev.

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

Z določbo predlaganega četrtega odstavka se določa, da plačilo pavšalnega mesečnega prispevka za otroke iz dvajsete alineje prvega odstavka tega člena zagotavlja Ministrstvo za zdravje. Višina prispevka je določena v višini 50 odstotkov od osnove 5,96 odstotka od minimalne plače. S tem se določa tudi minimalni prag varovanja javnofinančne vzdržnosti. Plačilo prispevkov se izvede četrtno, kar omogoča preglednost in administrativno učinkovitost.

Na enak način, torej četrtno, Ministrstvo za zdravje izvede tudi plačilo za izvajanje zunajbolnišnične službe NMP, službe helikopterske NMP in dispečerske službe zdravstva. Plačilo se izvede na podlagi zahtevka ZZS, in sicer v višini, kot jo določa Program obveznega zdravstvenega zavarovanja (predlagani peti odstavek).

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

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

K 2. členu

K 1. točki:

S spremembo 1. točke se jasneje določajo kategorije zavarovancev na podlagi delovnega razmerja, in sicer v obliki naštevanja v alinejah. V prvi alineji se ohranja dosedanje zavarovance, kot jih določa veljavna 1. točka prvega odstavka 15. člena zakona.

Z drugo alinejo se med zavarovane osebe doda še izvoljene ali imenovane nosilke ali nosilce javne ali druge funkcije v organih zakonodajne, izvršilne ali sodne oblasti v Republiki Sloveniji ali v organih lokalne samouprave, če prejemajo za to funkcijo plačo. Pri tem se smatra, da so sodniki kot nosilci funkcije sodne oblasti z Republiko Slovenijo v službenem razmerju kot to določa drugi odstavek 1. člena Zakona o sodniški službi (Uradni list RS, št. 94/07 – uradno prečiščeno besedilo, 91/09, 33/11, 46/13, 63/13, 69/13 – popr., 95/14 – ZUPJS15, 17/15, 23/17 – ZSSve, 36/19 – ZDT-1C, 34/23 – odl. US in 76/23). Enako velja za državne tožilce kot to določa 2. člen Zakona o državnem tožilstvu (Uradni list RS, št. 58/11, 21/12 – ZDU-1F, 47/12, 15/13 – ZODPol, 47/13 – ZDU-1G, 48/13 – ZSKZDČEU-1, 19/15, 23/17 – ZSSve, 36/19, 139/20, 54/21 in 105/22 – ZZNŠPP).

Tretja alineja tako vključuje tudi zavarovance po zavarovalni podlagi 002, ki je urejala osebe v delovnem razmerju pri delodajalcu s sedežem v Republiki Sloveniji, poslani na delo ali na strokovno izpopolnjevanje v tujino, če niso obvezno zavarovane v državi, v katero so bile poslani, in je veljala do 31. 12. 2023.

V četrti alineji je dodana nova kategorija zavarovancev, in sicer osebe, ki so vključene v obvezno zdravstveno zavarovanje na podlagi vključenosti v poklicno rehabilitacijo med trajanjem delovnega razmerja, saj je bila ta kategorija do sedaj določena le v podzakonskem predpisu (Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 79/94, 73/95, 39/96, 70/96, 47/97, 3/98, 3/98, 51/98 – odl. US, 73/98 – odl. US, 90/98, 6/99 – popr., 109/99 – odl. US, 61/00, 64/00 – popr., 91/00 – popr., 59/02, 18/03, 30/03, 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 – odl. US, 25/14, 85/14, 10/17 – ZČmIS, 64/18, 4/20, 42/21 – odl. US, 61/21, 159/21 – ZZVZZ-P, 183/21, 196/21 – ZDOsk, 142/22 – odl. US, 163/22, 124/23 in 82/24; v nadaljnjem besedilu: Pravila). Zavezanec za prijavo je v navedenih primerih delodajalec.

K 2. točki:

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

K 3. točki:

Predlagana je sprememba besedila, s katero je poudarjeno dejstvo opravljanja dela na območju Republike Slovenije in ne sam sedež mednarodne organizacije ali institucije oziroma tujega diplomatskega ali konzularnega predstavništva. Točka med zavarovane osebe vključuje še zaposlene pri tujih delodajalcih iz tretjih držav brez dvostranskega sporazuma, ki so napoteni na delo v Republiko Slovenijo ali delo opravljajo iz Republike Slovenije na daljavo, kar sledi aktualnim trendom novih oblik dela in zajema tudi nove oblike dela na daljavo. Za navedene kategorije se uporablja zakonodaja po kraju dela (lex loci laboris).

K 5. in 6. točki:

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

K 7. točki:

S predlagano spremembo se za opredelitev kategorije kmetov ta zakon navezuje na opredelitev v predpisih s področja pokojninskega in invalidskega zavarovanja, ki podrobneje določajo pogoje za to kategorijo zavarovanih oseb. S spremembo 7. točke se ukinja možnost vključitve kmeta zgolj v obvezno zdravstveno zavarovanje. Nobena izmed ostalih kategorij zavarovancev iz prvega odstavka 15. člena zakona nima možnosti izbire glede podlage za vključitev v zavarovanje ter iz tega izhajajočega obsega pravic in prispevka. Zaradi navedene spremembe se spreminjajo tudi četrti do šesti odstavek 15. člena ZZVZZ. Veljavni četrti odstavek določa osebe, ki jih štejemo v kategorijo kmeta, peti odstavek določa pojem minimalne plače, šesti odstavek pa daje možnost izbire vključitve v vsa obvezna socialna zavarovanja.

K 8. točki:

Veljavna 8. točka kot zavarovane osebe posebej opredeljuje vrhunske športnike in vrhunske šahiste. Iz prakse izhaja, da vrhunski športniki in vrhunski šahisti stremijo k vključitvi v druga obvezna socialna

zavarovanja, ter se vključujejo v zavarovanja kot osebe, ki na območju Republike Slovenije samostojno opravljajo poklicno dejavnost. ZZS ugotavlja, da že vrsto let po zavarovalni podlagi 027 (tj. vrhunski športniki) ni vključenih oseb, zato ocenjujemo, da ni razlogov za obstoj samostojne točke.

K novi 8.a točki:

Za 8. točko se doda nova 8.a točka, v kateri se določi kategorija zavarovancev, ki do sedaj niso bili določeni v zakonu. Nova točka med zavarovane osebe uvršča tudi osebe, ki v Republiki Sloveniji izvajajo rejniško dejavnost kot poklic. S tem se izpolnjuje tudi obveznost iz Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (Uradni list RS, št. 48/22 – uradno prečiščeno besedilo, 40/23 – ZČMIS-1, 78/23 – ZORR, 84/23 – ZDOsk-1, 125/23 – odl. US in 133/23; v nadaljnjem besedilu: ZPIZ-2), ki v šestem odstavku 406. člena določa, da se ta kategorija zavarovancev obravnava po ZPIZ-2 do ustrezne ureditve v ZZVZZ.

K 9. točki:

Obstoječe besedilo 9. točke prvega odstavka 15. člena ni bilo povsem usklajeno z novo terminologijo in sistemsko ureditvijo na področju urejanja trga dela, predvsem glede opredelitve kategorije brezposelnih oseb, ki so upravičene do pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja na podlagi prejemanja denarnega nadomestila.

S predlagano spremembo se 9. točka usklajuje s predpisi, ki urejajo trg dela, zlasti z Zakonom o urejanju trga dela (Uradni list RS, št. 80/10, 40/12 – ZUJF, 21/13, 63/13, 100/13, 32/14 – ZPDZC-1, 47/15 – ZZSDT, 55/17, 75/19, 11/20 – odl. US, 189/20 – ZFRO, 54/21, 172/21 – ZODPol-G, 54/22, 59/22 – odl. US, 109/23 in 62/24 – ZUOPUE), in se natančneje določa, da gre za brezposelne osebe, ki prejemajo denarno nadomestilo za primer brezposelnosti.

K novi 9.a točki:

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

K 10. točki:

S predlagano spremembo se razširja krog oseb, ki prejemajo pokojnino po predpisih Republike Slovenije oziroma preživnino po predpisih o preživninskem varstvu kmetov in ki so upravičene do vključitve v obvezno zdravstveno zavarovanje, tudi na tiste z začasnim prebivališčem v Republiki Sloveniji.

Obstoječe besedilo je dopuščalo razlago, da se določba nanaša izključno na osebe s stalnim prebivališčem, kar je v praksi lahko povzročalo izključenost oseb z začasnim prebivališčem iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, čeprav dejansko prebivajo v Sloveniji in izpolnjujejo druge pogoje. To je lahko v nasprotju z načelom enake obravnave.

K novi 10.a točki:

Zavarovanci, ki jih opredeljuje predlagana nova 10.a točka prvega odstavka 15. člena ZZVZZ, so osebe, ki prejemajo nadomestilo iz invalidskega zavarovanja po predpisih, ki urejajo obvezno pokojninsko in invalidsko zavarovanje. Navedeni osebe niso določene kot zavarovanci v veljavnem ZZVZZ, temveč le v 13. točki 9. člena Pravil, ki pa so podzakonski akt, na katerega se zakon zaradi hierarhije pravnih aktov ne more sklicevati. Del besedila iz 13. točke 9. člena Pravil (poklicna rehabilitacija) je črtan, ker je ta kategorija oseb vključena v spremenjeni 1. točki prvega odstavka 15. člena (četrti alineja).

K novi 10.b točki:

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

K 12. točki:

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

K 13. točki:

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

K 14. točki:

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

K 16. točki:

Predlog v nabor zavarovancev vključuje invalide, ki prejemajo nadomestilo za invalidnost v skladu z Zakonom o socialnem vključevanju invalidov (Uradni list RS, št. 30/18, 196/21 – ZDOsk, 206/21 – ZDUPŠOP, 84/23 – ZDOsk-1 in 60/24 – odl. US; v nadaljnjem besedilu: ZSVI). Z uveljavitvijo ZSVI 1. 1. 2019 je prenehal veljati Zakon o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb (Uradni list SRS, št. 41/83, Uradni list RS, št. 114/06 – ZUTPG, 122/07 – odl. US, 61/10 – ZSVarPre in 40/11 – ZSVarPre-A; v nadaljnjem besedilu: ZDVDTP). Invalidi, ki so pridobili status invalida po ZDVDTP, so ohranili status invalida in s tem vse pridobljene pravice, zato v tem delu predlog ureditve ne spreminja.

K 17. točki:

Upravičenci do denarne socialne pomoči so vključeni v obvezno zdravstveno zavarovanje na podlagi 21. točke prvega odstavka 15. člena ZZVZZ, če niso zavarovani že iz drugega naslova. Po tej podlagi je zavarovanih približno 36.000 oseb. Upravičenci do trajne denarne socialne pomoči so v obvezno zdravstveno zavarovanje vključeni na podlagi 17. točke prvega odstavka 15. člena ZZVZZ, če niso zavarovani že iz drugega naslova. Po tej podlagi je zavarovanih približno 300 oseb. Razlika med obema skupinama le v obdobju, za katero jim je dodeljena pravica do denarne socialne pomoči (ni razlik v obsegu pravic, prispevkih ipd.). Zato je predlagana poenostavitev sistema s poenotenjem obravnave obeh skupin na način, da se tudi upravičence do trajne denarne socialne pomoči vključi v obvezno zdravstveno zavarovanje na podlagi 21. točke prvega odstavka 15. člena ZZVZZ. Ta poenostavitev za zavarovance ne predstavlja nobene spremembe.

K 20. točki:

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

K 21. točki:

V to točko se vključijo osebe, ki jim je v skladu z Zakonom 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, 88/16, 61/17 – ZUPŠ, 75/17, 77/18, 47/19, 189/20 – ZFRO, 54/22 – ZUPŠ-1, 76/23 – ZŠolPre-1B, 122/23 – ZŠtip-1C, 22/25 – ZZZRO-1 in 40/25 – ZINR) priznana pravica do plačila prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje (tudi prejemniki trajne denarne socialne pomoči iz dosedanje 17. točke prvega odstavka 15. člena). V primerjavi z dosedanja ureditvijo je izrecno dodan pogoj, da ne smejo biti zavarovane iz drugega naslova, z izjemo 20. točke (državljeni Republike Slovenije ali tujci, ki stalno prebivajo v Republiki Sloveniji, in ne izpolnjujejo pogojev za vključitev v zavarovanje na podlagi katere od drugih točk tega odstavka).

K 22. točki:

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

Z dodanim besedilom »ali priporniki, ki so zavarovanci po drugih točkah iz tega odstavka in imajo zadržane pravice v skladu s tem zakonom,« se ureja primer zavarovancev vključenih v obvezno zavarovanje po 20. točki prvega odstavka 15. člena ZZVZZ, ki pa nimajo sredstev za plačilo prispevkov in pri njih nastopi zadržanje pravic. S spremembo točke se navedenim osebam, ki nastopijo prestajanje kazni pripora, omogoči vključitev v obvezno zdravstveno zavarovanje po 22. točki in s tem omogoči dostop do pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

K 23. točki:

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

K 24. točki:

Točka se spremeni tako, da je razdeljena na dva sklopa. Veljavno besedilo je ohlapno in omogoča široko razlago katere otroke se vključi v zavarovanje ter omogoča vključevanje otrok brez prebivališča v Republiki Sloveniji. V prvi alineji se za zavarovanje otrok do 18. leta starosti črta pogoj šolanja, saj se po tej podlagi glede na veljavno 24. točko ne morejo zavarovati otroci, ki so mlajši od 6 let in se ne šolajo. Doda se pogoj zakonitega prebivanja (v obliki stalnega ali začasnega prebivališča ter veljavnega dovoljenja za začasno ali stalno prebivanje). V drugi alineji se uredi zavarovanje otrok, ki so rojeni v zaporu in z materami bivajo v zavodu za prestajanje kazni zapora, saj otrokom v teh primerih ni mogoče urediti prijave prebivališča in s tem izpolniti pogoja za zavarovanje otroka kot družinskega člana. Zavarovanje otrok v rejništvu ureja Zakon o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev (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, 88/16, 61/17 – ZUPŠ, 75/17, 77/18, 47/19, 189/20 – ZFRO, 54/22 – ZUPŠ-1, 76/23 – ZŠolPre-1B, 122/23 – ZŠtip-1C, 22/25 – ZZZRO-1 in 40/25 – ZINR). Do 18. leta se v veljavnem sistemu zavarujejo rejenci do 18. leta starosti kot otroci, ki se šolajo in niso zavarovani kot družinski člani, ker njihovi starši ne skrbijo zanje oziroma ker starši ne izpolnjujejo pogojev za vključitev v obvezno zdravstveno zavarovanje (po zavarovalni podlagi 033), po 18. letu pa se jih vključi v obvezno zavarovanje po zakonu, ki ureja uveljavljanje pravic iz javnih sredstev (po zavarovalni podlagi 099).

K 25. točki:

Družinski pomočnik se nadomesti z oskrbovalcem družinskega člana, kot ga določa zakon, ki ureja dolgotrajno oskrbo. Gre za izpolnitev obveznosti iz 139. člena Zakona o dolgotrajni oskrbi (Uradni list RS, št. 84/23 in 112/24; v nadaljnjem besedilu: ZDOsk-1), ki v prvem odstavku določa, da so do ustrezne ureditve v ZZVZZ namesto družinskega pomočnika po zakonu, ki ureja socialno varstvo, zavarovanci v obveznem zdravstvenem zavarovanju oskrbovalci družinskega člana v skladu z ZDOsk-1. S prenosom ureditve v matični zakon, to je ZZVZZ, se sledi ustavnemu načelu pravne varnosti in jasnosti predpisov.

K novi 26. točki:

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

K drugemu odstavku:

Pri predlagani spremembi gre za uskladitev zaradi črtanja 8. točke prvega odstavka 15. člena ZZVZZ torej vrhunskih športnikov in vrhunskih šahistov.

K četrtemu, petemu in šestemu odstavku:

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

Dodatno se s predlagano spremembo člena za zavarovance (kmete), ki so prostovoljno vključeni v pokojninsko in invalidsko zavarovanje v skladu s predpisi s področja pokojninskega in invalidskega zavarovanja, ukinja možnost izbire ožjega obsega pravic iz 13. člena veljavnega zakona. V skladu s predlagano spremembo bi bili vsi zavarovanci iz te kategorije zavarovani za celoten obseg pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Obvezno zdravstveno zavarovanje namreč obsega zavarovanje za primer bolezni in poškodbe izven dela in zavarovanje za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni. Zavarovanim osebam se iz obveznega zdravstvenega zavarovanja zagotavljajo plačilo zdravstvenih storitev, nadomestilo plače med začasno zadržanostjo od dela in povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev. S predlagano spremembo člena se zavarovance odvrača, da se kljub obvezni naravi zdravstvenega zavarovanja v Republiki Sloveniji, po lastni presoji in glede na življenjske okoliščine v različnih obdobjih v obvezno zdravstveno zavarovanje vključujejo za ožji obseg pravic. Predlagana določba preprečuje možnosti za izkoriščanje sistema na način, da se oseba sama zavaruje za širši obseg zgolj takrat, ko potrebuje večji obseg storitev (npr. ko oseba oceni, da bo za daljše obdobje koristila nadomestilo za čas bolniške odsotnosti), in obratno, da se vključi v zavarovanje za ožji obseg, ko oceni, da bo potrebovala manjši obseg pravic (npr. ko oceni, da ne bo koristila nadomestila za čas bolniške odsotnosti). Podatki ZZZS kažejo, da je na dan 31. 3. 2025 za ožji obseg pravic zavarovanih 91 oseb in za širši obseg pravic 5458 oseb, iz česar je mogoče ob primerjavi obeh kategorij ugotoviti, da tudi na strani zavarovancev ni množičnega interesa za vključitev v zavarovanje za ožji obseg pravic. Predlog zakona v prehodnih določbah predvideva, da bodo osebe, vključene za ožji obseg pravic, na dan uveljavitve tega zakona ohranile status do prenehanja pogojev zanj, iz česar sledi, da se z novelo ne bo poseglo v pridobljene pravice oseb, ki so do uveljavitve tega zakona že vključene v zavarovanje za ožji obseg pravic.

K novemu sedmemu, osmemu, devetemu, desetemu, enajstemu in dvanajstemu odstavku:

S predlaganim novim sedmim odstavkom se naslavlja odprta vprašanja vključitve v obvezno zdravstveno zavarovanje oseb zaposlenih v institucijah EU in mednarodnih organizacijah ali mednarodnih institucijah, ki imajo lastne kadrovske predpise in omogočajo vključitev v zdravstvene sheme, hkrati pa navedene osebe ohranijo stalno prebivališče v Republiki Sloveniji. Z novim sedmim odstavkom 15. člena zakona se uredi izvzem iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v Republiki Sloveniji in s tem prepreči vključenost v dva ali več sistemov obveznih zdravstvenih zavarovanj hkrati. Osebe, ki so delovno aktivne pri institucijah EU, mednarodnih organizacijah ali mednarodnih institucijah, se v Republiki Sloveniji ne morejo zavarovati po zavarovalni podlagi, ki je namenjena delovno neaktivnim (npr. kot samoplačniki iz 20. točke prvega odstavka 15. člena ZZVZZ). Navedene osebe pa se vključijo po podlagah za delovno aktivne (npr. na podlagi samostojnega opravljanja dejavnosti, zaposlitve), če takšne vključitve ne preprečuje shema zavarovanja te organizacije oziroma organizacija sama. Predlagana sprememba sledi sodni praksi sodišča EU (npr. sodba C-195/23).

S predlaganimi osmim do dvanajstim odstavkom se vzpostavlja posebna ureditev za zagotavljanje dostopa do določenih zdravstvenih storitev osebam, ki so obvezno vključene v skupni sistem zdravstvenega zavarovanja institucij EU ali drugih institucij s predstavnštvom v Republiki Sloveniji (v nadaljnjem besedilu: skupni sistem ZZ) in imajo stalno prebivališče v Republiki Sloveniji (a niso zavarovane osebe v skladu z ZZVZZ). To pomeni, da te osebe ne morejo izbirati med vključenostjo v skupni sistem ZZ ali vključenost v sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja v skladu z ZZVZZ.

Osebam iz prejšnjega odstavka sicer praviloma zdravstveno varstvo zagotavlja ta skupni sistem ZZ, ki deluje po načelu delnega povračila stroškov, kar pomeni, da si same organizirajo zdravstvene storitve in tudi plačajo stroške zdravstvene obravnave (kot samoplačniki), njihovo povračilo pa potem uveljavljajo pri skupnem sistemu ZZ. Ta shema relativno dobro funkcionira v državah, kjer je zasebni sistem močno razvit. V Republiki Sloveniji pa je najbolj zahtevne zdravstvene storitve mogoče opraviti

zgolj v javni mreži zdravstvene dejavnosti, zaradi česar te osebe ne morejo dostopati do določenih zdravstvenih storitev, ki pa so pogosto ključne za zdravje posameznika. Namreč nekaterih zdravstvenih storitev izvajalci v javni mreži ne opravljajo kot tržno dejavnost oziroma za samoplačnike (npr. onkologija), niti teh zdravstvenih storitev ne ponujajo čisti zasebniki, ki delujejo izven javne zdravstvene mreže.

Predlagatelj zato posebej opredeljuje dostop teh oseb do zdravstvenih storitev, ki jih bodisi ne morejo opraviti pri izvajalcih izven javne zdravstvene mreže, bodisi obravnavo v okviru javne zdravstvene mreže narekuje kompleksnost zdravstvene obravnave in zahtevnost zdravstvenih storitev. Natančen seznam teh zdravstvenih storitev bo določil minister za zdravje, pri čemer bo upošteval, ali se te storitve že izvajajo kot tržna dejavnost.

Izvajalec zdravstvene dejavnosti bo osebo uvrstil na čakalni seznam kot ga opredeljuje 15. člen Zakona o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08, 55/17, 177/20 in 100/22 – ZNUZSZS; v nadaljnjem besedilu: ZPacP) glede na stopnjo nujnosti obravnave, ki jo bo določil ob pregledu verodostojne listine, iz katere izhaja medicinsko indicirana napotitev na zdravstveno storitev, in druge zdravstvene dokumentacije osebe. Poleg podatkov, ki jih določa tretji odstavek 15. člena ZPacP, bo izvajalec zdravstvene dejavnosti za to osebo v čakalnem seznamu vodil še podatek o veljavnosti izdanega potrdila o vključenosti v skupni sistem ZZ.

Vključitev v skupni sistem ZZ ni dodatno ali prednostno merilo za uvrstitev v čakalni seznam. Stroške zdravstvene obravnave krije oseba sama oziroma se lahko uveljavlja povračilo iz sredstev skupnega sistema ZZ.

S predlogom tega člena se tako vzpostavlja ustrezno omejena možnost koriščenja javnih zdravstvenih storitev za specifično skupino oseb, ki zaradi narave svoje zavarovalne sheme in pravnega statusa ne spadajo pod splošno ureditev, a objektivno potrebujejo dostop do določenih zdravstvenih storitev, ki niso na voljo v zasebnem sektorju.

K 3. členu

S spremenjenim 15.a členom se v prvi alineji prvega odstavka urejajo tudi zavarovanci – osebe, ki so čezmejno v delovnem razmerju, čezmejno opravljajo delo oziroma čezmejno izvajajo dejavnost, če se zanje v skladu s koordinacijskimi pravili socialnih zavarovanj, ki so del pravnega reda EU, uporablja zakonodaja Republike Slovenije. Slednje pomeni, da za urejanje obveznega zdravstvenega zavarovanja za te osebe veljajo določbe ZZVZZ, zavarovanci po 15.a členu pa se zavarujejo pod predpisanimi pogoji, z enakimi obveznostmi in enakimi pravicami, kot veljajo za zavarovance z enakovrstnimi pravnimi razmerji, na podlagi katerih so zavarovani po 15. oziroma 17. členu ZZVZZ (zavarovalne podlage, ki urejajo delovno aktivne zavarovance).

Z drugo alinejo prvega odstavka so kot zavarovanci določene osebe, ki so v tujini v delovnem razmerju ali opravljajo samostojno dejavnost in se zanje na podlagi mednarodnih pogodb o zdravstvenem zavarovanju uporablja zakonodaja Republike Slovenije.

Prva alineja prvega odstavka ureja primere iz držav članic EU, Islandije, Kneževine Liechtenstein, Kraljevine Norveške, Švicarske konfederacije ali Združenega kraljestva Velike Britanije in Severne Irske, druga pa zajema primere iz držav, s katerimi ima Republika Slovenija sklenjene mednarodne pogodbe (npr. Republika Srbija). Za obe alineji prvega odstavka 15.a člena velja, da če je za osebo določena uporaba zakonodaje Republike Slovenije o socialnem varstvu, se oseba vključi v obvezno zdravstveno zavarovanje v Republiki Sloveniji, če so za to izpolnjeni pogoji po predpisih, ki urejajo obvezno zdravstveno zavarovanje v Republiki Sloveniji, pri čemer se pri presoji izpolnjevanja pogojev upošteva mednarodni element (npr. država registracije samozaposlitvene dejavnosti ni Republika Slovenija)

Določba 15.a člena kot zavarovance ureja le osebe, ki iz istega pravnega razmerja niso že zavarovanci iz 15. in 17. člena ZZVZZ. Tako so na primer po 15. členu in ne po 15. a členu zavarovani napoteni delavci, ki so sklenili delovno razmerje v Republiki Sloveniji. Prav tako so po 15. členu in ne po 15. a členu zavarovane v Republiki Sloveniji registrirane samozaposlene osebe, ki opravljajo storitve v drugi državi. V primeru delovnega razmerja s krajem dela v Republiki Sloveniji ob hkratni registraciji samozaposlitve v drugi državi, se iz delovnega razmerja oseba zavaruje po 15. členu, iz samozaposlitve v drugi državi pa po 15.a členu.

V drugem odstavku je določeno splošno pravilo glede plačevanja prispevkov zavarovanih oseb, ki so v zavarovanje vključene po prvem odstavku tega člena. Pri plačevanju prispevkov zavarovalnih oseb se sledi namenu ohranjanja dosedanje višine in načina pobiranja prispevkov za zavarovane osebe, iz prvega odstavka tega člena. Ker bodo med zavarovane osebe po prvem odstavku tega člena tudi osebe, ki so v drugem pravnega razmerju, je bila dodana določba, da plačujejo prispevke, na način, kot je za te osebe določeno že do sedaj v 55.a členu.

K 4. členu

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

K 5. členu

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

K 6. členu

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

Z dodano novo 10. točko se vzpostavlja pravna podlaga za zagotovitev sredstev za financiranje zavarovanja za poškodbo pri delu za prve posredovalce v sistemu NMP. Prvi posredovalci v sistemu NMP delujejo v različnih okoljih in so pri tem izpostavljeni tveganjem, kot so poškodbe, nezgode in druge nevarnosti, podobno kot druge prostovoljne enote, na primer prostovoljni gasilci. Ker doslej ustrezna pravna podlaga ni obstajala, jim enotnega zavarovanja ni bilo mogoče zagotoviti, zaradi česar so bili v primerjavi z drugimi prostovoljnimi enotami, ki tovrstno ureditev že imajo, v slabšem in neenakopravnem položaju.

K 7. členu

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

V drugem odstavku je podrobneje določeno, kdo je zakonec, v tretjem pa koga štejemo med otroke.

V tretjem odstavku je določeno, da se oseba ne more zavarovati kot družinski član, če je njegov nosilec zavarovanja vključen po 14. točki (tuji študenti) ali 22. točki (osebe, ki prestajajo kazenske sankcije) prvega odstavka 15. člena ZZVZZ.

V četrtem odstavku se poleg stalnega prebivališča doda še začasno prebivališče, poleg izključitev z mednarodno pogodbo pa se določa še izvzem iz zavarovanja na podlagi pravnega reda EU. Uredbe o koordinaciji sistemov socialne varnosti določajo pravilo zavarovanja v eni državi članici EU, ki ga je treba upoštevati tudi pri zavarovanju družinskih članov.

S predlagano spremembo se kot družinskega člana več ne zavaruje staršev. Starši so lahko zavarovani po drugih podlagah, v skladu z veljavno zakonodajo pa so zavarovani kot družinski člani brez plačila prispevka. V praksi se pojavljajo težave pri ugotavljanju, ali otrok dejansko preživlja starša in ali je ta trajno nezmožen za delo ter ali starš izpolnjuje pogoje za zavarovanje kot družinski član. Po tej točki (starši) je zavarovanih le nekaj oseb, ki bodo ostale zavarovane po tej zavarovalni podlagi do izteka pogojev za zavarovanje.

K 8. členu

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

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

Osebe, ki so delovno aktivne pri institucijah EU, mednarodnih organizacijah ali mednarodnih institucijah, se v Republiki Sloveniji ne morejo zavarovati po zavarovalni podlagi, ki je namenjena delovno neaktivnim (družinski član), če so iz naslova delovne aktivnosti že vključene v shemo zavarovanja institucije. Navedene osebe pa se lahko vključijo po podlagah za delovno aktivne (npr. na podlagi samostojnega opravljanja dejavnosti, zaposlitve), če takšne vključitve ne preprečuje shema zavarovanja te organizacije. Predlagana sprememba sledi sodni praksi sodišča EU (npr. sodba C-195/23).

K 9. členu

S predlagano spremembo 22. člena je v prvem odstavku določeno, da mora biti status šolajočega razviden iz javnih evidenc (CEUVIZ in eVŠ). Ker veljavni predpisi niso dovolj določni, se v praksi pojavlja težava kaj pomeni status šolajoče osebe. Zaradi nejasnosti definicije so zavezanci za prijavo v postopku prijave v zavarovanje podajali potrdila, iz katerih ni razvidno, ali gre res za izobraževalni program ali druge oblike neformalnega izobraževanja (npr. tečaji). Predlagana sprememba bo administrativno razbremenila tako zavezance za prijavo, ki jim ne bo treba predlagati dokazil o izobraževanju, kot tudi ZZSZ, ki mu več ne bo treba preverjati ustreznosti predloženih dokazil.

V predlaganem drugem odstavku je določeno, da je kot družinski član obvezno zavarovan tudi otrok po dopolnjenem 18. letu starosti, če se šola v tujini, in sicer na izobraževalni ustanovi v izobraževalnem programu, ki sodi v izobraževalni sistem te države. Tak otrok je zavarovan kot družinski član do konca šolanja, vendar najdlje do konca šolskega ali študijskega leta, v katerem dopolni 26 let starosti. ZZSZ za otroke, ki se šolajo v tujini nima dostopa do evidenc, ki bi bile primerljive CEUVIZ in eVŠ, zato bo moral tak otrok še vedno predložiti dokazilo o izobraževanju in tudi dokazilo o javni veljavnosti javne izobraževalne ustanove, ki jo obiskuje, oziroma izobraževalnega programa, ki ga opravlja (odvisno od ureditve v državi izobraževanja). Kot dokazilo o javni veljavnosti lahko predloži:

- izpis iz javno dostopne uradne baze podatkov, npr. baze ENIC-NARIC centrov, dostopne na spletni strani www.enic-naric.net. Države članice mreže ENIC imajo na enak način predstavljeno državo in pod zavihkom »Recognised Higher Education Institutions« objavljene povezave na sezname akreditiranih institucij oziroma programov. Kandidat lahko predloži »fotografijo« iz ustrezne baze;
- potrdilo o javni veljavnosti izobraževalne ustanove ali izobraževalnega programa, ki ga izda pristojna institucija v državi izobraževanja (odvisno od ureditve v državi izobraževanja je to lahko pristojno ministrstvo, ENIC-NARIC center države izobraževanja, akreditacijska agencija...).

Predlagatelj poudarja, da pridobitev pravic iz tega člena predloga zakona ne pomeni, da je izobraževanje že v naprej vrednoteno pri ENIC-NARIC centru oziroma, da je v naprej priznано za namen nadaljevanja izobraževanja v Republiki Sloveniji. Vloga za priznavanje oziroma vrednotenje tujega izobraževanja se obravnava individualno na osnovi zaključenega izobraževanja v skladu z Zakonom o vrednotenju in priznavanju izobraževanja (Uradni list RS, št. 87/11, 97/11 – popr. in 109/12).

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

K 10. členu

S predlagano spremembo 8. točke prvega odstavka 23. člena in posledično s spremembo tretjega odstavka 29. člena, prvega odstavka 30.a člena in pete alineje tretjega odstavka 44.c člena se predlaga sprememba ureditve pravice do sobivanja na način, da ima pravico do sobivanja tudi slepa zavarovana oseba.

Po trenutno veljavni ureditvi je pravico do sobivanja mogoče uveljavljati:

- do vključno 14. leta otrokove starosti (14,99 let oz. do vključno dneva pred 15. rojstnim dnevem);

- do 18. leta otrokove starosti (17,99 let oz. do vključno dneva pred 18. rojstnim dnevom) oziroma dokler traja roditeljska pravica v primeru težje okvare ali poškodbe možganov ali hrbtenjače, pri kateri je potrebno usposabljanje za poznejšo medicinsko rehabilitacijo na domu, ali v primeru kronične bolezni ali okvare v času usposabljanja za poznejšo medicinsko rehabilitacijo na domu, ali v primeru zdravljenja težkega zdravstvenega stanja;
- ne glede na starost za osebo s posebnimi potrebami, ki potrebuje 24-urno nego in oskrbo, oziroma z osebo s statusom po zakonu, ki ureja socialno vključevanje invalidov (če ima z odločbo Centra za socialno delo priznan status invalida po ZSVI ali pa ohranja ta status, ki ga je pridobila še po ZDVDTP).

Slepe zavarovane osebe niso posebej vključene v tretjo alinejo prejšnjega odstavka, kar pomeni, da nimajo pravice do sobivanja, če so starejše od 18 let in niso postavljene pod skrbništvo oziroma ni podaljšana roditeljska pravica. Ker gre za osebe, ki se ne morejo hitro prilagoditi na novo okolje, je utemeljen predlog, da se tudi tem osebam omogoči pravica do sobivanja. Pravica do spremstva slepe zavarovane osebe med zdraviliškim zdravljenjem (po vsebini gre za sobivanje) je bila do uveljavitve Sprememb in dopolnitev Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 183/21) in pred tem uveljavitve Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 51/21), ki je določil pravico do sobivanja, določena v 64. členu Pravil. Po uveljavitvi omenjenih predpisov je bila ta pravica v Pravilih črtana.

Zavarovane osebe, ki sobivajo ob zavarovani osebi, ki ima pravico do sobivanja, imajo vedno pravico do plačila stroškov nastanitve in prehrane, pravico do začasne zadržanosti od dela in s tem do nadomestila pa imajo zgolj tisti, ki izpolnjujejo tudi pogoje za priznanje nadomestila.

S predlagano spremembo se v šestem odstavku 23. člena ZZVZZ črta zadnji stavek, ki se glasi: »Prav tako se po teh zavarovancih ne morejo zavarovati njihovi družinski člani, razen otroka, ki skupaj z obsojenko biva v zavodu in nima drugače urejenega obveznega zavarovanja.«. S spremembo se odpravi podvajanje glede na predlagani spremembi 15. in 20. člena. V tretjem odstavku spremenjenega 20. člena je namreč določeno, da se po zavarovancih iz 22. točke prvega odstavka 15. člena ZZVZZ (osebe, ki prestajajo kazenske sankcije) ne morejo zavarovati družinski člani, zavarovanje otroka, ki skupaj z obsojenko biva v zavodu in nima drugače urejenega obveznega zavarovanja, pa je opredeljeno v drugi alineji 24. točke prvega odstavka 15. člena. V drugem stavku šestega odstavka se črta beseda »ožjega«, kar je posledica spremembe opredelitve družinskih članov v spremenjenem 22. členu ZZVZZ.

Predlagana sprememba desetega odstavka je namenjena uskladitvi terminologije, obenem pa se odpravi morebitna nejasnost glede odgovornosti in nalog posameznih organov. Poleg tega se terminologija usklajuje s preostalimi določbami zakona. Predlagana sprememba torej sledi ciljem večje preglednosti, doslednosti in skladnosti zakonodaje z dejanskim delovanjem javnih zdravstvenih zavodov in njihovih organov.

K 11. členu

Predlagana sprememba je posledica sprememb in dopolnitev 15. člena, s katerimi se na novo opredeljujejo zavarovalne podlage oseb, vključenih v obvezno zdravstveno zavarovanje. Cilj spremembe je uskladitev določb z novo sistematiko in vsebino točk 15. člena ter zagotovitev pravne jasnosti in nedvoumne uporabe zakona v praksi.

Z novo dikcijo se določa, da se določbe o obveznosti plačila prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje nanašajo na zavarovance iz prve, druge in tretje alineje 1. točke, 3., 4., 5., 6., 7. in 8.a točke prvega odstavka 15. člena, torej na naslednje skupine oseb:

- osebe v delovnem razmerju (1. točka), razen oseb, ki v skladu s predpisi o pokojninskem in invalidskem zavarovanju prejemajo nadomestilo za poklicno rehabilitacijo med trajanjem delovnega razmerja,
- osebe, zaposlene pri mednarodnih organizacijah, diplomatskih ali konzularnih predstavništvih ter pri tujih delodajalcih (3. točka),
- osebe, ki opravljajo kmetijsko dejavnost (4. točka),
- osebe, ki samostojno opravljajo pridobitno ali drugo dovoljeno dejavnost (5. točka),
- družbeniki oziroma ustanovitelji, ki so hkrati poslovodne osebe v gospodarskih družbah oziroma zavodih (6. točka),

- osebe, ki se v skladu s predpisi, ki urejajo pokojninsko in invalidsko zavarovanje, zavarujejo kot kmetje (7. točka),
- osebe, ki opravljajo rejniško dejavnost kot poklic (8.a točka).

K 12. členu

Predlagana sprememba je potrebna zaradi uskladitve s predlagano spremembo 20. člena ZZVZZ in 8. točke prvega odstavka 23. člena ZZVZZ (glej obrazložitev k 10. členu tega zakona).

K 13. členu

Predlagana sprememba je potrebna zaradi uskladitve s predlagano spremembo 20. člena ZZVZZ.

K 14. členu

Predlagana sprememba je potrebna zaradi uskladitve s predlagano spremembo 20. člena ZZVZZ in 8. točke prvega odstavka 23. člena ZZVZZ (glej obrazložitev k 10. členu tega zakona).

K 15. členu

Z novo četrto alinejo se omogoča kritje stroškov prevoza zavarovane osebe na zdravljenje v tujino tudi v primerih, ko je takšna možnost dogovorjena z mednarodno pogodbo, in sicer v primeru urgentnih stanj. Namen dopolnitve je zagotoviti pravno podlago za izvajanje mednarodnih dogovorov, ki jih Republika Slovenija sklene z drugimi državami in ki omogočajo čezmejno sodelovanje v nujnih primerih, ko je zavarovani osebi treba zagotoviti takojšen dostop do zdravstvene oskrbe, ki je v domačem sistemu ni mogoče pravočasno zagotoviti. V skladu s 44.a in 44.b členom ZZVZZ je namreč za odobritev zdravljenja v tujini in s tem posledično tudi odobritev pravice do povračila stroškov prevoza, potrebna predhodna odobritev ZZS. Postopek predhodne odobritve je lahko zaradi potrebe po pridobitvi mnenja konzilija ustreznega izvajalca na terciarni ravni dolgotrajen, v določenih primerih urgentnih stanj pa je potreba po prevozu na zdravljenje v tujino takojšnja.

Z dodano alinejo se omogoča, da ZZS krije stroške prevoza v tujino le v obsegu in pod pogoji, kot jih določa konkretna mednarodna pogodba, kar pomeni, da gre za omejeno, vnaprej dogovorjeno možnost, vezano na specifične primere in teritorije (npr. čezmejno sodelovanje s sosednjimi državami).

Dopolnitev prispeva k učinkovitejši zaščiti zdravja zavarovanih oseb v nujnih primerih ter k izvajanju mednarodnih obveznosti države. Prav tako preprečuje morebitne pravne praznine, ki bi lahko otežile izvajanje že obstoječih meddržavnih dogovorov.

K 16. členu

Predlagana sprememba je potrebna zaradi uskladitve s predlagano spremembo 8. točke prvega odstavka 23. člena ZZVZZ (glej obrazložitev k 10. členu tega zakona).

K 17. členu

Predlagana sprememba prvega odstavka 48. člena ZZVZZ podrobneje in pregledneje ureja, kdo plačuje prispevke za obvezno zdravstveno zavarovanje za primer bolezni in poškodbe izven dela, v skladu s posameznimi podlagami zavarovanja, kot so določene v 15. členu ZZVZZ. Namen spremembe je zagotoviti večjo transparentnost, pravno jasnost in usklajenost s spremembami drugih zakonov, ki urejajo prispevke za socialno varnost.

V predlagani člen se prenašajo določila 35. člena Zakona o interventnih ukrepih na področju zdravstva, dela in sociale ter z zdravstvom povezanih vsebin (Uradni list RS, št. 136/23, 35/24 – ZZdrS-J, 102/24 – ZZKZ in 112/24 – ZDIUZDZ; v nadaljnjem besedilu: ZIUZDS).

V predlaganem členu so določeni zavezanci za plačilo, izjeme, pogoji in postopki pobiranja prispevka. Poleg tega so v člen vključene tudi obveznosti poročanja med institucijami in obveznosti države ter drugih zavezancev, kar krepi transparentnost in odgovornost vseh udeleženi.

K 18. členu

Predlagana sprememba je posledica sprememb in dopolnitev 15. člena, s katerimi se na novo opredeljujejo zavarovalne podlage oseb, vključenih v obvezno zdravstveno zavarovanje. Cilj spremembe je zagotoviti jasno in pregledno določitev plačnikov prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje glede na zavarovalni status posameznika.

Spremenjena določba zdaj izrecno določa, kdo je zavezanec za plačilo prispevka iz 1. točke 47. člena, in sicer:

- delodajalci za zavarovance iz prve, druge in tretje alineje 1. točke in prve alineje 3. točke prvega odstavka 15. člena, torej za osebe v delovnem razmerju in za osebe, zaposlene pri mednarodnih organizacijah, diplomatskih predstavništvih ali tujih delodajalcih, kjer zakon to predvideva;
- Republika Slovenija za zavarovance iz nove 8.a točke, torej za osebe, ki v Republiki Sloveniji opravljajo rejniško dejavnost kot poklic;
- zavarovanci sami iz druge in tretje alineje 3. točke, 5., 6. in 7. točke, torej samostojni podjetniki, druge osebe, ki samostojno opravljajo dovoljeno dejavnost, poslovodne osebe, ki so hkrati družbeniki ali ustanovitelji, ter kmetje, ki so vključeni tudi v obvezno pokojninsko in invalidsko zavarovanje, kar pomeni, da opravljajo kmetijsko dejavnost kot poklic.

V novi šesti alineji 2. točke 47. člena se doda, da je Republika Slovenija zavezanec za plačilo prispevka za zavarovanje za poškodbo pri delu za prve posredovalce v sistemu NMP (nova 10. točka 18. člena). Zaradi nove 10. točke 18. člena se spremeni tudi peta alineja 2. točke 47. člena ZZVZZ.

S to spremembo se jasno razmejuje odgovornost za plačilo prispevkov med različnimi subjekti (država, delodajalec, zavarovanec), kar povečuje preglednost sistema, preprečuje napačno tolmačenje v praksi in omogoča bolj učinkovito pobiranje prispevkov. Hkrati se z vključitvijo rejnikov kot poklicnih izvajalcev dejavnosti priznava njihov poseben položaj v sistemu zdravstvenega varstva.

K 19. členu

Predlagana sprememba je posledica sprememb in dopolnitev 15. člena, s katerimi se na novo opredeljujejo zavarovalne podlage oseb, vključenih v obvezno zdravstveno zavarovanje. Nova navedba 1., 3. in 8.a točke je za naslednje skupine zavarovancev:

- 1. točka – osebe v delovnem razmerju, razen oseb, ki prejemajo nadomestilo za poklicno rehabilitacijo v skladu s predpisi o pokojninskem in invalidskem zavarovanju;
- 3. točka – osebe, zaposlene pri mednarodnih organizacijah, diplomatskih ali konzularnih predstavništvih ali tujih delodajalcih;
- 8.a točka – osebe, ki opravljajo rejniško dejavnost kot poklic.

K 20. členu

Predlagana sprememba je izvedena zaradi črtanja 8. točke prvega odstavka 15. člena v okviru predlaganih sprememb zakona. 8. točka, ki je urejala zavarovanje vrhunskih športnikov in vrhunskih šahistov, članov telesnokulturnih in šahovskih organizacij v Republiki Sloveniji, ki niso zavarovani iz drugega naslova, je bila s predlogom črtana kot neustrezno opredeljena zavarovalna podlaga. S tem preneha tudi potreba po njeni vključitvi v določbe 51. člena, ki ureja višino osnove za plačilo prispevkov za določene kategorije zavarovancev.

K 21. členu

Predlagana sprememba je posledica nove določitve zavarovanih oseb - kmetov, pri katerih, se v 7. točki prvega odstavka 15. člena ZZVZZ, oži nabor oseb, ki bodo v prihodnje lahko vključene v obvezno zavarovanje kot kmetje. Ker 53. člen ZZVZZ ureja osnove za plačilo prispevkov obveznega zavarovanja za kmete je nujen poseg v ureditev osnov, katerega namen je ohraniti plačevanje prispevkov kmetov, ki bodo tudi v prihodnje zavarovani kot kmetje, ne na isti ravni

K 22. členu

Predlagane spremembe se nanašajo na določitev osnov za obračun in plačilo prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje za določene nove oziroma prenovljene skupine zavarovancev, kot so opredeljene v spremenjenem 15. členu.

Predlagan tretji odstavek uvaja novo osnovo za plačilo prispevkov obveznega zdravstvenega zavarovanja za zavarovane osebe, tuje upokoјence, ki prejemajo pokojnino od tujega nosilca pokojninskega zavarovanja. Ker so se v navedeni skupini zavarovanih oseb ugotovila velika odstopanja v višini prispevkov za obvezno zavarovanje, zaradi različno visokih pokojnin in skladno z dejstvom, da gre za osebe, ki so v sistem obveznega zavarovanja vstopile šele po upokoјitvi v tujini, se za njih predlaga najnižja osnova za plačilo prispevkov v višini minimalne plače oziroma zneska pokojnine, če je ta večji od minimalne plače.

Z novim šestim odstavkom se določa, da se prispevek za zavarovance iz 9.a (to so prejemniki nadomestil po drugem in tretjem odstavku 34. člena ZZVZZ) plačuje od izplačanih nadomestil, kar je skladno z logiko, da prispevek sledi prejetemu nadomestilu kot viru dohodka.

Predlagani novi sedmi odstavek določa, da se prispevek za zavarovance iz 10.b točke (prejemniki poklicne pokojnine) plačuje od poklicne pokojnine, kar pomeni, da se tudi ta vir dohodka ustrezno vključuje v sistem prispevkov. S tem se zagotavlja enakopravna obravnava vseh prejemnikov pokojninskih oziroma z njimi primerljivih nadomestil.

Predlagan nov osmi odstavek predvideva enotno osnovo za plačilo prispevkov obveznega zdravstvenega zavarovanja v višini minimalne plače za begunce, uživalce priznavalninih po predpisih o varstvu udeležencev vojn in socialno ogrožene, ki jim prispevek plačuje Republika Slovenija ter osebe, ki s prispevek plačujejo same in državljani držav članic Evropske unije, če niso v skladu s pravnim redom Evropske unije zavarovani v drugi državi članici Evropske unije in so zavezanci za plačilo prispevka sami. Predlagana določba usklajuje višino prispevkov za obvezno zavarovanje z ostalimi zavarovanimi osebami, v sistemu obveznega zdravstvenega zavarovanja. Predlagana določba, da se prispevki za 17., 18. in 21. točka prvega odstavka 15. člena ZZVZZ plačujejo mesečno ureja plačevanje prispevkov na način, kot je bilo urejeno do sedaj v prvem odstavku 57. člena ZZVZZ, s čimer se prenaša dosedanja ureditev načina plačevanja prispevkov.

K 23. členu

Predlagana sprememba četrtega odstavka ureja prispevne osnove za zavarovance iz 23. točke prvega odstavka 15. člena, ki zajema več skupin, in sicer:

- prva, tretja in četrta alineja: za te osebe se prispevek plačuje od osnove, kot jo določa zakon, ki ureja starševsko varstvo. Gre za osebe, ki uveljavljajo pravico do starševskega nadomestila ali varstva, zato je smiselna uskladitev z osnovami, že določenimi v tem zakonu;
- druga alineja: prispevek se plačuje od višine nadomestila, kar odraža realno osnovo, ki jo oseba prejema.
- peta alineja: osnova je znesek delnega plačila za izgubljeni dohodek, kar se navezuje na situacije, ko osebe deloma opustijo delo zaradi skrbi za drugega (npr. za težje bolne otroke).

Predlagana sprememba petega odstavka določa prispevne stopnje za:

- 24. točko prvega odstavka 15. člena: prispevek se plačuje mesečno od minimalne plače, kar je ustrezna in pravična rešitev glede na dejstvo, da gre pogosto za osebe, vključene v socialnovarstvene programe;
- 25. točko prvega odstavka 15. člena: prispevek se plačuje od bruto osnove za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, s čimer se zagotavlja usklajenost med posameznimi podsistemi socialnega zavarovanja.

K 24. členu

Predlagane spremembe in dopolnitve 55. člena se nanašajo na bolj natančno določitev zavarovalnih stopenj za posamezne skupine zavarovancev in odpravo neskladij oziroma neustreznih sklicev na druge določbe zakona.

Črtanje sklica na 12. in 13. točko v predlagani spremembi drugega odstavka pomeni uskladitev z aktualnim statusom teh točk v sistemu obveznega zdravstvenega zavarovanja. 12. in 13. točka prvega odstavka 15. člena ZZVZZ se namreč s predlagano ureditvijo črtata in so te osebe vključene v druge določbe ZZVZZ.

V predlagani novi drugi alineji se za begunce, uživalce priznavalninih po predpisih o varstvu udeležencev vojn in socialno ogrožene, ki jim prispevek plačuje Republika Slovenija ter državljani držav članic Evropske unije, če niso v skladu s pravnim redom Evropske unije zavarovani v drugi državi članici Evropske unije in so zavezanci za plačilo prispevka sami določa enotna prispevna stopnja v višini 5,96 odstotka, ki usklajuje višino prispevkov za obvezno zavarovanje z ostalimi zavarovanimi osebami v sistemu obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Namen predlagane spremembe v prvem stavku pete alineje drugega odstavka je določitev prispevne stopnje za prve posredovalce v sistemu NMP, ki so bili z novo 10. točko 18. člena vključeni v zavarovanje za poškodbo pri delu.

Namen predlagane spremembe četrtega odstavka je jasnejša in bolj natančna opredelitev, katere skupine zavarovancev so zajete v sistem plačevanja prispevkov po znižani stopnji 5,96 % ter dodatni stopnji 0,18 % za poškodbe pri delu in poklicne bolezni. V spremembi so vključene dodatne alineje in točke (npr. 10.a, 10.b, 19.a ipd.), ki se nanašajo na specifične skupine oseb, kot so določene kategorije študentov, oseb v posebnih oblikah zaposlitve ali socialnega vključevanja. S tem se ureja posebna obravnava za navedene zavarovance, za katere veljajo posebni pogoji glede vključevanja v sistem zdravstvenega zavarovanja.

Predlagana nova peti in šesti odstavek urejata prispevne stopnje za nove oziroma dodatno opredeljene skupine zavarovancev. Predlagani novi peti odstavek določa ločeno prispevno obveznost za zavarovance iz 8.a in 9.a točke prvega odstavka 15. člena. Ti zavarovanci imajo prispevke razdeljene med zavarovanca in delodajalca. Predlagana stopnja za zavarovanca znaša 6,36 %, za delodajalca pa 6,56 %

Predlagani novi šesti odstavek določa, da se za zavarovance iz 8.a točke dodatno plačuje prispevek za poškodbe pri delu in poklicno bolezen v višini 0,53 %.

Spremembe zasledujejo cilj natančnejše in pravičnejše obravnave posameznih kategorij zavarovancev, predvsem tistih, ki niso vključeni v klasična razmerja dela, ampak so udeleženi v posebnih programih, vključeni v socialno varstvo ali gre za druge posebne statute. S tem se zagotavlja ustrezno financiranje sistema zdravstvenega zavarovanja in hkrati omogoča lažja uporaba zakona zaradi večje preglednosti določb. Spremembe so tudi v skladu s potrebami po uskladitvi z dejanskim stanjem in praksami na področju socialnega zavarovanja.

K 25. členu

S predlagano spremembo se iz prvega odstavka 57. člena ZZVZZ črta besedilo »12., 13., 17., 18. in 21. točke«. S predlagano spremembo 15. člena ZZVZZ sta se namreč 12. in 13. točka prvega odstavka črtali in so te osebe vključene v druge določbe ZZVZZ. Za preostale navedene zavarovane osebe, se osnova za plačevanje prispevkov uredi v novem predlaganem osmem odstavku 53. člena.

S predlagano spremembo četrtega odstavka se za prve posredovalce v sistemu NMP, ki so bili z novo 10. točko 18. člena vključeni v zavarovanje za poškodbo pri delu, določi višina prispevka in rok plačila prispevkov.

K 26. členu

Z namenom poenostavitve in krepitve vloge ZZZS kot aktivnega kupca in partnerja v povezavi z izvajalci zdravstvenih storitev se spreminjajo aktivnosti v zvezi z določitvijo obsega programov obveznega zdravstvenega zavarovanja. Predlagani člen natančneje opredeljuje podlage, postopke in aktivnosti ter roke za določitev in sprejem Programa obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu: Program OZZ), ki ga na podlagi predlogov deležnikov za dveletno obdobje pripravi ZZZS. Program OZZ sprejme Skupščina ZZZS, soglasje nanj pa poda Vlada Republike Slovenije. Če Program OZZ ni sprejet v predvidenih rokih, do sprejetja novega programa velja program sklenjen za preteklo obdobje.

V Program OZZ mora ZZZS vključiti naslednje:

- usmeritve za načrtovanje in izvajanje po posameznih dejavnostih,
- širitve zdravstvenih programov,
- postopek sklepanja pogodb z izvajalci zdravstvenih storitev,
- obveznosti izvajalcev zdravstvenih storitev zdravstvene storitve, ki se plačajo na podlagi programa dela, in višino njihovega plačila,
- začasne finančne spodbude z namenom povečane dostopnosti do zdravstvenih storitev za izbrane vrste zdravstvenih storitev in določitev pogojev za njihovo pridobitev ter njihovo trajanje in omejitve,
- pogodbene kazni.

Podlage, ki jih mora ZZZS upoštevati pri pripravi programa, so naslednje:

- zadnja uradna napoved gospodarskih gibanj,
- finančni načrt Zavoda za naslednje koledarsko leto in okvirne finančne projekcije prejemkov in izdatkov za tekoče leto in naslednja tri leta,

- mreža javne zdravstvene službe na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti, kot jo določa zakon, ki ureja zdravstveno dejavnost,
- resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva, ki jo sprejme Državni zbor Republike Slovenije,
- strategije s področja zdravstvenega varstva, ki jih sprejme minister za zdravje
- usmeritve zdravstvene politike, ki jih sprejme minister za zdravje,
- najnovejša spoznanja znanosti in razvoj medicinske tehnologije,
- aktualna demografska gibanja, ekonomske razmere in trende bremen posameznih bolezni v Republiki Sloveniji.

Če ZZZS sprejme Program OZZ, ki ne vključuje prej naštetih podlag, Vlada Republike Slovenije na Program OZZ ne more podeliti soglasja. V tem primeru ZZZS v 30 dneh uskladi in sprejme Program OZZ v skladu s tretjim odstavkom predlaganega člena in ga ponovno posreduje v soglasje Vladi Republike Slovenije.

Minister za zdravje najpozneje do konca aprila tekočega koledarskega leta za naslednji dve koledarski leti določi usmeritve zdravstvene politike. V usmeritvah se opredelijo področja oziroma prednostne naloge pri zagotavljanju zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji, srednjeročne usmeritve zdravstvene politike in podlage ZZZS za pripravo Programa OZZ.

V pripravo Programa OZZ so vključeni deležniki, med katere sodijo pristojne zbornice (Zdravniška zbornica Slovenije, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije,...), združenja zdravstvenih zavodov in drugih zavodov ter organizacij, ki opravljajo zdravstveno dejavnost. ZZZS pripravi Program OZZ na podlagi posredovanih predlogov deležnikov. Rok za posredovanje predlogov deležnikov ZZZS je najpozneje do konca maja tekočega leta za Program OZZ za naslednji dve koledarski leti. ZZZS do konca septembra tekočega leta izvede z deležniki strokovni dialog.

Program se lahko spremeni oziroma dopolni tekom koledarskega leta, in sicer samo v delu vsebine, ki ob pripravi Programa OZZ ni bila znana.

K 27. členu

V predlaganem prvem odstavku je predvideno, da ZZZS izvaja javne razpise za zdravstvene storitve, ki niso opredeljene v okviru Programa OZZ in so po svoji vsebini in obsegu namenjene predvsem za skrajševanje čakalnih dob, zagotavljanju povečanega dostopa do zdravstvenih storitev oziroma omogočanja nemotene opravljanja javne zdravstvene službe. Postopki in pogoji, ki opredeljujejo zdravstvene storitve, ki so predmet javnega razpisa ZZZS, se določijo v Programu OZZ. Za izvedbo teh javnih razpisov se ne uporabljajo določbe Zakona o splošnem upravnem postopku.

Za namen zagotavljanja nemotene dostopnosti do zdravstvenih storitev se določa izjema pri plačevanju zdravstvenih storitev do pogodbeno dogovorjenega obsega programa, ki ga imajo izvajalci v javni zdravstveni mreži, sklenjenega z ZZZS.

Določba omogoča plačilo programa po realizaciji v skladu s Programom OZZ. Omejitev lahko ZZZS določi v vsakokratnem programu. Plačilo navedenega preseganja je treba opredeliti v aneksu k pogodbi med ZZZS in izvajalcem zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe.

K 28. členu

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

Po predlagani ureditvi je ZZZS izrecno pristojen za oblikovanje cen storitev, in sicer na podlagi stroškovnih študij, ki jih mora izvajati vsaj vsakih pet let. S tem se zagotavlja ažurnost podatkov in upoštevanje sprememb v stroških zdravstvene oskrbe.

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

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

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

K 29. členu

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

Tretji odstavek določa, da ZZZS ne more prenehati zaradi stečaja. V ta namen predlog zakona vzpostavlja jamstvo državnega sofinanciranja zavarovanja, kar predstavlja izpolnitev drugega odstavka 50. člena Ustave, v skladu s katerim je država dolžna skrbeti za delovanje sistema socialnih zavarovanj. ZZ v 55. členu določa, da lahko javni zavod, če ustanovitelj na podlagi zakona ali akta o ustanovitvi ne odgovarja za obveznosti, preneha na podlagi stečaja. Predlagatelj zakona posebnega akta o ustanovitvi ZZZS ne predvideva. Ker ne želi, da bi v tem primeru ZZZS na podlagi splošne ureditve (op.: ker je določeno, da se glede vprašanj, ki niso določena s tem zakonom, uporablja ZZ) prenehal v primeru stečaja, je predlagatelj izrecno določil, da do stečaja ne pride.

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

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

obračunskih modelov ter zagotavljanja dostopnosti storitev po različnih zdravstvenih regijah bo omogočila večjo učinkovitost sistema in boljše zagotavljanje pravic zavarovanih oseb.

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

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

V desetem in enajstem odstavku se določa nadzor nad zakonitostjo delovanja ZZZS in namembnostjo rabe sredstev za financiranje zdravstvenih programov, ki ga izvaja Ministrstvo za zdravje. Ker gre po vsebini za podoben nadzor kot je upravni nadzor, ki ga sicer določa zakon, ki ureja zdravstveno dejavnost, se za postopek izvajanja nadzora uporablja Pravilnik o upravnem nadzoru v zdravstvu (Uradni list RS, št. 39/18, 122/22 in 22/23).

K 30. členu

Predlagani člen določa temeljne pristojnosti skupščine kot upravljalkega in nadzornega organa ZZZS. Podobno kot predlagani 69. člen zakona, tudi predlagani 70. člen zasleduje ravnotežje med pristojnostmi zakonodajalca in načelom samouprave specializirane osebe javnega prava ter njenim avtonomnim pravom. Na raven zakonskega urejanja se prenašajo pristojnosti, ki jih trenutno opredeljuje Statut ZZZS, pri tem pa je ohranjena tudi možnost avtonomnega urejanja pristojnosti s statutom, h kateremu daje soglasje izvršna veja oblasti. Zaradi načela samouprave, je soglasje Vlade Republike Slovenije omejeno na točno določene, ključne akte ZZZS, poleg statuta še na Program OZZ, finančni načrt in letno poročilo.

V skladu s predlagano določbo skupščina na podlagi zakona sprejema vse ključne odločitve in izvaja t. i. strateško vodenje, kot tudi izvaja nadzor nad operativnim vodenjem t. i. dnevnega posloводства, in sicer generalnega direktorja ZZZS.

S predlaganim drugim odstavkom se v primerjavi z ureditvijo v Statutu ZZZS, nekatere naloge skupščine določajo podrobneje. Skupščina je odgovorna za določitev dolgoročne vizije in ciljev ZZZS, kar zagotavlja stabilen okvir za razvoj zdravstvenega zavarovanja. S sprejemom finančnega načrta in letnega poročila se zagotavlja finančna preglednost in skladnost s cilji ZZZS. Pomembna je tudi vloga skupščine pri oblikovanju zdravstvene politike ter zakonodaje.

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

K 31. členu

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

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

K 32. členu

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

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

V skladu s predlaganim členom ima upravni odbor pomembno vlogo pri oblikovanju ključnih strateških in operativnih dokumentov ZZZS. S tem se zagotavlja usklajenost finančnih, organizacijskih in vsebinskih izhodišč z zakonodajo in cilji ZZZS.

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

K 33. členu

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

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

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

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

K 34. členu

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

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

Predlagani določbi 3. in 4. točke prvega odstavka opredeljujeta zahtevano znanje jezikov. Generalni direktor mora znati slovenski in najmanj en tuj jezik, pri čemer mora znanje slovenskega jezika dosegati jezikovno raven vsaj stopnje C1 in tujega jezika vsaj stopnje B2 po lestvici Skupnega evropskega jezikovnega okvira (v nadaljnjem besedilu: CEFR). Kot dokazilo o znanju slovenskega jezika zadošča npr. potrdilo o zaključeni srednji šoli, ki pouk izvaja v slovenskem jeziku, v Republiki Sloveniji, kar preveri ZZZS iz javnih evidenc, pri tujem jeziku pa npr. potrdilo o opravljeni maturi iz tujega jezika na srednji šoli v Republiki Sloveniji. CEFR je smernica, ki se uporablja za opis stopenj znanja tujih jezikov. Njegov glavni cilj je zagotoviti okvir za metode ocenjevanja in poučevanja, ki se uporablja za vse jezike v Evropi. CEFR sestavlja lestvica šestih stopenj za različna jezikovna znanja,

ki je razdeljena v tri širše razdelke. Vse države članice so namreč sprejele teh šest referenčnih stopenj kot standard za ocenjevanje aktivnega znanja jezika posameznika, zato ga v obravnavanem členu uporablja tudi predlagatelj.

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

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

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

Glede zmanjševanja konflikta interesov predlog uveljavlja zahtevo, da generalni direktor ZZZS ne more biti član sveta zdravstvenega zavoda, niti poslovodna oseba ali član upravljanja druge pravne osebe ali samostojni podjetnik na področju zdravstvene dejavnosti, socialnega varstva, zavarovalnic, ki ponujajo zdravstveno zavarovanje ali proizvodnje in prometa z zdravili in medicinskimi pripomočki.

Določba o nasprotju interesov in glede omejitev poslovanja izhaja iz zakona, ki ureja integriteto in preprečevanje korupcije.

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

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

Razlogi za predčasno prenehanje mandata so izrecno naštet in vključujejo tako objektivne – npr. smrt, neizpolnjevanje pogojev, kot tudi subjektivne razloge – npr. hujše kršitve obveznosti ali nevestno opravljanje funkcije.

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

K 35. členu

S predlaganim členom se črta naloga območnih svetov, da imenujejo predstavnike zavarovancev v organe upravljanja zdravstvenih zavodov na svojem območju, saj predlog zakona to nalogo dodeljuje upravnemu odboru. S tem se tudi prepreči situacija, po kateri naloga imenovanja predstavnikov zavarovancev ne bi imela nosilca izvedbe, če skupščina območnih svetov ne bi ustanovila. Območni sveti, če so ustanovljeni, imajo še vedno druge naloge, opredeljene v drugem odstavku 75. člena ZZVZZ.

K 36. členu:

77. člen določa zavarovalniški in zavarovalniško medicinski nadzor nad pogodbenimi partnerji ZZZS ter nadzor na predpisovanjem, izdajanjem in zaračunavanjem zdravil, živil za posebne zdravstvene potrebe oziroma medicinskih pripomočkov.

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

Zavarovalniški nadzor obsega nadzor nad izpolnjevanjem obveznosti iz sklenjenih pogodb med ZZZS in izvajalci zdravstvenih storitev, splošnih aktov ZZZS ter drugih predpisov, ki urejajo obvezno zavarovanje in pravila obračuna zdravstvenih storitev. Zavarovalniški nadzor vključuje obdelavo pretežno nezdravstvenega dela dokumentacije in ne vključuje zdravstvenega pregleda zavarovane osebe. Nadzor bo izvajala oseba, ki izpolnjuje pogoje za nadzornika, kot jih določa akt o sistemizaciji delovnih mest ZZZS.

V tretjem odstavku so navedena nadzorna dejanja, ki jih lahko obsega zavarovalniški nadzor:

- ogled in pregled posameznih objektov, prostorov, opreme in predmetov pogodbenega partnerja,
- pogovor z zaposlenimi pri pogodbenemu partnerju ali drugimi osebami, ki opravljajo delo pri pogodbenemu partnerju (na kakršnikoli drugi pravni podlagi), zavarovanimi osebami in osebami, ki skrbijo za zavarovane osebe,
- pregled listinske dokumentacije in pridobitev njenih kopij,
- pregled podatkov oziroma dokumentacije, ki se hrani v informatizirani obliki, in pridobitev kopij,
- fotografiranje ali snemanje na drug nosilec vizualnih podatkov oseb, objektov, prostorov, opreme in predmetov pogodbenega partnerja.

Zavarovalniški medicinski nadzor je zastavljen širše in poleg zavarovalniškega nadzora obsega tudi nadzor nad:

- smotnostjo in skladnostjo izvedenih in obračunanih storitev, kar vključuje tudi izdajanje potrdil o začasni zadržanosti od dela, glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe in slovenske oziroma v Sloveniji potrjene mednarodne klinične smernice (seznam bo objavljen v javni evidenci kliničnih smernic, kot jo določa Zakon o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu (Uradni list RS, št. 102/24),
- primernostjo napotovanja med istimi ali različnimi ravnmi zdravstvene dejavnosti, glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe in slovenske oziroma v Sloveniji potrjene mednarodne klinične smernice ter strokovne usmeritve za napotovanje razširjenih strokovnih kolegijev.

Vse oblike nadzorov se opravljajo kot redni ali izredni nadzor. Redni nadzor se opravlja na podlagi programa ZZZS, ki ga sprejme skupščina ZZZS. Izredni nadzor lahko uvede ZZZS sam, če obstaja sum, da pogodbeni partner krši določila pogodbe iz 65. člena tega zakona, splošne akte Zavoda ali predpise, ki urejajo obvezno zavarovanje, in v vseh drugih primerih, ko bi lahko prišlo do neupravičene porabe sredstev obveznega zavarovanja.

Podrobnejše določbe o nadzoru bodo urejene v pravilniku, ki ga v soglasju z ministrom za zdravje sprejme skupščina.

K 37. členu

Predlagani člen določa nadzor ZZZS nad drugimi osebami, tj. prejemniki denarnih nadomestil, ki so lahko podvrženi laičnemu nadzoru, v času ko nadomestilo izplačuje ZZZS.

Po opravljenem nadzoru nadzornik poročilo s sestavinami, kot so določene v predlaganem členu, posreduje imenovanemu zdravniku, ki na podlagi ugotovitev v osmih dneh ponovno presodi, ali so še podani razlogi za začasno zadržanost od dela. ZZZS o razlogih za ponovno presojo o začasni zadržanosti od dela obvesti tudi delodajalca zavarovane osebe.

Določena je tudi obveznost ZZZS, da o izvedenih nadzorih poroča v okviru letnega poročila.

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

Nadzornik pri laičnem nadzoru ne izvaja upravičenj detektivov iz 35. do 40. člena Zakona o detektivski dejavnosti (Uradni list RS, št. 95/24).

K 38. členu

Zaradi boljše preglednosti in sistematičnosti zakona se dodaja novi naslov.

K 39. členu

Nov 77.č člen prinaša jasnejšo opredelitev obveznosti izvajalcev zdravstvene dejavnosti kot pogodbenih partnerjev ZZZS. Cilj spremembe je zagotoviti višjo kakovost, učinkovitost, preglednost in odgovornost pri izvajanju zdravstvenih storitev, ki se financirajo iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja.

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

K 40. členu

S predlaganimi spremembami in dopolnitvami se s črtanjem 8., 12. in 13. točke ter novo 26. točko iz prvega odstavka ter nadomestitvijo natančnih podtočk v drugem odstavku z izrazom »druge alineje« odpravlja nekatere nedoslednosti v poimenovanju posameznih zavarovalnih podlag. Gre za tehnične spremembe, s katerimi se zagotavlja večja preglednost in jasnost določb. Obenem se v ZZVZZ prenaša vsebina 36. člena ZIUZDS, ki je bila doslej določena kot interventni ukrep.

K 41. členu

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

K 42. členu

Predlagani člen določa kazenske določbe in razpon glob za določene prekrške.

K 43. členu

S predlagano določbo se zagotavlja nadaljnje financiranje prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje in obveznega zdravstvenega prispevka za določene kategorije oseb, ki so upravičene do plačila teh prispevkov iz javnih sredstev. Gre za socialno ogrožene skupine (npr. prejemniki denarne socialne pomoči) ter za osebe, ki so upravičene do plačila obveznega zdravstvenega prispevka na podlagi drugega odstavka 48. člena ZZVZZ. Predlagana določba ureja prehodno rešitev do uveljavitve sistemske ureditve plačevanja prispevkov za te zavarovance v zakonu, ki ureja uveljavljanje pravic iz javnih sredstev. V vmesnem obdobju, vendar najdlje do 1. januarja 2029, se sredstva za plačilo navedenih prispevkov zagotavljajo v okviru finančnega načrta ministrstva, pristojnega za zdravje.

Drugi odstavek predlagane določbe določa pravno podlago za izmenjavo in posredovanje podatkov, potrebnih za izvajanje nadzora nad izplačili sredstev za prispevke. Ministrstvo, pristojno za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, ter ZZZS sta dolžna ministrstvu, pristojnemu za zdravje, zagotoviti potrebne podatke o upravičencih.

K 44. členu

ZDOsk-1 se glede zavarovanih oseb, ki so vključene v obvezno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo ter določitve osnov in zavezancev za plačilo prispevkov za navedeno zavarovanje sklicuje na določbe ZZVZZ v delih, ki se nanašajo na zavarovance v obveznem zdravstvenem zavarovanju. V veljavnem 15. členu ZZVZZ kot zavarovanci za obvezno zdravstveno zavarovanje niso opredeljene nekatere osebe, ki pa bi morale biti upravičene do zavarovanja za dolgotrajno oskrbo, zato je Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o dolgotrajni oskrbi (Uradni list RS, št. 44/25; v nadaljnjem) v prehodni določbi opredelil osebe, ki so zavarovane za DO, in sicer do ustrezne ureditve v ZZVZZ. Med temi osebami so v drugi alineji prvega odstavka 66. člena ZDOsk-1B kot osebe, ki se jih vključi

v zavarovanje za DO, navedene tudi osebe, ki prejemajo nadomestilo iz invalidskega zavarovanja v skladu s predpisi, ki urejajo obvezno pokojninsko in invalidsko zavarovanje, in so vključene v obvezno zdravstveno zavarovanje na podlagi prejemanja tega nadomestila, ter osebe, ki v skladu s temi predpisi prejemajo nadomestilo za poklicno rehabilitacijo med trajanjem delovnega razmerja. Prejemniki invalidskih nadomestil so zavarovanci iz 10.a točke prvega odstavka spremenjenega 15. člena ZZVZZ, ki pa ni zajeta v desetem odstavku 56. člena ZDOsk-1. Prejemniki nadomestil za čas poklicne rehabilitacije med trajanjem delovnega razmerja so navedeni v četrti alineji 1. točke prvega odstavka spremenjenega 15. člena ZZVZZ, ki tudi ni navedena v novem desetem odstavku 56. člena ZDOsk-1. Zato je spremeniti novi deseti odstavek 56. člena ZDOsk-1, da se bodo tudi za navedene zavarovance prispevki plačevali od osnove iz drugega odstavka 53. člena ZZVZZ, pri čemer se ne uporablja peti odstavek 53. člena ZZVZZ, torej od neto osnove.

K 45. členu

V predlaganem členu se urejajo odstopi od ureditve plačevanja prispevkov in prispevnih stopenj v zakonu o prispevkih za socialno varnost. Predlagani odstopi od dosedanje ureditve so nujni, da se zagotovi kontinuiteta, prepreči nejasnosti in protislovnosti v določbah o pobiranju prispevkov obveznega zdravstvenega zavarovanja, kot izhajajo iz določb predlaganih sprememb ZZVZZ in določb, kot izhajajo iz ZPSV.

K 46. členu

V predlaganem členu so določeni roki, v katerih mora minister za zdravje sprejeti podzakonske akte. V dvanajstih mesecih mora sprejeti načrt iz novega petega odstavka 1. člena zakona, v šestih mesecih od uveljavitve zakona pa določiti podrobnejši postopek strokovnega vrednotenja, način izbire projektov in drugih aktivnosti ter način financiranja iz novega šestega odstavka 1. člena zakona in seznam vrst zdravstvene dejavnosti in posameznih vrst zdravstvenih storitev, ki jih izvajalci zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe, izvajajo za osebe iz novega osmega odstavka 2. člena.

Zaradi nove kategorije zavarovanih oseb v 26. točki prvega odstavka 15. člena morajo organi, pristojni za obvezna socialna zavarovanja v okviru metodološke skupine pristopiti k spremembi Pravilnika o obrazcih prijav podatkov o pokojninskem in invalidskem ter zdravstvenem zavarovanju, zavarovanju za dolgotrajno oskrbo, zavarovanju za starševsko varstvo in zavarovanju za primer brezposelnosti, ki v Prilogi 1 v Rubriki 16 zajema tudi seznam Podlag za zavarovanje. Za zavarovance iz 26. točke prvega odstavka 15. člena ZZVZZ bo treba oblikovati novo zavarovalno podlago. Prehodno obdobje je namenjeno tudi zagotovitvi tehnične podpore za izvedbo urejanja zavarovanja za to kategorijo zavarovancev.

K 47. členu

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

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

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

K 48. členu

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

K 49. členu

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

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

K 50. členu

Z dnem uveljavitve tega zakona prenehata veljati 35. in 36. člen Zakona o interventnih ukrepih na področju zdravstva, dela in sociale ter z zdravstvom povezanih vsebin (Uradni list RS, št. 136/23, 35/24 – ZZdrS-J, 102/24 – ZZKZ, 112/24 – ZDIUZDZ in 32/25 – ZZDej-N), saj je vsebina smiselno prenesena v ZZVZZ.

K 51. členu

S to določbo se določi, da se spremenjena določba 14. točke prvega odstavka 15. člena zakona začne uporabljati z začetkom šolskega ali študijskega leta 2026/2027. Razlog je v potrebnem času za prilagoditev informacijskih rešitev s področja urejanja zavarovanj. Spremenjena 17. točka 15. člena se začne uporabljati 1. aprila 2026, spremenjena 26. točka 15. člena zakona pa 1. 1. 2027.

K 52. členu

S predlaganim členom se določa začetek veljavnosti tega zakona.

IV. BESEDILO ČLENOV, KI SE SPREMINJAJO ALI DOPOLNJUJEJO

1. ZAKON O ZDRAVSTVENEM VARSTVU IN ZDRAVSTVENEM ZAVAROVANJU

7. člen

Republika Slovenija iz proračuna zagotavlja sredstva za:

- spremljanje in proučevanje zdravstvenega stanja in ravni zdravja prebivalstva, skupaj z dejavniki, ki vplivajo na zdravje;
- spremljanje in proučevanje pojava nalezljivih bolezni in drugih množičnih groženj zdravju ter predlaganje, uvajanje in nadzor ukrepov za obvladovanje teh groženj;
- oblikovanje ukrepov za izboljšanje zdravja, spremljanje izvajanja in ocenjevanje učinkovitosti teh ukrepov s pripravo predlogov za izboljšanje;
- spremljanje učinkovitosti, dostopnosti in kakovosti dela sistema zdravstvenega varstva s pripravo predlogov za izboljšanje stanja;
- pripravo, medresorsko usklajevanje in izvajanje programov krepitve zdravja nacionalnega pomena na področjih, ki niso zdravstvena in so opredeljena v Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva;
- dejavnost javnega zdravja, pomembno za vso državo;
- sofinanciranje znanstvenoraziskovalne dejavnosti na področju zdravstvenega varstva;
- spodbujanje mednarodnega sodelovanja na področju zdravstvenega varstva;
- dejavnosti humanitarnih, invalidskih, strokovnih in drugih društev ter organizacij, skladno z opredelitvami iz Resolucije o nacionalnem planu zdravstvenega varstva;
- zbiranje krvi in izmenjavo organov ter tkiv in celic za presaditev;
- zdravstvene preglede vojaških obveznikov, kandidatov za prostovoljno služenje vojaškega roka ter pogodbeno opravljanje vojaške službe v rezervni sestavi Slovenske vojske za določitev ocene zdravstvene sposobnosti za vojaško službo, za službo v rezervni sestavi policije ali v pomožni policiji oziroma službo v Civilni zaščiti ali drugih reševalnih sestavah, ki jih organizirajo državni organi;
- zdravstveno varstvo vojakov v času služenja vojaškega roka oziroma udeležencev drugih oblik vojaškega usposabljanja, med usposabljanjem za rezervno sestavo policije ali za pomožno policijo, oseb med opravljanjem nadomestne civilne službe, vojaških obveznikov in pogodbenih pripadnikov rezervne sestave Slovenske vojske med usposabljanjem in vojaško službo, oseb med usposabljanjem za službo v Civilni zaščiti oziroma drugih reševalnih sestavah in med izvajanjem služb oziroma nalog v Civilni zaščiti in teh sestavah, ki jih organizirajo državni organi, če zdravstvenega varstva nimajo urejenega na drugi podlagi;
- posebno zdravstveno varstvo po predpisih o vojaških invalidih, civilnih invalidih vojne, varstvu vojnih veteranov in žrtev vojnega nasilja, udeležencev drugih vojn ter državnih priznavalninah;
- nujno zdravljenje oseb neznanega prebivališča, tujcev iz držav, s katerimi niso sklenjene mednarodne pogodbe, ter tujcev in državljanov Republike Slovenije s stalnim prebivališčem v tujini, ki začasno prebivajo v Republiki Sloveniji ali so na poti skozi državo in zanje ni bilo mogoče zagotoviti plačila zdravstvenih storitev, kakor tudi za druge osebe, ki po določbah tega zakona niso vključene v obvezno zdravstveno zavarovanje in niso zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja;
- plačilo prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje za zavezance, ki jim je oprostitev plačila teh obveznosti zagotovljena s posebnim zakonom;
- plačilo opravljanja mrliških pregledov, obdukcijskih in tehnične pomoči v zvezi z obdukcijo.

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

15. člen

Zavarovanci po tem zakonu so:

1. osebe, ki so v delovnem razmerju v Republiki Sloveniji;
2. osebe v delovnem razmerju pri delodajalcu s sedežem v Republiki Sloveniji, poslane na delo ali na strokovno izpopolnjevanje v tujino, če niso obvezno zavarovane v državi, v katero so bile poslane;

3. osebe, zaposlene pri tujih in mednarodnih organizacijah in ustanovah, tujih konzularnih in diplomatskih predstavništvih s sedežem v Republiki Sloveniji, če ni z mednarodno pogodbo drugače določeno;
4. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, zaposlene pri tujem delodajalcu, ki niso zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja;
5. osebe, ki na območju Republike Slovenije samostojno opravljajo gospodarsko ali poklicno dejavnost kot edini ali glavni poklic;
6. družbeniki osebnih družb, družbeniki družb z omejeno odgovornostjo in ustanovitelji zavodov, če so družbeniki družb oziroma ustanovitelji zavodov poslovodne osebe, ki opravljajo poslovodno funkcijo kot edini ali glavni poklic;
7. kmetje, člani njihovih gospodarstev in druge osebe, ki v Republiki Sloveniji opravljajo kmetijsko dejavnost kot edini ali glavni poklic;
8. vrhunski športniki in vrhunski šahisti - člani telesnokulturnih in šahovskih organizacij v Republiki Sloveniji, ki niso zavarovani iz drugega naslova;
9. brezposelne osebe, ki prejemajo pri zavodu za zaposlovanje denarno nadomestilo;
10. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki prejemajo pokojnino po predpisih Republike Slovenije oziroma preživnino po predpisih o preživninskem varstvu kmetov;
11. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki prejemajo pokojnino od tujega nosilca pokojninskega zavarovanja, če z mednarodno pogodbo ni drugače določeno;
12. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja, ki med bivanjem v Republiki Sloveniji ne morejo uporabljati pravic iz tega naslova;
13. družinski člani osebe, zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja, ki imajo stalno prebivališče v Republiki Sloveniji in niso zavarovani kot družinski člani pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja;
14. tujci, ki se izobražujejo ali izpopolnjujejo v Republiki Sloveniji, ki niso zavarovani iz drugega naslova;
15. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki so uživalci invalidnin po predpisih o vojaških invalidih in civilnih invalidih vojne, pravic po predpisih o varstvu vojnih veteranov, žrtev vojnega nasilja in udeležencev drugih vojn ter uživalci republiških priznavalnin, če niso zavarovane iz drugega naslova;
16. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki prejemajo nadomestilo po zakonu o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih odraslih oseb, če niso zavarovane iz drugega naslova;
17. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki prejemajo trajno denarno socialno pomoč in osebe, ki jim je Republika Slovenija priznala status begunca ali subsidiarno zaščito v skladu s predpisi o mednarodni zaščiti, če niso zavarovane iz drugega naslova;
18. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki so uživalci priznavalnin po predpisih o varstvu udeležencev vojn, če niso zavarovane iz drugega naslova;
19. vojaški obvezniki s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki so v civilni službi kot nadomestilu vojaškega roka;
- 19.a vojaški obvezniki s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji med služenjem vojaškega roka oziroma med usposabljanjem za rezervno sestavo policije;
20. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, če ne izpolnjujejo pogojev za zavarovanje po eni izmed točk iz tega odstavka in si same plačujejo prispevek;
21. državljani Republike Slovenije in tujci, ki imajo dovoljenje za stalno prebivanje, ki jim je po zakonu, ki ureja uveljavljanje pravic iz javnih sredstev, priznana pravica do plačila prispevka za obvezno zavarovanje;
22. priporniki, ki niso zavarovanci iz drugega naslova do trenutka nastopa pripora oziroma jim zavarovanje preneha v času pripora, obsojenci na prestajanju kazni zavora, mladoletniškega zavora, 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. Pripornike v zavarovanje prijavi zavod za prestajanje kazni zavora, v katerem so priporniki na prestajanju pripora, druge osebe iz te točke pa zavod oziroma organizacija v kateri se te osebe nahajajo, najkasneje naslednji delovni dan po sprejemu teh oseb;
23. osebe, ki pridobijo pravico po zakonu, ki ureja starševsko varstvo in sicer:
 - upravičenci do starševskih nadomestil, ki jim je prenehalo delovno razmerje v času trajanja starševskega dopusta,
 - eden od staršev, ki si na podlagi svoje dejavnosti plačuje prispevke za socialno varnost za najmanj 20 ur tedensko ter neguje in varuje otroka do tretjega leta starosti,

- eden od staršev, ki zapusti trg dela zaradi nege in varstva štirih ali več otrok;
- 24. otroci do 18. leta starosti, ki se šolajo in niso zavarovani kot družinski člani, ker njihovi starši ne skrbijo za njih oziroma ker starši ne izpolnjujejo pogojev za vključitev v obvezno zavarovanje;
- 25. družinski pomočniki po zakonu, ki ureja socialno varstvo.

Zavarovancem iz 5., 6., 7. in 8. točke prvega odstavka tega člena preneha lastnost zavarovanca v obveznem zavarovanju iz tega naslova z dnem, ko postane odločba o ugotovljeni I. kategoriji invalidnosti zavarovanca pravnomočna.

Za osebe iz 22. točke prvega odstavka tega člena lahko zavod oziroma organizacija, v kateri se te osebe nahajajo, za osebe, ki jim je bil izrečen uklonilni zapor pa zavod za prestajanje kazni zapora, kjer se te osebe nahajajo na prestajanju uklonilnega zapora pri Zavodu brez njihovega soglasja pridobi podatek o obstoju obveznega zdravstvenega zavarovanja, zahteva izdajo potrdila, s katerim se začasno izkazuje lastnost zavarovane osebe in pridobi kartico zdravstvenega zavarovanja.

Za zavarovance po 7. točki prvega odstavka se štejejo:

- kmetje, člani njihovih gospodarstev in druge osebe, ki v Republiki Sloveniji opravljajo kmetijsko dejavnost kot edini ali glavni poklic, ustvarjajo s to dejavnostjo dohodek in so na tej podlagi vključeni v obvezno pokojninsko in invalidsko zavarovanje ali so se v to zavarovanje vključile prostovoljno;
- kmetje, člani kmečkih gospodarstev in druge osebe, ki v Republiki Sloveniji opravljajo kmetijsko dejavnost kot edini ali glavni poklic in niso pokojninsko in invalidsko zavarovani, če kmečko gospodarstvo dosega na člana gospodarstva, ki opravlja kmetijsko dejavnost kot edini ali glavni poklic, mesečno najmanj tolikšen dohodek kmečkega gospodarstva, ki ustreza znesku 25% minimalne plače. Kot kmečko gospodarstvo se šteje življenjska skupnost, skupna proizvodnja in poraba prihodkov vseh članov kmečkega gospodarstva, ne glede na sorodstvene vezi, pod pogojem, da najmanj en član gospodarstva opravlja kmetijsko dejavnost kot edini ali glavni poklic. Kot dohodek kmečkega gospodarstva se šteje vsota vseh dohodkov, ki jih v zvezi z opravljanjem kmetijske, gozdarske in dopolnilne dejavnosti na kmetiji dosežejo člani kmečkega gospodarstva.

Minimalna plača je najnižji znesek plače za polni delovni čas po predpisih o minimalni plači.

Zavarovanci iz prve alineje četrtega odstavka tega člena, ki so se v obvezno pokojninsko in invalidsko zavarovanje vključili prostovoljno, se lahko odločijo, da se bodo zavarovali za vse pravice iz 13. člena tega zakona ali pa le za tak obseg pravic, kot zavarovanci iz druge alineje četrtega odstavka tega člena. Pogoje, pod katerimi posamezni zavarovanci lahko spremenijo obseg zavarovanja, se določi v pravilniku, ki ga sprejme minister, pristojen za zdravje.

15.a člen

Po tem zakonu so obvezno zavarovane tudi osebe iz 1. in 5. točke prvega odstavka prejšnjega člena, ki prebivajo v Republiki Sloveniji in so v delovnem razmerju oziroma samostojno opravljajo gospodarsko ali poklicno dejavnost kot edini ali glavni poklic še v eni ali več državah članicah Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora ali Švicarski konfederaciji. Za te osebe veljajo enake pravice in obveznosti, ki izhajajo iz tega zakona in veljajo za osebe iz 1. in 5. točke prvega odstavka prejšnjega člena.

Zavarovanci iz prejšnjega odstavka plačujejo prispevek po stopnji, določeni za zavarovance in po stopnji, določeni za delodajalce, iz naslova sočasne zaposlitve oziroma opravljanja dejavnosti v drugi državi članici Evropske unije.

16. člen

Za poškodbo pri delu in poklicno bolezen so zavarovane osebe iz 1., 2., 3., 5., 6., 8., 19., 19.a, 22. in 25. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona. Zavarovanci iz 22. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona so zavarovani za poškodbo pri delu in poklicno bolezen, če so dejansko vključeni v delo.

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

17. člen

Za poškodbo pri delu in poklicno bolezen so zavarovani tudi:

1. učenci in študentje pri praktičnem pouku, pri opravljanju proizvodnega dela oziroma delovne prakse in na strokovnih ekskurzijah;
2. otroci in mladostniki z motnjami v telesnem in duševnem razvoju ter otroci in mladostniki z nezgodno poškodbo glave in okvaro možganov pri praktičnem pouku v organizacijah za usposabljanje ali na obveznem praktičnem delu;
3. osebe, ki so po končanem šolanju na prostovoljni praksi, ne glede na to ali za to prakso prejemajo nagrado;
4. vojaški invalidi, civilni invalidi vojne in druge invalidne osebe na poklicni rehabilitaciji oziroma usposabljanju pri praktičnih delih in vajah;
5. osebe, ki v okviru drugega pravnega razmerja opravljajo delo oziroma storitev za plačilo, kadar se plačilo, prejeto na podlagi tega pravnega razmerja, na podlagi zakona, ki ureja dohodnino, šteje za dohodek in ni oproščen plačila dohodnine ali ni drug dohodek na podlagi zakona, ki ureja dohodnino, če na podlagi tega dela niso zavarovane za poškodbo pri delu oziroma poklicno bolezen na podlagi točk tega člena, 16. ali 18. člena tega zakona;
6. učenci srednjih šol oziroma študenti višjih in visokih šol pri opravljanju dela preko pooblaščenih organizacij;
7. brezposelne osebe na javnih delih, organiziranih po predpisih o zaposlovanju;
8. volonterji;
9. osebe, ki opravljajo splošno koristna in druga dela po kazenskih predpisih;
10. osebe, ki opravljajo dejavnost kot postranski poklic;
11. osebe, ki opravljajo humanitarna in druga podobna dela po predpisih o zaposlovanju;
12. osebe, ki opravljajo kratkotrajno delo po predpisih, ki urejajo preprečevanje dela in zaposlovanja na črno, in osebe, ki opravljajo začasno ali občasno delo po predpisih, ki urejajo trg dela.

18. člen

Za poškodbo pri delu so zavarovane tudi:

1. osebe, ki sodelujejo pri organiziranih javnih delih splošnega pomena, pri reševalnih akcijah ali pri zaščiti ter reševanju in pomoči ob naravnih in drugih nesrečah;
2. udeleženci mladinskih taborov v Republiki Sloveniji;
3. osebe, ki opravljajo dela oziroma naloge vojaške službe ali nadomestne civilne službe, civilne zaščite, službe za opazovanje in obveščanje, splošnih reševalnih služb ali enot za zveze oziroma osebe pri usposabljanju za obrambo ter zaščito, reševanje in pomoč;
4. osebe, ki pomagajo organom za notranje zadeve in pooblaščenim osebam teh organov pri opravljanju njihovih nalog v skladu z zakonom;
5. osebe, ki opravljajo naloge organov za notranje zadeve kot osebe v rezervnem sestavu organov za notranje zadeve;
6. osebe, ki opravljajo na poziv državnih in drugih pooblaščenih organov, javne in druge družbene funkcije ali državljansko dolžnost;
7. športniki, trenerji ali organizatorji, ki v okviru organizirane športne dejavnosti sodelujejo pri športnih akcijah;
8. osebe, ki kot člani operativnih sestav prostovoljnih gasilskih organizacij opravljajo naloge pri gašenju požarov, zaščiti in reševanju pri drugih nesrečah, pri usposabljanju, zavarovanju na požarno nevarnih mestih in pri javnih prireditvah, naloge pri javnih nastopih in demonstracijah s prikazovanjem demonstrativnih vaj ter pri poučevanju ljudi o požarni varnosti;
9. osebe, ki kot člani gorske reševalne službe, podvodne ali jamarske reševalne službe oziroma kot vodniki reševalnih psov, opravljajo naloge zaščite, reševanja in pomoči ali odvrnitve oziroma preprečitve nevarnosti, ki neposredno ogrožajo življenje ali premoženje ljudi.

20. člen

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

- a) ožji družinski člani:
 1. zakonec,
 2. otroci (zavarovančevi otroci in otroci, ki so z odločbo pristojnega organa nameščeni v družino z namenom posvojitve);
- b) širši družinski člani:
 1. pastorki, ki jih zavarovanec preživlja,
 2. vnuki, bratje, sestre in drugi otroci brez staršev, ki jih je zavarovanec vzel k sebi in jih preživlja, ob pogojih, ki jih določa ta zakon za otroke,
 3. starši (oče in mati, zakonec ali zunajzakonski partner očeta oziroma matere, ter posvojitelj), ki živijo z zavarovancem v skupnem gospodinjstvu in jih zavarovanec preživlja ter nimajo za preživljanje dovolj lastnih sredstev in so trajno in popolnoma nezmožni za delo, razen staršev zavarovancev iz 24. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona.

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

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

21. člen

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

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

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

22. člen

Otrok, ki ni sam zavarovanec, je zdravstveno zavarovan kot družinski član do dopolnjenega 15. leta starosti oziroma do dopolnjenega 18. leta starosti, po tej starosti pa, če se šola, in sicer do konca šolanja, vendar največ do konca šolskega oziroma študijskega leta, v katerem dopolni 26 let.

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

23. člen

Iz obveznega zavarovanja se zavarovani osebi zagotavlja plačilo naslednjih zdravstvenih storitev:

1. preventivne zdravstvene storitve:
 - sistematični in drugi preventivni zdravstveni pregledi na primarni ravni zdravstvene dejavnosti otrok, dijakov in študentov do dopolnjenega 26. leta starosti, drugih odraslih oseb v skladu s programom, vključno za registrirane športnike, svetovanje pri načrtovanju družine in preventivne zdravstvene storitve nosečnic, razen preventivnih zdravstvenih pregledov, ki jih zagotavlja delodajalec,
 - zdravstvene storitve zgodnjega odkrivanja dejavnikov tveganja za nastanek kroničnih nenalezljivih bolezni na primarni ravni zdravstvene dejavnosti, vključno s presejalnimi testi, v skladu s programom, ki ga sprejme Zdravstveni svet,
 - zdravstvene storitve za krepitev zdravja in spreminjanja nezdravega življenjskega sloga na primarni ravni zdravstvene dejavnosti,
 - cepljenje in obvezna zaščita z zdravili v skladu z zakonom, ki ureja nalezljive bolezni,

2. zdravljenje, ki obsega diagnostične zdravstvene storitve (npr. pregled ali preiskava), terapevtske zdravstvene storitve (npr. ambulantne storitve, operativni poseg), zdravstvene storitve s področja reprodukcije (npr. kontracepcija, zdravstvene storitve v zvezi z nosečnostjo, porodom, zdravljenjem zmanjšane plodnosti, umetno oploditvijo, sterilizacijo in umetno prekinitvijo nosečnosti) in zdravstvene storitve v zvezi z dajanjem in izmenjavo tkiv in organov za presaditev drugim osebam,
3. zdravljenje v tujini, v skladu s tem zakonom,
4. medicinska rehabilitacija, vključno z zdraviliškim zdravljenjem,
5. zdravstvena nega, razen če so zavarovani osebi v obveznem zavarovanju za dolgotrajno oskrbo priznane primerljive storitve zdravstvene nege, vezane na osnovna dnevna opravila,
6. paliativna oskrba,
7. reševalni prevozi:
 - nujni reševalni prevozi v okviru nujne medicinske pomoči in
 - nenujni reševalni prevozi, če je zavarovana oseba nepokretna ali za prevoz na in z dialize ali če zaradi zdravstvenega stanja potrebuje spremstvo zdravstvenega delavca ali če bi bil prevoz z javnim prevoznim sredstvom ali osebnim avtomobilom za njeno zdravje škodljiv,
8. sobivanje enega od staršev, rejnika, skrbnika, zakonca ali zunajzakonskega partnerja, kadar sobiva ob otroku svojega zakonca ali zunajzakonskega partnerja, v zdravstvenem zavodu ali zdravilišču z bolnim otrokom do vključno 14. leta starosti, z bolnim otrokom do 18. leta starosti oziroma dokler traja roditeljska pravica v primeru težje okvare ali poškodbe možganov ali hrbtenjače, pri kateri je potrebno usposabljanje za poznejšo medicinsko rehabilitacijo na domu, ali v primeru kronične bolezni ali okvare v času usposabljanja za poznejšo medicinsko rehabilitacijo na domu, ali v primeru zdravljenja težkega zdravstvenega stanja, ne glede na starost z osebo s posebnimi potrebami, ki potrebuje 24-urno nego in oskrbo, oziroma z osebo s statusom po zakonu, ki ureja socialno vključevanje invalidov,
9. skupinski zdravstveni programi zaradi krepitve zdravstvenega stanja otrok do 18. leta starosti, ki so v koledarskem letu večkrat hospitalizirani ali vsaj dvakrat bolni,
10. skupinski zdravstveni programi zaradi usposabljanja za obvladovanje zdravstvenega stanja otrok do 18. leta starosti s cerebralno paralizo, živčno-mišičnimi boleznimi ali druge vrste gibalne oviranosti, poškodbo glave, otrok z juvenilnim revmatoidnim artritisom, s sladkorno boleznijo, fenilketonurijo, celiakijo ali prekomerno telesno težo ter otrok z motnjo avtističnega spektra, z razvojnimi zaostankom ali intelektualno manjzmožnostjo,
11. skupinski zdravstveni programi za izboljševanje, ohranjanje ali preprečevanje poslabšanja zdravstvenega stanja oseb z mišičnimi in živčno-mišičnimi boleznimi, s paraplegijo, tetraplegijo, cerebralno paralizo, poškodbo glave, z najtežjo obliko hemiplegije ali generalizirane psoriaze, multiplo sklerozo, s poliomeletisom, Parkinsonovo boleznijo ali težjo ali težko motnjo v duševnem razvoju ob določeni funkcionalni okvari.

Zdravstvene storitve iz 1., 2., 3. in 4. točke prejšnjega odstavka vključujejo tudi zobozdravstvene storitve. Zdravstvene storitve iz 1. do 6. točke prejšnjega odstavka vključujejo tudi lekarniške storitve ter zdravila, živila za posebne zdravstvene namene in medicinske pripomočke, ki se predpisujejo na listino Zavoda ali jih zagotavlja izvajalec zdravstvene dejavnosti sam v okviru zdravstvene storitve.

Zavod lahko določi pogoj predhodnega zavarovanja do šest mesecev za pravice do zobnoprotetičnih in medicinskih pripomočkov.

Natančnejši obseg preventivnih zdravstvenih storitev iz 1. točke prvega odstavka tega člena, natančnejši postopek njihovega uveljavljanja, njihove standarde in normative določi minister, pristojen za zdravje, na predlog Zdravstvenega sveta, razen cepljenj in obvezne zaščite z zdravili, ki jih določi v skladu z zakonom, ki ureja nalezljive bolezni. Za izvajanje zdravstvenih storitev iz prejšnjega stavka lahko njihovi izvajalci od Zavoda ali iz Centralnega registra prebivalstva pridobijo osebne podatke o zavarovanih osebah, ki imajo pravico do teh zdravstvenih storitev.

Vsebinsko, način izvedbe in podrobnejša merila za izvajanje skupinskih zdravstvenih programov iz 9., 10. in 11. točke prvega odstavka tega člena določi minister, pristojen za zdravje.

Zavarovanci iz 22. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona imajo omejeno pravico do proste izbire zdravnika v zdravstvenem zavodu, ki jo uresničujejo v skladu s predpisi s področja izvrševanja kazenskih sankcij. Ti zavarovanci nimajo pravice do zdravstvenih storitev na domu, zdravljenja v tujini, zdraviliškega zdravljenja, sobivanja, skupinskih zdravstvenih programov iz prvega odstavka

tega člena in nadomestila za začasno zadržanost od dela, čeprav delajo v režijskih obratih, nege ožjega družinskega člana, povračil potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev. Prav tako se po teh zavarovancih ne morejo zavarovati njihovi družinski člani, razen otroka, ki skupaj z obsojenko biva v zavodu in nima drugače urejenega obveznega zavarovanja.

Zavod lahko zavarovani osebi izjemoma delno ali v celoti odobri plačilo ali povračilo stroškov zdravlila, živila za posebne zdravstvene namene, prehranskega dopolnila, dermatološkega izdelka, medicinskega pripomočka ali zdravstvene storitve, do katere zavarovana oseba nima pravice iz obveznega zavarovanja, če ima zavarovana oseba bolezni ali poškodbe, ki so privedle do izjemnega zdravstvenega stanja, z izjemoma odobreno zdravstveno storitvijo pa je utemeljeno pričakovati ozdravitev, bistveno izboljšanje zdravstvenega stanja, preprečitev ali bistveno upočasnitev nadaljnjega poslabšanja zdravstvenega stanja, vključno z zagotavljanjem zdravstvene nege pri zavarovani osebi, in tega učinka ni mogoče zadovoljivo doseči z zdravstvenimi storitvami, do katerih ima pravico iz obveznega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu: izjemna odobritev).

Zdravilo in živilo za posebne zdravstvene namene se pod pogoji iz prejšnjega odstavka lahko izjemoma odobri, če ga na osnovi strokovnih virov priporoča ustrezen izvajalec zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji ali v tujini, pri čemer Zavod upošteva tudi merila za razvrstitev iz 23.b člena tega zakona. Prehransko dopolnilo se pod pogoji iz prejšnjega odstavka lahko izjemoma odobri, če ga na osnovi strokovnih virov priporoča ustrezen izvajalec zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji ali v tujini, pri čemer Zavod upošteva tudi, ali ima učinkovitost zdravlila in ali na trgu v Republiki Sloveniji obstaja zdravilo s primerljivo učinkovino in jakostjo. Dermatološki izdelek se pod pogoji iz prejšnjega odstavka lahko izjemoma odobri, če ga na osnovi strokovnih virov priporoča izvajalec, ki opravlja zdravstveno dejavnost na terciarni ravni v Republiki Sloveniji ali tujini.

Ne glede na pogoje iz sedmega odstavka tega člena se zavarovani osebi lahko izjemoma odobri medicinski pripomoček, če ima ta medicinski pripomoček enak ali podoben učinek kot zdravilo, ki je pravica iz obveznega zavarovanja, a v času zdravljenja v Republiki Sloveniji to zdravilo zaradi motenj v preskrbi ni dosegljivo in zdravlila ni mogoče zamenjati z drugim zdravilom.

Ne glede na prvi odstavek 84. člena tega zakona o izjemni odobritvi na I. stopnji odloča uradna oseba na Direkciji Zavoda, na II. stopnji pa komisija, katere člane imenuje direktor Zavoda.

Natančnejše pogoje in natančnejši postopek o izjemni odobritvi določi upravni odbor Zavoda s splošnim aktom.

28. člen

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

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

29. člen

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

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

Ne glede na drugo alinejo prejšnjega odstavka in zakon, ki ureja delovna razmerja, gre zavarovancem v primerih nezmožnosti za delo zaradi bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom, nadomestilo plače od 21. dne zadržanosti od dela.

Ne glede na prejšnji odstavek gre nadomestilo zavarovancem od prvega dne zadržanosti od dela na podlagi potrditve izvajalca o sobivanju brez ugotavljanjačasne zadržanosti od dela tudi zaradi

sobivanja enega od staršev, rejnika, skrbnika, zakonca ali zunajzakonskega partnerja, kadar sobiva ob otroku svojega zakonca ali zunajzakonskega partnerja, v zdravstvenem zavodu ali zdravilišču:

- z bolnim otrokom do vključno 14. leta starosti;
- z bolnim otrokom do 18. leta starosti oziroma dokler traja roditeljska pravica v primeru težje okvare ali poškodbe možganov ali hrbtenjače, pri kateri je potrebno usposabljanje za poznejšo medicinsko rehabilitacijo na domu, ali v primeru kronične bolezni ali okvare v času usposabljanja za poznejšo medicinsko rehabilitacijo na domu, ali v primeru zdravljenja težkega zdravstvenega stanja;
- ne glede na starost z osebo s posebnimi potrebami, ki potrebuje 24-urno nego in oskrbo, oziroma z osebo s statusom po zakonu, ki ureja socialno vključevanje invalidov.

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

30. člen

Pravica do nadomestila zaradi nege ožjega družinskega člana traja v posameznem primeru največ do 10 dni, za otroke do sedem let starosti ali starejšega zmerno, težje ali težko duševno in telesno prizadetega otroka pa do 20 dni.

Kadar to terja zdravstveno stanje ožjega družinskega člana, lahko pristojni imenovani zdravnik izjemoma podaljša trajanje pravice do nadomestila, vendar največ do 40 dni za nego otrok do sedem let starosti ali starejšega zmerno, težje ali težko duševno in telesno prizadetega otroka oziroma do 20 dni za nego drugih ožjih družinskih članov.

Imenovani zdravnik lahko izjemoma podaljša trajanje pravice do nadomestila osebnega dohodka za nego otroka, in sicer v primerih, ko je taka odsotnost potrebna zaradi nenadnega poslabšanja zdravstvenega stanja otroka oziroma v drugih izjemnih primerih. Taka odsotnost ne more biti daljša od 6 mesecev.

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

To pravico lahko uveljavlja eden od staršev do dopolnjenega 18. leta otrokove starosti oziroma dokler traja roditeljska pravica.

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

Določbe tega člena veljajo tudi za rejnika in skrbnika, kadar otroka dejansko neguje in varuje ter za zakonca ali zunajzakonskega partnerja, kadar dejansko neguje in varuje otroka svojega zakonca ali zunajzakonskega partnerja.

30.a člen

Pravica do denarnega nadomestila zaradi sobivanja enega od staršev, rejnika, skrbnika, zakonca ali zunajzakonskega partnerja, kadar sobiva ob otroku svojega zakonca ali zunajzakonskega partnerja, v zdravstvenem zavodu ali zdravilišču z bolnim otrokom traja, dokler traja sobivanje.

Nadomestilo za sobivanje se odmerja v enakem odstotku kot nadomestilo zaradi nege ožjega družinskega člana.

40. člen

Zavarovana oseba ima iz obveznega zavarovanja pravico do povračila prevoznih stroškov:

- če zaradi uveljavljanja pravice do zdravstvene storitve v Republiki Sloveniji potuje k zdravniku ali v zdravstveni zavod v drug kraj, ker v kraju njenega stalnega prebivališča ali njene zaposlitve ni zdravnika ali ustreznega zdravstvenega zavoda;
- če jo osebni zdravnik, zdravstveni zavod ali zdravniška komisija povabi na osebno obravnavo v kraj zunaj kraja njenega stalnega prebivališča ali kraja njene zaposlitve;
- če uveljavlja pravico do zdravljenja v tujini iz 44.a ali 44.b člena tega zakona.

Ne glede na prvo in drugo alinejo prejšnjega odstavka zavarovana oseba nima pravice do povračila prevoznih stroškov, če uveljavlja pravico do naslednjih zdravstvenih storitev:

- zdravstvenih storitev v specialistično ambulantni ali bolnišnični dejavnosti ali zdraviliškega zdravljenja, ki je nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, če te zdravstvene storitve uveljavlja zaradi poškodbe izven dela;
- zdraviliškega zdravljenja, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja;
- zobno-protetičnega zdravljenja;
- izdaje zdravila, živila za posebne zdravstvene namene ali medicinskega pripomočka.

Ne glede na prvo, drugo in tretjo alinejo prejšnjega odstavka ima zavarovana oseba pravico do povračila prevoznih stroškov zaradi uveljavljanja pravice do naslednjih zdravstvenih storitev:

1. zdravljenja in medicinske rehabilitacije otrok, učencev in študentov, ki se redno šolajo, in sicer do konca šolanja, vendar največ do konca šolskega oziroma študijskega leta, v katerem dopolni 26 let ter otrok in mladostnikov z motnjami v telesnem in duševnem razvoju;
2. zdravljenja in medicinske rehabilitacije malignih bolezni, mišičnih in živčno-mišičnih bolezni, paraplegije, tetraplegije, cerebralne paralize, epilepsije, hemofilije, duševnih bolezni, razvitih oblik sladkorne bolezni, multiple skleroze in psoriaze;
3. zdravljenja in medicinske rehabilitacije slepote in slabovidnosti v skladu z veljavno klasifikacijo Svetovne zdravstvene organizacije, popolne ali zelo težke okvare sluha po Mednarodni klasifikaciji okvar, invalidnosti in oviranosti Svetovne zdravstvene organizacije (1980), cistične fibroze in avtizma in oseb po nezgodni poškodbi glave in okvari možganov;
4. zdravljenja in medicinske rehabilitacije zaradi poklicnih bolezni in poškodb pri delu;
5. zdravstvenih storitev v zvezi z darovanjem delov človeškega telesa, vključno z darovanjem človeških tkiv in celic;
6. nujne medicinske pomoči;
7. zdravstvenih storitev v zvezi s presaditvijo delov človeškega telesa in z drugimi najzahtevnejšimi operativnimi posegi;
8. zdravstvenih storitev v zvezi z intenzivno terapijo, radioterapijo, dializo in drugimi nujnimi najzahtevnejšimi diagnostičnimi, terapevtskimi in rehabilitacijskimi posegi;
9. zdravstvenih storitev s področja reprodukcije;
10. zdravljenja ustnih in zobnih bolezni.

Najzahtevnejše zdravstvene storitve iz 7. in 8. točke prejšnjega odstavka določi Zavod v splošnem aktu v soglasju z vlado.

44.c člen

Zavarovana oseba ima v skladu z določbami Direktive 2011/24/EU pravico do povračila stroškov zdravstvenih storitev, ki so pravica iz obveznega zavarovanja v Republiki Sloveniji in ki jih uveljavi v drugi državi članici Evropske unije:

- na podlagi predhodno izdane napotnice izbranega osebnega zdravnika ali napotnega zdravnika v Republiki Sloveniji do bolnišničnih in specialistično ambulantnih zdravstvenih storitev, vključno v okviru teh storitev predpisanih zdravil in medicinskih pripomočkov, razen za specialistično ambulantne zdravstvene storitve, ki jih zavarovana oseba lahko uveljavi brez napotnice v javni zdravstveni mreži v Republiki Sloveniji,
- na podlagi predhodno predpisanega recepta ali naročilnice izbranega osebnega zdravnika ali napotnega zdravnika ali drugega zdravnika v Republiki Sloveniji, ki ga je za to pooblastil Zavod,
- na podlagi predhodno izdane odločbe Zavoda glede napotitve na zdraviliško zdravljenje, upravičenosti do medicinskega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe in pravice do zahtevnejšega medicinskega pripomočka,
- na podlagi predhodno izdane odločbe Zavoda o predhodni odobritvi.

Predhodna odobritev Zavoda iz četrte alinee prejšnjega odstavka je pogoj za uveljavljanje pravice do povračila stroškov naslednjih zdravstvenih storitev:

- bolnišničnih zdravstvenih storitev, ki vključujejo prenočitev zavarovane osebe,
- zdravstvenih storitev, ki zahtevajo uporabo visoko specializirane in drage medicinske infrastrukture ali medicinske opreme.

Ne glede na določbe prvega odstavka tega člena zavarovana oseba ni upravičena do povračila stroškov za:

- zdravstvene storitve v osnovni zdravstveni dejavnosti,
- zdravstvene storitve na področju dolgotrajne oskrbe, vključno z neakutno bolnišnično obravnavo ter zdravljenjem in nego v socialnovarstvenih zavodih,
- zdravstvene storitve na področju pridobivanja in presaditve delov človeškega telesa,
- zdravstvene storitve na področju presejalnih programov,
- sobivanje enega od staršev, rejnika, skrbnika, zakonca ali zunajzakonskega partnerja, kadar sobiva ob otroku svojega zakonca ali zunajzakonskega partnerja, v zdravstvenem zavodu ali zdravilišču, kot izhaja iz 8. točke prvega odstavka 23. člena tega zakona,
- medicinske pripomočke, ki so predmet izposoje zaradi potreb pri zdravljenju, zdravstveni negi in medicinski rehabilitaciji na domu,
- šolanega psa vodiča, do katerega je upravičena slepa oseba,
- potne stroške in spremstvo.

Predhodna odobritev se zavrne, če:

- je zdravstveno storitev mogoče uveljaviti v okviru najdaljših dopustnih čakalnih dob pri vsaj enem izvajalcu zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji, glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe in na verjetni razvoj bolezni pa za zdravljenje ne bo presežen razumen čas;
- bo zavarovana oseba z zadostno gotovostjo izpostavljena tveganju za varnost, ki se ne more razumeti kot sprejemljivo, pri čemer se upoštevajo tudi morebitne prednosti, ki bi jih zdravstvena storitev, ki je predmet predhodne odobritve, za zavarovano osebo imela;
- bo širša javnost zaradi zdravstvene storitve, ki je predmet predhodne odobritve, z zadostno gotovostjo izpostavljena varnostnemu tveganju ali bo storitev zagotovil izvajalec zdravstvene dejavnosti, glede katerega obstajajo resni in konkretni pomisleki v zvezi s spoštovanjem standardov in smernic glede kakovosti, varnosti in nadzora nad izvajanjem zdravstvenih storitev.

Ministrstvo, pristojno za zdravje, seznani javnost o nastopu okoliščin za zavrnitev predhodne odobritve iz tretje alinee prejšnjega odstavka na svojih spletnih straneh.

Stroške zdravstvene storitve iz prvega odstavka tega člena Zavod zavarovani osebi povrne v višini povprečne cene teh storitev v Republiki Sloveniji, vendar ne več, kot znašajo dejanski stroški.

Seznam zdravstvenih storitev iz druge alinee drugega odstavka tega člena določi minister, pristojen za zdravje.

48. člen

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

1. prispevek iz 1. točke 46. člena tega zakona:
 - zavarovanci iz 1., 2. in 3. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona in njihovi delodajalci,
 - zavarovanci iz 4., 5., 6. in 8. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
2. prispevek iz 2. točke 46. člena tega zakona:
 - zavarovanci in zavod za zaposlovanje za zavarovance iz 9. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
 - zavod pokojninskega in invalidskega zavarovanja za zavarovance iz 10. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
 - Republika Slovenija za zavarovance iz 15., 16., 19., 19.a in 23. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
 - zavarovanci iz 20. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
 - Republika Slovenija za zavarovance iz 24. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
 - zavarovanci in Republika Slovenija za zavarovance iz 25. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,

3. prispevek iz 3. točke 46. člena tega zakona:
 - zavarovanci iz 7. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
 - zavarovanci iz 11., 12., 13. in 14. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
 - izplačevalec prejemkov za zavarovance iz 18. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
 - Republika Slovenija za zavarovance iz 17. in 21. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
4. prispevek iz 4. točke 46. člena tega zakona:
 - zavarovanci iz 7. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona, če so pokojninsko in invalidsko zavarovani,
5. prispevek iz 5. točke 46. člena tega zakona:
 - Republika Slovenija za zavarovance iz 22. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona.

Poleg prispevkov iz prejšnjega odstavka se Zavodu plačuje tudi obvezni zdravstveni prispevek v višini 35 eurov za posamezni koledarski mesec ne glede na število dni zavarovanja v koledarskem mesecu.

Določba 60. člena tega zakona se ne uporablja za obvezni zdravstveni prispevek iz prejšnjega odstavka.

Obvezni zdravstveni prispevek se uskladi enkrat letno, in sicer 1. marca z rastjo povprečne bruto plače v Republiki Sloveniji v preteklem letu po podatkih Statističnega Urada Republike Slovenije. Znesek obveznega zdravstvenega prispevka določi minister, pristojen za zdravje, najkasneje v mesecu februarju, in njegovo višino objavi v Uradnem listu Republike Slovenije.

Za plačilo obveznega zdravstvenega prispevka so zavezani:

1. zavarovane osebe:
 - iz prvega odstavka 15. člena, 15.a člena, 1. podtočke a) prvega odstavka 20. člena, drugega in tretjega odstavka 34. člena tega zakona,
 - invalidne osebe zunaj delovnega razmerja na prekvalifikaciji oziroma dokvalifikaciji in zatečeni primeri, ki so pridobili pravico do nadomestila plače za čas čakanja na razporeditev oziroma razporeditev na drugo ustrezno delo po 140. členu Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (Uradni list RS, št. 12/92, 5/94, 7/96 in 54/98), iz osmega odstavka 19. člena Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (Uradni list RS, št. 48/22 – uradno prečiščeno besedilo in 40/23 – ZČmIS-1; v nadaljnjem besedilu: ZPIZ-2), brezposelni delovni invalidi iz 88. člena in prejemniki poklicne pokojnine, če niso obvezno zdravstveno zavarovani na drugi podlagi, iz tretjega odstavka 413. člena ZPIZ-2 in
 - iz drugega odstavka 45. člena Zakona o starševskem varstvu in družinskih prejemkih (Uradni list RS, št. 26/14, 90/15, 75/17 – ZUPJS-G, 14/18, 81/19, 158/20, 92/21 in 153/22), razen v primeru, če gre za zavarovane osebe iz 2. ali 3. točke tega odstavka,
2. Republika Slovenija:
 - za zavarovance iz 15., 16., 17., 18., 21., 22., tretje alineje 23. točke, 24. in 25. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
 - za zavarovance iz šestega odstavka 406. člena ZPIZ-2,
 - za zavarovane osebe, ki izpolnjujejo pogoje za pravico do zdravstvenega varstva po predpisih o vojnih invalidih, vojnih veteranih in žrtvah vojnega nasilja, če niso zavarovanci na podlagi 15. ali 18. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona, in
 - za zavarovane osebe iz prejšnje točke tega odstavka, ki jim je v skladu z 29. členom 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 – ZUJFO, 57/15, 90/15, 38/16 – odl. US, 51/16 – odl. US, 88/16, 61/17 – ZUPŠ, 75/17, 77/18, 47/19, 189/20 –ZFRO in 54/22 – ZUPŠ-1) priznana pravica do plačila obveznega zdravstvenega prispevka,
3. Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije:
 - za zavarovance iz 10. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona do dopolnjenega 18. leta starosti, po dopolnjenem 18. letu starosti pa pod pogojem, če se šolajo, in sicer do konca šolanja, vendar največ do konca šolskega oziroma študijskega leta, v katerem dopolnijo 26 let, in
 - za zavarovance iz 10. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona, ki postanejo popolnoma in trajno nezmožni za delo do dopolnjenega 18. leta starosti ali do konca rednega šolanja, dokler takšna nezmožnost traja.

Obveznost za izračun in plačilo obveznega zdravstvenega prispevka za posameznega zavarovanca nastane sočasno z nastankom obveznosti za izračun in plačilo prispevkov iz prvega odstavka tega člena.

Obvezni zdravstveni prispevek se za posameznega zavarovanca pobira v istem postopku ter na isti način, kot je v 58. in 59. členu tega zakona določen za pobiranje prispevka iz prvega odstavka tega člena. Če se prispevek iz prvega odstavka tega člena ne pobira, se obvezni zdravstveni prispevek pobira po postopku in na način kot se pobira prispevek iz prvega odstavka tega člena za zavarovance iz 20. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona. V postopku pobiranja obveznega zdravstvenega prispevka se smiselno uporabljajo tudi določbe o razkritju podatkov, ki se štejejo za davčno tajnost in materialne določbe posebnega zakona, ki ureja plačevanje prispevka iz prvega odstavka tega člena. Obveznega zdravstvenega prispevka ni mogoče odpisati, delno odpisati ali dovoliti odlog plačila oziroma plačilo v obrokih.

Ne glede na šesti in sedmi odstavek tega člena za zavezanca iz 7. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona, ki v skladu s prvim odstavkom 52. člena tega zakona plačujejo prispevek iz prvega odstavka tega člena od katastrskega dohodka kmetijskih in gozdnih zemljišč, nastane obveznost obveznega zdravstvenega prispevka na zadnji dan meseca, na katerega se obveznost nanaša, in se izračuna in izpolni upošteva prvi odstavek 352. člena, prvi odstavek 353. člena in 353.a člen Zakona o davčnem postopku (Uradni list RS, št. 13/11 – uradno prečiščeno besedilo, 32/12, 94/12, 101/13 – ZDavNepr, 111/13, 22/14 – odl. US, 25/14 – ZFU, 40/14 – ZIN-B, 90/14, 91/15, 63/16, 69/17, 13/18 – ZJF-H, 36/19, 66/19, 145/20 – odl. US, 203/20 – ZIUPOPĐVE, 39/22 – ZFU-A, 52/22 – odl. US, 87/22 – odl. US in 163/22; v nadaljnjem besedilu: ZDavP-2).

Ne glede na šesti in sedmi odstavek tega člena za zavarovance, vključene v zavarovanje na podlagi 5., 6., 7. in 8. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona, nastane obveznost obveznega zdravstvenega prispevka za mesec, za katerega imajo pravico do nadomestila in drugega dohodka iz naslova obveznih socialnih zavarovanj, od katerih se plačuje prispevek iz prvega odstavka tega člena, na zadnji dan tega meseca, in se izračuna in izpolni upošteva prvi odstavek 352. člena, prvi odstavek 353. člena in 353.a člen ZDavP-2.

Če obvezni zdravstveni prispevek za zavarovanca odtegne in plača plačnik davka po zakonu, ki ureja davčni postopek, se šteje, da je obvezni zdravstveni prispevek plačan za mesec, za katerega plačnik davka plačuje dohodek zavarovancu, od katerega odtegne obvezni zdravstveni prispevek in v višini, določeni za tisti mesec.

Če zavarovanec za posamezni mesec prejme dohodek, od katerega se odteguje obvezni zdravstveni prispevek, v več delih, se obvezni zdravstveni prispevek odtegne od prvega dela prejetega dohodka. Če zavarovanec prejme dohodek za več mesecev skupaj, se obvezni zdravstveni prispevek odtegne od vsakega dohodka za posamezni mesec, od katerega se odteguje obvezni zdravstveni prispevek.

Če zavarovanec za posamezni mesec prejme dohodek iz delovnega razmerja, kot je opredeljeno v zakonu, ki ureja dohodnino, od katerega se odteguje obvezni zdravstveni prispevek, pri več delodajalcih, obvezni zdravstveni prispevek v imenu in za račun zavarovanca izračuna, odtegne in plača glavni delodajalec, kot je opredeljen v zakonu, ki ureja dohodnino.

Če je zavarovanec za posamezni koledarski mesec vključen v zavarovanje po več zavarovalnih podlagah, nastane obveznost plačila obveznega zdravstvenega prispevka po podlagi, po kateri je bil zavarovan na prvi dan v mesecu, pri čemer se ne upošteva podlaga zavarovanja iz 20. člena tega zakona. Če na podlagi prejšnjega stavka ni mogoče določiti ene podlage za plačilo obveznega zdravstvenega prispevka, nastane obveznost plačila obveznega zdravstvenega prispevka po podlagi zavarovanja, ki je v prvem odstavku 15. člena tega zakona navedena prej. Ta odstavek se ne uporabi, če se na podlagi prejšnjega odstavka lahko določi eno podlago za plačilo obveznega zdravstvenega prispevka.

49. člen

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

1. prispevek iz 1. točke 47. člena tega zakona:
 - delodajalci za zavarovance iz 1., 2. in 3. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
 - zavarovanci iz 5., 6. in 8. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,

- zavarovanci iz 7. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona, ki so pokojninsko in invalidsko zavarovani;
- 2. prispevek iz 2. točke 47. člena tega zakona:
 - Republika Slovenija za zavarovance iz 19. in 19.a točke prvega odstavka 15. člena tega zakona ter za zavarovance iz 9. in 11. točke 17. člena tega zakona,
 - Republika Slovenija za zavarovance iz 25. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
 - delodajalci pri katerih so zavarovanci iz 1. do 8. točke in iz 12. točke 17. člena tega zakona na usposabljanju oziroma delu,
 - zavarovanci iz 10. točke 17. člena tega zakona,
 - organizatorji del oziroma akcij za zavarovance iz 18. člena tega zakona;
- 3. prispevek iz 3. točke 47. člena tega zakona:
 - Republika Slovenija za zavarovance iz 22. točke 15. člena tega zakona.

50. člen

Prispevki za zavarovance iz 1., 2. in 3. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona se plačujejo od osnove za plačilo prispevkov, ki je enaka osnovi za plačilo prispevkov za obvezno pokojninsko in invalidsko zavarovanje.

Če se prispevek plačuje od najnižje osnove, je za zavarovance iz prejšnjega odstavka ne glede na prvo in drugo alineo 1. točke 11. člena Zakona o prispevkih za socialno varnost (Uradni list RS, št. 5/96, 18/96 – ZDavP, 34/96, 87/97, 3/98, 7/98 – odločba US, 106/99 – ZPIZ-1, 81/00 – ZPSV-C, 97/01 – ZSDP, 97/01, 40/12 – ZUJF, 96/12 – ZPIZ-2 in 56/13 – ZŠtip-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.

51. člen

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

Zavarovanci iz 5. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona plačujejo prispevke od bruto osnove za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, vendar ne od osnove, nižje od 60 odstotkov zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji, preračunane na mesec, po stopnji, določeni za zavarovance in po stopnji, določeni za delodajalce.

53. člen

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

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

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

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

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

54. člen

Prispevek za zavarovance iz 19. in 19.a točke prvega odstavka 15. člena tega zakona se plačuje od bruto osnove za pokojninsko in invalidsko zavarovanje.

Prispevek za zavarovance iz 20. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona in 1. točke pod a) ter 3. točke pod b) prvega odstavka 20. člena tega zakona se plačuje od osnove v višini 25 odstotkov zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji, preračunane na mesec.

Prispevek za zavarovance iz 22. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona se plačuje mesečno od osnove, ki je enaka povprečni bruto plači v Republiki Sloveniji, ki velja za mesec oktober predhodnega koledarskega leta.

Prispevek za zavarovance iz 23. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona se plačuje od osnove, kot je določena za prispevke po zakonu, ki ureja starševsko varstvo.

Prispevek za zavarovance iz 24. in 25. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona se plačuje mesečno od minimalne plače, ki velja za mesec, za katerega se plačuje prispevek.

55. člen

Skupščina zavoda predlaga Vladi Republike Slovenije stopnje prispevkov, določi pa jih Državni zbor Republike Slovenije na predlog Vlade Republike Slovenije z zakonom.

Do uveljavitve zakona iz prejšnjega odstavka, se plačujejo prispevki po stopnjah:

- za zavarovance iz 12., 13. in 14. točke prvega odstavka 15. člena zakona mesečno po stopnji 8,20 odstotka;
- za zavarovance iz 17., 18. in 21. točke prvega odstavka 15. člena zakona mesečno po stopnji 2 odstotka;
- za zavarovance iz 1., 2., 3., 4., 6., 7., 8., 9., 11. in 12. točke 17. člena ter 2., 4., 5., 6. in 7. točke 18. člena zakona po stopnji 0,30 odstotka;
- za zavarovance iz 5. in 10. točke 17. člena tega zakona po stopnji 0,53 odstotka;
- za zavarovance iz 1., 3., 8. in 9. točke 18. člena zakona enkrat na leto po stopnji 0,40 odstotka.

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

Do uveljavitve zakona iz prvega odstavka tega člena, ki bo določal stopnje prispevkov za obvezno zavarovanje za zavarovance iz 22. točke prvega odstavka 15. člena zakona, se plačuje prispevek iz 5. točke 46. člena zakona po stopnji 12,92 odstotka in prispevek iz 3. točke 47. člena zakona po stopnji 0,53 odstotka.

Za zavarovance iz 19.a, 23., 24. in 25. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona in 1. točke pod a) ter 3. točke pod b) prvega odstavka 20. člena tega zakona se plačujejo prispevki po stopnji 5,96 odstotka. Za zavarovance iz 19.a in 25. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona in 1. točke pod a) ter 3. točke pod b) prvega odstavka 20. člena tega zakona se za poškodbo pri delu in poklicno bolezen plačuje tudi prispevek po stopnji 0,18 odstotka.

57. člen

Prispevek za zavarovance iz 12., 13., 14., 17., 18. in 21. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona se plačuje mesečno za obdobje koledarskega leta od osnove, ki je enaka povprečni bruto plači v Republiki Sloveniji za mesec oktober predhodnega koledarskega leta.

Prispevek za zavarovance iz 1., 2., 3., 4., 6., 7., 8., 9., 10., 11. in 12. točke 17. člena tega zakona ter 2., 4., 5., 6. in 7. točke 18. člena tega zakona se plačuje mesečno za obdobje koledarskega leta od osnove, ki je enaka povprečni bruto plači v Republiki Sloveniji za mesec oktober predhodnega koledarskega leta.

Osnova za plačilo prispevka za zavarovance iz 5. točke 17. 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.

Prispevek za zavarovance iz 1., 3., 8. in 9. točke 18. člena tega zakona se plačuje enkrat na leto za obdobje koledarskega leta, ne glede na dolžino trajanja zavarovanja v tem letu, od osnove, ki je enaka povprečni bruto plači v Republiki Sloveniji za mesec oktober predhodnega koledarskega leta.

63. člen

Zavod, pristojne zbornice, združenja zdravstvenih zavodov in drugih zavodov ter organizacij, ki opravljajo zdravstveno dejavnost, (v nadaljnjem besedilu: deležniki) se vsako leto dogovorijo o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, opredelijo zmogljivosti, potrebne za njegovo izvajanje, in določijo obseg sredstev (v nadaljnjem besedilu: dogovor). V dogovoru določijo izhodišča za izvajanje programov in za oblikovanje cen programov oziroma storitev ter druge podlage za sklepanje pogodb z zdravstvenimi zavodi, drugimi zavodi in organizacijami, ki opravljajo zdravstveno dejavnost, ter zasebnimi zdravstvenimi delavci.

Zavod za namen pogajanj z deležniki pripravi predlog dogovora, pri čemer upošteva resolucijo o nacionalnem planu zdravstvenega varstva, smernice zdravstvene politike, ki jih vsako leto najpozneje do konca avgusta za naslednje koledarsko leto določi minister, pristojen za zdravje, najnovejša spoznanja znanosti in razvoj medicinske tehnologije, z vidika obsega programov pa tudi aktualna demografska gibanja in ekonomske razmere v Republiki Sloveniji. Zavod k predlogu dogovora pridobi soglasje ministra, pristojnega za zdravje. Če se tekom pogajanj z deležniki predlog dogovora bistveno spremeni, Zavod pridobi ponovno soglasje ministra, pristojnega za zdravje. Šteje se, da se predlog dogovora bistveno spremeni, če se spreminja obseg sredstev za več kot 10 odstotkov ali uvaja nove širitve programov. Minister, pristojen za zdravje, soglasje poda najpozneje v 15 dneh od prejema predloga dogovora oziroma bistvenih sprememb predloga dogovora.

Zavod začne pogajanja z deležniki najpozneje do konca septembra za naslednje koledarsko leto. Dogovor se sklene najpozneje do konca novembra za naslednje koledarsko leto.

Če dogovor ni sklenjen v roku iz prejšnjega odstavka oziroma v primeru resnih motenj, ki ogrožajo stabilnost zdravstvenega sistema (večja nesreča, kot jo opredeljuje zakon, ki ureja varstvo okolja, naravna nesreča, ki jo opredeljuje zakon, ki ureja varstvo pred naravnimi in drugimi nesrečami, negativno finančno poslovanje zdravstvenih zavodov v obsegu najmanj 20 milijonov evrov in trajanju najmanj šest mesecev zaporedoma ali druge resne motnje, ki ogrožajo javno zdravje in jih ni mogoče obvladovati z običajnimi sredstvi oziroma ukrepi), lahko Vlada Republike Slovenije določi vsebino dogovora, pri čemer upošteva vsebine iz prvega stavka drugega odstavka tega člena ter izredne okoliščine, ki so podlaga za določitev vsebine dogovora. Če dogovor ni sklenjen v roku iz prejšnjega odstavka in Vlada Republike Slovenije ne določi vsebine dogovora do konca decembra, do določitve vsebine dogovora velja dogovor, sklenjen za preteklo koledarsko leto.

Postopek sklepanja dogovora iz tega člena smiselno velja tudi za sklepanje sprememb dogovora tekom koledarskega leta, pri čemer se lahko spremeni le vsebina, ki ob pripravi dogovora ni bila znana, neupoštevanje te vsebine pa bi lahko ogrozilo nemoteno izvajanje programov storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja v tekočem koledarskem letu.

65. člen

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

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

V pogodbi se določijo cene programov oziroma storitev, način obračunavanja in plačevanja ter nadzor nad uresničevanjem pogodbe kakor tudi druge medsebojne pravice in obveznosti pogodbenih strank. Pri določanju roka plačil zdravstvenim zavodom in zasebnim zdravstvenim delavcem ter višine zamudnih obresti se uporabljajo določbe zakona o obligacijskih razmerjih.

66. člen

Pri elementih za oblikovanje cene programov oziroma storitev se upoštevajo:

- plače in drugi prejemki v skladu s predpisi, kolektivnimi pogodbami in drugimi splošnimi akti,
- materialni stroški,
- amortizacija, predpisana z zakonom,
- druge zakonske obveznosti.

69. člen

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

Sedež zavoda je v Ljubljani.

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

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

70. člen

Dejavnost Zavoda upravlja skupščina.

Skupščina opravlja naslednje naloge:

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

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

72. člen

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

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

O drugih vprašanjih odloča skupščina z večino glasov navzočih članov.

73. člen

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

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

Pristojnosti upravnega odbora se določijo s statutom.

74. člen

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

Direktorja imenuje skupščina Zavoda v soglasju s Skupščino Republike Slovenije.

75. člen

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

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

77. člen

Zavod izvaja nadzor nad izpolnjevanjem pogodb z izvajalci zdravstvenih storitev, nadzor nad izdajanjem in zaračunavanjem zdravil in medicinskih pripomočkov ter nad načini in postopki uresničevanja zdravstvenega zavarovanja v skladu s tem zakonom in statutom Zavoda.

Če pooblašeni nadzorni zdravniki ali farmacevti Zavoda pri nadzorih iz prejšnjega odstavka ugotovijo strokovne ali druge napake pri delu izvajalcev zdravstvenih storitev ali nezakovitosti dela, mora Zavod o nepravilnostih v 15 dneh obvestiti ministrstvo, pristojno za zdravje, oziroma v primeru strokovnih napak pristojno zbornico.

Pri izvajanju nadzora nad uresničevanjem pogodb iz prvega odstavka tega člena se ne uporabljajo določbe zakona, ki ureja splošni upravni postopek.

Postopek in način izvajanja nadzora iz tega člena določi Zavod v soglasju z ministrom, pristojnim za zdravje.

77.a člen

Nadzor nad zakonitostjo delovanja Zavoda in namembnostjo rabe sredstev za financiranje zdravstvenih programov in storitev izvaja minister, pristojen za zdravje.

Če se pri nadzoru ugotovijo nepravilnosti, minister, pristojen za zdravje, določi ukrepe in roke za njihovo odpravo.

77.b člen

Zavod opravlja naloge Nacionalne kontaktne točke za čezmejno zdravstveno varstvo (v nadaljnjem besedilu: NKT) iz 6. člena Direktive 2011/24/EU, ki zagotavlja pacientom naslednje informacije in jih objavi na svojih spletnih straneh:

- o izvajalcih zdravstvene dejavnosti,
- o dovoljenju za opravljanje zdravstvene dejavnosti,
- o standardih in smernicah glede kakovosti in varnosti, ki jih morajo izvajalci zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji izpolnjevati in kateri izvajalci zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji jih izpolnjujejo,
- o nadzoru in oceni izvajalcev zdravstvene dejavnosti,
- o dostopnosti bolnišnic za invalidne osebe,
- o pravicah pacientov v skladu z zakonom, ki ureja pacientove pravice,
- o pritožbenih postopkih v primeru kršitev pravic pacientov v skladu z zakonom, ki ureja pacientove pravice,
- o razpoložljivih pravnih sredstvih za ugotavljanje kazenske in odškodninske odgovornosti,
- o kontaktnih podatkih NKT drugih držav članic Evropske unije.

NKT zagotovi tudi informacije o pravici do zdravljenja v tujini na podlagi 44.a, 44.b in 44.c člena tega zakona, zlasti informacije o:

- obsegu povračila stroškov zdravljenja in
- pravicah in postopku uveljavljanja pravic do zdravljenja.

Informacije iz prejšnjega odstavka morajo jasno razmejiti pravico do zdravljenja v tujini na podlagi 44.a, 44.b ali 44.c člena zakona.

NKT se:

- posvetuje z organizacijami pacientov, izvajalci zdravstvene dejavnosti in nosilci zdravstvenega zavarovanja,
- sodeluje z NKT drugih držav članic Evropske unije in Evropsko komisijo,
- izmenjuje informacije iz prvega odstavka tega člena z NKT drugih držav članic Evropske unije.

Informacije iz prvega odstavka tega člena, s katerimi Zavod ne razpolaga, posredujejo Zavodu zavezanci, ki te informacije obdelujejo na podlagi zakonov ali drugih predpisov.

77.c člen

Izvajalci zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji zagotavljajo pacientom naslednje informacije o:

- možnostih zdravljenja, ki ga zagotavljajo,
- čakalnih dobah za posamezno zdravstveno storitev ter zagotovljeni kakovosti in varnosti zdravstvene dejavnosti,
- cenah zdravstvenih storitev, ki jih zagotavljajo, in pravici do predložitve računa za opravljeno zdravstveno storitev,
- obsegu povračila stroškov zdravljenja na podlagi 44.b in 44.c člena tega zakona,
- pravicah in postopku uveljavljanja pravic do zdravljenja na podlagi 44.b in 44.c člena tega zakona,
- zavarovanju poklicne odgovornosti zdravstvenih delavcev,
- dovoljenju za opravljanje zdravstvene dejavnosti.

Izvajalci zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji do 15. januarja za preteklo koledarsko leto ministrstvu, pristojnemu za zdravje, sporočijo podatke o uveljavljanju zdravstvenih storitev pacientov iz drugih držav članic Evropske unije.

78.a člen

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

Ne glede na prejšnji odstavek, se družinskim članom iz 2. podtočke točke a) ter 1. in 2. podtočke točke b) prvega odstavka 20. člena tega zakona, v času, ko zavarovanci iz prejšnjega odstavka, po

katerih so zavarovani ti družinski člani, nimajo poravnanih obveznosti plačevanja prispevkov, ne zadržijo njihove pravice do zdravstvenih storitev in denarnih dajatev iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Obseg pravic do nujnega zdravljenja iz prvega odstavka tega člena določi zavod v svojih aktih.

81. člen

V postopkih za uveljavitev pravic iz zdravstvenega zavarovanja po tem zakonu odločajo zdravniki, ki jih imenuje upravni odbor zavoda.

Imenovani zdravnik:

- odloča o začasni nezmožnosti za delo iz bolezenskih razlogov za delo nad 30 dni in v vseh drugih primerih, ko je izplačevalec nadomestila plače obvezno zdravstveno zavarovanje, razen če gre za nego, spremstvo ali izolacijo zavarovane osebe, o kateri odloča njen osebni zdravnik;
- odloča o zahtevi zavarovanca ali delodajalca za presojo ocene izbranega osebnega zdravnika o začasni nezmožnosti za delo do 30 dni;
- odloča o napotitvi na zdraviliško zdravljenje;
- odloča o upravičenosti zahteve po medicinskem pripomočku pred iztekom trajnostne dobe in o pravici do zahtevnejših medicinskih pripomočkov;
- odloča o začasni zadržanosti od dela v primeru kršitev iz 35. člena tega zakona in na podlagi ugotovitev iz drugega odstavka 77. člena tega zakona;
- poda na zahtevo zavarovane osebe pisno mnenje o upravičenosti izdaje zdravniškega potrdila iz prejšnjega člena, če gre za nenadno in nepredvidljivo bolezen ali poškodbo, ki ji ponovno onemogoča prihod na sodišče ali sodelovanje pri procesnem dejanju, v osmih dneh od prejema zahteve,
- poda na zahtevo sodišča pisno mnenje o upravičenosti izdaje zdravniškega potrdila iz prejšnjega člena v osmih dneh od prejema zahteve sodišča.

Zavarovanec in delodajalec zahtevo iz druge alineje prejšnjega odstavka lahko vložita v treh delovnih dneh od dne, ko sta bila z oceno seznanjena.

O svoji odločitvi imenovani zdravnik izda odločbo najpozneje v osmih dneh po prejemu zahteve oziroma predloga osebnega zdravnika. Odločbo je potrebno osebno vročiti zavarovani osebi. Pritožba zoper odločbo ne zadrži njene izvršitve.

Postopke uveljavljanja pravic iz tega člena uredi zavod s splošnim aktom.

96.b člen (črtan)

2. ZAKON O DOLGOTRAJNI OSKRBI

55. člen (zavezanci za plačilo prispevka za DO)

(1) Zavezanci za plačilo prispevka za DO so zavezanci za plačevanje zdravstvenega prispevka za zavarovanje za primer bolezni in poškodbe izven dela ter zdravstvenega prispevka, ki se plačuje od dohodkov iz drugega pravnega razmerja ter iz naslova dejavnosti, ki se opravlja kot postranski poklic, po predpisih, ki urejajo obvezno zdravstveno zavarovanje ali drugih predpisih.

(2) Zavezanci za plačilo prispevka za DO so tudi zavarovane osebe za DO, ki niso zavarovanci za DO na podlagi tega zakona.

(3) Ne glede na prvi odstavek tega člena je zavezanec za plačilo prispevka za DO za zavarovanca za DO na podlagi tega zakona, ki je zavarovanec za obvezno zdravstveno zavarovanje za primer

bolezni in poškodbe izven dela na podlagi 10. točke prvega 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, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ, 64/17 – ZZDej-K, 36/19, 189/20 – ZFRO, 51/21, 159/21, 196/21 – ZDOsk, 15/22, 43/22, 100/22 – ZNUZSZS, 141/22 – ZNUNBZ in 40/23 – ZČmIS-1; v nadaljnjem besedilu: ZZVZZ), zavarovanec za DO sam.

3. ZAKON O REHABILITACIJI IN ZAPOSLOVANJU INVALIDOV

74. člen (oprostitvev plačila prispevkov)

(1) Ne glede na določbe drugega odstavka 60. 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 in 111/13 – ZMEPIZ-1) in drugega odstavka 11. člena Zakona o starševskem varstvu in družinskih prejemkih (Uradni list RS, št. 26/14) so invalidska podjetja in zaposlitveni centri oproščeni plačila prispevkov in sicer:

- zaposlitveni centri so oproščeni plačila prispevkov za vse zaposlene delavce,
- invalidska podjetja so oproščena plačila prispevkov za zaposlene invalide,
- invalidska podjetja, ki imajo zaposlenih več kakor tretjino invalidov, ki niso delovni invalidi II. ali III. kategorije oziroma imajo zaposlenih več kakor tretjino delovnih invalidov s prišteto dobo za pridobitev in odmero pravic na podlagi osebnih okoliščin, so oproščena plačila prispevkov za vse zaposlene delavce in
- invalidska podjetja, ki imajo zaposlenih vsaj 50 % invalidov, so oproščena plačila prispevkov za vse zaposlene delavce.

(2) Invalidska podjetja so v primerih iz tretje in četrte alineje prejšnjega odstavka oproščena plačila prispevkov od osnove za plačilo prispevkov od plače, nadomestila plače in drugih prejemkov iz delovnega razmerja za zaposlene delavce, ki niso invalidi, za posamezni mesec, v višini prispevkov od osnove do tri kratnika vsakokratne minimalne plače v Republiki Sloveniji. Če so plača, nadomestilo plače in drugi prejemki iz delovnega razmerja za isti mesec izplačani v več delih ali ločeno, se ob izplačilu zadnjega dela izvede poračun prispevkov.

(3) Delodajalci so za invalide, ki jih zaposlujejo nad predpisano kvoto in katerih invalidnost ni posledica poškodbe pri delu ali poklicne bolezni pri istem delodajalcu, na podlagi odločbe Sklada oproščeni plačila prispevkov za obvezno pokojninsko in invalidsko zavarovanje.

(4) Določba prejšnjega odstavka velja tudi za delodajalce, ki zaposlujejo manj kot 20 delavcev in za samozaposlene invalide.

(5) O pravici iz tretjega in četrtega odstavka tega člena odloča Sklad, o pritožbi pa odloča ministrstvo, pristojno za invalidsko varstvo.

(6) Prispevke za obvezno pokojninsko in invalidsko zavarovanje iz tretjega in četrtega odstavka tega člena prikazuje delodajalec oziroma samozaposleni invalid na posebnem kontu in jih kot odstopljena sredstva uporabi za namene iz 61. člena tega zakona.

(7) Samozaposleni invalidi, ki si ne izplačujejo plače, morajo pri porabi oproščenih prispevkov upoštevati pravilo »de minimis«.

(8) Delodajalci iz prvega, drugega, tretjega in četrtega odstavka tega člena morajo seznaniti pooblaščenega revizorja, da mora revidirati letno poročilo v delu, ki se nanaša na porabo javnih sredstev, prejetih zaradi zaposlenih invalidov, po dogovorjenih postopkih iz drugega odstavka 59. člena tega zakona.

(9) Zavodu za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije pokriva prispevke iz drugega, tretjega in četrtega odstavka tega člena Republika Slovenija iz proračuna.

(10) Neposredni in posredni uporabniki državnega proračuna niso upravičeni do oprostitve plačila prispevkov za pokojninsko in invalidsko zavarovanje po določbah tega člena.

4. ZAKON O PRISPEVKIH ZA SOCIALNIH VARNOST

11. člen

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

1. za vse pravice

- zavarovanci iz 1., 2., 3., 4., 5., 6. in 8. točke prvega odstavka 15. člena zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (v nadaljnjem besedilu: ZZZ) po stopnji	6,36%
- delodajalci za zavarovance iz 1., 2., in 3. točke prvega odstavka 15. člena in zavarovanci iz 4., 5., 6. in 8. točke prvega odstavka 15. člena ZZZ po stopnji	6,56%

1.a za vse pravice ne glede na določbo prve alineje 2. točke 48. člena ZZZ

- zavarovanci iz 9. točke prvega odstavka 15. člena ZZZ po stopnji	6,36%
- Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje za zavarovance iz 9. točke prvega odstavka 15. člena ZZZ po stopnji	6,56%

2. za pravice do zdravstvenih storitev, povračila potnih stroškov, pogrebno in posmrtnino

- Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije za zavarovance iz 10. točke prvega odstavka 15. člena, Republika Slovenija za zavarovance iz 15., 16. in 19. točke prvega odstavka 15. člena in zavarovanci iz 20. točke prvega odstavka 15. člena ZZZ po stopnji (delno prenehala veljati)	5,96%
--	-------

3. za zdravstvene storitve in povračila potnih stroškov

- zavarovanci iz 7. in 11. točke prvega odstavka 15. člena ZZZ po stopnji	5,21%
- za zdravstvene storitve in povračila potnih stroškov kmetje, pri katerih je osnova katastrski dohodek od kmetijskih in gozdnih zemljišč, po stopnji	18,78%

4. za nadomestila, pogrebno in posmrtnino

- zavarovanci iz 7. točke prvega odstavka 15. člena ZZZ po stopnji (delno prenehala veljati)	1,15%
---	-------

11. člen

Prispevke za zavarovanje za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni plačujejo:

1. za vse pravice

- delodajalci za zavarovance iz 1., 2., 3. točke prvega odstavka 15. člena, zavarovanci iz 5., 6., 8. točke prvega odstavka 15. člena ter zavarovanci iz 7. točke prvega odstavka 15. člena ZZZ, ki so pokojninsko in invalidsko zavarovani, po stopnji,	0,53%
2. za pravice do zdravstvenih storitev, povračila potnih stroškov ter pogrebno in posmrtnino	
- Republika Slovenija za zavarovance iz 19. točke prvega odstavka 15. člena ZZZ po stopnji (delno prenehala veljati)	0,18%

5. ZAKON O INTERVENTNIH UKREPIH NA PODROČJU ZDRAVSTVA, DELA IN SOCIALE TER Z ZDRAVSTVOM POVEZANIH VSEBIN

35. člen

(zavezanci za plačilo obveznega zdravstvenega prispevka)

(1) Ne glede na peti odstavek 48. člena ZZVZZ so zavezanci za plačilo obveznega zdravstvenega prispevka:

1. zavarovane osebe:
 - iz prvega odstavka 15. člena, 15.a člena, 1. točke pod a) in 3. točke pod b) prvega odstavka 20. člena, drugega in tretjega odstavka 34. člena ZZVZZ,
 - delovni invalidi zunaj delovnega razmerja na poklicni rehabilitaciji iz osmega odstavka 19. člena Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (Uradni list RS, št. 48/22 - uradno prečiščeno besedilo, 40/23 - ZČmIS-1, 78/23-ZORR in 84/23 - ZDOsk-1; v nadaljnjem besedilu: ZPIZ-2) in osebe, ki so pridobile pravico do nadomestila plače za čas čakanja na razporeditev oziroma zaposlitev na drugem ustreznem delu po 140. členu Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (Uradni list RS, št. 12/92, 5/94, 7/96 in 54/98), brezposelni delovni invalidi iz 88. člena ZPIZ-2 in uživalci poklicne pokojnine iz tretjega odstavka 413. člena ZPIZ-2, pri čemer plačilo prispevka v imenu in za račun uživalcev poklicnih pokojnin izvede upravljavec sklada, če niso obvezno zdravstveno zavarovani na drugi podlagi,
 - iz drugega odstavka 45. člena Zakona o starševskem varstvu in družinskih prejemkih (Uradni list RS, št. 26/14, 90/15, 75/17 - ZUPJS-G, 14/18, 81/19, 158/20, 92/21 in 153/22; v nadaljnjem besedilu: ZSDP-1),
 - iz 83. člena ZSDP-1,
 - razen v primeru, če gre za zavarovane osebe iz 2. točke tega odstavka,
2. Republika Slovenija:
 - za zavarovance iz 15., 16., 17., 18., 22. točke in tretje alineje 23. točke prvega odstavka 15. člena ZZVZZ,
 - za zavarovance iz šestega odstavka 406. člena ZPIZ-2,
 - za zavarovane osebe, ki izpolnjujejo pogoje za pravico do zdravstvenega varstva po predpisih o vojnih invalidih, vojnih veteranih in žrtvah vojnega nasilja, in
 - za zavarovane osebe iz prejšnje točke, ki jim je v skladu z 39. členom tega zakona priznana pravica do plačila obveznega zdravstvenega prispevka.

(2) Ne glede na deveti odstavek 48. člena ZZVZZ se deveti odstavek 48. člena ZZVZZ uporablja tudi za zavarovance iz 15.a člena ZZVZZ.

(3) Če mesečni dohodek zavarovanca, od katerega se odteguje obvezni zdravstveni prispevek, ne zadostuje za njegovo odtegnitev, obvezni zdravstveni prispevek za ta mesec pobere Zavod na podlagi podatka o nezmožnosti odtegnitve za posamezni mesec. Zavezanec za odtegnitev in plačilo obveznega zdravstvenega prispevka v roku za obračun in plačilo tega prispevka o nezmožnosti njegove odtegnitve iz razloga iz prejšnjega stavka obvesti zavarovanca in Finančno upravo Republike Slovenije (v nadaljnjem besedilu: FURS) na obrazcu, ki ga na svoji spletni strani objavi FURS. Zavezanec za odtegnitev in plačilo obveznega zdravstvenega prispevka obvesti FURS prek portala eDavki. FURS posreduje Zavodu podatek o zavarovancu, za katerega obvezni zdravstveni prispevek za posamezni mesec ni bil odtegnjen (osebno ime, stalno oziroma začasno prebivališče, EMŠO in davčna številka) najpozneje do konca meseca za pretekli mesec, po tem datumu naknadno prejeti

podatek za posamezni mesec za posameznega zavarovanca pa sproti. Podrobnejši način pošiljanja teh podatkov dogovorita Zavod in FURS. Nadzor nad izpolnjevanjem obveznosti zavezanca za odtegnitev in plačilo obveznega zdravstvenega prispevka glede obveščanja FURS in zavarovanca iz tega odstavka o nezmožnosti odtegnitve obveznega zdravstvenega prispevka za posameznega zavarovanca za posamezni mesec opravlja FURS.

(4) Za zavarovance iz 10. točke prvega odstavka 15. člena ZZVZZ, ki niso izvzeti na podlagi petega odstavka tega člena, katerih dohodek, ki ga izplačuje Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: ZPIZ), ne zadostuje za odtegnitev obveznega zdravstvenega prispevka in je hkrati za te osebe za določeni mesec ZPIZ glavni delodajalec, ZPIZ ne glede na prejšnji odstavek obvesti Zavod. Zavodu posreduje obvestilo prvi dan v mesecu za pretekli mesec s podatki o zavarovanih osebah iz prejšnjega stavka (EMŠO, mesec, za katerega ZPIZ ni obračunal obveznega zdravstvenega prispevka, datum prijave in odjave v obvezno zdravstveno zavarovanje na podlagi 10. točke prvega odstavka 15. člena ZZVZZ). Zavod na podlagi posredovanih podatkov za ta mesec pobere obvezni zdravstveni prispevek od teh zavarovancev.

(5) Ne glede na prvo alinejo 1. točke prvega odstavka tega člena se obvezni zdravstveni prispevek ne plača za zavarovance iz 10. točke prvega odstavka 15. člena ZZVZZ za otroke, pastorko, vnuko in druge otroke brez staršev, ki so prejemniki družinske pokojnine, ter za zavarovance iz 24. točke prvega odstavka 15. člena ZZVZZ.

(6) Republika Slovenija na podlagi zahteve Zavoda mesečno plačuje Zavodu obvezni zdravstveni prispevek za zavarovane osebe iz četrte alineje 2. točke prvega odstavka tega člena. Zavod do 15. v mesecu za pretekli mesec predloži zahtevo za plačilo obveznega zdravstvenega prispevka ministrstvu, pristojnemu za zdravje, obvezni zdravstveni prispevek pa se plača v 30 dneh od predložitve zahteve za plačilo prispevkov.

(7) Za namen izvajanja plačevanja obveznega zdravstvenega prispevka ministrstvo, pristojno za obrambo, zagotovi Zavodu tudi podatke o EMŠO ter datumu priznanja in datumu prenehanja pravice do plačila obveznega zdravstvenega prispevka o upravičencih do plačila obveznega zdravstvenega prispevka na podlagi tretje alineje 2. točke prvega odstavka tega člena.

(8) Zavod posreduje za namen izvajanja 48. člena ZZVZZ podatke iz prejšnjega odstavka institucijam, ki so plačniki ali zavezanci za plačilo obveznega zdravstvenega prispevka ali izvajajo obremenitev zavarovancev z obveznim zdravstvenim prispevkom:

1. ZPIZ,
2. Zavodu Republike Slovenije za zaposlovanje,
3. ministrstvu, pristojnemu za družino, socialne zadeve in varstvo invalidov,
4. ministrstvu, pristojnemu za dolgotrajno oskrbo,
5. FURS,
6. Javnemu štipendijskemu, razvojnemu, invalidskemu in preživninskemu skladu Republike Slovenije,
7. Upravi Republike Slovenije za izvrševanje kazenskih sankcij,
8. Kapitalski družbi pokojninskega in invalidskega zavarovanja d. d.

(9) Upravičenec iz tretje alineje 2. točke prvega odstavka tega člena zavezancu za plačilo obveznega zdravstvenega prispevka oziroma plačniku davka v skladu z Zakonom o davčnem postopku (Uradni list RS, št. št. 13/11 - uradno prečiščeno besedilo, 32/12, 94/12, 101/13 - ZDavNepr, 111/13, 22/14 - odl. US, 25/14 - ZFU, 40/14 - ZIN-B, 90/14, 91/15, 63/16, 69/17, 13/18 - ZJF-H, 36/19, 66/19, 145/20 - odl. US, 203/20 - ZIUPOPĐVE, 39/22 - ZFU-A, 52/22 - odl. US, 87/22 - odl. US, 163/22, 109/23 - odl. US in 131/23 - ZORZFS; v nadaljnjem besedilu: ZDavP-2), če obvezni prispevek za zdravstveno zavarovanje zanj izračuna, odtegne in plača navedeni plačnik davka, predloži dokazilo, da ima priznано pravico do plačila obveznega zdravstvenega prispevka na podlagi predpisov o vojnih invalidih, vojnih veteranih in žrtvah vojnega nasilja.

(10) Ministrstvo, pristojno za obrambo, za zavarovane osebe iz tretje alineje 2. točke prvega odstavka tega člena obračuna obvezni zdravstveni prispevek v obračunu davčnega odtegljaja na podlagi podatkov o pravici do plačila obveznega zdravstvenega prispevka, priznani na podlagi predpisov o vojnih invalidih, vojnih veteranih in žrtvah vojnega nasilja. Obračun davčnega odtegljaja predloži

FURS do 15. dne v mesecu za pretekli mesec, plača pa najpozneje do 20. dne v mesecu za pretekli mesec.

36. člen **(zadržanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja)**

(1) Ne glede na prvi odstavek 78.a člena ZZVZZ se pravice do zdravstvenih storitev in denarnih dajatev iz naslova obveznega zavarovanja v času, ko nimajo poravnanih obveznosti plačevanja prispevkov, zadržijo:

- zavarovancem iz 4., 5., 6., 7., 8., 11., 12., 13., 14. in 20. točke prvega odstavka 15. člena ZZVZZ ter po njih zavarovanim družinskim članom iz 1. točke pod a) in 3. točke pod b) prvega odstavka 20. člena ZZVZZ,
- družinskim članom iz 1. točke pod a) in 3. točke pod b) prvega odstavka 20. člena ZZVZZ in
- zavarovancem iz tretjega in četrtega odstavka prejšnjega člena.

(2) V času zadržanja pravic lahko na račun obveznega zavarovanja zavarovane osebe iz prejšnjega odstavka uveljavljajo le pravico do nujne medicinske pomoči in nujnega zdravljenja, kot to določa splošni akt Zavoda iz 26. člena ZZVZZ in v skladu z 2. členom ZPacP. Zadržanje pravic nastopi, ko znesek neporavnanih obveznosti plačevanja prispevkov preseže znesek 8 % povprečne mesečne bruto plače v Republiki Sloveniji za preteklo leto, vendar ne prej kot 30 dni po pisnem obvestilu Zavoda o neporavnanih obveznostih in posledicah nepravočasnega plačila.

(3) Zavod odpravi zadržanje pravic iz obveznega zavarovanja iz prejšnjega odstavka, ko zavarovanceve zapadle obveznosti iz naslova prispevkov za obvezno zavarovanje ne presegajo zneska iz prejšnjega odstavka. V primeru iz prejšnjega stavka lahko zavarovana oseba iz prvega odstavka tega člena pri Zavodu zahteva povračilo stroškov zdravstvenih storitev iz obveznega zavarovanja v vrednosti, ki se krije iz tega zavarovanja, in zahteva povračilo oziroma izplačilo denarnih dajatev iz obveznega zavarovanja v vrednosti, ki se krije iz tega zavarovanja. Zadržanje pravic iz obveznega zavarovanja ne vpliva na začetek teka ali na tek zastaralnih rokov.

(4) Zavod povrne oziroma izplača stroške zdravstvenih storitev in denarne dajatve iz prejšnjega odstavka, če zavarovana oseba v času povračila oziroma izplačila nima zadržanih pravic iz obveznega zavarovanja.

(5) Zavod vsako leto izračuna znesek, nad katerim nastopi zadržanje pravic iz prvega odstavka tega člena, in sicer na podlagi povprečne mesečne bruto plače v Republiki Sloveniji za preteklo leto, ki jo Statistični urad Republike Slovenije objavi v mesecu februarju posameznega leta. Višina iz prejšnjega stavka velja od 1. marca istega leta.

V. PREDLOG, DA SE PREDLOG ZAKONA OBRAVNAVA PO NUJNEM OZIROMA SKRAJŠANEM POSTOPKU

V skladu s 143. členom Poslovnika državnega zbora (Uradni list RS, št. 43/01, 23/02 – popr., 54/03, 103/03, 114/04, 26/06, 21/07, 32/10, 73/10, 95/11, 64/12, 10/14, 164/20, 35/21, 51/21 in 114/21) Vlada Republike Slovenije predlaga, da se predlog zakona obravnava po nujnem postopku, zaradi preprečitve težko popravljivih posledic za delovanje države.

Vlada Republike Slovenije predlaga Državnemu zboru Republike Slovenije, da predlog zakona obravnava po nujnem postopku, saj je sprejem predloga zakona po nujnem postopku utemeljen z več ključnimi razlogi, ki izhajajo iz obveznosti Slovenije v okviru Načrta za okrevanje in odpornost, ki je podlaga za koriščenje sredstev Mehanizma za okrevanje in odpornost, ki je finančno najobsežnejši del evropskega svežnja za okrevanje in odpornost NextGenerationEU, in sredstev za doseganje ciljev načrta REPowerEU ter aktualnega stanja v zdravstvenem sistemu. Predlog zakona predstavlja mejnik M183, ki bi moral biti dosežen že do 31. 12. 2024, kar pomeni, da je predlog zakona že v zamudi. Zato obstajajo časovni, pravni in vsebinski razlogi, ki utemeljujejo nujnost sprejema.

Republika Slovenija se je v okviru Načrta za okrevanje in odpornost zavezala doseči mejnik M183. Gre za predpogoj za izplačilo sredstev iz Mehanizma za okrevanje in odpornost, zato zamuda neposredno ogroža črpanje evropskih sredstev. Postopki redne zakonodaje ne omogočajo zagotovila, da bodo spremembe sprejete in začele veljati pravočasno, še posebej ob morebitnih zamikih v zakonodajnem postopku (npr. zaradi obravnavanja amandmajev).

Akutne težave zdravstvenega sistema, kot so neravnovesje med pravicami zavarovanih oseb in zmožnostjo financiranja, pomanjkanje nadzora nad izvajalci zdravstvene dejavnosti, zahtevajo hiter sistemski odziv zakonodajalca. Predlagane spremembe so ključne za zagotovitev dostopnosti in vzdržnosti zdravstvenih storitev, kar vpliva na temeljne pravice zavarovanih oseb.

Čimprejšnje sprejetje ukrepov iz predloga zakona je nujno potrebno, da se prebivalcem Republike Slovenije zagotovi enakopravno, primerno, kakovostno in predvsem varno zdravstveno obravnavo ter prepreči morebitne škodljive posledice na javnem zdravju, ki bi dolgoročno povzročile še večje obremenitve že tako oslabljenega javnega zdravstvenega sistema.

Veljavna zakonodaja ne omogoča uresničevanja nekaterih ukrepov, predvidenih v Načrtu za okrevanje in odpornost, zato je zakonodajna sprememba pravni pogoj za implementacijo nadaljnjih ukrepov. Če spremembe ne bodo sprejete pravočasno, bo Republika Slovenija ostala brez zakonske podlage za izvedbo nekaterih že načrtovanih ukrepov v zdravstvu.

Zaradi zaveze v Načrtu za okrevanje in odpornost, nevarnosti izgube EU sredstev in nujne stabilizacije zdravstvenega sistema je sprejem predloga zakona po nujnem postopku ne samo upravičen, temveč ključnega pomena za uspešno uresničitev zdravstvene reforme

VI. PRILOGE