

Iniciativa Glas ljudstva**Ljubljana, 28. marec 2023**

Poslancem Državnega zbora pošiljamo PREDLOG ZAKONA O SPREMEMBAH IN DOPOLNITVAH ZAKONA O ZDRAVSTVENEM VARSTVU IN ZDRAVSTVENEM ZAVAROVANJU s pozivom, naj s svojimi podpisi omogočijo obravnavo in sprejem tega zakona po rednem postopku na podlagi 114. in 115. člena Poslovnika Državnega zbora.

Prilogi:

- Predlog Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju

Za Inicijativo Glas ljudstva

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

1. UVOD

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 in 36/19, v nadaljnjem besedilu: ZZVZZ) je bil sprejet v začetku devetdesetih let prejšnjega stoletja. Zakon v trenutni obliki je zastarel in potreben korenitih sprememb.

V Sloveniji je obdobje med letoma 1980 in 1992 veljalo za tako imenovano obdobje nacionalnega zdravstvenega varstva. Sistem zdravstvenih dajatev je bil predmet nacionalnega zdravstvenega varstva, medtem ko so bile denarne dajatve predmet socialnega zavarovanja. Vse naloge, vključno s financiranjem, so opravljale Samoupravne interesne skupnosti za zdravstvo. Leta 1990 se je ta model ukinitil, naloge pa je prevzel Republiški sekretariat za zdravstvo in socialno varstvo. To je trajalo do leta 1992, ko je bila sprejeta nova zdravstvena zakonodaja na čelu z ZZVZZ. Doplačila so bila uvedena istega leta, izgovor za njihovo uvedbo pa je bil razkorak, ki je domnevno nastal med znižanim BDP (ob osamosvojitvi) in zdravstvenimi pričakovanji državljanov. V naslednjih letih so se doplačila celo povečevala in dosegla tudi do 90 % vrednosti posameznih storitev iz košarice obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu: OZZ). Glavna značilnost ZZVZZ leta 1992 je bila, da je namesto proračunskega financiranja ponovno uvedel obvezno zavarovanje, katerega nosilec je postala samostojna pravna oseba Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: ZZS).

Obvezno zavarovanje, ki temelji na obveznem zdravstvenem prispevku, je v primerjavi s proračunskim financiranjem izrazito regresivno, saj prispevek ni vključen v osnovo za dohodnino, kar pomeni, da država »vrne« zavarovancu v najvišjem davčnem razredu 50% njegovega prispevka, v najnižjem pa 16% ali pri minimalnem dohodku ničesar.

Dodatno regresivnost so vnesla doplačila za storitve, zdravila, Živila za posebne zdravstvene namene (v nadaljnjem besedilu: Živila) in medicinske pripomočke. Doplačila so bila uvedena leta 1992 in so bila tedaj zaradi razkoraka med znižanim BDP (ob osamosvojitvi) in zdravstvenimi pričakovanji državljanov potreben ukrep, vendar so se v naslednjih letih celo povečevala in dosegla od 0 do 90 % cene posameznih storitev. Njihova neizogibna lastnost je, da obremenjujejo samo posameznike, ki potrebujejo zdravstveno storitev, ne pa tudi drugih, ki storitev v določenem letu ne potrebujejo. Zato je bila uvedba prostovoljnega dopolnilnega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu: dopolnilno zavarovanje) za ta doplačila nujen spremljajoč ukrep, saj je vzpostavilo vzajemnost med bolnimi in zdravimi. Kako nujno je bilo, dokazuje podatek, da se je v zelo kratkem obdobju dopolnilno zavarovalo kar 95 % vseh državljanov. Vendar prav visoki odstotek dokazuje, da je dopolnilno zavarovanje neprostovoljno: visoka doplačila so prisilila državljanke v to zavarovanje, ki je de facto postalo obvezno. Brez tega zavarovanja je osebam z nižjimi prihodki omejen ali celo onemogočen dostop do velike večine pravic iz OZZ, saj je pri večini potrebno doplačilo. Drugače povedano: skoraj nihče si ne more privoščiti, da bi bil brez dopolnilnega zavarovanja. Tega praviloma nimajo le najrevnejši in najbolj zapostavljeni prebivalci (tujci brez statusa, nekdanji izbrisani prebivalci ...).

Dopolnilno zavarovanje nikakor ne dosega solidarnosti, ki je značilno za pravo OZZ, kjer so prispevki linearno odvisni od dohodkov, premije dopolnilnega zavarovanja pa so enotne za vse državljanke (glej

drugi odstavek 62.b člena ZVZZ-1). Za primer vzemimo minimalno plačo za januar 2019, ki je znašala 886,63 EUR bruto in trikratnik povprečne plače za isto obdobje, ki je znašal 5187,45 EUR bruto. Če za oba primera seštejemo prispevek za obvezno zdravstveno zavarovanje in višino premije, kot jo je za september 2019 napovedala Vzajemna d.v.z, vidimo, da je bruto dohodek osebe z minimalno plačo obremenjen z 10,38 %, medtem ko je dohodek osebe s trikratnikom povprečne plače obremenjen s 7,05 %. Potem imamo tu še delež doplačila v neto dohodku, ki je še toliko bolj regresiven, saj je delež doplačila nekoga z minimalno plačo 4,8 %, medtem ko je ta delež pri nekom, ki ima neto dohodek 5000 EUR, zgolj 0,64 % neto dohodka.

Če pa h gornjemu izračunu dodamo dejstvo, da zdravstveni prispevek ni vključen v osnovo za dohodnino, postaja skupna regresivnost zdravstvenih dajatev izjemno velika: neto dohodek zavarovanca iz najnižjega davčnega razreda je v odstotku dohodka kar trikrat bolj obremenjen kot dohodek zavarovanca iz najvišjega davčnega razreda.

Sistem zdravstvenih dajatev je bil torej že v samem temelju postavljen nepravilno. Neenaka obravnava zaradi neupoštevanja gmotnega stanja je v nasprotju z ustavnimi načeli socialne države, socialne varnosti, enakosti (pri čemer je izrecno prepovedano razlikovanje na podlagi gmotnega stanja) in v nasprotju z načelom enake dostopnosti zdravstvenega varstva. Oviedska konvencija izrecno poudarja pravičen dostop do zdravstvenih storitev¹. Leta 2000 je Svetovno poročilo o zdravju (World Health Report) na podlagi več desetih kazalcev uvrstilo Slovenijo med 170 državami na skupno 38. mesto, vendar na zelo slabo 82. mesto po kazalcu »pravičnosti razporejanja finančnega bremena med prebivalstvom«².

Regresivnost zbiranja sredstev za zdravstveno varstvo je delno mogoče ublažiti oziroma odpraviti z ukinitvijo doplačil, ki so podlaga za dopolnilno zavarovanje. Ukinitvev doplačil je predmet tega zakonskega predloga. Ukinitvev doplačil je pravno dopustna, s to zakonsko spremembo pa odpade pravna podlaga (kavza) pogodb o dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju. Če zakonodajalec lahko doplačila uvede, jih lahko tudi ukine. Doplačila so ukinitvev tudi nekatere druge države, na primer Nemčija pri zdravstvenih storitvah (tako imenovani *Praxisgebühr*) leta 2013. Njihova odprava je bila pri nas prvič predlagana leta 2003 in nato leta 2011³.

Celovitejša odprava regresivnosti bi bila dosežena s vključitvijo socialnih prispevkov v osnovo za dohodnino, kar pa ni predmet tega zakonskega predloga.

2. OCENA STANJA IN RAZLOGI ZA SPREJEM ZAKONA

Po podatkih Statističnega urada RS so tekoči izdatki za zdravstveno varstvo v letu 2017 znašali 3.520 milijonov EUR. Razmerje med javnimi in zasebnimi viri financiranja zdravstvenega varstva je bilo 72,2 % : 27,8 %. Največ sredstev pa je bilo porabljenih za kurativno zdravljenje in za zdravila. Leta 2017 je tako Slovenija za zdravstvo namenila 8,19 % BDP.

¹ Glej 3. člen Konvencije o varstvu človekovih pravic in dostojanstva človeškega bitja v zvezi z uporabo biologije in medicine: Konvencija o človekovih pravicah v zvezi z biomedicino, Oviedo, 4.4.1997, Uradni list RS - MP, št. 17/1998.

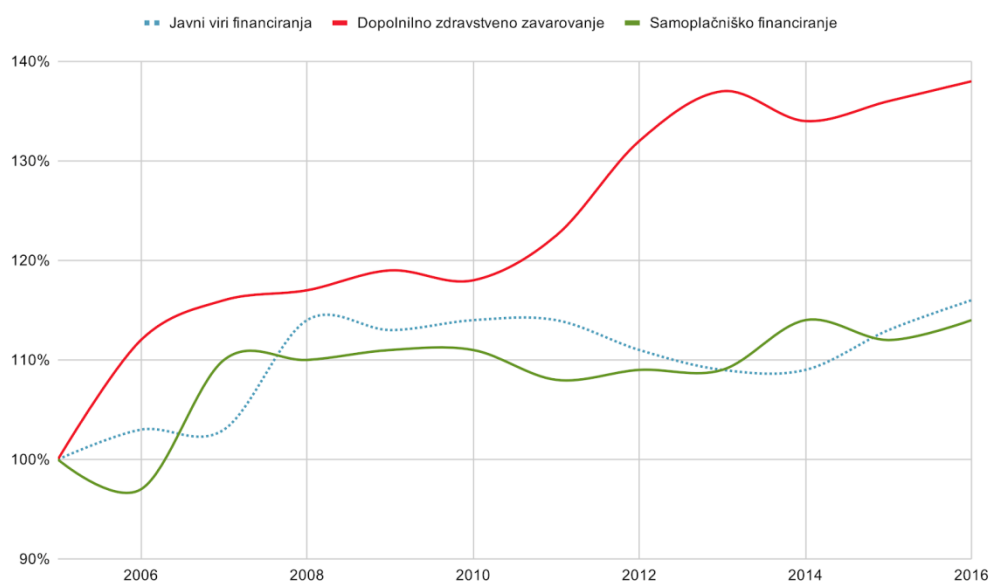
² World Health Report 2000.

³ 1. Bela knjiga zdravstvene reforme, Ministrstvo za zdravje RS, poglavja 1.5-1.9, str. 56-85, 2003.

2. Nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020, Ministrstvo za zdravje RS, str. 11. 2011.

Delež sredstev za zdravstvo se povečuje, pri čemer je bil v letu 2017 povečan delež zasebnih sredstev za zdravstvo za 4,7 %, povečanje javnih sredstev pa je znašalo 2,2 %. V strukturi zasebnih sredstev za zdravstvo prevladujejo dopolnilna zavarovanja, ki tvorijo kar 51,3 % delež izdatkov gospodinjstev.

Prejeta sredstva zasebnih zavarovalnic iz leta v leto rastejo. Leta 2006, ko je Agencija za zavarovalni nadzor pričela z objavami podatkov o prejetih sredstvih zasebnih zavarovalnic, so čisti prihodki od premij znašali 330.500.000 EUR. Čisti prihodki od premij pa so leta 2017 znašali že 496.000.000 EUR, od tega je bilo za škode namenjenih 449.000.000 EUR. V tem času so komercialne zavarovalnice skupaj zgoj za stroške lastnega obratovanja porabile 515.800.000 evrov. Glede višine premij je trend podoben. Če je leta 2009 premija pri Vzajemni d.v.z znašala 22,67 EUR, leta 2018 28,35 EUR, se je septembra 2019 dvignila že na 35,67 EUR. Glede na podatke UMAR so v preteklih letih v primerjavi z javnimi viri financiranja in samoplačniškim financiranjem najbolj naraščale premije dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.



Rast izdatkov za zdravstvo, Vir: Urad RS za makroekonomske napovedi (2019).

Dopolnilno zavarovanje je regresivno in problematično v več točkah, in sicer:

1. **Negospodarnost:** dopolnilno zavarovanje je finančno manj učinkovito kot obvezno, saj so razlike med prihodki in odhodki pri obveznem zavarovanju manjše kot pri odhodkih in prihodkih pri prostovoljnem dopolnilnem zavarovanju. Obratovalni stroški ZZZS znašajo okoli 1,5 %, medtem ko pri komercialnih zavarovalnicah razlika med prihodki od premij in izplačanimi škodami znaša okoli 19 %, od česar dobro polovico znašajo obratovalni stroški. Denar, ki je dejansko vplačan za namene zdravstvenega varstva, se torej pri obveznem zavarovanju veliko bolj učinkovito tudi dejansko porablja za zdravstveno varstvo. Obratovalni stroški ZZZS so v letu 2018 znašali 44.100.000 EUR, obratovalni stroški komercialnih zavarovalnic pa 50.900.000 EUR. Ob tem so imele komercialne zavarovalnice 542.900.000 EUR čistih prihodkov od zavarovalnih premij, ZZZS pa 2.890.493.779 EUR prihodkov. Dodati velja še, da ZZZS sorodni izvajalci zdravstvenega zavarovanja v Evropi dosegajo obratovalne stroške med 3,5 – 5 %, kar pomeni, da je ZZZS učinkovit tudi v tem pogledu.
2. **Univerzalna dostopnost:** bistvena lastnost obveznega zavarovanja bi morala biti univerzalna dostopnost zdravstvenih storitev vsem, ki jih potrebujejo. Kot so se spraševali že avtorji Bele

knjige: "Vprašljivo je, ali je pravica, ki je iz obveznega zavarovanja pokrita od 10 do 95 %, sploh pravica, saj posamezniku ni dostopna, če je ne doplača ali se zanjo ne zavaruje."

3. Nesolidarna dajatev: delež premije dopolnilnega zavarovanja v neto dohodku znaša pri posamezniku z minimalno plačo 4,0 %, medtem ko je ta delež pri nekom, ki ima neto dohodek 5000 EUR, zgolj 0,7 % dohodka.
4. Nesolidarna poraba sredstev: dodatna anomalija je paradoksalna situacija, kjer se sredstva iz obveznega zavarovanja v večji meri porabljajo za tiste državljane, ki si lahko privoščijo premijo prostovoljnega dopolnilnega zavarovanja. Nekdo, ki plačuje obvezno zdravstveno zavarovanje, vendar ne zmore plačila dopolnilnega zavarovanja in še manj doplačila iz žepa, nima na voljo praktično nobene zdravstvene storitve. Njegov doprinos v sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja se torej *de facto* porabi za tiste, ki vplačujejo tako obvezno kot dopolnilno zdravstveno zavarovanje.
5. Status komercialnih zavarovalnic: komercialne zavarovalnice to sploh niso, saj ne ponujajo nobene lastne zdravstvene storitve. Med njimi tudi ni prave konkurence (prej kartelno dogovarjanje), potrošniki pa so jim (zaradi lastnosti sistema) zagotovljeni vnaprej. Zakon jim dopušča, da sami določajo višine premij, obenem pa zavarovanci te zavarovalnice zelo težko zapustijo. Zavarovalnice ne morejo vplivati na stroške in kakovost storitev, saj so preko obveznega zavarovanja vezane na vse izvajalce. Da med zavarovalnicami ni konkurence, dokazujejo tudi izravnalne sheme.
6. Prihodki od premij in izplačane škode: Predlagana novela predvideva nadomestitev dopolnilnega zavarovanja z obveznim prispevkom oziroma davkom, pri čemer so potrebna sredstva lahko manjša od skupne vsote premij dopolnilnega zavarovanja. Celota obratovalnih stroškov, ki jih trenutno porabijo zasebne zavarovalnice, znaša okrog 50 milijonov EUR letno. K temu je potrebno dodati, da obratovalni stroški predstavljajo le polovico razlike med prihodki od premij in izplačanimi škodami; celotna razlika znaša okrog 100 milijonov EUR letno⁴. Ta razlika bi bila lahko v primeru prenosa v obvezno zavarovanje namenjena plačevanju dodatnih zdravstvenih storitev ZZS ali pa bi se za toliko zmanjšal potreben znesek za nadomeščanje izpada dopolnilnih zavarovanj.
7. Neprostopljivost dopolnilnega zavarovanja: prostovoljnost dopolnilnega zavarovanja je zgolj navidezna, saj nekdo, ki se ne zavaruje, tvega, da bo moral plačati visoke stroške zdravljenja. Pokritost z dopolnilnim zavarovanjem je približno 95 odstotna, kar kaže na zavedanje ljudi, da to zavarovanje potrebujejo in da morajo biti zavarovani. To pomeni, da je dopolnilno zavarovanje *de facto* obvezno.
8. Povezanost obveznega in dopolnilnega zavarovanja: nenazadnje lahko govorimo tudi o povezanosti obveznega in dopolnilnega zavarovanja (ustrezno imenovanega tudi komplementarno zavarovanje). Dopolnilno zavarovanje nima svoje lastne ponudbe storitev, ponuja zgolj in samo doplačila za storitve, ki jih večinsko pokriva obvezno zavarovanje. To je še en argument, da se ju združi.
9. Administrativna neučinkovitost: Zaradi visoke pokritosti dopolnilnega zavarovanja in dejstva, da je *de facto* obvezno, prihaja do podvajanja administrativnih bremen izvajalcev, ki izstavljajo

⁴ Statistični zavarovalniški bilten 2020 (zav-zdruzenje.si)

račune za opravljene storitve. Ukinitev dopolnilnega zavarovanja je torej ukrep, ki bo zmanjšal administrativno delo bolnišnic in drugih izvajalcev.

Članice Svetovne zdravstvene organizacije (v nadaljnjem besedilu: SZO) so se leta 2005 v resoluciji 55.33 zavezale k razvoju sistemov financiranja zdravstvenega varstva na način, da bodo zdravstvene storitve vsem univerzalno dostopne in nihče ne bo finančno trpel zaradi njihovega plačevanja. V poročilu, ki ga je SZO izdala 5 let kasneje in v katerem ugotavlja, da se prav dosti v smeri univerzalnega dostopa ni premaknilo, ugotavljajo tudi, da so razlogi za to predvsem trije. Prvi je, da obstajajo logistične težave pri zagotavljanju univerzalne dostopnosti. Drugi je premočno zanašanje na plačila iz Žepa. Tretji razlog, ki ga prav zaradi dopolnilnega zavarovanja lahko lociramo tudi v Sloveniji, pa je neučinkovita in neenaka poraba sredstev. Neučinkovita zato, ker se ogromen del sredstev "izgubi" skozi obratovalne stroške komercialnih zavarovalnic, neenaka pa zato, ker tisti, ki imajo zgolj obvezno zavarovanje, plačujejo storitve tistim, ki imajo obe, medtem ko sami od zavarovanj nimajo prav dosti. Po konservativnih ocenah se v vseh članicah SZO izgubi med 20 % in 40 % sredstev za zdravstvo. SZO zato državam predlaga povečanje učinkovitosti pobiranja dohodkov za zdravstvo in večji delež sredstev, ki jih za zdravstvo namenijo v proračunih.

Na strani xviii poročila SZO ugotavlja, da imajo vlade dolžnost zagotoviti zdravstvene storitve vsem, ki jih potrebujejo, in da posamezniki ob tem niso izpostavljeni finančnim tveganjem. Ob tem se zavedajo, da najbolj učinkovita poraba resursov ni vedno tudi najbolj poštena.

Kot so glede uvedbe doplačil ugotovili že avtorji Bele knjige "Tako radikalnega ukrepa ni v novejši zgodovini sprejela nobena evropska država." Zakonodajalec je sofinanciranje zdravstvenega varstva preložil na posameznike ne glede na njihov gmotni položaj. Zapisali so še: "Pravice do zdravstvenih storitev, ki so dostopne brez doplačil, ne zagotavljajo zadostnega in učinkovitega zdravstvenega varstva." Prostovoljno zavarovanje je v resnici prikriti davek.

2. CILJI, NAČELA IN POGLAVITNE REŠITVE ZAKONA

2.1 Cilji

Predlagana novela zasleduje naslednje cilje:

- odprava regresivnosti, nepravičnosti in prisilne prostovoljnosti, ki jih je v zdravstveni sistem vneslo dopolnilno zdravstveno zavarovanje;
- uvedba solidarnega in univerzalnega sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja;
- povečanje dostopnosti do zdravstvenih storitev za vse kategorije prebivalstva;
- zagotavljanje pravice do zdravstvenega varstva iz javnih sredstev v skladu z drugim odstavkom 51. člena Ustave,

2.2 Načela

Novela zakona v prvi vrsti zasleduje ustavne cilje zdravstvenega prava, ki zagovarjajo zagotovitev pravice do zdravstvenega varstva in do socialne varnosti. Po prvem odstavku 51. člena Ustave RS ima vsakdo ima pravico do zdravstvenega varstva pod pogoji, ki jih določa zakon. Ustavno sodišče je presodilo, da iz pravice do zdravstvenega varstva za državo izhaja obveznost, da vzpostavi sistem, ki omogoča materialno dostopnost zdravstvenih storitev vsem, ki jih potrebujejo. Zaradi obstoja visokih doplačil za večino zdravstvenih storitev država te dostopnosti ne zagotavlja v zadostni meri. Novela zasleduje tudi načelo pravične dostopnosti do zdravstvenega varstva, ki je urejeno in predvideno s

Konvencijo o človekovih pravicah v zvezi z biomedicino iz Ovieda. Novela prav tako zasleduje načela Listine Evropske unije o temeljnih pravicah ki v 35. členu določa, da ima vsakdo pravico do preventivnega zdravstvenega varstva in do zdravstvene oskrbe v skladu s pogoji, ki jih določajo nacionalne zakonodaje.

Novela zakona sledi načelom izboljšanja, varovanja in krepitve zdravja ter univerzalnega dostopa do zdravstvenih storitev. Novela temelji na načelu socialne države, ki terja od zakonodajalca, da upošteva ekonomsko-socialni položaj vseh skupin prebivalstva, pri čemer ni dovolj upoštevanje formalne enakosti, temveč predvsem materialne (dejanske in vsebinske) enakosti oziroma možnosti učinkovitega uresničevanja vseh pravic, ki jih ima posameznik.

2.3 Poglavitne rešitve

Novela odpravlja doplačila za zdravstvene storitve, ki jih določa obstoječi 23. člen ZZVZZ, in s tem potrebo po prostovoljnem dopolnilnem zavarovanju. S tem postajajo vse pravice, ki jih našteva ta člen, v celoti krite iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Novela zagotavlja pokrivanje izpada sredstev dopolnilnega zavarovanja z zvišano stopnjo prispevkov za OZZ za delodajalce in socialnim dohodninskim prispevkom (SDP) za zavarovance. Poleg pravičnosti, ki jo zagotavlja proporcionalna obdavčitev, predstavlja SDP tudi širjenje seznama davčnih zavezancev v primerjavi z zavezanci za zdravstveni prispevek.

Ne glede nato, da je SDP namenski davek, ga lahko smatramo za uvajanje kombiniranega modela financiranja zdravstvenega varstva po Bismarckovem in Beveridgeovem modelu (kombinacija zdravstvenega zavarovanja in proračunskega financiranja), ki ga priporoča večina zdravstvenih analitikov. SDP se odteguje od dohodninske osnove davčnih zavezancev.

Zvišana stopnja prispevkov za OZZ za delodajalce in SDP sta določena v višini 1,4 % tako, da skupaj zagotavljata enak priliv, kot bi znašale premije dopolnilnega zavarovanja. SDP je solidaren, administrativno in strokovno nezahteven, omogoča plačilno disciplino, upošteva vsakokratni dohodkovni položaj zavezanca in ne zmanjšuje dohodninske osnove.

Določitev SDP temelji na naslednjih izhodiščih:

- **Osnova** za določitev SDP je enaka osnovi za plačilo dohodnine.
- **Stopnja za plačilo SDP** znaša 1,4 % od osnove za plačilo dohodnine vključno z najnižjim dohodninskim razredom, ki predvidoma ne bo plačeval dohodnine.
- **Način plačila** Dohodninski zavezanci plačujejo SDP kot mesečno akontacijo na način, ki je veljavi za plačilo dohodninske akontacije.

3. PRILAGOJENOST UREDITVE PRAVU EU IN PRIKAZ UREDITVE V DRUGIH PRAVNIH SISTEMIH

3.1 Prilagojenost ureditve pravu EU

Predlog zakona ni predmet usklajevanja z EU.

3.2 Prikaz ureditve v drugih pravnih sistemih

Poznamo različne zdravstvene sisteme in različne sisteme financiranja zdravstvene dejavnosti. V grobem jih lahko razdelimo na dve skupini, in sicer:

- države z zdravstvenim sistemom financiranim iz davkov (Avstralija, Kanada, Danska, Finska, Islandija, Irska, Italija, Nova Zelandija, Norveška, Portugalska, Španija, Švedska in Združeno kraljestvo);
- države s sistemom zdravstvenega zavarovanja, ki pa se delijo na države (A) z enim plačnikom (blagajno) – Grčija, Madžarska, Koreja, Luksemburg, Poljska, Slovenija in Turčija, države (B) z večjim številom zavarovalnic (blagajn) in z avtomatsko pripadnostjo (Avstrija, Belgija, Francija, Japonska in Mehika) ter države (C) z večjim številom zavarovalnic in z možnostjo izbire zavarovalnice (Čile, Češka, Nemčija, Izrael, Nizozemska, Slovaška, Švica in ZDA) (povzeto po spletnih straneh IDB).

Avstrija

V Avstriji je obvezno zdravstveno zavarovanje za celotno državo urejeno z zveznim zakonom - Zakon o socialnem zavarovanju (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz - ASVG), ki ureja zdravstveno, pokojninsko in nezgodno zavarovanje. V temeljih sistema je obvezno zavarovanje, ki zagotavlja zdravstveno oskrbo za vsakogar v primeru bolezni.

Imajo 28 javnih zavarovalnic za zdravstveno, pokojninsko in nezgodno zavarovanje, ki so vse članice glavnega združenja avstrijskih institucij socialnega zavarovanja (HVSV). Tako se zdravstvena zavarovanja lahko organizirajo na deželni ravni (GKK), na ravni podjetja (BKK - zelo omejeno število) ali za posamezne poklice (posebne zavarovalnice). Zdravstvena zavarovanja na ravni dežele (GKK) pokrivajo vse tiste, ki niso vključeni v druge oblike zavarovanja (glej Review of Austria's Social Insurance and Healthcare System in spletno stran City of Vienna).

Avstrijski zdravstveni sistem se financira s kombinacijo socialnega zavarovanja, ki je odvisno od dohodka, proračuna in privatnih neposrednih plačil. Sistem temelji na univerzalnem dostopu do zdravstvenih storitev, ne glede na starost, spol ali raso. Pacienti, ki padejo pod določeno raven mesečnega dohodka, so oproščeni doplačil za zdravila in za dneve bolnišnične oskrbe. Leta 2017 so odpravili doplačila za bolnišnično oskrbo otrok in mladostnikov.

Skupni stroški za zdravstvo (vključujoč dolgotrajno oskrbo in investicije) znašajo približno 41.3 milijarde EUR oziroma 11,2 % BDP (za leto 2017). Približno tri četrtine zdravstvenih izdatkov pokrijejo javna sredstva.

Hrvaška

Hrvaški zdravstveni sistem je kombinacija Bismarckovega in Beveridgeovega modela. Sistem sestoji iz obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Obvezno zdravstveno zavarovanje izvaja Hrvaški zavod za zdravstveno zavarovanje (HZZO). Slednji pokriva 80 % vrednosti zdravstvenih storitev, preostalih 20 % pa mora zavarovanec pokriti sam, pri čemer obstaja zgornja meja, torej denarni znesek, ki ga doplačilo ne sme preseči. Poznajo tri vrste prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, in sicer dopolnilno, dodatno in zasebno. Dopolnilno ima podobno vlogo kot pri nas in v primerih ko zavarovanci koristijo pravice pokrije preostalih 20 % zdravstvenih storitev. Dodatno zavarovanje je namenjeno višjemu standardu zdravstvenih storitev, medtem ko je zasebno namenjeno tistim, ki niso vključeni v sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja. Hrvaški delavci ne plačujejo prispevka za zdravstveno zavarovanje, plačujejo pa 20 % bruto plače za pokojninsko in invalidsko zavarovanje.

Da je sistem dopolnilnega zavarovanja tudi na Hrvaškem skrajno protisloven, pričajo nedavni primeri zavarovancev, ki so težje zboleli, komercialne zavarovalnice pa jim niso želele podaljšati pogodb za

dopolnilno zavarovanje. *De facto* so torej pobirale zgolj premije zavarovancev dokler so bili zdravi, ko pa so zboleli, so jih prenesli na pleča države.

Velika Britanija

V Angliji je zagotavljanje zdravstvenih storitev organizirano kot centralizirana nacionalna zdravstvena služba. Upravlja jo ministrstvo za zdravje, v okviru katerega deluje oddelek nacionalne zdravstvene službe (NHS). NHS opravlja dve, sicer ločeni, nalogi hkrati: organizira 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.

Sistem je financiran s pomočjo davkov in zagotavlja brezplačen dostop do zdravstvenih storitev v naravi vsem osebam, ki prebivajo na določenem območju. Košarica pravic ni natančno določena, naloga ministrstva za zdravje pa je, da zagotavlja in širi vrsto in obseg pravic za vse ljudi, ki jih potrebujejo. Prebivalci imajo pravico do preventivnih storitev, cepljenja, primarnega, bolnišničnega in ambulantnega specialističnega zdravljenja in storitev, storitev na področju duševnega zdravja, blažilne oskrbe, dolgotrajne nege, načrtovanja družine, rehabilitacije in fizioterapije ter zdravljenja in nege na domu. Doplačila obstajajo v omejenem obsegu. Plačilo zobozdravstvenih storitev je v celoti krito 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 dajatev, za katere se zahteva premoženjski cenzus. Za preostale prebivalce so določene tri stopnje doplačil v višini 25 EUR, 70 EUR in 301 EUR, odvisno od potrebnega zobozdravstvenega zdravljenja. Prebivalci imajo pravico do zdravil, katerih vrednost je v celoti krita 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 EUR za predpisano zdravilo, pri čemer lahko osebe, ki večkrat potrebujejo zdravila, kupijo predplačniški certifikat za zdravila za tri mesece (39 EUR) ali celo leto (141 EUR), 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. Plačila iz žepa predstavljajo 9 % skupnih stroškov za zdravstvo (2012).

Nemčija

V Nemčiji je vključenost v obvezno zdravstveno zavarovanje načeloma odvisna od višine prihodkov posameznika. Zasebno zavarovanje je namenjeno tistim z višjimi prihodki, v kolikor se za to odločijo. Enako velja za samozaposlene osebe.

Zdravstveno varstvo se zavarovanim osebam zagotavlja v javno financiranem OZZ in nadomestnem (substitutivnem) zasebnem zdravstvenem zavarovanju. Leta 2015 je bilo v državi 124 neprofitnih, od države neodvisnih in med seboj konkurenčnih zdravstvenih blagajn (nem. *Krankenkassen*), ki tvorijo sistem OZZ. Po zadnjih podatkih je v Nemčiji trenutno 118 zdravstvenih blagajn (leta 1993 kar 1.221). Sistem zdravstvenega varstva temelji na sodelovanju med državo, zveznimi državami in zdravstvenimi blagajnami ter izvajalci.

Zavarovanje se v pretežnem delu financira s prispevki, odmerjenimi od navzgor omejene bruto plače, ki se pobirajo enotno v zavarovalni skupnosti posamezne blagajne in se nato centralno razporejajo med posamezne blagajne. V letu 2016 enotna prispevna stopnja znaša 14,6 %, k temu pa je potrebno

prišteti od višine plače odvisni prispevek, ki se pri vsaki zdravstveni blagajni razlikuje in znaša med 0,9 in 1,3 %). Pred uvedbo tega prispevka so posamezne blagajne lahko zavarovani osebi naložile plačilo nominalne premije, ki je segala od 8 od 15 evrov na mesec. Leta 2014 je prispevek delavca ali upokojenca znašal 8,2 % bruto plače, delodajalec ali pokojninski zavod pa sta plačevala 7,3 %. Osnovo za plačilo prispevkov predstavlja izključno dohodek iz aktivne zaposlitve, pokojnina ali nadomestilo za brezposelnost, ne pa tudi prihranki, dohodki iz kapitala oziroma drugi dohodki. Prispevki se odmerjajo v odstotku od bruto plač do »kapice« pri 4,050 evrih mesečnega dohodka (v letu 2014).

Vsi zaposleni (in druge zavarovane osebe, na primer upokojenci), ki zaslužijo manj kot 56.250 evrov letno (podatek veljaven za leto 2016), in od njih odvisne osebe, so obvezno vključeni v javno zdravstveno zavarovanje. Posamezniki, ki mejo OZZ presežejo, se lahko zavarujejo v zasebnem zdravstvenem zavarovanju. Posebna pravila veljajo za nekatere kategorije oseb, kot so na primer javni uslužbenci, sodniki, vojaki in policisti. Kljub možnosti, da se tudi javni uslužbenci in samozaposleni lahko odločajo med obveznim in zasebnim zdravstvenim zavarovanjem, jih 75 % ostane v OZZ.

OZZ pokriva preventivne programe, storitve osebnega zdravnika, storitve na področju duševnega zdravja, zobozdravstvo, stacionarno in ambulantno zdravljenje v bolnišnici, medicinsko rehabilitacijo, fizioterapijo, medicinske pripomočke, zdravila (v celoti so krita vsa zdravila, razen, če je kritje izrecno izvzeto z zakonom), blažilno oskrbo in nadomestilo za čas zadržanosti od dela. Domača oskrba je vključena v zavarovanje za dolgotrajno oskrbo, ki predstavlja posebno zavarovanje znotraj posamezne zdravstvene blagajne v OZZ. Košarica dobrin je opredeljena na zakonski ravni. Doplačila in neposredna plačila (ang. *out-of-pocket spending*) – to so predvsem plačila domov za ostarele, farmacevtskih proizvodov in medicinskih pripomočkov – so v letu 2013 predstavljala 13,6 % celotne porabe za zdravstvo. Doplačila se za določene storitve (bolnišnično bivanje in bivanje za potrebe rehabilitacije) ali zdravila (pri čemer je več kot 5000 zdravil na voljo brezplačno) gibljejo med 5 in 10 evri. Od doplačil so izvzeti otroci do 18 leta, za odrasle osebe pa je vzpostavljen letni cenzus doplačil v višini 2 % dohodkov gospodinjstva.

Leta 2012 je bilo zdravstveno varstvo v Nemčiji financirano (skupni izdatki za zdravstvo) na sledeč način: javna sredstva v celoti: 74,6 %; od tega davki 4,8 %; OZZ 57,4 %; obvezno pokojninsko zavarovanje 1,4 %; obvezno nezgodno zavarovanje 1,6 %; OZZ za dolgotrajno oskrbo 7,7 %; zasebni viri 27,1 %, od tega neposredna plačila: 13,5 %; zasebno zdravstveno zavarovanje: 9,3 %; sredstva delodajalcev: 4,3 %.

Nemška ureditev OZZ temelji na ločenosti sistemov glede na poklicne položaje in glede na vzrok nastanka bolezni, kjer poklicna tveganja ureja posebna veja socialnih zavarovanj, to je obvezno nezgodno zavarovanje za poškodbe pri delu in poklicne bolezni, ki je organizirano pri zavarovalnih združenjih delodajalcev in znotraj posebnega zavarovanja za javni sektor. Zavarovani so delavci, določene samozaposlene osebe, dijaki in študentje, otroci v dnevem varstvu, osebe, ki skrbijo za gospodinjstvo, določeni prostovoljci, osebe na rehabilitaciji in drugi. Značilnost nemške ureditve je tudi ta, da sta javno in zasebno zavarovanje na ravni uporabnikov povsem ločeni, medtem ko izvajalci lahko obravnavajo zavarovance obeh vrst zavarovanj, kar Nemčijo razlikuje od mnogih drugih držav.

Splošni zdravniki in specialisti v ambulantni oskrbi so obvezno vključeni v regionalne organizacije, ki se preko voljenih predstavnikov pogajajo za pogodbe z zdravstvenimi blagajnami, s katerimi pogodbe sklepajo tudi bolnišnice (teh je okoli 2000; med njimi prevladujejo državne, 33 % pa je zasebnih neprofitnih), ki jih zastopajo zasebne organizacije. Najpomembnejšo tovrstno organizacijo predstavlja Združenje nemških bolnišnic. Ambulantni zdravniki po navadi delajo v zasebnih ordinacijah, pri

Čemer za zavarovane osebe registracija pri osebnem zdravniku ni obvezna, ti pa ne opravljajo funkcije »vratarja«, vendar pa zdravstvene blagajne svojim zavarovanim osebam nudijo (in spodbujajo) možnost vključitve v sistem družinske oskrbe, ki pogosto sovpada z vratarsko funkcijo. Ambulantnim zdravnikom so stroški povrnjeni glede na enotno storitveno tarifo in s številom pacientov, omejenim navzgor. V primeru zasebnega zavarovanja pacient storitev plača vnaprej in povračilo terja od zavarovalnice. Plačilo po uspešnosti leta 2015 še ni bilo uvedeno, vendar pa zdravniki prejmejo dodatek za zdravljenje pacientov, vključenih v posebne zdravstvene programe. Velika večina bolnišničnih zdravnikov prejema plače, le vodstveni zdravniki lahko v skladu z navedeno tarifo zdravijo tudi zasebno zavarovane paciente. Bolnišnični zdravniki ne smejo zdraviti bolnikov izven bolnišnice, razen izjemoma, ko število ambulantnih zdravnikov ne zadošča.

V močno reguliranem zasebnem zdravstvenem zavarovanju je leta 2015 zdravstveno varstvo uživalo približno 11 % prebivalcev, ki so bili zavarovani pri 42 ponudnikih, od katerih jih je 24 delovalo profitno. Zasebno zavarovanje zajema javne uslužbenke, samozaposlene in posameznike nad dohodkovnim pragom, ki se želijo izključiti iz OZZ. Zavarovanci plačajo premijo zase in za od njih odvisne osebe. Zasebno zavarovanje ima naravo nadomestnega, v manjši meri pa tudi dopolnilnega zavarovanja, saj krije nekatera doplačila (na primer doplačila na področju zobozdravstva).

Ključno regulatorno vlogo pri odločitvah o vsebini in obsegu pravic, ki jih zagotavlja OZZ, ter o standardih kakovosti izvajalcev ima Zvezni skupni odbor, ki se v največji možni meri opira na instituciji, ki se ukvarjata z ocenjevanjem in primerjanjem zdravstvenih tehnologij (Inštitut za kakovost in učinkovitost, Inštitut za izboljšanje kakovosti in raziskave v zdravstvenem varstvu). Odbor ima 13 glasujočih članov: pet iz združenja javnih zavarovalnic (bolniških blagajn), po enega iz zveznega združenja zdravnikov in zobozdravnikov, enega iz združenja bolnišnic in tri nepovezane člane. V odboru je tudi pet predstavnikov pacientov, ki imajo svetovalno vlogo, ne morejo pa glasovati.

Francija

V francoskem sistemu zdravstvenega zavarovanja prevladuje javno. OZZ pokriva 77 % vseh zdravstvenih stroškov (2012), od tega 64 % prinese davek na plače delojemalcev in delodajalcev, 16 % nacionalni namenski davek na vse dohodke, ki od leta 1998 postopoma nadomešča davek na plače in zajema obdavčitev zaslužka (stopnja: 7,5 %), kapitala (stopnja: 8,2 %), dobitkov pri igrah na srečo (stopnja: do 12 %), pokojnin (stopnja: 6,6 %) in nadomestil (stopnja: 6,2 %), davka na tobak, alkohol in z obdavčitvijo farmacevtske industrije (1,6 % na promet) ter ponudnikov prostovoljnih zasebnih zavarovanj (12 %) ter državnimi subvencijami in transferji z drugih vej socialnih zavarovanj (2 % in 6 %). Zavarovalnice med seboj ne tekmujejo in smejo ponujati zgolj zavarovanje za doplačila. Prostovoljno zavarovanje je pretežno dopolnilno in neprofitno ter pokriva 13 % vseh stroškov. Večinoma ga plačujejo delodajalci, 44 % populacije z nižjimi dohodki pa prejema subvencije v obliki vavčerjev. Za razliko od Slovenije, kjer je premija dopolnilnega zavarovanja zasebni strošek, je torej v Franciji tudi pri tem prostovoljnem zavarovanju prisotna precejšnja stopnja solidarnosti. Privatne zavarovalnice nudijo poleg dopolnilnega tudi dodatno zavarovanje, vendar le za omejeno število storitev.

Vključitev v OZZ je univerzalna (pokriva 99,9%), izključitev iz zavarovanja pa je dovoljena le izjemoma, na primer v primeru delavcev, ki delajo za tuja podjetja. Država plačuje za tiste, ki niso nikoli delali ali so brezposelni več kot dve leti. Osebam, ki niso vključene v katero izmed shem OZZ, je na voljo vključitev v univerzalno zdravstveno varstvo, ki je brezplačno za posameznike, katerih dohodki gospodinjstva ne presegajo 9534 evrov letno (leto 2013-2014). Država financira iz proračuna 4,9 %

celotnih izdatkov za zdravstvo, a pri tem gre le v majhnem delu za osebno porabo zdravstvenih storitev; v večji meri je udeležena pri financiranju preventive (28 %), raziskovanja (30 %), usposabljanja zdravstvenih delavcev (15 %) in financiranju administrativnih stroškov sistema (7 %).

OZZ krije storitve bolnišničnega zdravljenja, medicinske rehabilitacije in fizioterapije, ambulantnega zdravljenja splošnih zdravnikov, specialistov in zobozdravnikov, diagnostične storitve, zdravila in medicinske pripomočke ali povračilo stroškov odobrene proteze, prevozne stroške in oskrbo na domu. Do neke mere krije tudi dolgotrajno blažilno oskrbo in storitve na področju duševnega zdravlja. Le minimalno krije ambulantno očno zdravljenje in zobozdravstvene storitve. Omejeno je tudi kritje preventive, a je tudi v celoti povrnjeno v nekaterih primerih organiziranih programov (cepljenje, odkrivanje raka). OZZ se dopolnjuje z neposrednimi plačili v obliki sozavarovanja, doplačili ter s t. i. izravnavami (za »nadstandardne« storitve). Doplačila storitev s sočasnim zavarovanjem se razlikujejo glede na naravo storitve in znašajo od 20 % do 30 % vrednosti, pri zdravilih pa od 40 % do 100 % vrednosti. V letu 2013 so neposredna plačila, brez dopolnilnega zavarovanja, predstavljala 8,8 % izdatkov za zdravstvo.

Pozitivna lista zdravil se določa na ravni države. Nova zdravila in pripomočke dodaja na sezname ministrstvo za zdravje, nove storitve pa dodajajo na sezname državne zavarovalnice na priporočilo nacionalnega organa za zdravstvo in temeljijo na rezultatu ocene organa, ki se ukvarja z ocenjevanjem zdravstvenih tehnologij. Ministrstvo za zdravje, odbor za cene in zavarovalnice so glavni akterji pri določanju vrste in obsega pravic ter njihove cene.

Razmerje med zdravstvenimi delavci in OZZ je na državni ravni urejeno v t. i. konvencijah, ki jih podpiše Nacionalno združenje zdravstvenih skladov in predstavniki poklicev. Posebni dogovori obstajajo za zdravnike, vodje laboratorijev, medicinske sestre itd. Dogovori urejajo razmerja med zdravstvenimi delavci in osebami, zavarovanimi v OZZ, in so veljavni štiri ali pet let ter se redno amandmirajo. Sistem »vratarja« je prostovoljen, vendar je stimuliran in 85 % prebivalstva se registrira na tak način. Plačilo bolnišnic (ki morajo biti akreditirane vsaka štiri leta) je v pristojnosti ministrstva za zdravje, plačilo pa se razlikuje od vrste bolnišnice (javne, zasebne neprofitne ali zasebne profitne ustanove). Dejavnost javnih bolnišnic, ki predstavljajo 2/3 zdravstvenih kapacitet (65 % vseh bolnišničnih in 42 % ambulantnih obravnav), se v pretežni meri financira iz OZZ (80 %). Javne in zasebne neprofitne bolnišnice so prav tako upravičene do posebnih plačil za raziskave in izobraževanje, ki razpoložljiva sredstva povečajo do 13 %. Dodatna sredstva se ustanovi namenijo za opravljanje storitev urgentnega zdravljenja in programe presaditve organov (10-11 %). Iz istih virov, a v drugačnih deležih, so financirane tudi zasebne profitne bolnišnice. Plačilo bolnišnic temelji na sistemu SPP (skupine podobnih primerov, DRG), ki ga določi ministrstvo in ki krije tudi plače zdravnikov. Plačila v skladu s tem sistemom so večja v primeru javnih in zasebnih neprofitnih bolnišnic, ker zasebniki poleg SPP plačila zaračunajo storitve še dodatno. Dobra polovica zdravnikov v primarnem varstvu je samozaposlenih in so plačani po storitvah, katerih cene so regulirane, za kronične bolnike pa so plačani po glavarinskem modelu. Bolnišnični zdravniki prejemajo plače, vendar lahko zdravijo tudi privatne bolnike; takih zdravnikov je 10 %. V zvezi s tem dvojnimi načinom pridobivanja dohodkov narašča javno nezadovoljstvo.

Država ima pri regulaciji zdravstvenega sistema vedno večjo vlogo, s čemer poskuša omejiti naraščajoče stroške. Planiranje in regulacija vključuje pogajanja med državo, izvajalci in zavarovalnicami. Pri pripravi zakonodaje sodelujejo ministrstvo, zavarovalnice in izvajalci. Poleg strategije je centralna vlada odgovorna za razporejanje sredstev med različne sektorje (bolnišnice,

ambulantno zdravstveno varstvo, varstvo duševnega zdravja itd.) in pri bolnišnicah za delitev med regijami.

Ministrstvo za zdravje ima glavno vlogo pri pripravi in izvajanju vladne politike na področju javnega zdravja ter pri organiziranju in financiranju zdravstvenega sistema. V znatni meri regulira stroške zdravstva v okviru, ki ga določi parlament. Z zavarovalnicami si deli odgovornost za določanje vsebine košarice pravic ter cen storitev ter tarif izvajalcev vključno s cenami SPP (DRG).

Ministrstvo za zdravje in zveza zavarovalnic določijo upravljanje in delovanje organa na področju ocenjevanja zdravstvenih tehnologij, to je Nacionalnega urada za zdravje. Urad deluje z lastnimi strokovnjaki in številnimi zunanjimi povezavami (univerzitetne ustanove, akademska združenja). Ocenjuje zdravila, pripomočke in objavlja strokovne smernice, akreditira zdravstvene ustanove in obnavlja zdravniške licence.

Nizozemska

Od reforme leta 2006 na Nizozemskem OZZ upravljajo zasebne zavarovalnice, ki so dobile nalogo, naj s skrbnim kupovanjem zdravstvenih storitev v imenu svojih zavarovancev povečajo učinkovitost zdravstvenega sistema.

Vsi rezidenti (in tudi nerezidenti, ki plačujejo dohodnino) se morajo obvezno zavarovati pri eni od zasebnih zavarovalnic. Zavarovalnice morajo sprejeti vsakogar, zavarovanec pa lahko zamenja zavarovalnico enkrat na leto. Leta 2013 je bilo nezavarovanih manj kot 0,2 % prebivalcev. Okrog 2 % jih ne plačuje redno premij, vendar zadržijo pravice iz OZZ, premije pa se s pribitkom 30 % odtegnejo od njihovih dohodkov. Poleg OZZ ima 85 % prebivalcev tudi mešanico dopolnilnega in dodatnega zavarovanja.

OZZ se financira na podlagi zdravstvenega prispevka 7,75 % na ves letni obdavčljivi dohodek do višine 51.000 EUR, ki ga delodajalci zaposlenim vrnejo, ti pa so za to vračilo obdavčeni. Prispevek se zbira centralno in razdeli med zavarovalnice po izravnalni shemi, ki upošteva različno tveganje zavarovancev. Poleg tega vsak zavarovanec plačuje premijo, ki je pri isti zavarovalnici enaka za vse zavarovance in je leta 2014 v povprečju znašala 1.100 EUR. Zavarovanje obvladujejo 4 velike zavarovalnice, od katerih je ena profitna. Leta 2011 so vsi stroški za zdravstvo znašali 12,1 % BDP.

Standardna košarica pravic zagotavlja zdravstveno varstvo, ki ga nudijo splošni zdravniki, bolnišnice, specialisti itd., zobozdravstveno varstvo do 18 leta, medicinske pripomočke, zdravila na recept, varstvo matere in otroka ter v omejenem obsegu stroške prevoza, fizioterapijo, rehabilitacijo in varstvo duševnega zdravja. Kronična bolezenska stanja spadajo pod stroške za dolgotrajno nego in so ločeni od zdravstvenega zavarovanja. Nekatere selektivne storitve so izključene (estetska kirurgija brez medicinske indikacije, optometrija, zobozdravstvene storitve nad 18 leti starosti, bergle in nekateri drugi enostavni pripomočki, nekatera zdravila itd.). Plačani so samo trije postopki in vitro fertilizacije. V omejenem obsegu so plačani tudi preventivni programi in programi promocije zdravja.

Vsak zavarovanec, starejši od 18 let, mora plačati letni odbitek v višini 385 EUR za zdravstvene stroške za bolnišnico in zdravila.⁵ Poleg tega morajo doplačevati nekatere druge storitve, kot so prevozi. Doplačujejo zdravila, ki presegajo ceno najcenejšega zdravila v določeni skupini zdravil. Izvajalci ne smejo zahtevati plačila za razliko v ceni, ki je višja od določene tarife, razen če je bolnik

⁵ Letni odbitek je leta 2008 znašal 170 EUR, leta 2014 pa že 260 EUR. Ker je ta skok skrbel tudi državo, ga je slednja zacementirala na 385 EUR.

zavarovan pri zavarovalnici, s katero nimajo pogodbe. Plačila iz Žepa predstavljajo 11,9 % vseh stroškov za zdravstvo (2016).

Privatno zavarovanje je mešanica dopolnilnega in dodatnega (zobozdravstvo, alternativna medicina, fizioterapija, očala in leče, kontraceptivi, doplačila za zdravila). Premije niso regulirane in zavarovalnice jih določajo po tveganju zavarovanca. Privatni zavarovanci nimajo hitrejšega dostopa do nobene zdravstvene storitve in tudi ne večje izbire zdravnikov ali bolnišnice. Leta 2010 je privatno zavarovanje predstavljalo 7,8 % vseh zdravstvenih stroškov. Približno 5 milijonov ljudi dobiva podporo za zavarovalniške premije.

Splošni zdravnik je vratar sistema; samo 4 % obiskov pri njem ima za posledico napotitev na sekundarno raven. Zdravnik ima v povprečju 1.900 pacientov, ki ga obišejo 5-krat letno. 75 % splošnih zdravnikov dela v skupinskih praksah. Večina je samozaposlenih, 11 % pa je zaposlenih pri drugem zdravniku. Plačani so v obliki glavarine in plačil za storitve, obstajajo poskusi plačila po rezultatih.

Skoraj vsi specialisti delajo v bolnišnicah in so plačani po storitvah ali prejemajo plačo (večinoma v univerzitetnih bolnišnicah). Število zdravnikov na plačah narašča. Le majhno število zdravnikov dela tudi izven bolnišnic v ambulantah. Skoraj vse bolnišnice so zasebne in neprofitne. 70 % cen v bolnišnicah je določeno med pogajanjem med izvajalci in zavarovalnicami, 30 % pa je določenih na nacionalni ravni.

Reforma leta 2006 je ministrstvo za zdravje spremenila iz neposrednega nadzornika v oddaljenega čuvarja sistema. Danes ima vlogo pri omogočanju pogojev za dostop, kakovost in obvladovanje stroškov zdravstvenega sistema, določa prioritete in po potrebi spreminja zakonodajo. Zdravstveni svet ima svetovalno vlogo, pri čemer se opira na z dokazi podprto medicino, Nacionalni inštitut za zdravstveno varstvo svetuje vladi glede vsebine košarice pravic, zagotavljanja kakovosti in zavarovalniškega sistema. Obe instituciji ocenjujeta zdravstvene tehnologije, vendar minister pri končni odločitvi o vsebini košarice ni zavezan njunim nasvetom.

Švedska

Na ravni države je za zdravstveni sistem in zdravstveno politiko odgovorno Ministrstvo za zdravje in socialno politiko, ki dela v koordinaciji s sedmimi regionalnimi zdravstvenimi agencijami, organizacija in izvajanje zdravstvenega varstva pa je v rokah 21 okrajev. 290 občin je odgovornih za urejanje zadev v neposrednem okolju, kar vključuje skrb za starejše in invalide.

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 ter v omejenem obsegu zobozdravstveno varstvo za odrasle. Zasebni izdatki so leta 2012 znašali 19 % vseh stroškov za zdravstvo, od tega je bilo 88 % plačil iz Žepa in to predvsem za zdravila. Obstajajo tudi doplačila za obiske pri splošnem zdravniku (12 do 30 EUR), specialistu (20 do 35 EUR) in za dneve ležanja v bolnišnici (8 EUR). Letna omejitev doplačil za obiske je 110 EUR. Obstajajo tudi doplačila za

zdravila z letnim limitom pri 220 EUR in nekatera druga doplačila. Letne omejitve niso prilagojene dohodkom.

Zdravstveni stroški so leta 2016 znašali 10,9 % BDP, 84 % je bilo javnega financiranja s proporcionalnim davkom na dohodek in indirektnimi davki. Večino davkov zberejo okraji (councils). 16 % stroškov je bilo privatnih, večino od tega na račun direktnih plačil iz Žepa. Glavni razlog za privatno zavarovanje je skrajšanje čakanja na pregled pri specialistu in na planirane posege. Ima ga 12 % vseh zaposlenih. Privatne zavarovalnice so profitne.

Zdravstveni sistem je zelo integriran. Pomembna sprememba po letu 1990 je bila prenos od bolnišničnih stacionarnih obravnav k ambulantnim obravnavam in obravnavi v lastnem okolju. Druga sprememba je bila koncentracija visoko specializiranih storitev na univerzitetne bolnišnice in specializirane centre.

Za Švedsko je značilen majhen obseg primarnega zdravstvenega varstva (16 % vseh zdravnikov, 20 % sredstev). Zdravniki nimajo vloge vratarja. Običajno gre za skupinske prakse, v katerih sodelujejo v povprečju štirje zdravniki. Približno 40 % zdravnikov dela privatno. Javni in zasebni zdravniki so plačani enako: glavarina 80 %, plačilo za storitve 17-18 %, 2-3 % za doseganje rezultatov.

Specialistične ambulante delujejo v bolnišnicah pa tudi v ozko specializiranih privatnih (poli)klinikah. Plačila so prospektivna, fiksna in temeljijo na plačilu po primeru (SPP). Zdravniki, ki imajo pogodbo z javnim plačnikom, ne morejo zaračunavati mimo določenih tarif.

Večina bolnišnic je javnih, vendar javni plačnik lahko sklepa pogodbe tudi z zasebnimi bolnišnicami. Sredstva bolnišnic temeljijo na historičnem globalnem proračunu (2/3), SPP in spodbudah za rezultate dela (manj kot 5 %). Zaposleni prejema plače.

Glavna odgovornost za vzdrževanja kakovostnega zdravstvenega varstva je v rokah okrajev in občin. Dajejo dovoljenja za delovanje izvajalcev in določajo cene za paciente in plačila za izvajalce. Ministrstvo za zdravje in socialno politiko določa skupno zdravstveno politiko. Poleg njega obstaja sedem vladnih agencij, ki se ukvarjajo z različnimi vidiki zdravstvenega varstva in javnega zdravja. Nacionalni svet za zdravstveno varstvo razvija medicinske normative in standarde ter nadzira njihovo upoštevanje. Podeljuje tudi licence zdravstvenemu osebju. Dve instituciji se ukvarjata z ocenjevanjem zdravstvenih tehnologij. Svet za ocenjevanje zdravstvenih tehnologij ima mandat, da ocenjuje zdravstvene tehnologije s strokovnega, ekonomskega, etičnega in socialnega vidika ter promovira uporabo stroškovno učinkovitih tehnologij. Podobno telo ocenjuje stroškovno učinkovitost zdravil.

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

Učinki na Zavod za zdravstveno zavarovanje (ZZZS)

Po podatkih Agencije za zavarovalni nadzor (AZN) so komercialne zavarovalnice leta 2022 za izplačilo škod iz naslova dopolnilnega zavarovanja namenile okrog 590 milijonov EUR. Okoli 590 milijonov eur. Ta znesek bo zagotovilo 1,4 % povečanje prispevne stopnje za delodajalce in 1,4 % SDP zavarovancev.

Skupna masa neto izplačil posameznikom je v letu 2022 predvidoma znašala okoli 20,3 milijarde eur, znesek pred obračunom dohodnine pa 23,0 milijarde (skupaj je bilo plačane okoli 2,7 milijarde eur dohodnine). K tej osnovi za plačilo SDP v višini 23 milijarde eur pa je potrebno prišteti še vse ostale obdavčljive dohodke posameznikov, ki so obdavčeni po drugih pogojih in niso vključeni v dohodninsko lestvico (cedularna obdavčitev). Gre predvsem za izplačila dividend, najemnin, obresti,

dobičkov od prodaj vrednostnih papirjev in nepremičnin, obdavčljiv dohodek normiranih samostojnih podjetnikov in podobno. Ocenjujemo, da je teh prihodkov skupaj okoli 1,5 milijarde eur na leto, kar bi lahko prišteli k osnovi za plačilo SDP.

Iz tabele 1 je razvidno, koliko sredstev bo zagotovila povečana prispevna stopnja delodajalcev (251 milijonov eur) in koliko SDP dohodninskih zavezancev (344 milijonov eur), skupaj 595 milijonov eur. Izračun se nanaša samo na prejemke iz zaposlitve, kjer to plačuje podjetje, odprto pa ostaja vprašanje plačevanja tega dodatnega prispevka za druge oblike zaposlitve, kjer danes oba prispevka plača delojemalec.

Od navedenih dodatnih prihodkov ZZZS je treba odšteti 15 milijonov EUR prihodkov, ki jih v sedanji ureditvi za plačilo dopolnilnega zavarovanje namenja državni proračun. Upoštevati je treba tudi povečanje odhodkov ZZZS iz naslova dviga stroškov dela (zaradi dviga prispevne stopnje za delodajalce) za 13,4 milijone EUR.

Učinki na neto dohodke zavarovancev

Na tabeli 1 je predstavljena simulacija vplačila 1,4 % povečane prispevne stopnje za delodajalce in 1,4 % SDP od dohodka posameznika pred plačilom dohodnine ali drugih davkov (vendar po plačilu prispevkov za socialno varnost). Za zaposlene in upokojene je v tabeli izračunano, koliko bo posameznik plačal SDP in koliko višji ali nižji bodo njegovi neto prejemki zaradi skupnega učinka opuščene premije DZZ in novega prispevka. SDP doseže današnjo premijo DZZ 35 eur pri 160% povprečne plače. Tabela 2 prikazuje, da bo 863 000 zaposlenih (89%) in 518 000 upokojencev (99 %) plačevalo SDP, ki bo manjši od današnje premije.

Učinki na proračun države

Prihodki iz naslova davka na dodano vrednost (DDV) se bodo zaradi dviga potrošnje povečali za 15 milijonov EUR, vendar se bodo zmanjšali prilivi iz davka na dobiček, ker bodo imela podjetja približno 250 milijonov več letnih stroškov. Hkrati bo prišlo do znižanja odhodkov državnega proračuna za 15 milijonov EUR, ker bo država razbremenjena plačila DZZ za socialno ogrožene.

Zaradi opisanih sprememb bo vpliv na državni proračun nevtralen ali rahlo pozitiven.

5. DRUGE POSLEDICE, KI JIH BO IMEL SPREJEM ZAKONA

S sprejemom zakona se bodo zmanjšale administrativne obremenitve zdravstvenih zavodov in drugih izvajalcev, saj bodo za posamezno storitev izdajali zgolj en in ne dveh računov.

Tabela 1. Povečani prilivi na račun povečane prispevne stopnje za delodajalce in SDP dohodninskih zavezancev. (SDP doseže današnjo premijo DZZ 35 eur pri 160% povprečne plače.)

Dohodninski zavezanci po bruto dohodku (PP = povprečna plača)	Ocena prilivov s strani delodajalcev in dohodninskih zavezancev						
		1,40%	1,40%		Mesečna premija DZZ (35 eur)		
	Vsi prilivi v mio eur	Delodajalci mio eur	Delojemalci mio eur	na osebo eur	razlika glede na mesečno premijo	razlika glede na letno premijo	Sprememba neto dohodka
do minimalne plače	50	14	35	8	-27	-326	4,8%
od min. Pl. do 60% PP	49	15	33	11	-24	-285	3,0%
od 60% do 70% PP	51	20	30	14	-21	-253	2,3%
od 70% do 80% PP	45	19	26	16	-19	-226	1,8%
od 80% do 90% PP	43	19	23	18	-17	-199	1,4%
od 90% do 100% PP	40	18	21	21	-14	-173	1,1%
od 100% do 110% PP	34	16	18	23	-12	-146	0,9%
od 110% do 120% PP	30	14	16	25	-10	-120	0,6%
od 120% do 130% PP	26	13	14	27	-8	-93	0,5%
od 130% do 140% PP	26	13	13	29	-6	-66	0,3%
od 140% do 150% PP	24	12	12	32	-3	-40	0,2%
od 150% do 160% PP	19	9	10	34	-1	-15	0,1%
od 160% do 170% PP	16	7	8	36	1	9	0,0%
od 170% do 180% PP	13	6	7	38	3	35	-0,1%
od 180% do 190% PP	11	5	6	40	5	57	-0,2%
od 190% do 200% PP	9	5	5	43	8	98	-0,3%
od 200% do 250% PP	31	15	15	50	15	177	-0,5%
od 250% do 300% PP	17	8	8	61	26	310	-0,8%
od 300% do 400% PP	18	9	9	77	42	509	-1,1%
od 400% do 500% PP	9	4	4	100	65	775	-1,3%
od 500% do 600% PP	5	2	2	122	87	1.041	-1,5%
od 600% do 700% PP	3	1	1	144	109	1.306	-1,6%
od 700% do 800% PP	2	1	1	166	131	1.572	-1,7%
od 800% do 900% PP	1	1	1	188	153	1.837	-1,8%
od 900% do 1000% PP	1	0	0	210	175	2.103	-1,9%
nad 1000% PP	4	2	2	359	324	3.894	-2,1%
Skupaj zaposl.in upok.	573	251	322				
Ostali prejemki	22		22				
SKUPAJ PRILIVI	595	251	344				

Tabela 2. Število dohodninskih zavezancev po višini povprečne plače. (SDP doseže današnjo premijo DZZ 35 eur pri 160% povprečne plače. 863 000 zaposlenih (89%) in 518 000 upokojencev (99 %) bo plačevalo manj od današnje premije).

Dohodninski zavezanci po bruto dohodku (PP = povprečna plača)	Zaposleni	upokojenci
do minimalne plače	150.643	224.651
od min. plače do 60% PP	109.869	135.892
od 60% PP do 70% PP	117.886	63.502
od 70% PP do 80% PP	96.153	35.701
od 80% PP do 90% PP	85.496	20.501
od 90% PP do 100% PP	72.922	13.696
od 100% PP do 110% PP	57.383	7.125
od 110% PP do 120% PP	47.176	5.505
od 120% PP do 130% PP	38.304	3.517
od 130% PP do 140% PP	34.925	3.078
od 140% PP do 150% PP	30.072	2.500
od 150% PP do 160% PP	21.679	2.200
od 160% PP do 170% PP	16.879	2.000
od 170% PP do 180% PP	13.130	1.500
od 180% PP do 190% PP	10.652	1.736
od 190% PP do 200% PP	8.834	
od 200% PP do 250% PP	25.892	
od 250% PP do 300% PP	11.563	
od 300% PP do 400% PP	9.599	
od 400% PP do 500% PP	3.625	
od 500% PP do 600% PP	1.588	
od 600% PP do 700% PP	805	
od 700% PP do 800% PP	446	
od 800% PP do 900% PP	257	
od 900% PP do 1000% PP	154	
nad 1000% PP	504	
Skupaj	966.436	523.103

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 in 36/19) se v 7. členu v prvem odstavku črtata petnajsta in šestnajsta alineja.

Dosedanja sedemnajsta alineja postane petnajsta alineja.

2. člen

V 15. členu se v tretjem odstavku črta besedilo, ki se glasi: » , pri zavarovalnici, ki izvaja prostovoljna zdravstvena zavarovanja pa podatek o obstoju dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja in zahteva izdajo potrdila o tem«.

3. člen

23. člen se spremeni tako, da se glasi:

Z obveznim zavarovanjem je zavarovanim osebam v celoti zagotovljeno plačilo zdravstvenih storitev:

- sistematični in drugi preventivni pregledi otrok, učencev, dijakov in študentov do dopolnjenega 26. leta starosti, žensk v zvezi z nosečnostjo ter drugih odraslih oseb v skladu s programom, razen pregledov, ki jih na podlagi zakona zagotavljajo delodajalci,
- preprečevanje, presejanje in zgodnje odkrivanje bolezni, skladno s programom, ki ga sprejme Zdravstveni svet,
- svetovanje, izobraževanje, usposabljanje in pomoč za spreminjanje nezdravega življenjskega sloga,
- zdravljenje in rehabilitacija otrok, učencev in študentov, ki se redno šolajo ter otrok in mladostnikov z motnjami v telesnem in duševnem razvoju ter otrok in mladostnikov z nezgodno poškodbo glave in okvaro možganov,
- zdravstveno varstvo žensk v zvezi s svetovanjem pri načrtovanju družine, kontracepcijo, nosečnostjo in porodom,
- preprečevanje, odkrivanje in zdravljenje infekcije HIV ter nalezljivih bolezni, za katere je z zakonom določeno izvajanje ukrepov za preprečevanje njihovega širjenja,
- obvezna cepljenja, imunoprofilaksa in kemoprofilaksa skladno s programom,
- zdravljenje in rehabilitacija malignih bolezni, mišičnih in živčno-mišičnih bolezni, paraplegije, tetraplegije, cerebralne paralize, epilepsije, hemofilije, duševnih bolezni, razvitih oblik sladkorne bolezni, multiple skleroze in psoriaze,
- celovita obravnava z zdravljenjem in rehabilitacijo 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,
- zdravljenje in rehabilitacija zaradi poklicnih bolezni in poškodb pri delu,

- zdravstveno varstvo v zvezi z dajanjem in izmenjavo tkiv in organov za presaditev drugim osebam,
- nujna medicinska pomoč, vključno z nujnimi reševalnimi prevozi,
- patronažni obiski, zdravljenje in nega na domu ter v socialnovarstvenih zavodih,
- zdravila s pozitivne liste, potrebna za zdravljenje oseb in stanj iz četrte do trinajste alinee tega odstavka, medicinski pripomočki v zvezi z zdravljenjem oseb in stanj iz prve do trinajste alinee tega odstavka,
- zdravila in živila za posebne zdravstvene namene s pozitivne in vmesne liste za otroke, učence, dijake, vajence in študente ter osebe z motnjami v telesnem in duševnem razvoju;
- živila za posebne zdravstvene namene s prilagojeno sestavo hranil za zdravljenje zavarovanih oseb z vrojenimi motnjami presnove,
- sobivanje enega od staršev v zdravstvenem zavodu z bolnim otrokom do starosti otroka vključno 5 let,
- predhodni in obdobjni zdravstveni pregledi za športnike, ki nastopajo na uradnih tekmovanjih nacionalnih panožnih športnih zvez,
- storitev v zvezi s presaditvijo organov in z drugimi najzahtevnejšimi operativnimi posegi ne glede na razlog,
- zdravljenja v tujini,
- storitev v zvezi 2 intenzivno terapijo, radioterapijo, dializo in drugimi nujnimi najzahtevnejšimi diagnostičnimi, terapevtskimi in rehabilitacijskimi posegi,
- storitve v zvezi z zagotavljanjem in zdravljenjem zmanjšane plodnosti in umetno oploditvijo, sterilizacijo in umetno prekinitvijo nosečnosti,
- specialističnoambulantne, bolnišnične in zdraviliške storitve kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja,
- nemedicinski del oskrbe v bolnišnici in zdravilišču v okviru nadaljevanja bolnišničnega zdravljenja,
- storitve v osnovni zdravstveni dejavnosti ter zdravljenje zobnih in ustnih bolezni,
- medicinske pripomočke;
- specialističnoambulantne, bolnišnične in zdraviliške storitve kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja in nemedicinski del oskrbe v bolnišnici in zdravilišču kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, medicinske pripomočke v zvezi z zdravljenjem poškodb izven dela,
- zdravila s pozitivne liste,
- reševalne prevoze, ki niso nujni, zavarovanih oseb, ki so nepokretne ali rabijo prevoz na in z dialize ali v drugih primerih, ko bi bil prevoz z javnim prevoznim sredstvom ali osebnim avtomobilom za njihovo zdravje škodljiv, ali zaradi svojega zdravstvenega stanja potrebujejo spremstvo zdravstvenega delavca,
- zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja,

- zdravila in živila za posebne zdravstvene namene z vmesne liste,
- zobnoprotonično zdravljenje odraslih,
- medicinske pripomočke za izboljšanje vida za odrasle.

Zagotavljanje pravic in programov preventivnih in sistematičnih pregledov in storitev zgodnjega odkrivanja dejavnikov tveganja za nastanek kroničnih bolezni, vključno s presejalnimi testi ter storitev s področja krepitve zdravja iz prve, druge in tretje alineje prejšnjega odstavka ter navodila za njegovo izvajanje, določi minister, pristojen za zdravje, na predlog Zdravstvenega sveta. Za izvajanje teh programov lahko njihovi izvajalci osebne podatke o zavarovancih, ki so vključeni v te programe pridobijo od Zavoda ali iz Centralnega registra prebivalstva. Določanje cen programov in obseg sredstev za njihovo izvajanje, zagotavljanje učinkovitosti, kakovosti in nadzora se zagotovijo skladno s tem zakonom in dogovorom iz 63. člena tega zakona.

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 zdravljenja in nege na domu, zdravljenja v tujini, zdraviliškega zdravljenja in nadomestila za začasno zadržanost od dela, čeprav delajo v režijskih obratih, nege ožjega družinskega člana ter povračil potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev. Prav tako se po teh zavarovancih ne morejo zavarovati njihovi družinski člani.«.

4. člen

V 23.a členu napovedni stavek prvega odstavka spremeni tako, da se glasi:

»Zavod zagotavlja iz obveznega zavarovanja sredstva za zdravila iz prejšnjega člena na podlagi:«.

V drugem odstavku se črta besedilo, ki se glasi: »oziroma v ustreznem odstotnem deležu«.

5. člen

24. člen se črta.

6. člen

25. člen se črta.

7. člen

V 40. členu se besedilo napovednega stavka spremeni tako, da se glasi:

»Zavarovane osebe imajo pravico do povračila prevoznih stroškov, kadar uveljavljajo pravice iz prvega odstavka 23. člena tega zakona, če:«.

8. člen

V 44.c členu se šesti odstavek spremeni tako, da se glasi:

»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. Ne glede na prejšnji stavek se po tem členu ne povrnejo stroški posamezne zdravstvene storitve iz dvajsete alineje prvega odstavka 23. člena tega zakona.«.

9. člen

V 45. členu se za prvim odstavkom doda nov drugi odstavek, ki se glasi:

»Republika Slovenija zagotavlja financiranje obveznega zdravstvenega zavarovanja po tem zakonu v primeru, ko je Zavod nezmožen zagotavljati financiranje svojih obveznosti, sprejetih na podlagi izhodišč iz 63. člena tega zakona. V tem primeru se razlika pokrije iz državnega proračuna oziroma iz drugih virov.«.

Dosedanji drugi odstavek postane tretji odstavek.

10. člen

V 46. členu se v 5. točki beseda »petim« nadomesti z besedo »tretjim«.

11. člen

V 47. členu se v 3. točki beseda »šestim« nadomesti z besedo »tretjim«.

12. člen

V 61. členu se v drugem odstavku črta 1. točka.

Dosedanja 2. do 4. točka postanejo 1. do 3. točka.

V tretjem odstavku se črta besedilo, ki se glasi: », ki pa ne smejo vključevati dopolnilnega zavarovanja«.

13. člen

Črta se 1. podpoglavje z naslovom »1. Dopolnilno zavarovanje« ter člени od 62. do 62.č.

14. člen

Črta se 2. podpoglavje z naslovom »2. Izravnalna shema dopolnilnega zavarovanja« ter člени od 62.d do 62.i.

15. člen

V 79.b členu se v prvem odstavku črta peta alineja.

Šesti in sedmi odstavek se črtata.

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

»Podatki v elektronski obliki zapisa morajo biti kriptirani, prek telekomunikacijskih omrežij pa se prenašajo v skladu z zakonom, ki ureja varstvo osebnih podatkov.«.

Dosedanji deveti in deseti odstavek postaneta sedmi in osmi odstavek.

16. člen

96.a člen se črta.

17. člen

96.b člen se črta.

PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

18. člen

1. Z dnem začetka uporabe tega zakona se zavarovalne pogodbe o dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju razdrejo brez odpovednega roka. Zavarovalnice, ki izvajajo dopolnilno zdravstveno zavarovanje pod pogoji iz 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 in 36/19), imajo pravico izterjati neplačane premije za obdobja, za katere so zagotavljale zavarovalno kritje in dolžnost zavarovancem vrniti tiste premije oziroma dele obračunanih premij, ki se nanašajo na zavarovalno kritje za zavarovalno obdobje po datumu začetka uporabe tega zakona.

2. Osebe, ki so zavarovane na podlagi sklenjene pogodbe o dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju s katerokoli od zavarovalnic, ki do dneva pričetka veljavnosti tega zakona izvaja dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ne smejo, razen v primerih, ko po 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 in 36/19)

več niso zavezane plačevati razlike med polno vrednostjo zdravstvenih storitev in deležem te vrednosti, ki ga v skladu s 23. členom 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 in 36/19)

krije obvezno zdravstveno zavarovanje, prekiniti obstoječe pogodbe o dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju po določbah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Osebe, ki bi v času od datuma veljavnosti pa do začetka uporabe tega zakona postale zavezane plačevati razliko med polno vrednostjo zdravstvenih storitev in deležem te vrednosti, ki ga v skladu s 23. členom Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju krije obvezno zdravstveno zavarovanje, lahko sklenejo pogodbo o dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju s katerokoli od zavarovalnic, ki izvajajo to zavarovanje, vendar se jim zavarovanje razdre skladno s prvim odstavkom tega člena.

3. Kršitev prvega odstavka tega člena se šteje kot hujša kršitev v skladu s predpisi, ki urejajo zavarovalništvo. Za člane uprave zavarovalnice kršitev prvega in drugega odstavka tega člena pomeni, da v skladu s predpisi, ki urejajo zavarovalništvo, šteje, da niso osebe dobrega ugleda in integritete.

4. Od dneva uveljavitve tega zakona morajo zavarovalnice, ki izvajajo dopolnilno zdravstveno zavarovanje, prenehati z vsemi trženjskimi aktivnostmi, ki se kakorkoli nanašajo na dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Trženjske aktivnosti med drugim zajemajo kakršnokoli oglaševanje povezano z dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem in sklepanje pogodb o dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju. Prav tako zavarovalnice od dneva uveljavitve tega zakona ne smejo uporabljati osebnih podatkov pridobljenih z dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem.

5. Od dneva uveljavitve tega zakona zavarovalnice, ki izvajajo dopolnilno zdravstveno zavarovanje v skladu z Zakonom 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 in 36/19), ne smejo spreminjati premije dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja brez utemeljenega razloga. Vsako zvišanje mora biti utemeljeno z izračuni, prav tako pa mora biti potrjeno s strani nosilca aktuarske funkcije zavarovalnice, preveri in odobri pa ga prav tako aktuar iz agencije, pristojne za zavarovalni nadzor. V primeru, da vendarle pride do

utemeljenega zvišanja, se lahko zavarovanci odločijo za prekinitev dopolnilnega zavarovanja in ga, če želijo, sklenejo pri drugi zavarovalnici.

6. V skladu s predpisi, ki urejajo zavarovalništvo, zavarovalnice oblikujejo zavarovalno-tehnične rezervacije, katerih vrednost je enaka vsoti najboljše ocene in dodatka za tveganje. Pri izračunu najboljše ocene, zavarovalnica pri projekciji prihodnjih denarnih tokov za dopolnilno zdravstveno zavarovanje ne sme upoštevati premijskih prilivov za obdobja, ki sledijo datumu uveljavitve tega zakona, mora pa upoštevati vse ostale pričakovane prihodnje denarne tokove, tudi pričakovane denarne tokove iz izravnalnih shem v skladu z Zakonom 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 in 36/19)).

7. V skladu z mednarodnimi računovodskimi standardi in mednarodnimi standardi računovodskega poročanja zavarovalnica poroča knjigovodsko vrednost svojih obveznosti. Za potrebe tega zakona mora biti knjigovodska vrednost obveznosti zavarovalnice enaka vrednosti zavarovalno-tehničnih rezervacij izračunanih v skladu s predpisi, ki urejajo zavarovalništvo in prejšnjim odstavkom. Zavarovalno-tehnične rezervacije za dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ki so oblikovane za poplačilo obveznosti iz zavarovalnih pogodb dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, se uporabijo za poplačilo obveznosti iz zavarovalnih pogodb nastalih do dneva uveljavitve tega zakona.

8. Ustreznost višine zavarovalno-tehničnih rezervacij na en dan pred dnem uveljavitve tega zakona za dopolnilno zdravstveno zavarovanje, za tiste zavarovalnice, ki izvajajo dopolnilno zdravstveno zavarovanje, do datuma uveljavitve tega zakona, preveri aktuar, ki ga imenuje minister in ki izpolnjuje pogoje v skladu z zakonom, ki ureja zavarovalništvo. Aktuar ne sme, na dan uveljavitve tega zakona, biti zaposlen, ali kakorkoli pogodbeno vezan s katerikoli od zavarovalnic, katerim preverja ustreznost višine zavarovalno-tehničnih rezervacij.

9. Premoženje družbe za vzajemno zavarovanje na dan, ki je en dan pred dnevom uveljavitve veljavnosti tega zakona, ki je namenjeno izvajanju dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja in ostane po poplačilu obveznosti do dneva uveljavitve tega zakona in oblikovanju zavarovalno-tehničnih rezervacij, se razdeli osebam, ki so na dan, ki je en dan pred dnevom uveljavitve tega zakona, člani družbe za vzajemno zavarovanje skladno s statutom družbe za vzajemno zavarovanje. Razdelitev premoženja družbe se izvede v roku deset dni po začetku uporabe tega zakona. Znesek, ki pripada vsakemu posameznemu članu, se nakaže na TRR člana.

10. Družba za vzajemno zavarovanje lahko razdelitev premoženja opravi po merilih, ki jih za razdelitev dobička članom določa statut družbe za vzajemno zavarovanje ali pa po poenostavljenih merilih. Če se družba za vzajemno zavarovanje odloči za delitev po merilih, ki jih statut družbe za vzajemno zavarovanje določa za razdelitev dobička članom, mora še vedno upoštevati članstvo.

11. Če se družba za vzajemno zavarovanje odloči za razdelitev premoženja iz sedmega odstavka tega člena po poenostavljenih merilih iz osmega odstavka tega člena, postopa takole:

- določi skupni znesek premoženja, ki se razdeli, skladno s prvim odstavkom tega člena;
- pripravi spisek vseh članov na dan, ki je en dan pred datumom začetka veljavnosti tega zakona, pri čemer spisek vsebuje vsaj naslednje podatke: ime in priimek člana, naslov stalnega bivališča člana, številko TRR člana, skupno trajanje v mesecih (zaokroženo na nič decimalnih mest)

dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja od prve vključitve pa do dneva, ki je en dan pred datumom začetka veljavnosti tega zakona;

- znesek, ki pripada vsakemu posameznemu članu, se izračuna tako, da se količnik, ki se izračuna kot količnik trajanja v mesecih za vsakega posameznega člana z vsoto trajanja v mesecih vseh članov, pomnoži s skupnim zneskom premoženja.

12. Uprava družbe za vzajemno zavarovanje mora čim prej, najkasneje pa v 30 dneh po uveljavitvi tega zakona sklicati volitve v skupščino, razen če dokaže, da sestava članstva in skupščine še vedno odražata spremenjeno sestavo članstva.

13. Postopek razdelitve premoženja preveri in nadzoruje aktuar iz petega odstavka tega člena.

19. člen

Svet Zavoda uskladi svoje splošne akte najkasneje do začetka uporabe tega zakona.

20. člen

Z dnem začetka uporabe tega zakona v Zakonu o zavarovalništvu (Uradni list RS, št. 93/15 in 9/19) prenehajo veljati:

- sedmi odstavek 7. člena,
- 3. in 4. točka 7.a člena v delu, ki se nanaša na zastopnike dopolnilnih zavarovanj,
- 7.č člen v delu, ki se nanaša na zastopnike dopolnilnih zavarovanj,
- 7.d člen v delu, ki se nanaša na zastopnike dopolnilnih zavarovanj,
- 7.f člen v delu, ki se nanaša na zastopnike dopolnilnih zavarovanj,
- 3. točka 81. člena,
- 94. člen v delu, ki se nanaša na izvajanje dopolnilnega zavarovanja,
- 3. točka 99. člena v delu, ki se nanaša na opravljanje dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja,
- 4. točka 116. člena v delu, ki se nanaša na dopolnilno zdravstveno zavarovanje,
- 4. točka četrtega odstavka, 4. točka sedmega odstavka in dvanajsti odstavek 268. člena v delih, ki se nanašajo na dopolnilno zdravstveno zavarovanje,
- četrti in peti odstavek 280.a člena v delu, ki se nanaša na zastopnike dopolnilnih zavarovanj,
- osmi odstavek 521. člena,
- 3., 6. in 7. točka drugega odstavka 545. člen v delih, ki se nanašajo na zastopnika dopolnilnih zavarovanj,
- 546. člen v delu, ki se nanaša na zastopnika dopolnilnih zavarovanj,
- tretji do sedmi odstavek 558. člena v delih, ki se nanašajo na zastopnika dopolnilnih zavarovanj,
- prvi, drugi in tretji odstavek 561. člena v delu, ki se nanaša na zastopnika dopolnilnih zavarovanj,
- prvi, drugi, tretji in šesti odstavek 562. člena v delu, ki se nanaša na zastopnika dopolnilnih zavarovanj,
- prvi, tretji in četrti odstavek 563. člena v delu, ki se nanaša na zastopnika dopolnilnih zavarovanj,

- drugi odstavek 565. člena v delu, ki se nanaša na zastopnika dopolnilnih zavarovanj,
- drugi odstavek 567.a člena,
- drugi in tretji odstavek 569. člena v delu, ki se nanaša na zastopnika dopolnilnih zavarovanj,
- prvi odstavek 571. člena v delu, ki se nanaša na zastopnika dopolnilnih zavarovanj,
- 571.a člen v delu, ki se nanaša na zastopnika dopolnilnih zavarovanj,
- prvi odstavek 572. člena v delu, ki se nanaša na zastopnika dopolnilnih zavarovanj,
- 573. člen v delu, ki se nanaša na zastopnika dopolnilnih zavarovanj,
- 573.a člen v delu, ki se nanaša na zastopnika dopolnilnih zavarovanj,
- prvi, drugi, tretji in peti odstavek 573.b člena v delih, ki se nanašajo na zastopnika dopolnilnih zavarovanj,
- prvi, drugi in tretji odstavek 573.c člena v delu, ki se nanaša na zastopnika dopolnilnih zavarovanj,
- četrti in šesti odstavek 575. člena v delu, ki se nanaša na zastopnika dopolnilnih zavarovanj,
- prvi odstavek 575.a člena v delu, ki se nanaša na zastopnika dopolnilnih zavarovanj,
- prvi in četrti odstavek 579. člena v delu, ki se nanaša na zastopnika dopolnilnih zavarovanj.

Z dnem začetka uporabe tega zakona v Zakonu o opravljanju plačilnih storitev za proračunske uporabnike (Uradni list RS, št. 77/16 in 47/19) preneha veljati določba 5. točke 28. člena v delu, ki se nanaša na dopolnilno zdravstveno zavarovanje.

Z dnem začetka uporabe tega zakona v Zakonu o vojnih invalidih (Uradni list RS, št. 63/95, 2/97 – odl. US, 19/97, 21/97 – popr., 75/97, 11/06 – odl. US, 61/06 – ZDru-1, 114/06 – ZUTPG, 40/12 – ZUJF, 19/14 in 21/18 – ZNOrg) prenehata veljati:

- prvi odstavek 28. člena in
- drugi odstavek 66. člena.

21. člen

Ta zakon začne veljati petnajsti dan po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije, uporabljati pa se začne 1. januarja 2024.

Do začetka uporabe tega zakona se uporabljajo določbe 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 in 36/19).

III. OBRAZLOŽITVE

K 1. členu

Člen črta 15. in 16. alinejo 7. člena ZZZV, ki določa, da Republika Slovenija plačuje razliko do polne vrednosti storitev za zavarovance iz 15. člena ZZZV, ki izpolnjujejo zakonske pogoje. Ker novela odpravlja razliko do polne vrednosti, sta alineji nepotrebni.

K 2. členu

Člen določa črtanje tistega dela tretjega odstavka 15. člena ZZZV, ki se nanaša na pravico Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije oziroma institucije, kjer se priprta oseba nahaja, da pridobi informacijo o obstoju dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja za priprto osebo. Ker zakon črta dopolnilno zavarovanje je ta pravica nepotrebna.

K 3. členu

Člen spreminja obstoječi 23. člen Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Ta določa pravice zdravstvenih storitev in odstotek v katerem so te storitve v celoti krite iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Novela spreminja obstoječi člen tako, da po novem vse storitve iz 23. člena v celoti krije obvezno zdravstveno zavarovanje. Gre za storitve:

- storitev v zvezi s presaditvijo organov in z drugimi najzahtevnejšimi operativnimi posegi ne glede na razlog,
- zdravljenja v tujini,
- storitev v zvezi z intenzivno terapijo, radioterapijo, dializo in drugimi nujnimi najzahtevnejšimi diagnostičnimi, terapevtskimi in rehabilitacijskimi posegi,
- storitve v zvezi z zagotavljanjem in zdravljenjem zmanjšane plodnosti in umetno oploditvijo, sterilizacijo in umetno prekinitvijo nosečnosti;
- specialističnoambulantne, bolnišnične in zdraviliške storitve kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, razen za poškodbe izven dela,
- nemedicinski del oskrbe v bolnišnici in zdravilišču v okviru nadaljevanja bolnišničnega zdravljenja, razen za poškodbe izven dela,
- storitve v osnovni zdravstveni dejavnosti, ki niso zajete v 1. točki, ter zdravljenje zobnih in ustnih bolezni,
- medicinske pripomočke, razen v primerih iz 1. in 4. točke tega odstavka,
- specialističnoambulantne, bolnišnične in zdraviliške storitve kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja in nemedicinski del oskrbe v bolnišnici in zdravilišču kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, medicinske pripomočke v zvezi z zdravljenjem poškodb izven dela,
- zdravila s pozitivne liste, razen za primere iz 1. točke tega odstavka;
- reševalne prevoze, ki niso nujni, zavarovanih oseb, ki so nepokretne ali rabijo prevoz na in z dialize ali v drugih primerih, ko bi bil prevoz z javnim prevoznim sredstvom ali osebnim avtomobilom za njihovo zdravje škodljiv, ali zaradi svojega zdravstvenega stanja potrebujejo spremstvo zdravstvenega delavca,
- zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja,

- zdravila in živila za posebne zdravstvene namene z vmesne liste,
- zobnoprotetično zdravljenje odraslih,
- medicinske pripomočke za izboljšanje vida za odrasle.

Te storitve so bile do sedaj krite v razponu med 50 in 90 odstotki vrednosti, po novem pa so iz obveznega zavarovanja krite v celoti, zato v novem, spremenjenem členu tudi ni določila, da odstotke določi Zavod v soglasju z vlado.

K 4. členu

Člen določa, da se v prvem odstavku 23.a člena črta besedilo, ki se nanaša na odstotne deleže in razvrstitve zdravil na pozitivno in vmesno listo. 23.a člen določa za katera zdravila iz obveznega zavarovanja sredstva omogoča Zavod. Ker Zavod po novem sredstva iz obveznega zavarovanja za vse storitve iz 23. člena zagotavlja celoti, enako velja tudi za zdravila.

K 5. členu

S členom se črta 24. člen ZZVZZ, ki določa, da Republika Slovenija krije razliko do polne vrednosti zdravstvenih storitev za posebne kategorije zavarovancev. Gre za vojaške in civilne invalide vojne, za pripornike, ki niso zavarovanci iz drugega naslova do trenutka nastopa pripora oziroma jim zavarovanje preneha v času pripora, obsojenci na prestajanju kazni zapora, mladoletniškega zapora, mladoletnike 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. Pravico do kritja razlike imajo tudi vsi tisti zavarovanci iz 15. člena ZZVZZ, ki jim pravica do doplačila pripada po zakonu, ki ureja uveljavljanje pravic iz javnih sredstev. Ker se razlika do polne vrednosti storitev po novem ukinja, ta člen ni več potreben.

K 6. členu

S tem členom se črta 25. člen ZZVZZ, ki določa komu je, ne glede na določbe 23. člena, in kadar gre za nujne primere, zagotovljeno plačilo zdravstvenih storitev v celoti, torej kritje plačila razlike. Tudi ta člen ob spremembi 23. člena ni več potreben.

K 7. členu

Člen določa kdaj imajo zavarovane osebe pravico do povračila prevoznih stroškov. Sprememba je redakcijske narave in spremionja napovedni stavek 40. člena.

K 8. členu

Člen določa pogoje za povračilo stroškov zdravstvene storitve v tujini. Je redakcijske narave in spreminja šesti odstavek 44.c člena ZZVZZ, ter ohranja obstoječo raven pravic.

K 9. členu

Člen dodaja 45. členu nov drugi odstavek, ki določa, da v primeru, ko ZZS ni zmožen zagotavljati financiranja obveznega zdravstvenega zavarovanja v skladu s splošnim dogovorom, to financiranje pokrije proračun Republike Slovenije oziroma drugi viri. S slednjimi je mišljen bodisi demografski sklad, SDH bodisi kakšen drug javni vir. S tem je v zakon vgrajena varovalka, ki ob večjem izpadu sredstev za obvezno zdravstveno zavarovanje omogoča nadaljnje izvajanje zdravstvenega varstva, kot to predvideva zakon.

K 10. členu

Člen spreminja v 5. točki 46. člena sklic iz petega na tretji odstavek 23. člena zakona.

K 11. členu

Člen spreminja tretjo točko 47. člena ZZVZZ, ki določa plačevanje prispevka za zavarovanje za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni. Člen je redakcijski.

K 12. členu

Člen črta dopolnilno zavarovanje kot obliko prostovoljnega zavarovanja, ohranja pa preostale tri oblike prostovoljnega zavarovanja; nadomestno, dodatno in vzporedno.

K 13. členu

Ta člen črta celotno podpoglavje z naslovom Dopolnilno zavarovanje in člene 62 do 62.č.

K 14. členu

Člen določa črtanje 2. podpoglavja z naslovom Izravnalna shema dopolnilnega zavarovanja ter člene od 62.d do 62.i.

K 15. členu

Člen določa črtanje delov 79.b člena, ki urejajo zbirke podatkov o zavarovancih za dopolnilno zdravstveno zavarovanje.

K 16 členu

Člen črta kazensko določbo, ki ureja kaznovanje zavarovalnic, ki izvajajo dopolnilno zavarovanje in Zavodu ne posredujejo podatkov potrebnih za izračun izravnave. Člen ni več potreben.

K 17. členu

Črta se člen, ki določa, da Agencija za zavarovalni nadzor izvaja nadzor nad izvajanjem izravnalnih shem dopolnilnega zavarovanja.

K 18. členu

Ukinitev DZZ zahteva sistemske spremembe na več področjih. S prenosom v obvezno zdravstveno zavarovanje gre za stanje spremenjenih razmer, ki je podlaga za zahtevo zavarovancev za prenehanje zavarovalnih pogodb. S prenehanjem pogodb pa to zavarovanje zamre. Prvi odstavek 20. člena tako določa prenehanje pogodb o dopolnilnem zavarovanju med zavarovanci in komercialnimi zavarovalnicami. Določa, da imajo zavarovalnice pravico izterjati neplačane premije za obdobja, za katere so zagotavljale zavarovalno kritje in dolžnost zavarovancem vrniti tiste premije oziroma dele obračunanih premij, ki se nanašajo na zavarovalno kritje za zavarovalno obdobje po datumu začetka veljavnosti tega zakona.

Drugi odstavek določa, da zavarovanci po začetku veljave tega zakona ne smejo prekiniti pogodb o dopolnilnem zavarovanju, s čimer se zagotavlja pravna varnost in preprečuje špekulacije.

Četrty odstavek določa, da morajo zavarovalnice, ki izvajajo dopolnilno zdravstveno zavarovanje, prenehati z vsemi trženjskimi aktivnostmi, ki se kakorkoli nanašajo na dopolnilno zdravstveno zavarovanje. To so aktivnosti, povezane bodisi z dopolnilnim zavarovanjem, bodisi z oglaševanjem slednjega, bodisi z ravnanjem s podatki o dopolnilnem zavarovanju in zavarovanih osebah.

Peti odstavek določa, da zavarovalnice, ki izvajajo dopolnilno zavarovanje od dne uveljavitve tega zakona ne smejo spreminjati premije dopolnilnega zavarovanja brez utemeljenega razloga. Utemeljen razlog so lahko zgolj razmere v katerih je ogroženo financiranje zdravstvenega varstva in s tem pravica do zdravstvene varnosti državljanov. Vsako zvišanje mora biti utemeljeno z izračuni, prav tako pa mora biti potrjeno s strani nosilca aktuarske funkcije zavarovalnice, preveri in odobri pa ga prav tako aktuar iz agencije, pristojne za zavarovalni nadzor. V primeru, da vendarle pride do utemeljenega zvišanja, se lahko zavarovanci odločijo za prekinitev dopolnilnega zavarovanja in ga, če želijo, sklenejo pri drugi zavarovalnici.

Šesti odstavek določa oblikovanje zavarovalno-tehničnih rezervacij. Sedmi odstavek določa poročanje komercialnih zavarovalnic o knjigovodskih vrednostih svojih obveznosti. Osmi odstavek določa, da ustreznost višine zavarovalno-tehničnih rezervacij preveri aktuar, ki ga imenuje minister. Deveti odstavek določa, da se premoženje družbe za vzajemno zavarovanje, ki je namenjeno izvajanju dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja in ostane po poplačilu obveznosti do dneva uveljavitve tega zakona in oblikovanju zavarovalno-tehničnih rezervacij, razdeli osebam, ki so na dan, ki je en dan pred dnevom uveljavitve tega zakona, člani družbe za vzajemno zavarovanje. Deseti do 14. odstavek določajo merila in postopke razdelitve premoženja družbe za vzajemno zavarovanje.

K19. členu

Člen zavezuje Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, da najkasneje do začetka uporabe tega zakona uskladi splošne akte vezane na izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja.

K 20. členu

Člen določa prenehanje veljavnosti nekaterih zakonov v delih, ki se nanašajo na dopolnilno zdravstveno zavarovanje. V Zakonu o zavarovalništvu ukinja vrsto določb, ki se nanašajo na zastopnike dopolnilnih zavarovanj. V Zakonu o opravljanju plačilnih storitev za proračunske uporabnike črta določbe, ki se nanašajo na dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Veljati prenehata tudi dela dveh členov v Zakonu o vojnih invalidih, ki se nanašata na dopolnilno zdravstveno zavarovanje.

K 21. členu

Člen določa začetek veljavnosti Zakona v 15 dneh po objavi v Uradnem listu RS in začetek uporabe 1. januarja 2024.

IV. BESEDILO ČLENOV, KI SE SPREMINJAJO

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 krepitev 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 priznavalnih;
- 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 razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev iz 23. člena tega zakona za zavarovance iz prvega odstavka 15. člena tega zakona in po njih zavarovane družinske člane, ki izpolnjujejo pogoje po tem zakonu;
- plačilo razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev iz 23. člena tega zakona za zavarovance iz 22. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona;
- plačilo prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje za zavezance, ki jim je oprostitev plačila teh obveznosti zagotovljena s posebnim zakonom.

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

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

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, poslani na delo ali na strokovno izpopolnjevanje v tujino, če niso obvezno zavarovane v državi, v katero so bile poslani;
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 zapora, mladoletniškega zapora, mladoletniki na prestajanju vzgojnega ukrepa oddaje v prevzgojni dom, osebe, ki jim je izrečen varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu ter obvezno zdravljenje odvisnosti od alkohola in drog. Pripornike v zavarovanje prijavi zavod za prestajanje kazni zapora, 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, pri zavarovalnici, ki izvaja prostovoljna zdravstvena zavarovanja pa podatek o obstoju dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja in zahteva izdajo potrdila o tem.

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.

23. člen

Z obveznim zavarovanjem je zavarovanim osebam zagotovljeno plačilo zdravstvenih storitev:

1. v celoti:

- sistematični in drugi preventivni pregledi otrok, učencev, dijakov in študentov do dopolnjenega 26. leta starosti, žensk v zvezi z nosečnostjo in drugih odraslih oseb v skladu s programom, razen pregledov, ki jih na podlagi zakona zagotavljajo delodajalci,
- preprečevanje, presejanje in zgodnje odkrivanje bolezni, skladno s programom, ki ga sprejme Zdravstveni svet,
- svetovanje, izobraževanje, usposabljanje in pomoč za spreminjanje nezdravega življenjskega sloga,
- zdravljenje in rehabilitacija otrok, učencev in študentov, ki se redno šolajo in otrok in mladostnikov z motnjami v telesnem in duševnem razvoju ter otrok in mladostnikov z nezgodno poškodbo glave in okvaro možganov,
- zdravstveno varstvo žensk v zvezi s svetovanjem pri načrtovanju družine, kontracepcijo, nosečnostjo in porodom,
- preprečevanje, odkrivanje in zdravljenje infekcije HIV in nalezljivih bolezni, za katere je z zakonom določeno izvajanje ukrepov za preprečevanje njihovega širjenja,
- obvezna cepljenja, imunoprofilaksa in kemoprofilaksa skladno s programom,
- zdravljenje in rehabilitacija malignih bolezni, mišičnih in živčno-mišičnih bolezni, paraplegije, tetraplegije, cerebralne paralize, epilepsije, hemofilije, duševnih bolezni, razvitih oblik sladkorne bolezni, multiple skleroze in psoriaze,
- celovita obravnava z zdravljenjem in rehabilitacijo 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
- zdravljenje in rehabilitacija zaradi poklicnih bolezni in poškodb pri delu,
- zdravstveno varstvo v zvezi z dajanjem in izmenjavo tkiv in organov za presaditev drugim osebam,
- nujna medicinska pomoč, vključno z nujnimi reševalnimi prevozi,
- patronažni obiski, zdravljenje in nega na domu ter v socialnovarstvenih zavodih,
- zdravila s pozitivne liste, potrebna za zdravljenje oseb in stanj iz četrte do trinajste alineje te točke, medicinski pripomočki v zvezi z zdravljenjem oseb in stanj iz prve do trinajste alineje te točke;
- zdravila in živila za posebne zdravstvene namene s pozitivne in vmesne liste za otroke, učence, dijake, vajence in študente ter osebe z motnjami v telesnem in duševnem razvoju;
- živila za posebne zdravstvene namene s prilagojeno sestavo hranil za zdravljenje zavarovanih oseb z vrojenimi motnjami presnove;

- sobivanje enega od staršev v zdravstvenem zavodu z bolnim otrokom do starosti otroka vključno 5 let;
 - predhodni in obdobjni zdravstveni pregledi za športnike, ki nastopajo na uradnih tekmovanjih nacionalnih panožnih športnih zvez;
2. najmanj 90% vrednosti:
- storitev v zvezi s presaditvijo organov in z drugimi najzahtevnejšimi operativnimi posegi ne glede na razlog,
 - zdravljenja v tujini,
 - storitev v zvezi 2 intenzivno terapijo, radioterapijo, dializo in drugimi nujnimi najzahtevnejšimi diagnostičnimi, terapevtskimi in rehabilitacijskimi posegi;
3. najmanj 80% vrednosti za:
- storitve v zvezi z zagotavljanjem in zdravljenjem zmanjšane plodnosti in umetno oploditvijo, sterilizacijo in umetno prekinitvijo nosečnosti;
 - specialističnoambulantne, bolnišnične in zdraviliške storitve kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, razen za poškodbe izven dela,
 - nemedicinski del oskrbe v bolnišnici in zdravilišču v okviru nadaljevanja bolnišničnega zdravljenja, razen za poškodbe izven dela,
 - storitve v osnovni zdravstveni dejavnosti, ki niso zajete v 1. točki, ter zdravljenje zobnih in ustnih bolezni,
 - medicinske pripomočke, razen v primerih iz 1. in 4. točke tega odstavka;
4. najmanj 70% vrednosti za:
- specialističnoambulantne, bolnišnične in zdraviliške storitve kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja in nemedicinski del oskrbe v bolnišnici in zdravilišču kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, medicinske pripomočke v zvezi z zdravljenjem poškodb izven dela,
 - zdravila s pozitivne liste, razen za primere iz 1. točke tega odstavka;
5. največ do 60% vrednosti za:
- reševalne prevoze, ki niso nujni, zavarovanih oseb, ki so nepokretne ali rabijo prevoz na in z dialize ali v drugih primerih, ko bi bil prevoz z javnim prevoznim sredstvom ali osebnim avtomobilom za njihovo zdravje škodljiv, ali zaradi svojega zdravstvenega stanja potrebujejo spremstvo zdravstvenega delavca,
 - zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja;
6. največ do 50% vrednosti za:
- zdravila in živila za posebne zdravstvene namene z vmesne liste,
 - zobnoprotopetično zdravljenje odraslih,
 - medicinske pripomočke za izboljšanje vida za odrasle.

Zagotavljanje pravic in programov preventivnih in sistematičnih pregledov in storitev zgodnjega odkrivanja dejavnikov tveganja za nastanek kroničnih bolezni, vključno s presejalnimi testi ter storitev s področja krepitve zdravja iz prve, druge in tretje alineje 1. točke prejšnjega odstavka ter navodila za njegovo izvajanje, določi minister, pristojen za zdravje, na predlog Zdravstvenega sveta. Za izvajanje teh programov lahko njihovi izvajalci osebne podatke o zavarovancih, ki so vključeni v te programe pridobijo od Zavoda ali iz Centralnega registra prebivalstva. Določanje cen programov in obseg sredstev za njihovo izvajanje, zagotavljanje učinkovitosti, kakovosti in nadzora se zagotovijo skladno s tem zakonom in dogovorom iz 63. člena tega zakona.

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

Zavod lahko določi pogoj predhodnega zavarovanja do šest mesecev za pravice do zobnoprotopetičnih in medicinskih pripomočkov, razen za pravice iz 1. točke prvega odstavka tega člena.

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 zdravljenja in nege na domu, zdravljenja v tujini, zdraviliškega zdravljenja in nadomestila za začasno zadržanost od dela, čeprav delajo v režijskih obratih, nege ožjega družinskega člana, pogrebne in posmrtnine ter povračil potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev. Prav tako se po teh zavarovancih ne morejo zavarovati njihovi družinski člani. **(delno prenehal veljati)**

23.a člen

Zavod zagotavlja iz obveznega zavarovanja sredstva za zdravila iz prvega odstavka prejšnjega člena v celoti oziroma v ustreznem odstotnem deležu glede na razvrstitev zdravila na pozitivno oziroma vmesno listo in na podlagi:

- veljavne cene, določene v skladu s predpisi, ki urejajo zdravila, ali

- najvišje priznane vrednosti, ki jih določa Zavod najmanj vsakih šest mesecev za skupine medsebojno zamenljivih zdravil, določene s predpisi, ki urejajo zdravila, in za terapevtske skupine zdravil, ki jih določa Zavod, ali
- veljavne cene za zdravilo, ki je v posamezni skupini medsebojnih zamenljivih zdravil oziroma posamezni terapevtski skupini, kadar je ta nižja od njihove najvišje priznane vrednosti.

Ne glede na določbo druge alineje prejšnjega odstavka Zavod zagotavlja iz obveznega zavarovanja sredstva za zdravilo iz posamezne skupine medsebojno zamenljivih zdravil oziroma posamezne terapevtske skupine zdravil v skladu z razvrstitvijo na pozitivno ali vmesno listo v celoti oziroma v ustreznem odstotnem deležu, kadar iz zdravstvenih razlogov enakovredno zdravljenje z drugim zdravilom iz skupine medsebojno zamenljivih zdravil oziroma terapevtske skupine zdravil ni mogoče. Za zdravstveni razlog se šteje alergija na zdravilo ali drug neželeni učinek zdravila, ki ogroža zdravje zavarovane osebe, in se dokumentira v zdravstveni dokumentaciji zavarovane osebe.

Za skupine medsebojno zamenljivih zdravil se določi najvišja priznana vrednost, ki ne sme biti višja od najnižje veljavne cene zdravila v posamezni skupini medsebojno zamenljivih zdravil, ki je dostopno na trgu v Republiki Sloveniji v času določanja najvišje priznane vrednosti.

Za posamezno terapevtsko skupino zdravil se določi najvišja priznana vrednost, ki je na ravni cene zdravila z najugodnejšim razmerjem med stroški in učinki zdravljenja, tako, da krije vse odmerke vsaj enega zdravila v tej terapevtski skupini zdravil. Za izračune se upoštevajo primerljivi odmerki.

Ne glede na prejšnji odstavek se lahko zdravilu v posamezni terapevtski skupini zdravil določi višja najvišja priznana vrednost, če zdravilo zaradi farmacevtske oblike ali kliničnih lastnosti predstavlja prednost za zavarovano osebo.

Zavod zagotavlja iz obveznega zavarovanja sredstva za Živila za posebne zdravstvene namene na podlagi:

- cene, ki jo dogovori Zavod s ponudnikom Živil, ali
- najvišje priznane vrednosti za Živilo, ki jo določi Zavod najmanj vsakih šest mesecev.

Zavod vodi evidenco o zdravilih in živilih za posebne zdravstvene namene, ki so razvrščena na pozitivno ali vmesno listo, najvišjih priznanih vrednostih za posamezne skupine medsebojno zamenljivih zdravil, terapevtskih skupin zdravil in njihovih najvišjih priznanih vrednosti in za Živila za posebne zdravstvene namene ter jih objavlja na svoji spletni strani.

24. člen

Ne glede na določbe 23. člena tega zakona se zagotavlja plačilo zdravstvenih storitev v celoti vojaškim invalidom in civilnim invalidom vojne, s tem da razliko nad ravnijo obveznega zavarovanja zagotavlja Republika Slovenija iz proračuna.

Republika Slovenija zagotavlja iz proračunskih sredstev razliko do polne vrednosti zdravstvenih storitev iz 2. do 6. točke 23. člena tega zakona za zavarovance iz 22. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona. Organ, zavod oziroma organizacija, v kateri so te osebe, o tem obvesti Zavod, ki v evidenci o zavarovanih osebah vodi podatek o upravičenosti do kritja polne vrednosti zdravstvenih storitev.

Republika Slovenija zagotavlja iz proračunskih sredstev razliko do polne vrednosti zdravstvenih storitev iz 2. do 6. točke prvega odstavka 23. člena tega zakona za zavarovance iz prvega odstavka 15. člena tega zakona in po njih zavarovane družinske člane, če jim je priznana pravica do kritja razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev po zakonu, ki ureja uveljavljanje pravic iz javnih sredstev, pod pogojem, da navedenih pravic nimajo zagotovljenih v celoti iz obveznega zdravstvenega zavarovanja ali drugega naslova. Ministrstvo, pristojno za socialne zadeve, obvesti o številki, datumu in obdobju veljavnosti odločbe o priznanju pravice do kritja razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev za posameznega upravičenca Zavod, ki te podatke vodi v evidenci zavarovanih oseb.

Šteje se, da zavarovanec oziroma po njem zavarovan družinski član izpolnjuje pogoje iz prejšnjega odstavka, če med uveljavljanjem pravice do kritja razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev upravičen do denarne socialne pomoči oziroma izpolnjuje pogoje za pridobitev denarne socialne pomoči, ki se izda največ za obdobje, za katero se lahko dodeli denarna socialna pomoč. **(prenehal veljati)**

Zavarovanec oziroma po njem zavarovan družinski član izkazuje izpolnjevanje pogojev iz prejšnjega odstavka z odločbo do denarne socialne pomoči ali z odločbo pristojnega centra za socialno delo o pravici do kritja razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev. Center za socialno delo obvesti o izdani odločbi Zavod, ki v evidenci o zavarovanih osebah vodi podatek o upravičenosti do kritja polne vrednosti zdravstvenih storitev. **(prenehal veljati)**

Zavarovanec oziroma po njem zavarovan družinski član je do kritja razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev upravičen za čas prejemanja denarne socialne pomoči oziroma za čas izpolnjevanja pogojev za pridobitev denarne socialne pomoči. **(prenehal veljati)**

Zoper odločbo o pravici do kritja razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev iz petega odstavka tega člena je dovoljena pritožba na ministrstvo, pristojno za socialne zadeve. Pritožba ne zadrži izvršitve odločbe. **(prenehal veljati)**

Zavod na podlagi obvestila iz drugega in tretjega odstavka tega člena zagotovi podatek o upravičenosti do kritja razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev v sistemu dostopa do podatkov evidence zavarovanih oseb s kartico zdravstvenega zavarovanja. Na podlagi prejetih obračunov izvajalcev zdravstvenih storitev, računov za zdravila in medicinske pripomočke izvaja nadzor, vodi evidenco in zagotavlja tekoča plačila. Proračun Republike Slovenije povrne Zavodu sredstva dvakrat na leto na podlagi zbirnega računa, h kateremu da soglasje ministrstvo, pristojno za zdravje.

25. člen

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

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

Nujno zdravljenje obsega neodložljive zdravstvene storitve oživljanja, ohranitve življenja in preprečitve poslabšanja zdravstvenega stanja obolelega ali poškodovanega. Nujnost zdravljenja presoja osebni zdravnik oziroma pristojna zdravniška komisija v skladu s splošnim aktom Zavoda.

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

40. člen

Zavarovane osebe imajo pravico do povračila prevoznih stroškov, kadar uveljavljajo pravice iz 1., 2. in 3. točke 23. člena tega zakona, če:

- morajo potovati k zdravniku ali v zdravstveni zavod v drug kraj, ker v kraju zaposlitve ali stalnega prebivališča ni zdravnika ali ustreznega zdravstvenega zavoda;
- jih osebni zdravnik, zdravstveni zavod ali zdravniška komisija napoti ali pokliče v kraj zunaj stalnega prebivališča ali kraja zaposlitve.

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 alineje 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 v zdravstvenem zavodu z bolnim otrokom do starosti otroka vključno pet let,
- medicinske pripomočke, ki so predmet izposoje zaradi potreb pri zdravljenju, negi in 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, seznaniti javnost o nastopu okoliščin za zavrnitev predhodne odobritve iz tretje alineje prejšnjega odstavka na svojih spletnih straneh.

Stroški zdravstvene storitve iz prvega odstavka tega člena se zavarovani osebi povrnejo v višini povprečne cene teh storitev v Republiki Sloveniji, vendar ne več, kot znašajo dejanski stroški. Zavod povrne stroške posamezne zdravstvene storitve v celoti oziroma v deležu glede na odstotke iz 2. do 6. točke prvega odstavka 23. člena tega zakona, razliko do njene polne vrednosti iz 23. člena tega zakona pa zavarovana oseba uveljavlja pri zavarovalnici, s katero ima sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje po tem zakonu. Ne glede na prejšnji stavek se po tem členu ne povrnejo stroški posamezne zdravstvene storitve iz druge alineje 2. točke prvega odstavka 23. člena tega zakona.

Seznam zdravstvenih storitev iz druge alineje drugega odstavka tega člena določi minister, pristojen za zdravje.

45. člen

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

Prispevki se plačujejo od osnov, določenih s tem zakonom, po proporcionalnih stopnjah.

46. člen

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

1. prispevek za vse pravice;
2. prispevek za pravice do zdravstvenih storitev, povračila potnih stroškov, pogrebno in posmrtnino; **(delno prenehala veljati)**
3. prispevek za zdravstvene storitve in povračila potnih stroškov;
4. prispevek za nadomestila, pogrebno in posmrtnino; **(delno prenehala veljati)**
5. prispevek za pravice z omejitvami v skladu s petim odstavkom 23. člena tega zakona.

47. člen

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

1. prispevek za vse pravice;
2. prispevek za pravice do zdravstvenih storitev, povračila potnih stroškov ter pogrebno in posmrtnino; **(delno prenehala veljati)**
3. prispevek za pravice z omejitvami v skladu s petim odstavkom 23. člena tega zakona.

61. člen

Prostovoljna zdravstvena zavarovanja krijejo zavarovancem stroške zdravstvenih in z njimi povezanih storitev, oskrbe z zdravili in medicinskimi pripomočki ter izplačila dogovorjenih denarnih nadomestil v primeru bolezni, poškodbe ali posebnega zdravstvenega stanja. Takšna zavarovanja smejo na območju Republike Slovenije izvajati zavarovalnice, ki izpolnjujejo predpisane pogoje po tem zakonu in po zakonu, ki ureja zavarovalništvo.

Prostovoljna zdravstvena zavarovanja se uvrščajo v zavarovalno vrsto zdravstveno zavarovanje in zavarovalno skupino premoženjska zavarovanja. Zavarovalnice iz prejšnjega odstavka lahko uvedejo naslednje tipe prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj:

1. dopolnilno zdravstveno zavarovanje (v nadaljnjem besedilu: dopolnilno zavarovanje), ki ob uresničevanju pravic do zdravstvenih storitev po postopkih in pogojih, kot so predpisani v obveznem zdravstvenem zavarovanju, krije razliko med vrednostjo zdravstvenih storitev v skladu s 23. členom tega zakona in deležem te vrednosti, ki ga v skladu z istim členom krije obvezno zdravstveno zavarovanje, oziroma del te razlike, ko se doplačilo nanaša na pravico do zdravlil z najvišjo priznano vrednostjo in medicinskih pripomočkov;
2. nadomestno zdravstveno zavarovanje, ki, največ v obsegu standarda obveznega zdravstvenega zavarovanja, krije stroške zdravstvenih in z njimi povezanih storitev ter oskrbe z zdravili in medicinskimi pripomočki osebam, ki po predpisih Republike Slovenije ne morejo biti obvezno zavarovane;

3. dodatno zdravstveno zavarovanje, ki krije stroške zdravstvenih in z njimi povezanih storitev ter oskrbe z zdravili in medicinskimi pripomočki in za izplačila denarnih prejemkov, ki niso sestavni del pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, in ni niti dopolnilno niti nadomestno zdravstveno zavarovanje;
4. vzporedno zdravstveno zavarovanje, ki krije stroške zdravstvenih in z njimi povezanih storitev ter oskrbe z zdravili in medicinskimi pripomočki, ki so sicer pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, a jih zavarovanci uveljavljajo po drugačnih postopkih in ob drugih pogojih, kot jih predpisuje obvezno zdravstveno zavarovanje.

Zavarovalnice iz prvega odstavka tega člena lahko uvedejo tudi kombinacije tipov prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, ki pa ne smejo vključevati dopolnilnega zavarovanja.

Kolikor v tem zakonu ni drugače določeno, se za opravljanje poslov prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj uporabljajo določbe zakona, ki ureja zavarovalništvo. Za razmerja iz pogodb prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj se uporabljajo določbe zakona, ki ureja obligacijska razmerja, kolikor v tem zakonu ni drugače določeno.

Zavarovalec je v prostovoljnih zdravstvenih zavarovanjih fizična ali pravna oseba, ki z zavarovalnico sklene zavarovalno pogodbo. Zavarovanec pa je fizična oseba, katere interes je zavarovan. Kadar zavarovalec in zavarovanec nista ista oseba, mora pogodba o prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju vsebovati tudi podpis zavarovanca.

1. Dopolnilno zavarovanje

62. člen

Dopolnilno zavarovanje predstavlja javni interes Republike Slovenije in se izvaja po načelih medgeneracijske vzajemnosti in vzajemnosti med spoloma med vsemi zavarovanci dopolnilnega zavarovanja. Skupaj z obveznim zdravstvenim zavarovanjem dopolnilno zavarovanje predstavlja del socialne varnosti zavarovanih oseb po tem zakonu.

Javni interes Republike Slovenije na področju dopolnilnega zavarovanja se uresničuje tako, da:

1. zaradi varovanja interesov zavarovancev država s tem zakonom zagotavlja enako obravnavo zavarovancev ne glede na starost, spol in zdravstveno stanje;
2. so se zavarovalnice, ki izvajajo dopolnilno zavarovanje, dolžne po določbah tega zakona vključiti v izravnalno shemo dopolnilnega zavarovanja;
3. morajo zavarovalnice voditi prihodke in odhodke dopolnilnega zavarovanja ločeno od drugih tipov prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj in drugih zavarovalnih vrst ter v okviru izkaza poslovnega izida iz zdravstvenih zavarovanj izdelati ločen izkaz poslovnega izida dopolnilnega zavarovanja;
4. **(črtana)**;
5. veljajo za izračun minimalnega kapitala zavarovalnic, ki izvajajo dopolnilno zavarovanje, posebni pogoji iz 62.č člena tega zakona;
6. so zdravstveni in drugi zavodi, organizacije, ki opravljajo zdravstveno dejavnost, ter zasebni zdravstveni delavci, ki so vključeni v mrežo javne zdravstvene službe, dolžni poslovno sodelovati na področju dopolnilnega zavarovanja z vsemi zavarovalnicami, ki izvajajo takšno zavarovanje in jim v elektronskem zapisu zagotavljati podatke, potrebne za delovanje dopolnilnega zavarovanja iz šestega in sedmega odstavka 79.b člena tega zakona. Izvajalci zdravstvenih storitev ne smejo od zavarovanca, ki se izkaže z veljavnim dopolnilnim zavarovanjem, za opravljene storitve zahtevati doplačil. Zavarovalnice, ki izvajajo dopolnilno zavarovanje, morajo voditi računovodske evidence o stroških zdravstvenih storitev, zdravilih in medicinskih pripomočkih za vsakega zavarovanca.

62.a člen

(črtan)

62.b člen

Zavarovalnica, ki izvaja dopolnilno zavarovanje, mora:

1. sprejeti v to zavarovanje vse osebe, ki so obvezno zdravstveno zavarovane po tem zakonu in se želijo pri njej zavarovati, ter jih pri sprejemu v zavarovanje enako obravnavati;
2. obravnavati vse zavarovance dopolnilnega zavarovanja enako, razen v primerih iz tretjega in četrtega odstavka tega člena;
3. sklepati ta zavarovanja za najmanj eno leto, razen v primeru zavarovanja oseb, katerih status zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju je časovno omejen;
4. vsakemu zavarovancu v času trajanja zavarovanja kriti razliko med vrednostjo zdravstvenih storitev v skladu s 23. členom tega zakona in deležem te vrednosti, ki ga v skladu z istim členom krije obvezno zdravstveno zavarovanje, oziroma del te razlike, ko se doplačilo nanaša na pravico do zdravil z določeno najvišjo priznano vrednostjo in medicinskih pripomočkov;
5. določiti čakalno dobo treh mesecev, razen za osebe, ki postanejo zavezane plačevati razliko med vrednostjo zdravstvenih storitev v skladu z 23. členom tega zakona in deležem te vrednosti, ki ga v skladu s istim členom krije obvezno zdravstveno zavarovanje in je od začetka te obveznosti potekel največ en mesec, kakor tudi v primerih sklenitve zavarovanja, ko je od prenehanja predhodnega zavarovanja potekel največ en mesec.

Zavarovalna premija dopolnilnega zavarovanja mora biti enaka za vse zavarovance posamezne zavarovalnice, razen kadar ima zavarovalnica pri skupinskem načinu sklepanja in izvajanja zavarovanj ali v drugih primerih nižje administrativne stroške. V tem primeru lahko zavarovalnica odobri popust v višini največ tri odstotke od zavarovalne premije.

Ne glede na določbe prejšnjega odstavka so za zavarovane osebe, za katere se sklene dopolnilno zavarovanje po preteku enega leta od dne, ko postanejo zavezane plačevati razliko med vrednostjo zdravstvenih storitev v skladu s 23. členom tega zakona in deležem te vrednosti, ki ga v skladu s 23. členom tega zakona in deležem te vrednosti, ki ga v skladu z istim členom krije obvezno zdravstveno zavarovanje, premije za vsako polno nezavarovano leto tri odstotke višje. Za izračun števila polnih nezavarovanih let se upoštevajo vsi dnevi po 1. januarju 2006, ko je bila zavarovana oseba sicer zavezana plačevati razliko, a ni imela veljavnega dopolnilnega zavarovanja. Število polnih nezavarovanih let je celi del količnika, ki se izračuna tako, da se število dni iz prejšnjega stavka deli s številom 365,25. Skupno povišanje premije lahko znaša največ 80 odstotkov.

Osebam, ki jim je dopolnilno zavarovanje prenehalo, se ob ponovni vključitvi v dopolnilno zavarovanje premija poveča tako, kot to določa prejšnji odstavek.

Pri dopolnilnem zavarovanju zavarovalnice ne oblikujejo niti rezervacij za starost niti matematičnih rezervacij.

Zavod je dolžan zavarovanim osebam, ki to zahtevajo, brezplačno posredovati podatek o skupni dobi, ko so bile zavezane plačevati razliko med vrednostjo zdravstvenih storitev v skladu s 23. členom tega zakona in deležem te vrednosti, ki ga v skladu z istim členom krije obvezno zdravstveno zavarovanje.

Zavarovalnice so dolžne zavarovanim osebam, ki to zahtevajo, brezplačno posredovati podatek o dobi kritja po sklenjenih pogodbah o dopolnilnem zavarovanju.

Čakalna doba je čas, v katerem zavarovanec plačuje premijo, vendar pa zavarovalnica v tem obdobju ne krije razlike med celotno dogovorjeno ceno storitve in deležem te cene, ki jo po 23. členu tega zakona krije obvezno zdravstveno zavarovanje.

62.c člen

Zavarovalnica ne sme odpovedati pogodbe o dopolnilnem zavarovanju, razen v primeru neplačila premije.

Če zavarovanec ali druga zainteresirana oseba do zapadlosti ne plača premije po pogodbi o dopolnilnem zavarovanju, preneha obveznost zavarovalnice po 60 dneh od dneva, ko je bilo zavarovalcu oziroma zavarovancu vročeno priporočeno pismo zavarovalnice z obvestilom o zapadlosti premije. Za vročanje se uporabljajo pravila o osebnem vročanju iz zakona, ki ureja upravni postopek.

Zavarovalnica lahko po izteku roka iz prejšnjega odstavka razdre pogodbo o dopolnilnem zavarovanju brez odpovednega roka in izterja neplačane premije s pripadajočimi obrestmi. Razdrtje zavarovalne pogodbe in prenehanje zavarovalnega kritja nastopi z iztekom roka iz prejšnjega odstavka, če je bil zavarovalec oziroma zavarovanec v priporočenem pismu z obvestilom o zapadlosti premije in prenehanju zavarovalnega kritja iz prejšnjega odstavka o tem primerno obveščen.

Zavarovalec lahko poda odpoved od pogodbe o prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju po poteku enega leta od začetka veljavnosti zavarovanja, pred tem rokom pa v primerih prenehanja statusa zavarovane osebe v obveznem zavarovanju. Odpovedni rok za zavarovalca je tri mesece. Pod enakimi pogoji lahko svoje soglasje k zavarovalni pogodbi prekliče tudi zavarovanec.

62.č člen

Izračun minimalnega kapitala za dopolnilno zavarovanje se opravi na način, ki ga določa šesti odstavek 110. člena Zakona o zavarovalništvu (Uradni list RS, št. 102/04 – uradno prečiščeno besedilo). Pri tem se pri izračunu upoštevajo tudi obveznosti in terjatve do drugih zavarovalnic iz naslova izravnalne sheme dopolnilnega zavarovanja na način, kot ga predpiše Agencija za zavarovalni nadzor.

2. Izravnalna shema dopolnilnega zavarovanja

62.d člen

Zavarovalnice, ki izvajajo dopolnilno zavarovanje, so vključene v izravnalno shemo dopolnilnega zavarovanja, s katero se med njimi izravnava razlike v stroških zdravstvenih storitev, ki izhajajo iz različnih struktur zavarovancev posameznih zavarovalnic glede na starost in spol. Stroški zdravstvenih storitev vključujejo zneske obračunskih škod iz naslova kritja dopolnilnega zavarovanja ter zneske obračunanih nadomestil za zagotavljanje podatkov iz 6. točke drugega odstavka 62. člena tega zakona. Višino teh nadomestil dogovorijo zavarovalnice z zdravstvenimi in drugimi zavodi, z organizacijami, ki opravljajo zdravstveno dejavnost ter zasebnimi zdravstvenimi delavci, ki so vključeni v mrežo javne zdravstvene službe, v obliki odstotka od zneskov kosmatih obračunanih škod. Če je mesečni znesek obračunanih škod iz naslova kritja dopolnilnega zavarovanja pri izvajalcu zdravstvenih storitev do 25.000,00 EUR, 1 odstotek, nad tem zneskom pa 0,75 odstotka.

Zavarovalnice, ki izvajajo dopolnilno zavarovanje, so udeležene pri izračunih zneskov za izravnavo in v izravnavi razlik. V izračune zneskov za izravnavo in v izravnavo razlik se niso dolžne vključiti zavarovalnice, ki začnejo izvajati dopolnilno zavarovanje, za dobo prvih dvanajst mesecev poslovanja na področju dopolnilnih zavarovanj.

62.e člen

Izhodiščni znesek za izravnavo se za zavarovalnico izračuna kot razlika med zneskom stroškov zdravstvenih storitev dopolnilnega zavarovanja te zavarovalnice in standardiziranim zneskom stroškov zdravstvenih storitev dopolnilnega zavarovanja te zavarovalnice. Če je prvi znesek stroškov manjši od drugega, je zavarovalnica plačnica v izravnavi, sicer je zavarovalnica prejemnica v izravnavi.

Znesek za izravnavo se za zavarovalnico izračuna tako, da se njen izhodiščni znesek za izravnavo ohrani oziroma sorazmerno zniža na način, da sta tako vsota zneskov za izravnavo plačnic kot tudi vsota zneskov za izravnavo prejemnic enaki manjši od vsote izhodiščnih zneskov za izravnavo prejemnic in vsote izhodiščnih zneskov za izravnavo plačnic.

Znesek stroškov zdravstvenih storitev dopolnilnega zavarovanja zavarovalnice je vsota zneskov stroškov zdravstvenih storitev zavarovalnice iz naslova kritja dopolnilnega zavarovanja, povečanih za znesek nadomestil za zagotavljanje podatkov iz prejšnjega člena. Upoštevajo se stroški zdravstvenih storitev, ki jih je zavarovalnica obračunala do vključno zadnjega dne meseca po zaključku obdobja izravnave. Standardizirani znesek stroškov zdravstvenih storitev dopolnilnega zavarovanja zavarovalnice je vsota standardiziranih zneskov stroškov po starostnih razredih v zavarovalnici. Standardizirani znesek stroškov zdravstvenih storitev dopolnilnega zavarovanja starostnega razreda v zavarovalnici je enak zmnožku:

1. povprečnega zneska stroškov zdravstvenih storitev na zavarovanca pri zavarovalnici v tem starostnem razredu oziroma kadar starostni razred v zavarovalnici obsega manj kot 2.000 oseb, povprečnega zneska stroškov zdravstvenih storitev na zavarovanca pri vseh zavarovalnicah v tem starostnem razredu;
2. števila zavarovancev dopolnilnega zavarovanja tega starostnega razreda v vseh zavarovalnicah, ki izvajajo dopolnilno zavarovanje in so udeležene pri izračunih zneskov za izravnavo, in
3. količnika števila zavarovancev dopolnilnega zavarovanja v zavarovalnici in števila vseh zavarovancev dopolnilnega zavarovanja v vseh zavarovalnicah, ki izvajajo dopolnilno zavarovanje in so udeležene pri izračunih zneskov za izravnavo.

Povprečni znesek stroškov zdravstvenih storitev na zavarovanca pri zavarovalnici v starostnem razredu iz 1. točke prejšnjega odstavka se določi tako, da se vsota vseh zneskov stroškov zdravstvenih storitev pri zavarovalnici v starostnem razredu deli s številom zavarovancev pri zavarovalnici v istem starostnem razredu.

Število zavarovancev dopolnilnega zavarovanja v zavarovalnici je povprečje števila zavarovancev na prvi dan vsakega meseca v obdobju izravnave, za katere zavarovalnica na ta dan nosi obveznost plačila stroškov zdravstvenih storitev iz naslova dopolnilnega zavarovanja.

Starostni razredi po spolu in starosti se začno, ločeno za moške in ženske, pri starosti 15 let, in si sledijo v razponu po deset let do starosti 75 let. Zadnja starostna razreda, ločena po spolu in starosti, predstavljajo zavarovanci stari 75 in več let. Zavarovanci, ki še niso dosegli starosti 15 let, spadajo v prva starostna razreda.

Starost zavarovanca dopolnilnega zavarovanja se šteje kot starost, dosežena v koledarskem letu.

Obdobje izravnave je obdobje treh zaporednih koledarskih mesecev. Prvo obdobje izravnave v koledarskem letu se začne s prvim dnevom koledarskega leta.

62.f člen

Zavarovalnica plačnica je dolžna plačati znesek za izravnavo zavarovalnicam prejemnicam.

O izravnavi odloča ministrstvo, pristojno za zdravje. Če s tem zakonom ni drugače določeno, se za postopek odločanja ministrstva, pristojnega za zdravje, uporabljajo določbe zakona, ki ureja splošni upravni postopek.

Izravnave razlik se opravijo za vsako obdobje izravnave. Za izračun izravnav razlik v stroških zdravstvenih storitev med zavarovalnicami so te dolžne najpozneje v 20 dneh po zaključku meseca, ki sledi posameznemu obdobju izravnave, ministrstvu, pristojnemu za zdravje, posredovati poročila o izvajanju dopolnilnega zavarovanja v preteklem obdobju izravnave.

Ministrstvo, pristojno za zdravje, mora po prejemu poročil iz prejšnjega odstavka v 8 dneh ta poročila dostaviti vsaki zavarovalnici. Zavarovalnica se lahko v 8 dneh od dneva prejema poročil izjavi o teh poročilih. Zavarovalnice dajejo svoje izjave pisno. Če se zavarovalnica v izjavi sklicuje na listinske dokaze, mora te dokaze izjavi priložiti. Če zavarovalnica izjavi ne priloži listinskih dokazov, ministrstvo, pristojno za zdravje, pri odločanju upošteva zgolj tiste dokaze, ki so izjavi priloženi.

Ministrstvo, pristojno za zdravje, o izravnavi odloči brez naroka z odločbo o izravnavi najpozneje v 15 dneh po poteku rokov iz prejšnjega odstavka. V odločbi ministrstvo, pristojno za zdravje, navede katere zavarovalnice so plačnice in katere prejemnice iz izravnalne sheme ter zneske, ki jih morajo zavarovalnice plačnice nakazati na račune zavarovalnic prejemnic. Računi zavarovalnic morajo biti navedeni v odločbi.

Zavarovalnica plačnica mora znesek za izravnavo plačati v 8 dneh od prejema odločbe o izravnavi. V primeru zamude s plačilom je dolžna plačati zakonite zamudne obresti v skladu z Zakonom o predpisani obrestni meri zamudnih obresti (Uradni list RS, št. 56/03).

Za čas od poteka obdobja za izravnavo do izdaje odločbe o izravnavi tečejo obresti v višini EURIBOR letne obrestne mere, povečane za 2 odstotni točki. O obveznosti plačila obresti odloči ministrstvo, pristojno za zdravje, z odločbo o izravnavi.

Ne glede na peti odstavek tega člena lahko ministrstvo, pristojno za zdravje, razpiše ustno obravnavo, če presodi, da je to potrebno za razjasnitev ali ugotovitev odločilnih dejstev. V tem primeru lahko zavarovalnice dajejo svoje izjave tudi ustno na obravnavi.

Zavarovalnica države članice Evropske unije, ki deluje v okviru Evropske unije in je v skladu z zakonom o zavarovalništvu pooblaščenca opravljati zavarovalne posle na območju Republike Slovenije bodisi preko podružnice ali neposredno, je dolžna za čas opravljanja poslov dopolnilnega zavarovanja imenovati pooblaščenca za vročitve odločb ministrstva, pristojnega za zdravje. Zavarovalnica je dolžna podatke o pooblaščenca za vročitve sporočiti ministrstvu, pristojnemu za zdravje. V času, ko zavarovalnica nima pooblaščenca za vročitve ali njegovi podatki niso bili sporočeni ministrstvu, pristojnemu za zdravje, se odločbe vročajo z objavo na oglasni deski ministrstva, pristojnega za zdravje.

Podrobnejša navodila o vsebini poročila določi minister, pristojen za zdravje.

Podrobnejša navodila za računovodsko spremljanje in izkazovanje poslovnih dogodkov v zvezi z izvajanjem izravnave določi Agencija za zavarovalni nadzor.

62.g člen

Zoper odločbo ministrstva, pristojnega za zdravje, iz prejšnjega člena, ni dovoljena pritožba, temveč je dovoljen upravni spor.

Postopek v upravnem sporu iz prejšnjega odstavka je nujen in prednosten.

Če v postopku sodnega varstva pride do odprave ali spremembe odločbe ministrstva, pristojnega za zdravje, je zavarovalnica, ki je v okviru izravnave prejela znesek, v 8 dneh od dneva prejema nove odločbe ali pravnomočne sodne odločbe dolžna vrniti prejeti znesek izravnave, za katerega prejem ne obstaja več podlaga. Od dneva prejema preveč plačanega zneska pa do dneva vročitve nove odločbe ministrstva, pristojnega za zdravje, ali pravnomočne sodne odločbe tečejo na znesek iz prejšnjega stavka obresti v višini povprečne ponderirane obrestne mere na medbančnem trgu denarnih sredstev na dan izdaje odločbe, osem dni od dneva vročitve nove odločbe ministrstva, pristojnega za zdravje, ali pravnomočne sodne odločbe do dneva plačila pa na ta znesek tečejo zakonite zamudne obresti.

62.h člen

Izravnava razlik v stroških zdravstvenih storitev se ne opravi za obdobja izravnave, ko je seštevek zneskov za izravnavo, ki jih morajo plačati zavarovalnice plačnice, manjši od enega in pol odstotka zneskov kosmatih obračunanih škod, povečanih za znesek nadomestil za zagotavljanje podatkov iz 6. točke drugega odstavka 62. člena tega zakona. Ministrstvo, pristojno za zdravje, z odločbo ugotovi, da se izravnava ne opravi. Če se v posameznem obračunskem obdobju izravnava ne opravi, se znesek za izravnavo prenese v naslednje obračunsko obdobje, v katerem se prišteje k seštevku iz predprejšnjega stavka in se upošteva pri izravnavi.

62.i člen

Agencija za zavarovalni nadzor tekoče obvešča ministrstvo, pristojno za zdravje, o vseh ugotovitvah, morebitnih kršitvah in ukrepih za odpravo kršitev, ter drugih okoliščinah in podatkih, ki jih pri izvajanju nadzora po zakonu o zavarovalništvu ugotovi ali odredi v zavarovalnicah, ki izvajajo dopolnilno zavarovanje, in so v zvezi z dopolnilnim zavarovanjem.

Zavarovalnice, ki izvajajo dopolnilno zavarovanje, morajo zbirati in hraniti vse podatke o izvajanju dopolnilnega zavarovanja za najmanj deset let. Na zahtevo Agencije za zavarovalni nadzor morajo posredovati podatke, ki omogočajo kontrolo posredovanih predpisanih poročil iz 62.f člena tega zakona.

Zavod mora na zahtevo Agencije za zavarovalni nadzor omogočiti vpogled v podatke, ki skupaj s podatki iz četrtega odstavka tega člena omogočajo kontrolo izračuna zneska za izravnavo.

79.b člen

Zbirke podatkov na področju zdravstvenega zavarovanja so:

- evidenca o zavarovanih osebah obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- evidenca o zavezancih za prispevek,
- evidenca o izvajalcih zdravstvene dejavnosti,
- **(prenehala veljati),**
- evidenca o zavarovanih osebah, ki so upravičene do plačila razlike do polne vrednosti.

O zavarovanih osebah se v evidencah vodijo naslednji podatki:

- osebno ime,
- identifikacijska številka (ZZS številka),
- številka kartice zdravstvenega zavarovanja,
- EMŠO,
- stalno oziroma začasno prebivališče,
- dovoljenje za stalno ali začasno prebivanje,
- datum smrti,
- državljanstvo,
- poklic, ki ga opravlja,
- številka delovnega dovoljenja in datum poteka veljave delovnega dovoljenja,

- podatki o zavarovanju,
- IP številka,
- kategorija invalidnosti (I, II, III),
- podatki o družinskem članu (osebno ime, EMŠO, naslov, zavarovanje družinskega člana, sorodstveni odnos do nosilca zavarovanja, datum veljave potrdila o šolanju),
- podatki o osebnem zdravniku zavarovane osebe,
- podatki o obravnavi pred imenovanim zdravnikom zavoda oziroma zdravstveno komisijo,
- podatki o zdravstvenih storitvah,
- podatki o poškodbah po tretji osebi,
- podatki o denarnih dajatvah,
- podatki o predpisanih medicinskih pripomočkih in prejetih medicinskih pripomočkih,
- podatki o predpisanih zdravilih na recept in izdanih zdravilih na recept,
- podatki o zdravstvenem stanju, vključno z diagnozo,
- podatki o začasni zadržanosti od dela.

O zavezancih za prispevek se v evidencah vodijo naslednji podatki:

- identifikacijska številka (ZZZS številka),
- davčna številka,
- registrska številka zavoda,
- firma oziroma ime,
- sedež oziroma naslov,
- šifra dejavnosti,
- datum začetka – konca dejavnosti,
- matična številka iz registra poslovnih subjektov,
- datum vpisa v sodni register,
- podatki o zasebnem zavezancu (osebno ime, EMŠO),
- številka poslovnega računa oziroma drugega računa, preko katerega posluje,
- datum začetka in datum prenehanja zavezanosti za plačilo prispevka,
- datum in vzrok spremembe,
- število zaposlenih,
- vrsta registra in vrsta zavezanosti,
- podatki o prispevku,
- podatki o poškodbah pri delu in poklicnih boleznih.

O izvajalcih zdravstvene dejavnosti se v evidencah vodijo naslednji podatki:

- identifikacijska številka (ZZZS številka),
- davčna številka,
- šifra izvajalca,
- naziv izvajalca (polni in skrajšani),
- naslov izvajalca,
- tip izvajalca,
- oznaka pravnega statusa (javni, zasebni),
- šifra in naziv zdravstvene dejavnosti,
- datum začetka oziroma prenehanja poslovanja,
- številka poslovnega računa,
- podatki o pogodbi, sklenjeni z izvajalcem,
- imetnik profesionalne kartice,
- seznam zdravnikov pri izvajalcu,
- za zasebne izvajalce še osebno ime ter EMŠO in podatki o koncesiji,
- matična številka iz Poslovnega registra Slovenije,
- poklicna kvalifikacija zdravstvenega delavca pri izvajalcu,
- elektronska pošta in telefon zdravstvenega delavca pri izvajalcu.

Zavod je dolžan na zahtevo občin in drugih zavezancev za prispevek posredovati podatke iz evidence o zavarovanih osebah obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Podatki iz 7. točke drugega odstavka 62. člena tega zakona, ki jih zdravstveni in drugi zavodi, organizacije, ki opravljajo zdravstveno dejavnost ter zasebni zdravstveni delavci, ki so vključeni v mrežo javne zdravstvene službe posredujejo zavarovalnicam, ki izvajajo dopolnilno zavarovanje najmanj enkrat mesečno in so sestavni del računa za opravljene storitve, izdana zdravila in medicinske pripomočke so naslednji:

- številka kartice zdravstvenega zavarovanja zavarovanca,
- datum rojstva zavarovanca,
- spol zavarovanca,
- številka police dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja zavarovanca,
- šifra Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za posamezno storitev, zdravilo oziroma medicinski pripomoček,

- naziv storitve, zdravila oziroma medicinskega pripomočka,
- količina storitve, zdravila oziroma medicinskega pripomočka,
- vrednost na enoto (celotna cena storitve, zdravila ali medicinskega pripomočka z davkom na dodano vrednost),
- skupna vrednost ((količina) x (vrednost na enoto)),
- vrednost doplačila ((skupna vrednost) x (odstotek doplačila z davkom na dodano vrednost)),
- davčna stopnja (izražena v odstotku, npr. 8,5%),
- znesek davka (znesek davka, vključenega v vrednost doplačila),
- datum začetka opravljanja storitve oziroma izdaje zdravila ali medicinskega pripomočka,
- oznaka številke zahtevka za plačilo, v katerem je vključen individualni račun.

Poleg podatkov iz prejšnjega odstavka morajo izvajalci zdravstvenih storitev glede na dejavnost, ki jo opravljajo in glede na raven opravljanja dejavnosti, zavarovalnicam, ki izvajajo dopolnilno zavarovanje, posredovati še podatke iz naslednjih skupin podatkov:

- tip zavarovane osebe (osnovna zdravstvena dejavnost),
- število količnikov oziroma točk (osnovna zdravstvena dejavnost, specialistično ambulantna dejavnost),
- število dodatnih količnikov oziroma točk (osnovna zdravstvena dejavnost, specialistično ambulantna dejavnost),
- razlog obravnave (specialistično ambulantna, bolnišnična in zdraviliška dejavnost),
- šifra dejavnosti dopolnilnega zavarovanja (specialistično ambulantna, bolnišnična in zdraviliška dejavnost),
- šifra dodatne dejavnosti dopolnilnega zavarovanja (specialistično ambulantna, bolnišnična in zdraviliška dejavnost),
- datum zaključka opravljanja storitve (bolnišnična in zdraviliška dejavnost),
- kopijo obrazca »Nalog za prevoz« za nenujne reševalne prevoze (dejavnost reševalnih prevozov – izjemoma se ta podatek lahko posreduje v papirnati in ne v elektronski obliki).

Podatki v elektronski obliki zapisa morajo biti kriptirani, prek telekomunikacijskih omrežij pa se prenašajo v skladu z zakonom, ki ureja varstvo osebnih podatkov. Elektronsko obliko zapisa podatkov iz šestega in sedmega odstavka tega člena se natančneje določi s predpisom, ki ga izda minister, pristojen za zdravje. Podatke iz šestega in sedmega odstavka tega člena, pridobljene na podlagi 7. točke drugega odstavka 62. člena tega zakona, smejo zavarovalnice uporabljati le za namen izvajanja dopolnilnega zavarovanja.

Natančnejša opredelitev vsebine zbirk podatkov se opredeli s posebnim zakonom iz drugega odstavka 76. člena tega zakona.

Zbirke podatkov iz prvega odstavka tega člena se za namene izvajanja vključitve v obvezno zdravstveno zavarovanje povežejo:

- z Evidenčnim in analitskih informacijskim sistemom za visoko šolstvo v Republiki Sloveniji – eVŠ in Centralno evidenco udeležencev vzgoje in izobraževanja – CEUVIZ za pridobivanje podatkov o statusu šolajočih,
- s sodnim oziroma Poslovnim registrom Slovenije za pridobivanje podatka o tem, ali je določena oseba družbenik oziroma ustanovitelj in hkrati poslovodna oseba ter v katerem subjektu vpisa je ta oseba družbenik oziroma ustanovitelj in hkrati poslovodna oseba. Te podatke je iz sodnega oziroma Poslovnega registra Slovenije Zavod upravičen pridobivati ne glede na določbe 50., 51. in 52. člena Zakona o sodnem registru (Uradni list RS, št. 54/07 – uradno prečiščeno besedilo, 65/08 in 49/09).

96.a člen

Z globo od 40.000 do 125.000 eurov se kaznuje za prekršek zavarovalnica, ki izvaja dopolnilno zavarovanje, če ministrstvu, pristojnemu za zdravje, ne posreduje podatkov, potrebnih za izračun zneskov za izravnavo po določbah 62.f člena, ali mu ne omogoči vpogleda v dokumentacijo o izvajanju dopolnilnega zavarovanja.

Z globo od 2.000 do 4.000 eurov se kaznuje za prekršek iz prejšnjega odstavka odgovorna oseba zavarovalnice, ki je odgovorna za posredovanje podatkov ministrstvu, pristojnemu za zdravje, če tega ne stori na predviden način ali prikriva resnične podatke.

96.b člen

Za nadzor nad izvajanjem 62.f člena tega zakona je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor.