



REPUBLIKA SLOVENIJA

DRŽAVNI ZBOR

Poslanska skupina Svoboda

Šubičeva ulica 4, 1000 Ljubljana

t: 01 478 95 70, e: gp@dz-rs.si, www.dz-rs.si



NOVO BESEDILO

SKUPINA POSLANK IN POSLANCEV

(prvopodpisani mag. Borut Sajovic)

Ljubljana, 20. april 2023

DRŽAVNI ZBOR REPUBLIKE SLOVENIJE

Mag. Urška Klakočar Zupančič, predsednica

DRŽAVNI ZBOR REPUBLIKE SLOVENIJE

Prejeto:	20.04.2023		
Šifra:	500-01/23-17/5		
Povezava:			
EPA:	741-IX	EU:	
Sign. zn.:			
Kratica:			

Na podlagi 88. člena Ustave Republike Slovenije (Uradni list RS, št. 33/91-I, 42/97 – UZS68, 66/00 – UZ80, 24/03 – UZ3a, 47, 68, 69/04 – UZ14, 69/04 – UZ43, 69/04 – UZ50, 68/06 – UZ121, 140, 143, 47/13 – UZ148, 47/13 – UZ90, 97, 99, 75/16 – UZ70a in 92/21 – UZ62a), 19. člena Zakona o poslancih (Uradni list RS, št. 112/05 – uradno prečiščeno besedilo, 109/08, 39/11, 48/12 in 17/22) in 114. člena Poslovnika državnega zbora (Uradni list RS, št. 92/07 – uradno prečiščeno besedilo, 105/10, 80/13, 38/17, 46/20, 105/21 – odl. US in 111/21) vlagamo podpisane poslanke in poslanci

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

ki vam ga pošiljamo v obravnavo in sprejem po rednem postopku, na podlagi 114. in 115. člena Poslovnika Državnega zbora.

S tem predlogom zakona se na podlagi prvega odstavka 118. člena Poslovnika Državnega zbora nadomesti Predlog Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, EPA 741-IX, vložen 11. 04. 2023.

Na sejah Državnega zbora in na sejah matičnega delovnega telesa bo v imenu predlagateljev sodelovala poslanka Tamara Kozlovič.

Prilogi:

- predlog zakona,
- podpisi poslank in poslancev.

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

I. UVOD

1. OCENA STANJA IN RAZLOGI ZA SPREJEM PREDLOGA ZAKONA

Slovenski zdravstveni sistem se že vrsto let sooča s številnimi težavami in izzivi, ki omejujejo dostop državljanek in državljanov do ustreznega zdravstvenega varstva oziroma oskrbe. Vsakodnevno smo priča številnim aferam, korupcijskim dejanjem in nepravilnostim, ki kažejo na izrazito akutno stanje našega zdravstva. Sprejem celovite zdravstvene reforme je nujen korak v smeri zagotovitve modernega in pravičnega zdravstvenega sistema. Minister za zdravje, dr. Danijel Bešič Loredan, je za ukrepanje v tej smeri že predstavil nekaj konkretnih zakonodajnih predlogov, vendar je potrebno pred sprejemom celovite zdravstvene reforme preprečiti morebitna še dodatna poslabšanja položaja slovenskega pacienta oziroma uporabnika zdravstvenega sistema. En izmed takšnih izzivov, ki ga je potrebno nemudoma nasloviti, je zagotovo občutno povišanje zneska premij za dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ki je sodeč po napovedih komercialnih zavarovalnic neizbežen. Predlagatelji zakona menimo, da v času, ko se kljub vedno višjim zneskom, ki jih namenjamo zdravstvu, pacienti in uporabniki soočajo s težjo dostopnostjo do zdravstvenih storitev, daljšanjem čakalnih dob, pomanjkanjem zdravnikov itd., je vsakršen dvig stroškov na račun zavarovancev nedopusten.

Zdravstveno zavarovanje je v Republiki Sloveniji sestavljeno iz dveh delov, iz obveznega in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Vsi državljani smo vključeni v sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki nam ne krije večine zdravstvenih storitev v celoti, zato je potrebno zdravstvene storitve doplačevati. Celotno kritje stroškov je zagotovljeno le otrokom, šolarjem in le pri nekaterih boleznih ter stanjih. Pri ostalih storitvah zagotavlja obvezno zavarovanje le določen odstotni delež cene zdravstvene storitve, drugi del moramo zavarovanci kot doplačilo plačati sami, oziroma nam ta del krije dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Dopolnilno zdravstveno zavarovanje je torej namenjeno kritju razlike do polne cene zdravstvenih storitev, ki jih obvezno zdravstveno zavarovanje ne krije. Doplačila lahko znašajo od 5 pa vse do 90 odstotkov cene zdravstvene storitve, zdravlila ali medicinsko-tehničnega pripomočka. Ta doplačila so lahko zelo visoka, izognemo pa se jim lahko tako, da sklenemo dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Čeprav je dopolnilno zdravstveno zavarovanje po svoji naravi prostovoljno, ima to zavarovanje sklenjeno približno 95% zavezancev. To pomeni, da je dopolnilno zavarovanje dejansko obvezno.

V Sloveniji storitve dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja nudijo tri komercialne zavarovalnice: Vzajemna, Triglav in Generali. Storitve dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja je v vseh treh primerih enaka. Vse tri zasebne zavarovalnice, ki ponujajo dopolnilno zdravstveno zavarovanje, za svoje obratovanje skupaj porabijo okrog 50 milijonov evrov letno. Upoštevajoč dejstvo, da Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZZS) za svoje delovanje pri upravljanju s šestkrat večjim obsegom sredstev kot omenjene zavarovalnice, porabi približno isto vsoto denarja (nominalno) kot prej omenjene zavarovalnice in ima pri upravljanju aktivnejšo vlogo, lahko sklenemo, da gre za precej visok znesek finančnih sredstev, ki bi se lahko

porabila neposredno za financiranje zdravstvenih storitev oziroma drugih pravic iz zdravstvenega zavarovanja. ZZZS za svoje delovanje porabi približno 1,4% sredstev, ki jih zbere, kar je nekajkrat manj kot omenjene zavarovalnice, ki porabijo približno 10% sredstev.

Pri odločitvi zavarovalnic glede višine premije, ki jo zavarovalnice zaračunavajo zavarovancem za dopolnilno zdravstveno zavarovanje, gre za poslovno odločitev, ki ni predmet predhodne odobritve regulatorja. Prva je podražitev premije, s 34,5 EUR na 44,89 EUR, v začetku meseca napovedala zavarovalnica Generali, medtem ko drugi dve zavarovalnici dviga ob novinarskih vprašanjih nista izključili. S tem bodo zavarovanci ponovno priča dvigu stroškov, generator katerih ni dvig kakovosti ali dostopnosti do zdravstvenih storitev, ampak drugi ekonomski razlogi na katere zavarovanci nimajo vpliva. Primerjava zneskov oziroma višine premij, ki so jih zavarovanci plačevali dobrih deset let nazaj, z današnjimi (napovedanimi) zneski, kaže, da bomo plačevali tudi po 75% več. Ne glede na določene socialne korektive, ki jih omogoča zakonodaja, vsakokratna podražitev premije, zaradi narave dopolnilnega zavarovanja, najbolj obremeni socialno ogrožene skupine prebivalstva.

Ravno zato smo bili v zadnjih 20 letih večkrat priča različnim poskusom ukinitve dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Praviloma so se vsi poskusi končali precej klavrno, pogosto s političnimi posledicami v obliki odstopa ministra ali padca celotne vlade. Kljub temu, t.i. leve oziroma levosredinske vlade niso opustile te ideje. Nekatere so želele ukinitve dopolnilnega zavarovanja izvesti v sklopu celovite reforme zdravstvenega sistema, spet druge s parcialnimi ukrepi, ki bi ukinili zgolj dopolnilno zavarovanje te vrste in ga prenesli na ZZZS. Zadnjemu takšnemu poskusu smo bili priča v letih 2019 in 2020, ko je 13. Vlada Republike Slovenije, pod vodstvom g. Marjana Šarca, ukinitve zavarovanja kljub manjšinski vladi »pripeljala« do tretje obravnave v zakonodajnem postopku. Takratni predlog zakona je predvideval ukinitve dopolnilnega zavarovanja in uvedbo obveznega pavšalnega prispevka, ki bi predstavljal začasno rešitev na poti do celostne prenove zdravstvenega sistema. Še pred dokončnim glasovanjem o predlogu zakona je prišlo do nesoglasij med koalicijskimi partnerji, člani vlade in posledično do odstopa takratnega predsednika vlade. Naposled tudi ta predlog zakona ni prejel zadostno število poslanskih glasov.

Skladno s programom za delo koalicije 2022 – 2026 smo si koalicijske stranke zadale cilj, da do konca leta 2024 pripravimo celovito prenovo financiranja zdravstvenega sistema, ki bo vsebovala tudi ukinitve nepravičnega in neučinkovitega dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Glede na zadnje napovedi komercialnih zavarovalnic, da bodo primorane dvigniti premijo dopolnilnega zavarovanja (tudi za več kot 30%), želimo skrajšati predvideno časovnico za njegovo ukinitve. Kot rešitev predlagamo zakon, s katerim bi finančna sredstva iz naslova dopolnilnega zavarovanja prenesli v obvezno zdravstveno zavarovanje, ob ohranitvi iste ravni pravic in trenutne višine premije.

Predlagana novela predvideva prenos dopolnilnega zavarovanja v obvezno, s čimer bi se spremenil le prejemnik teh sredstev, ki bi bil po novem ZZZS. S tem bi bilo financiranje zdravstvenih storitev 100% krito iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in ne bi bila več potrebna delitev financiranja posameznih pravic na del, ki je krit iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in na del, za katerega je potrebno doplačilo.

2. CILJI, NAČELA IN POGLAVITNE REŠITVE PREDLOGA ZAKONA

2.1 Cilji

Cilj predlaganega novele je ukinitiv dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja in njegov prenos v obvezno zdravstveno zavarovanje v obliki plačil obveznega zdravstvenega prispevka v enotnem fiksnem znesku. Zavezanci za plačilo tega prispevka bi bili vsi zavezanci za plačilo obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki bi prispevek plačevali z upoštevanjem uveljavljenega postopka pobiranja prispevkov, prejemnik sredstev pa bi bil po novem ZZZS in ne več tri zasebne zavarovalnice. S tem bi odpravili bistven očitak trenutnega sistema dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, to so stroški treh zavarovalnic povezani z izvajanjem dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja v višini okrog 50 milijonov evrov in katere bi lahko uporabili za plačilo zdravstvenih storitev.

Ključni cilj predloga zakona je zagotavljanje pravice do zdravstvenega varstva iz javnih sredstev v skladu z drugim odstavkom 51. člena Ustave RS, kot tudi povečanje dostopnosti do zdravstvenih storitev za vse kategorije prebivalstva. Predlog zakona zasleduje cilj ohranitve (vsaj) obstoječega števila zavarovancev, ki bi lahko sicer, zaradi trenutno napovedanih podražitev, množično odpovedovali dopolnilna zavarovanja, s tem pa sebe in svoje bližnje spravili v zdravstveno ali socialno stisko. Predlagatelji želimo preprečiti neupravičen dvig premije in s tem ohraniti visok delež oseb vključenih v zdravstveno zavarovanje, ki bo krilo vse stroške zdravljenja, zdravil, medicinskih pripomočkov itd. Cilj predloga zakona je zagotoviti prebivalkam in prebivalcem Republike Slovenije ustrezno zdravstveno varstvo, ki ne more in ne sme biti pogojeno z ekonomskim položajem posameznika.

2.2. Načela

Ustava Republike Slovenije v 50. in 51. členu opredeljuje obveznosti zakonodajalca, da zagotovi pogoje za izvajanje pravice do socialne varnosti in pravice do zdravstvenega varstva. Nadalje vsebino teh pravic konkretizira pozitivna zakonodaja. Predlog zakona ne odstopa od načel, ki so bila upoštevana že ob pripravi veljavnega zakona. Ob tem pa sledi načelom zagotavljanja ustreznega zdravstvenega in socialnega varstva prebivalk in prebivalcev, krepitve enakih možnosti za dostop do zdravstvenih storitev, vzpostavitve pravičnega zdravstvenega sistema, varovanja in krepitve zdravja itd.

2.3 Poglavitne rešitve

Skladno s predlogom novele bi obstoječ sistem dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja prenesli v obvezno zdravstveno zavarovanje v obliki plačil obveznega zdravstvenega prispevka v enotnem fiksnem znesku. Zavezanci za plačilo tega prispevka bi bili vsi zavezanci za plačilo obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki bi prispevek plačevali z upoštevanjem uveljavljenega postopka pobiranja prispevkov (npr. za zaposlene je plačnik delodajalec, za upokoјence ZPIZ...), prejemnik sredstev pa bi bil po novem ZZZS in ne več tri zasebne zavarovalnice. Višina obveznega zdravstvenega prispevka bi bila enaka za vse zavarovance, in sicer 35 EUR, z možnostjo valorizacije enkrat letno, pri čemer se upošteva rast povprečne bruto plače v Republiki Sloveniji v preteklem letu po podatkih Statističnega Urada Republike Slovenije.

Prenos v obvezno zdravstveno zavarovanje bi odpravil tudi del obratovalnih stroškov in dobičke treh zasebnih zavarovalnic, ki izvajajo dopolnilno zdravstveno zavarovanje in ta sredstva bi se lahko porabila za financiranje zdravstvenih storitev in drugih pravic iz zdravstvenega varstva.

Predlog zakona predvideva tudi zavarovanje finančnih tveganj, ki bi lahko nastala zaradi načina ukinitve dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja in uvedbe obveznega zdravstvenega prispevka, in sicer v obliki določbe, ki predvideva, da Republika Slovenija iz državnega proračuna zagotavlja sredstva za pokrivanje primanjkljaja prihodkov nad odhodki oziroma obveznostmi ZZZS.

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

3. 1. Ocena finančnih posledic za državni proračun

Predlog zakona ne predvideva porabe proračunskih sredstev v obdobju, za katero je bil državni proračun že sprejet. Predlog zakona nima neposrednih posledic na državni proračun v letu 2023 in letu 2024.

3.2. Ocena finančnih posledic za druga javnofinančna sredstva

S predlogom zakona bi ZZZS po javno dostopnih podatkih, glede na število zavezancev za plačilo trenutnega dopolnilnega zavarovanja, prejel dodatnih približno 590 do 620 milijonov evrov prihodkov iz naslova obveznega zdravstvenega prispevka. Ob upoštevanju novonastalih odhodkov ZZZS zaradi plačila škodnih primerov iz tega naslova in stroškov za vzpostavitev upravljanja dodatnih sredstev in zavarovalnih razmerij, bi ZZZS lahko namenil financiranju zdravstvenih storitev približno dodatnih 45 milijonov evrov letno.

Morebiten primanjkljaj prihodkov nad odhodki ZZZS, ki bi nastal kot posledica izvajanja tega zakona, bo v skladu z določbo novega tretjega odstavka 45. člena zakona pokrili državni proračun. S tem se odpravlja finančna tveganja, ki bi lahko nastala in pri tem ogrozila delovanje javnega zdravstvenega sistema.

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

Predlog zakona ne predvideva porabe dodatnih proračunskih sredstev v letih 2023 in 2024.

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

5. 1. Prilagojenost ureditve pravnemu redu Evropske unije

Predlog zakona ni predmet usklajevanja s pravnim redom EU.

5. 2. Prikaz ureditve v drugih pravnih sistemih

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 %). Te 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 (leto 2013-2014). Država financira 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, 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.¹ Do neke mere krije tudi dolgotrajno blažilno oskrbo in storitve na področju duševnega zdravja. Le minimalno krije ambulantno očno zdravljenje in zobozdravstvene storitve. Omejeno je tudi kritje preventive, a je le-to v celoti povrnjeno v nekaterih primerih organiziranih programov (cepljenje, odkrivanje raka). OZZ se dopolnjuje z neposrednimi plačili v obliki sozavarovanja, doplačili ter t.i. izravnjavami (za »nadstandardne« storitve). Doplačila storitev z sočasnimi

¹ V francoskem sistemu je omogočen neposredni dostop do specialistov ginekologov, oftamologov, psihiatrov in stomatologov, vendar pa obid zdravnika na primarni ravni povzroči nepopolno kritje s strani OZZ. Leta 2004 je bil uveden prostovoljni vratarski (ang. gatekeeping) sistem za osebe starejše od 16 let. Približno 85 % populacije je prijavljene pri t.i. vratarju, pri čemer ima 90 % izbranega splošnega zdravnika, četudi je moč izbrati specialista. Splošni zdravniki so nagrajeni glede so od leta 2012 podvrženi sistemu nagrajevanja in lahko hkrati prejmejo dodatnih (v letu 2014) 40 evrov po bolniku, ki trpi za kronično boleznijo.

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.² 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 %). Z 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 zdravnikov³. 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 %. O tem dvojnem načinu 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 sodeluje 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).

2 Leta 2012 je bil podpisan prvi medpoklicni sporazum z namenom ureditve zdravljenja kroničnih bolnikov ali bolnikov, ki trpijo zaradi več bolezni in potrebujejo post bolnišnično oskrbo ali oskrbo na domu.

3 Specialisti v ambulantah in zasebnih bolnišnicah so plačani po storitvenih postavkah.

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.

Nemčija

Zdravstveno varstvo se zavarovanim osebam zagotavlja v javno financiranem OZZ in nadomestnem (substitutivnem) zasebnem zdravstvenem zavarovanju. Leta 2015 je v državi bilo 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. Nemška ureditev pozna izključitev neznatno zaposlene osebe (dohodek do 450 evrov mesečno, podatek za 2016) iz OZZ.

OZZ pokriva preventivne programe, storitve osebnega zdravnika, storitve na področju duševnega zdravlja, zobozdravstvo, stacionarno in ambulantno zdravljenje v bolnišnici, 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 cenzen 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 dnevnem 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 takšno organizacijo predstavlja Združenje nemških bolnišnic. Ambulantni zdravniki po navadi delajo v zasebnih ordinacijah, pri čemer za zavarovane osebe registracija pri osebnem zdravniku ni obvezna, le-ti pa ne opravljajo funkcije »vratarja«, vendar pa zdravstvene blagajne svojim zavarovanim osebam nudijo (in spodbujajo) možnost vključitve v sistem družinske oskrbe, ki pogosto sovпада 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.

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 stare 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 in 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 2012 znašali 9,9 % BDP, 81 % je bilo javnega financiranja s proporcionalnim davkom na dohodek in indirektnimi davki. Večina davkov zberejo okraji (councils). 19 % stroškov je bilo privatnih, večino od tega na račun direktnih plačil iz žepa. Glavi 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. Nobena zakonodaja ne prepoveduje zdravnikom, da bi izven bolnišnice ali javne ambulante obravnavali tudi zasebne bolnike, lahko pa taka pravila vzpostavijo delodajalci.

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 prejemajo 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 telesi delata na področju ocenjevanja zdravstvenih tehnologij. Svet za ocenjevanje zdravstvenih tehnologij ima mandat, da ocenjuje zdravstvene tehnologije s strokovnega, ekonomskega, etičnega in socialnega vidika, in promovira uporabo stroškovno učinkovitih tehnologij. Podobno telo ocenjuje stroškovno učinkovitost zdravil.

6. DRUGE POSLEDICE, KI JIH BO IMEL SPREJEM ZAKONA

Predlog zakona razen navedenih ne bo imel drugih posledic.

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

V imenu predlagatelja bo v zakonodajnem postopku sodelovala poslanka Tamara Kozlovič.

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, 189/20 – ZFRO, 51/21, 159/21, 196/21 – ZDOsk, 15/22, 43/22, 100/22 – ZNUZSZS in 141/22 – ZNUNBZ) se v 7. členu v prvem odstavku črtata petnajsta in šestnajsta alineja.

Dosedanja sedemnajsta in osemnajsta alineja postaneta petnajsta in šestnajsta 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:

»23. člen

Iz obveznega zavarovanja se zavarovani osebi zagotavlja plačilo naslednjih zdravstvenih storitev:

1. preventivnih zdravstvenih storitev, ki obsegajo:
 - preventivne zdravstvene preglede, vključno za registrirane športnike, razen preventivnih zdravstvenih pregledov, ki jih plača delodajalec,
 - zdravstvene storitve zgodnjega odkrivanja dejavnikov tveganja za nastanek kroničnih bolezni, vključno s presejalnimi testi,
 - zdravstvene storitve za krepitev zdravja in spreminjanje nezdravega življenjskega sloga in
 - cepljenja in obvezno zaščito z zdravili v skladu z zakonom, ki ureja nalezljive bolezni;
2. zdravljenja,
3. zdravljenja v tujini,
4. medicinske rehabilitacije, vključno z zdraviliškim zdravljenjem,
5. zdravstvene nege,
6. paliativne oskrbe,
7. reševalnih prevozov:
 - nujnih reševalnih prevozov v okviru nujne medicinske pomoči in
 - nenujnih reševalnih prevozov, če je nepokretna ali za prevoz na dializo ali če zaradi zdravstvenega stanja potrebujejo spremstvo zdravstvenega delavca ali če bi bil prevoz z javnim prevoznim sredstvom ali osebnim avtomobilom za njeno zdravje škodljiv,
8. sobivanje enega od staršev, rejnika, skrbnika, zakonca ali zunajzakonskega partnerja, kadar sobiva ob otroku svojega zakonca ali zunajzakonskega partnerja, v zdravstvenem zavodu ali zdravilišču s hospitaliziranim otrokom do vključno

štirinajstega leta starosti; z bolnim otrokom do 18. leta starosti oziroma dokler traja roditeljska pravica v primeru težje okvare ali poškodbe možganov ali hrbtenjače, pri kateri je potrebno usposabljanje za poznejšo medicinsko rehabilitacijo na domu, ali v primeru kronične bolezni ali okvare v času usposabljanja za poznejšo medicinsko rehabilitacijo na domu, ali v primeru zdravljenja težkega zdravstvenega stanja; ne glede na starost z osebo s posebnimi potrebami, ki potrebuje 24-urno nego in oskrbo, oziroma z osebo s statusom po zakonu, ki ureja socialno vključevanje invalidov,

9. skupinskih zdravstvenih programov zaradi krepitve zdravstvenega stanja otrok do 18. leta starosti, ki so v koledarskem letu večkrat hospitalizirani ali vsaj dvakrat bolni,
10. skupinskih zdravstvenih programov zaradi usposabljanja za obvladovanje zdravstvenega stanja otrok do 18. leta starosti s cerebralno paralizo, živčno-mišičnimi boleznimi ali druge vrste gibalne oviranosti, poškodbo glave, otrok z juvenilnim revmatoidnim artritisom, s sladkorno boleznijo, fenilketonurijo, celiakijo ali prekomerno telesno težo ter otrok z motnjo avtističnega spektra, z razvojnim zaostankom ali intelektualno manjzmožnostjo,
11. skupinskih zdravstvenih programov za izboljševanje, ohranjanje ali preprečevanje poslabšanja zdravstvenega stanja oseb z mišičnimi in živčno-mišičnimi boleznimi, s paraplegijo, tetraplegijo, cerebralno paralizo, poškodbo glave, z najtežjo obliko hemiplegije ali generalizirane psoriaze, multiplo sklerozo, s poliomeilitisom, Parkinsonovo boleznijo ali težjo ali težko motnjo v duševnem razvoju ob določeni funkcionalni okvari.

Zdravstvene storitve iz 1. do 4. točke prejšnjega odstavka vključujejo tudi zobozdravstvene storitve. Zdravstvene storitve iz prejšnjega odstavka, razen iz 7. in 8. točke, vključujejo tudi zdravila, živila za posebne zdravstvene namene in medicinske pripomočke, ki se predpisujejo na listino Zavoda ali jih zagotavlja izvajalec zdravstvene dejavnosti sam v okviru zdravstvene storitve.

Zavod lahko določi pogoj predhodnega zavarovanja do šest mesecev za uveljavljanje pravice do zobno-protetičnih in medicinskih pripomočkov.

Natančnejši obseg preventivnih zdravstvenih storitev iz 1. točke prvega odstavka tega člena, natančnejši postopek njihovega uveljavljanja, njihove standarde in normative določi minister, pristojen za zdravje, na predlog Zdravstvenega sveta, razen obveznih cepljenj in obvezne zaščite z zdravili, ki jih določi v skladu z zakonom, ki ureja nalezljive bolezni. Za izvajanje zdravstvenih storitev iz prejšnjega stavka lahko njihovi izvajalci od Zavoda ali iz Centralnega registra prebivalstva pridobijo osebne podatke o zavarovanih osebah, ki imajo pravico do teh zdravstvenih storitev.

Vsebinsko, način izvedbe in podrobnejša merila za izvajanje skupinskih zdravstvenih programov iz 9., 10. in 11. točke prvega odstavka tega člena določi minister, pristojen za zdravje.

Zavarovanci iz 22. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona imajo omejeno pravico do proste izbire zdravnika v zdravstvenem zavodu, ki jo uresničujejo v skladu s predpisi s področja izvrševanja kazenskih sankcij. Ti zavarovanci nimajo pravice do zdravljenja in zdravstvene nege na domu, zdravljenja v tujini, zdraviliškega zdravljenja in nadomestila za začasno zadržanost od dela, čeprav delajo v režijskih obratih, nege

ožjega družinskega člana, povračil potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev. Prav tako se po teh zavarovancih ne morejo zavarovati njihovi družinski člani, razen otroka, ki skupaj z obsojenko biva v zavodu in nima drugače urejenega zavarovanja.«.

4. člen

V 23.a členu se v prvem odstavku napovedni stavek spremeni tako, da se glasi:

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

V drugem odstavku se besedilo »ali vmesno« in besedilo »oziroma v ustreznem odstotnem deležu« črta.

V sedmem odstavku se besedilo »ali vmesno« črta.«.

5. člen

V 23.b členu se v prvem odstavku v napovednem stavku črta besedilo »ali vmesno«.

V drugem odstavku se v napovednem stavku črta besedilo »ali vmesno« in drugi stavek.

V tretjem odstavku se v napovednem stavku in v prvi alineji črta besedilo »ali vmesno«.

V četrtem odstavku se v prvem stavku črta besedilo »ali vmesno«.«.

6. člen

V 23.c členu se v prvem odstavku v napovednem stavku črta besedilo »ali vmesno«.

V drugem odstavku se črta besedilo »oziroma vmesno«.

V tretjem, petem in šestem odstavku se črta besedilo »ali vmesno«.

V sedmem odstavku se črta besedilo »ali vmesne«, besedilo »23.c člena tega zakona« pa se nadomesti z besedilom »prejšnjega člena«.

V osmem odstavku se črtata besedili »ali vmesno« in »ali vmesne«, besedilo »23.b člena tega zakona« pa se nadomesti z besedilom »prejšnjega člena«.

V desetem odstavku se črtata besedili »ali vmesno« in »ali vmesne«, besedilo »23.b člena tega zakona« pa se nadomesti z besedilom »prejšnjega člena«.

V enajstem odstavku se črta besedilo »in vmesno«.«.

7. člen

24. člen se črta.

8. člen

25. člen se črta.

9. člen

40. člen se spremeni tako, da se glasi:

»40. člen

Zavarovana oseba ima iz obveznega zavarovanja pravico do povračila prevoznih stroškov:

- če zaradi uveljavljanja pravice do zdravstvene storitve v Republiki Sloveniji potuje k zdravniku ali v zdravstveni zavod v drug kraj, ker v kraju njenega stalnega prebivališča ali njene zaposlitve ni zdravnika ali ustreznega zdravstvenega zavoda;
- če jo imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija povabi na osebno obravnavo v kraj zunaj kraja njenega stalnega prebivališča ali kraja njene zaposlitve;
- če uveljavlja pravico do zdravljenja v tujini iz 44.a ali 44.b člena tega zakona.

Ne glede na prvo in drugo alinejo prejšnjega odstavka zavarovana oseba nima pravice do povračila prevoznih stroškov, če uveljavlja pravico do naslednjih zdravstvenih storitev:

- zdravstvenih storitev v specialistično ambulantni ali bolnišnični dejavnosti ali zdraviliškega zdravljenja, ki je nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, če te zdravstvene storitve uveljavlja zaradi poškodbe izven dela;
- zdraviliškega zdravljenja, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja;
- zobno-protetičnega zdravljenja;
- izdaje zdravila, živila za posebne zdravstvene namene ali medicinskega pripomočka.

Ne glede na prvo, drugo in tretjo alinejo prejšnjega odstavka ima zavarovana oseba pravico do povračila prevoznih stroškov zaradi uveljavljanja pravice do naslednjih zdravstvenih storitev:

1. zdravljenja in medicinske rehabilitacije otrok, učencev in študentov, ki se redno šolajo, in sicer do konca šolanja, vendar največ do konca šolskega oziroma študijskega leta, v katerem dopolni 26 let ter otrok in mladostnikov z motnjami v telesnem in duševnem razvoju ali z neugodno poškodbo glave in okvaro možganov;
2. zdravljenja in medicinske rehabilitacije malignih bolezni, mišičnih in živčno-mišičnih bolezni, paraplegije, tetraplegije, cerebralne paralize, epilepsije, hemofilije, duševnih bolezni, razvitih oblik sladkorne bolezni, multiple skleroze in psoriaze;
3. zdravljenja in medicinske rehabilitacije slepote in slabovidnosti v skladu z veljavno klasifikacijo Svetovne zdravstvene organizacije, popolne ali zelo težke okvare sluha po Mednarodni klasifikaciji okvar, invalidnosti in oviranosti Svetovne zdravstvene organizacije (1980), cistične fibroze in avtizma in oseb po neugodni poškodbi glave in okvari možganov;
4. zdravljenja in medicinske rehabilitacije zaradi poklicnih bolezni in poškodb pri delu;
5. zdravstvenih storitev v zvezi z darovanjem in posledicami darovanja živega tkiva in organov za presaditev drugim osebam;

6. nujne medicinske pomoči;
7. zdravstvenih storitev v zvezi s presaditvijo organov in z drugimi najzahtevnejšimi operativnimi posegi;
8. zdravstvenih storitev v zvezi z intenzivno terapijo, radioterapijo, dializo in drugimi nujnimi najzahtevnejšimi diagnostičnimi, terapevtskimi in rehabilitacijskimi posegi;
9. zdravstvenih storitev v zvezi z zagotavljanjem in zdravljenjem zmanjšane plodnosti in umetno oploditvijo, sterilizacijo in umetno prekinitvijo nosečnosti;
10. zdravljenja ustnih in zobnih bolezni.

Najzahtevnejše zdravstvene storitve iz 7. in 8. točke prejšnjega odstavka določi Zavod v splošnem aktu v soglasju z ministrom, pristojnim za zdravje.«.

10. 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.«.

11. člen

45. člen se spremeni tako, da se glasi:

»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 in v pavšalnem znesku.

Če obveznosti, sprejetih na podlagi izhodišč iz 63. člena tega zakona, drugih pravic iz obveznega zavarovanja ali drugih obveznosti, ki se krijejo iz sredstev obveznega zavarovanja iz prvega odstavka tega člena, ni mogoče v celoti kriti iz teh sredstev, Republika Slovenija iz državnega proračuna zagotavlja sredstva za pokrivanje razlike med prihodki Zavoda iz prispevkov in drugih virov ter obveznostmi Zavoda, ki zapadejo do konca koledarskega leta.«.

12. člen

V 48. členu se za besedilom člena, ki postane prvi odstavek, doda novi drugi do enajsti odstavek, ki se glasijo:

»Poleg prispevkov iz prejšnjega odstavka se Zavodu plačuje tudi obvezni zdravstveni prispevek v višini 35 eurov za posamezni koledarski mesec ne glede na število dni zavarovanja v koledarskem mesecu.

Obvezni zdravstveni prispevek se uskladi enkrat letno, in sicer 1. marca z rastjo povprečne bruto plače v Republiki Sloveniji v preteklem letu po podatkih Statističnega Urada Republike Slovenije. Znesek obveznega zdravstvenega prispevka določi minister, pristojen za zdravje, najkasneje v mesecu februarju.

Za plačilo obveznega zdravstvenega prispevka so zavezani:

1. zavarovane osebe:

- iz prvega odstavka 15. člena, 15.a člena, 1. podtočke točke a) prvega odstavka 20. člena; drugega in tretjega odstavka 34. člena tega zakona,
- brezposelni delovni invalidi iz 88. člena Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (Uradni list RS, št. 48/22) in
- iz drugega odstavka 45. člena Zakona o starševskem varstvu in družinskih prejemkih (Uradni list RS, št. 26/14, 90/15, 75/17 – ZUPJS-G, 14/18, 81/19, 158/20, 92/21 in 153/22),

razen v primeru, če gre za zavarovane osebe iz 2. ali 3. točke tega odstavka;

2. Republika Slovenija:

- za zavarovance iz 15., 16., 17., 18., 21., 22., tretje alineje 23. točke, 24. in 25. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
- za zavarovance iz šestega odstavka 406. člena Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (Uradni list RS, št. 48/22),
- za zavarovane osebe, ki izpolnjujejo pogoje za pravico do zdravstvenega varstva po predpisih o vojnih invalidih, vojnih veteranih in žrtvah vojnega nasilja, če niso zavarovanci na podlagi 15. ali 18. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona, in
- za zavarovane osebe iz prejšnje točke tega odstavka, ki jim je v skladu z 29. členom Zakona o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev (Uradni list RS, št. 62/10, 40/11, 40/12 – ZUJF, 57/12 – ZPCP-2D, 14/13, 56/13 – ZŠtip-1, 99/13, 14/15 – ZUUJFO, 57/15, 90/15, 38/16 – odl. US, 51/16 – odl. US, 88/16, 61/17 – ZUPŠ, 75/17, 77/18, 47/19, 189/20 – ZFRO in 54/22 – ZUPŠ-1) priznana pravica do plačila obveznega zdravstvenega prispevka;

3. Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije:

- za zavarovance iz 10. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona do dopolnjenega 18. leta starosti, po dopolnjenem 18. letu starosti pa pod pogojem, če se šolajo, in sicer do konca šolanja, vendar največ do konca šolskega oziroma študijskega leta, v katerem dopolnijo 26 let, in
- za zavarovance iz 10. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona, ki postanejo popolnoma in trajno nezmožni za delo do dopolnjenega 18. leta starosti ali do konca rednega šolanja, dokler takšna nezmožnost traja.

Obveznost za izračun in plačilo obveznega zdravstvenega prispevka za posameznega zavarovanca nastane istočasno z nastankom obveznosti za izračun in plačilo prispevkov iz prvega odstavka tega člena.

Obvezni zdravstveni prispevek se za posameznega zavarovanca pobira v istem postopku ter na isti način kot se v skladu z določbo 58. in 59. člena tega zakona pobira prispevek iz prvega odstavka tega člena.

Ne glede na šesti in sedmi odstavek tega člena za zavezance iz 7. točke 15. člena tega zakona, ki v skladu s prvim odstavkom 52. člena tega zakona plačujejo prispevek iz prvega odstavka tega člena od katastrskega dohodka kmetijskih in gozdnih zemljišč, nastane obveznost obveznega zdravstvenega prispevka na zadnji dan meseca, na katerega se obveznost nanaša, in jo ugotovi davčni organ z odločbo o odmeri obveznega zdravstvenega prispevka za posamezno koledarsko leto v mesecu januarju oziroma v mesecu po mesecu, v katerem postane zavarovanec na podlagi 7. točke 15. člena tega zakona in plačuje prispevek iz prvega odstavka tega člena od katastrskega

dohodka. Obveznost se plačuje v dvanajst mesečnih obrokih, ki zapadejo v plačilo 20. dne v mesecu za pretekli mesec.

Če obvezni zdravstveni prispevek za zavarovanca odtegne in plača plačnik davka po zakonu, ki ureja davčni postopek, se šteje, da je obvezni zdravstveni prispevek plačan za mesec, za katerega plačnik davka plačuje dohodek zavarovancu, od katerega odtegne obvezni zdravstveni prispevek in v višini, določeni za tisti mesec.

Če zavarovanec za posamezni mesec prejme dohodek, od katerega se odteguje obvezni zdravstveni prispevek, v več delih, se obvezni zdravstveni prispevek odtegne od prvega dela prejetega dohodka. Če zavarovanec prejme dohodek za več mesecev skupaj, se obvezni zdravstveni prispevek odtegne od vsakega dohodka za posamezni mesec, od katerega se odteguje obvezni zdravstveni prispevek.

Če zavarovanec za posamezni mesec prejme dohodek iz delovnega razmerja, kot je opredeljeno po zakonu, ki ureja dohodnino, od katerega se odteguje obvezni zdravstveni prispevek, pri več delodajalcih, obvezni zdravstveni prispevek v imenu in za račun zavarovanca izračuna, odtegne in plača glavni delodajalec, kot je opredeljen po zakonu, ki ureja dohodnino.

Če je zavarovanec za posamezni koledarski mesec vključen v zavarovanje po več zavarovalnih podlagah, nastane obveznost plačila obveznega zdravstvenega prispevka po podlagi, po kateri je bil zavarovan na prvi dan v mesecu, pri čemer se ne upošteva podlaga zavarovanja iz 20. člena tega zakona. Če na podlagi prejšnjega stavka ni mogoče določiti ene podlage za plačilo obveznega zdravstvenega prispevka, nastane obveznost plačila obveznega zdravstvenega prispevka po podlagi zavarovanja, ki je v prvem odstavku 15. člena tega zakona navedena prej. Ta odstavek se ne uporabi, če se na podlagi prejšnjega odstavka lahko določi eno podlago za plačilo obveznega zdravstvenega prispevka.«.

13. člen

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

Dosedanja 2. točka postane 1. točka.

V dosedanji 3. točki, ki postane druga točka, se črta besedilo, ki se glasi: »niti dopolnilno niti«.

Dosedanja 4. točka postane 3. točka.

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

14. člen

Podpoglavje z naslovom »1. Dopolnilno zavarovanje« in členi 62., 62.b, 62.c in 62.č se črtajo.

15. člen

Podpoglavje z naslovom »2. Izravnalna shema dopolnilnega zavarovanja« in členi od 62.d do 62.i se črtajo.

16. člen

Podpoglavje z naslovom »3. Pogoji za preoblikovanje vzajemne družbe« in 62. j člen se črtata.

17. člen

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

V drugem odstavku se v četrti alineji za besedo »EMŠO« doda besedilo »in davčna številka«, v šesti alineji pa za besedo »prebivanje« doda besedilo »ter razlog oziroma namen, zaradi katerega je bilo dovoljenje izdano«.

Šesti in sedmi odstavek se črtata.

V osmem odstavku, ki postane šesti odstavek, se črtata drugi in tretji stavek.

Dosedanji deveti in deseti odstavek postaneta sedmi in osmi odstavek.«.

18. člen

96.a člen se črta.

19. člen

96.b člen se črta.

PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

20. člen

Z dnem začetka uporabe tega zakona so zavarovalne pogodbe o dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju razvezane po samem zakonu. 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, 36/19, 189/20 – ZFRO, 51/21, 159/21, 196/21 – ZDOsk, 15/22, 43/22, 100/22 – ZNUZSZS in 141/22 – ZNUNBZ), imajo pravico izterjati zapadle neplačane premije za obdobja, za katere so zagotavljale zavarovalno kritje, in dolžnost zavarovancem vrniti tiste plačane dele premij, ki se nanašajo na zavarovalno kritje za zavarovalno obdobje po datumu začetka uporabe tega zakona.

Osebe, ki so zavarovane na podlagi sklenjene pogodbe o dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju s katerokoli od zavarovalnic, ki do dneva uveljavitve tega zakona izvajajo 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, 36/19, 189/20 – ZFRO, 51/21, 159/21, 196/21 – ZDOsk, 15/22, 43/22, 100/22 – ZNUZSZS in 141/22 – ZNUNBZ) 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, 36/19, 189/20 – ZFRO, 51/21, 159/21, 196/21 – ZDOsk, 15/22, 43/22, 100/22 – ZNUZSZS in 141/22 – ZNUNBZ) 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 začetka 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 za določen čas, do začetka uporabe tega zakona.

21. člen

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, razen sklepanje pogodb o dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju za osebe, ki bi v času od začetka veljavnosti tega zakona pa do začetka uporabe določb tega zakona, ki se nanašajo na zdravstveno doplačilo, 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. Prav tako zavarovalnice od dneva začetka uporabe tega zakona ne smejo uporabljati osebnih podatkov, pridobljenih z dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem.

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, 36/19 189/20 – ZFRO, 51/21, 159/21, 196/21 – ZDOsk, 15/22, 43/22, 100/22 – ZNUZSZS in 141/22 – ZNUNBZ), ne smejo spreminjati premije dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja brez utemeljenega razloga, ki je lahko zgolj in samo ogroženost financiranja zdravstvenega varstva. Vsako zvišanje mora biti utemeljeno z izračuni, prav tako pa jih mora potrditi nosilec aktuarske funkcije zavarovalnice, preveri in odobri pa jih tudi aktuar iz agencije, pristojne za zavarovalni nadzor. Če vendarle pride do utemeljenega zvišanja, se lahko zavarovanci odločijo za prekinitev dopolnilnega zavarovanja in ga, če želijo, sklenejo pri drugi zavarovalnici.

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 dnevu uveljavitve tega zakona, mora pa upoštevati vse druge 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, 36/19, 189/20 – ZFRO, 51/21, 159/21, 196/21 – ZDOsk, 15/22, 43/22, 100/22 – ZNUZSZS in 141/22 – ZNUNBZ).

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, izračunani v skladu s predpisi, ki urejajo zavarovalništvo, in s 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 uporabe tega zakona.

Ustreznost višine zavarovalno-tehničnih rezervacij na en dan pred dnevom uveljavitve tega zakona za dopolnilno zdravstveno zavarovanje za tiste zavarovalnice, ki izvajajo dopolnilno zdravstveno zavarovanje, do datuma uveljavitve tega zakona, preveri neodvisni aktuar, ki izpolnjuje pogoje za nosilca aktuarske funkcije v skladu z zakonom, ki ureja zavarovalništvo in ga na podlagi razpisa imenuje minister pristojen za zdravje. 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. Minister pristojen za zdravje določi rok za preveritev ustreznosti iz tega odstavka.

22. člen

Premoženje družbe za vzajemno zavarovanje na dan, ki je en dan pred dnevom uporabe tega zakona, ki je namenjeno izvajanju dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja in ostane po poplačilu obveznosti do dneva uporabe tega zakona in oblikovanju zavarovalno-tehničnih rezervacij, se razdeli osebam, ki so na dan, ki je en dan pred dnevom uporabe tega zakona, člani družbe za vzajemno zavarovanje. Razdelitev premoženja družbe se izvede v roku 30 dni po začetku uporabe tega zakona. Znesek, ki pripada vsakemu posameznemu članu, se nakaže na TRR člana. Od take razdelitve premoženja se ne plača dohodnina.

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.

Če se družba za vzajemno zavarovanje odloči za razdelitev premoženja iz prvega odstavka tega člena po poenostavljenih merilih iz drugega odstavka tega člena, ravna na naslednji način:

- določi skupni znesek premoženja, ki se razdeli, v skladu s prvim odstavkom tega člena;
- pripravi seznam vseh članov na dan, ki je en dan pred datumom začetka veljavnosti tega zakona, pri čemer seznam 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 uporabe 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.

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

Postopek razdelitve premoženja preveri in nadzoruje aktuar iz tretjega odstavka prejšnjega člena.

23. člen

Šteje se, da so zdravila, ki so razvrščena na liste zdravil, in živila za posebne zdravstvene namene, ki so razvrščena na liste teh živil, od dne začetka uporabe tega zakona razvrščena na pozitivno listo zdravil oziroma na pozitivno listo živil za posebne zdravstvene namene in se v celoti krijejo iz obveznega zavarovanja.

24. člen

Valorizacija zneska obveznega zdravstvenega prispevka se v skladu z določbo tretjega odstavka 48. člena zakona prvič opravi v letu 2025.

25. člen

Z dnem začetka uporabe tega zakona se v:

1. Zakonu o socialnem varstvu (Uradni list RS, št. 3/07 – uradno prečiščeno besedilo, 23/07 – popr., 41/07 – popr., 61/10 – ZSVarPre, 62/10 – ZUPJS, 57/12, 39/16, 52/16 – ZPPreb-1, 15/17 – DZ, 29/17, 54/17, 21/18 – ZNOrg, 31/18 – ZOA-A, 28/19, 189/20 – ZFRO in 196/21 – ZDOsk) v 49.a členu v petem odstavku besedilo »kritja razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev« nadomesti z besedilom »plačila obveznega zdravstvenega prispevka«.

2. Zakonu o vajištvu (Uradni list RS, št. 25/17) v 20. členu v devetem odstavku besedilo »kritja razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev« nadomesti z besedilom »plačila obveznega zdravstvenega prispevka«.

3. Zakonu o vojnih veteranih (Uradni list RS, št. 59/06 – uradno prečiščeno besedilo, 61/06 – ZDru-1, 101/06 – odl. US, 40/12 – ZUJF, 32/14, 21/18 – ZNOrg in 174/20 – ZIPRS2122) v 15. členu prvi odstavek spremeni tako, da se glasi:

»Vojnemu veteranu se zagotavlja plačilo obveznega zdravstvenega prispevka«.

4. 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, 21/18 – ZNOrg, 174/20 – ZIPRS2122 in 159/21) se v 28. členu prvi odstavek spremeni tako, da se glasi:

»Vojnemu invalidu se zagotavlja plačilo obveznega zdravstvenega prispevka.«.

V 66. členu se v drugem odstavku črta besedilo »v višini razlike do polne vrednosti storitev, zagotovljenih«.

5. Zakonu o žrtvah vojnega nasilja (Uradni list RS, št. 18/03 – uradno prečiščeno besedilo, 54/04 – ZDoh-1, 68/05 – odl. US, 61/06 – ZDru-1, 114/06 – ZUTPG, 72/09, 40/12 – ZUJF, 21/18 – ZNOrg, 174/20 – ZIPRS2122 in 159/21) se 10. člen spremeni tako, da se glasi:

»10. člen

Žrtvi vojnega nasilja se zagotavlja plačilo obveznega zdravstvenega prispevka.«.

26. člen

Z dnem začetka uporabe tega zakona v Zakonu o zavarovalništvu (Uradni list RS, št. 93/15, 9/19 in 102/20) prenehajo veljati:

- sedmi odstavek 7. člena,
- 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,
- tretji odstavek 81. člena,
- 94. člen v delu, ki se nanaša na izvajanje dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja,
- tretji odstavek 99. člena v delu, ki se nanaša na opravljanje dopolnilnega zavarovanja,
- četrti odstavek 116. člena v delu, ki se nanaša na opravljanje dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja,
- 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 preneha veljati peti odstavek 28. člena Zakona o opravljanju plačilnih storitev za proračunske uporabnike (Uradni list RS, št. 77/16 in 47/19) v delu, ki se nanaša na dopolnilno zavarovanje.

27. člen

Odločbe o pravici do kritja razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev, izdane pred začetkom uporabe tega zakona, se z dnem začetka uporabe tega zakona štejejo za odločbe o pravici do plačila obveznega zdravstvenega prispevka.

Postopki odločanja o plačilu kritja razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev, ki na dan začetka uporabe tega zakona še ne bodo zaključeni, se zaključijo v skladu z določbami tega zakona.

Zdravstvene storitve, ki se začnejo izvajati do vključno 31. avgusta 2023 in jih zaradi pravil o obračunu zdravstvenih storitev, ki veljajo v obveznem zavarovanju, ni mogoče obračunati do vključno 31. avgusta 2023, temveč ko je zdravstvena obravnava zaključena, se obračunajo in krijejo 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, 36/19, 189/20 – ZFRO, 51/21, 159/21, 196/21 – ZDOsk, 15/22, 43/22, 100/22 – ZNUZSZS in 141/22 – ZNUNBZ) in na njegovi podlagi sprejetimi akti, če se zaključijo do vključno 30. septembra 2023.

28. člen

Do ustrezne ureditve v zakonu, ki ureja dohodnino, se obvezni zdravstveni prispevek, uveden s tem zakonom, po zakonu, ki ureja dohodnino, ne šteje za obvezni prispevek za socialno varnost, ki ga je dolžan plačevati zavezanec za dohodnino, za katerega se zmanjšuje davčna osnova oziroma se prizna kot davčno priznan odhodek.

29. člen

Do ustrezne ureditve v zakonu, ki ureja uveljavljanje pravic iz javnih sredstev:

1. Imajo pravico do plačila obveznega zdravstvenega prispevka zavarovanci in po njih zavarovani družinski člani na podlagi upravičenja do denarne socialne pomoči oziroma ob izpolnjevanju pogojev za pridobitev denarne socialne pomoči, razen v primeru, če upravičenec izpolnjuje pogoje za pridobitev varstvenega dodatka;
2. Zavarovanec oziroma po njem zavarovan družinski član izkazuje izpolnjevanje pogojev iz prejšnje točke z odločbo centra za socialno delo. O pravici iz prejšnje točke center za socialno delo odloči po uradni dolžnosti, če je oseba upravičena do denarne socialne pomoči, in je, kadar oseba uveljavlja pravico do denarne socialne pomoči, ni treba posebej uveljavljati, razen če oseba na vlogi izrecno izjavi, da te pravice ne želi;
3. So osebe iz 1. točke tega člena upravičene do plačila obveznega zdravstvenega prispevka največ za obdobje, za katero se jim lahko dodeli denarna socialna pomoč;
4. Ministrstvo obvesti o številki, datumu in obdobju veljavnosti izdane odločbe za posameznega upravičenca iz 1. točke tega člena finančni urad in Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki te podatke vodi v evidenci zavarovanih oseb;
5. Republika Slovenija na podlagi zahteve Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije mesečno plačuje obvezni zdravstveni prispevek za zavarovance oziroma po njih zavarovane družinske člane iz 1. točke tega člena Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije do 15. v mesecu za pretekli mesec predloži zahtevo za plačilo obveznega zdravstvenega prispevka ministrstvu, pristojnemu za zdravje, obvezni zdravstveni prispevek pa se plača do zadnjega dne v mesecu predložitve zahteve za plačilo prispevkov;
6. Zavarovanec iz 1. točke tega člena obvesti zavezanca za plačilo obveznega zdravstvenega prispevka oziroma plačnika davka, če obvezni prispevek za zdravstveno zavarovanje za tega zavarovanca izračuna, odtegne in plača plačnik davka, da ima z odločbo priznano pravico do denarne socialne pomoči in s tem do plačila obveznega zdravstvenega prispevka. Zavezanec za plačilo oziroma plačnik davka iz prejšnjega stavka v teh primerih ni dolžan plačati oziroma odtegniti obveznega zdravstvenega prispevka.

30. člen

Zavod uskladi splošne akte zavoda s tem zakonom do začetka uporabe tega zakona.

Zavarovalnice, ki izvajajo dopolnilno zavarovanje morajo do začetka uporabe tega zakona uskladiti statute z določbami 20., 21. in 22. člena tega zakona.

31. člen

Ta zakon začne veljati petnajsti dan po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije, uporabljati pa se začne 1. septembra 2023.

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, 36/19, 189/20 – ZFRO,
51/21, 159/21, 196/21 – ZDOsk, 15/22, 43/22, 100/22 – ZNUZSZS in 141/22 –
ZNUNBZ).

III. OBRAZLOŽITVE ČLENOV

K 1. členu

Z določbo se zaradi ukinitve dopolnilnega zavarovanja črta dosedanja določbi, ki sta predvidevali plačilo razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev, ki jih je za posamezne kategorije zavarovancev plačeval proračun Republike Slovenije. Glede na črtanje določb, se v preostalem delu določbi prvega odstavka 7. člena ustrezno nomotehnično preštevilčita.

K 2. členu

Določba predvidi spremembo tretjega odstavka 15. člena veljavnega Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, in sicer zaradi ukinitve dopolnilnega zavarovanja ni več potrebe po besedilu, ki je do sedaj predvideval, da ZZZS pridobi podatke o posameznih kategorijah zavarovancev tudi pri zavarovalnicah, ki so izvajale dopolnilno zavarovanje.

K 3. členu

Zaradi spremembe sistema financiranja zdravstvenih storitev, tj. ni več različnih odstotkov kritja zdravstvenih storitev in delitve med obveznim zdravstvenim zavarovanjem in dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem, je bilo potrebno drugače strukturirati določbo zakona. Določba ohranja enak obseg pravic iz zdravstvenega zavarovanja v primerjavi s sedaj veljavnim sistemom.

K 4., 5. in 6. členu

Ker predlog zakona predvideva ukinitve dopolnilnega zavarovanja pride do sprememb tudi na področju razvrščanja zdravil na liste; zaradi spremembe ni več vmesne liste zdravil. Zato se temu ustrezno preoblikuje tudi določbo 23.a, 23.b in 23.c člena.

K 7. členu

Določba predvideva črtanje obstoječega 24. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, in sicer zaradi same tematike, ki jo sedaj veljavna določba ureja. Kot je razvidno, trenutno 24. člen ureja pravico posameznih kategorij zavarovancev in njihovih družinskih članov, da jim proračun Republike Slovenije, v primeru, da izpolnjujejo za to določene pogoje, krije razliko do polne vrednosti zdravstvenih storitev.

K 8. členu

Tudi določba 25. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju danes ureja nekatera dejanska stanja posameznikov in izjeme, ko se posamezniku, ne glede na to, da slednji ni vključen v dopolnilno zavarovanje, krije razliko do polne vrednosti zdravstvenih storitev. Glede na to, da se sedaj koncept zavarovanja spreminja in se dopolnilno zavarovanje ukinja, navedena določba ni več potrebna, zato predlagamo njeno črtanje.

K 9. členu

Veljavna zakonodaja daje pravico do povračila prevoznih stroškov le zavarovanim osebam, ki uveljavljajo pravice iz 1., 2. in 3. točke prvega odstavka 23. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Kar pomeni, da so to sklopi zdravstvenih storitev, ki so bili najmanj v 80% financirani iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ker se sedaj koncept zdravstvenega zavarovanja spreminja in ni več deležev, je potrebno jasneje razmejiti, v katerih primerih, ko zavarovana oseba uveljavlja zdravstvene storitve, je slednja upravičena tudi do povračila prevoznih stroškov. Ker je bilo eno izmed glavnih izhodišč pri pripravi novele veljavnega zakona to, da se raven in obseg pravic ne spreminja, smo temu ustrezno prilagodili tudi besedilo 40. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju.

Da pa bi se izognili pravni praznini dodajamo še določbo, ki naj določi zakonsko pooblastilo za podzakonsko določitev najzahtevnejših zdravstvenih storitev iz 7. in 8. točke tretjega odstavka spremenjenega 40. člena ZZVZZ, na katere je vezana pravica do povračila prevoznih stroškov. Najzahtevnejše zdravstvene storitve v skladu s trenutno veljavno zakonsko ureditvijo sicer določa Sklep o določitvi odstotkov vrednosti zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 1/13), vendar jih določa zaradi trenutno veljavne 2. točke prvega odstavka 23. člena ZZVZZ, torej zaradi določitve višine njihovega plačila iz sredstev OZZ, in ne neposredno zaradi uveljavljanja pravice do povračila prevoznih stroškov iz 40. člena ZZVZZ. Glede na spremenjena 23. in 40. člen ZZVZZ je zato treba dodati jasno zakonsko pooblastilo za njihovo določitev zaradi uveljavljanja pravice do povračila prevoznih stroškov. V skladu s predlaganim novim četrtem odstavkom spremenjenega 40. člena ZZVZZ bo najzahtevnejše zdravstvene storitve tudi v prihodnje določil ZZKS s splošnim aktom, ki ga bo sprejela skupščina ZZKS v skladu z drugo alinejo drugega odstavka 70. člena ZZVZZ, ki določa, da skupščina Zavoda sprejema splošne akte za uresničevanje zdravstvenega zavarovanja. Pri določitvi teh zdravstvenih storitev gre namreč za strokovna vprašanja, ki niso primerna za zakonsko materijo. Enako, kot sicer določa 26. člen ZZVZZ glede določitve natančnejšega obsega zdravstvenih storitev iz 23. člena ZZVZZ, se tudi za primer določitve najzahtevnejših zdravstvenih storitev iz 7. in 8. točke tretjega odstavka spremenjenega 40. člena ZZVZZ določa soglasje ministra, pristojnega za zdravje.

K 10. členu

Zaradi ukinitve dopolnilnega zavarovanja se temu ustrezno popravlja tudi določba 44.c člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ki ureja pravico do prehajanja na podlagi določb Direktive o čezmejnem zdravstvenem varstvu. V skladu s trenutno veljavno zakonodajo je namreč v primeru, da je posameznik uveljavljal pravico do zdravstvene storitve v tujini na podlagi citirane direktive, ZZKS poravnal stroške zdravstvene storitve v višini povprečne vrednosti storitve v Sloveniji, v kolikor je šlo za zdravstveno storitev, ki je bila le delno financirana iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja, pa je posameznik moral preostali del povračila zahtevati pri zavarovalnici, kjer je imel sklenjeno dopolnilno zavarovanje.

K 11. členu

Člen določa, da se sredstva za obvezno zavarovanje zagotavljajo s prispevki, ki jih plačujejo Zavodu zavarovanci, delodajalci in drugi s tem zakonom določeni zavezanci in da se prispevki plačujejo od osnov, določenih s tem zakonom, po proporcionalnih

stopnjah in v pavšalnem znesku. Navedba pavšalnih zneskov je potrebna zaradi uvedbe obveznega zdravstvenega prispevka. Nov tretji odstavek spremenjenega 45. člena določa obveznost Republike Slovenije za pokrivanje razlike med prihodki in obveznostmi ZZZS, z namenom zavarovanja finančnih tveganj, ki izhajajo iz prehoda na nov sistem zagotavljanja virov financiranja zdravstvenega zavarovanja.

K 12. členu

Določba veljavnega 48. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju se dopolnjuje z uvedbo obveznega zdravstvenega prispevka. Slednji se v skladu s predlogom zakona plačuje mesečno iz neto dohodkov. Zavezanci za plačilo so enaki tistim, ki danes plačujejo obvezno zdravstveno zavarovanje. Tudi pri odvajanju mesečnega prispevka se postopkovno in administrativno sledi postopku, kot danes velja za prispevek za obvezno zdravstveno zavarovanje. Ne glede na navedeno ni mogoče v celoti prevzeti mehanizmov obveznega zdravstvenega zavarovanja – zato so v določbi določene nekatere kategorije, ki jih je zaradi današnje specifičnosti potrebno izrecno navesti kot zavezance za plačilo obveznega zdravstvenega prispevka.

K 13. členu

Gre za uskladiveno določbo – zaradi ukinitve dopolnilnega zavarovanja je temu ustrezno potrebno črtati besedilo, ki slednjega opredeljuje ter posledično nomotehnično preštevilčiti določbo.

K 14., 15. in 16. členu

Določbe predvidevajo črtanje besedila podpoglavij veljavnega Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ki so urejala dopolnilno zavarovanje, izravnalne sheme in pogoje za preoblikovanje vzajemne družbe.

K 17. členu

V sklopu 79.b člena se med evidence, ki jih vodi ZZZS ustrezno umešča tudi obvezni zdravstveni prispevek ter črta podatke, ki so se sedaj vodili na za potrebe pravice do plačila razlike do polne vrednosti. Dopolnjuje se tudi evidenca o zavarovanih osebah iz drugega odstavka 79.b člena ZZVZZ s podatkom o davčni številki in podatkom o razlogu oziroma namenu, zaradi katerega je izdano dovoljenje za prebivanje, in sicer z namenom, da se bo omogočilo izvajanje nove ureditve. ZZZS potrebuje podatek o davčni številki, da lahko iz različnih uradnih zbirk podatkov identificira zavezanca za OPP (npr. v Centralni register prebivalcev se podatki vodijo po EMŠO, medtem ko v Poslovni register Sloveniji vodijo podatki po davčni številki). Podatek o razlogu oziroma namenu, zaradi katerega je bilo izdano dovoljenje za prebivanje, je prav tako potreben zaradi pravilne določitve zavezancev za OPP.

K 18. in 19. členu

Zaradi ukinitve dopolnilnega zavarovanja se črtata določbi, ki urejata globo za zavarovalnico, ki izvaja dopolnilno zavarovanje, če slednja ne posreduje podatkov na ministrstvo, ki jih slednje potrebuje za izdajo izravnalnih odločb in nadzor nad izvajanjem 62.f člena tega zakona, za katerega je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor.

K 20., 21. in 22. členu

Določbe predvidevajo prehodno obdobje in aktivnosti, ki so potrebne za prenehanje izvajanja dopolnilnega zavarovanja. Predvideni so postopki in akterji ter časovnice, v katerih se izvede npr. odpoved pogodb o dopolnilnem zavarovanju, obveznosti zavarovalnic, ki so izvajale dopolnilno zavarovanje, razgradnja premoženja ipd.

K 23. členu

Določba predvideva, da se vsa zdravila in živila, ki so bila umeščena na vmesno listo, razporedijo na pozitivno listo.

K 24. členu

Določba predvideva, da se valorizacija zneska obveznega zdravstvenega prispevka, v skladu s tretjim odstavkom 48. člena zakona, prvič opravi v letu 2025.

K 25. in 26. členu

Določbe opredeljujejo predvidene posege (spremembe, dopolnitve ali prenehanje posameznih določb) v drugo specialno zakonodajo, ki so potrebni zaradi ukinitve dopolnilnega zavarovanja.

K 27. členu

Člen ureja razmejitve med uporabo prejšnjega ali tega zakona pri mejnih zadevah, ki ne bodo zaključene do začetka uporabe tega zakona.

Zaradi prehoda na novo ureditev višine kritja zdravstvenih storitev iz sredstev OZZ (100 % kritje) je z novelo zakona nujno treba določiti način oziroma višino kritja zdravstvenih storitev, ki se v zdajšnji ureditvi krijejo iz sredstev OZZ v odstotnem deležu in ki jih glede na pravila o obračunu in plačilu, ki veljajo v sistemu OZZ, ni mogoče obračunati po dnevih ali ob zaključku koledarskega meseca, temveč se plačajo na osnovi obračuna, ko so izvedene oziroma zaključene. To so npr. skupine primerljivih primerov v akutni bolnišnični obravnavi. Za te zdravstvene storitve namreč ni mogoč obračun in kritje na presečni dan, ko naj bi se začela uporabljati novela zakona (1. septembra 2023), saj zdravstvene storitve in s tem njenega obračuna ni mogoče deliti na način, da bi se njen del (do 1. septembra 2023) kril v odstotku, drugi del iste zdravstvene storitve (od 1. septembra 2023) pa v celoti iz sredstev OZZ. Predlagamo, da se za te zdravstvene storitve, ki se bodo začele izvajati pred 1. septembrom 2023 (ko se začne uporabljati novela zakona) in bodo zaključene do konca septembra 2023, krijejo v odstotnih deležih v skladu z zdaj veljavnim ZZVZZ, torej tako, da bo njihov ustrezni delež krilo DZZ. Ob dejstvu, da se večina teh zdravstvenih storitev, ki imajo različen datum začetka in zaključka zdravljenja, konča oziroma zaključi v mesecu dni od začetka zdravljenja, je treba vsaj še za zaključene zdravstvene storitve v mesecu septembru 2023 urediti plačilo v odstotnem deležu iz sredstev OZZ in ne v celoti 100 % v breme OZZ.

K 28. členu

Določba predvideva, da se do ustrezne ureditve v zakonu, ki ureja dohodnino, obvezni zdravstveni prispevek, uveden s tem zakonom, po zakonu, ki ureja dohodnino, ne šteje za obvezni prispevek za socialno varnost, ki ga je dolžan plačevati zavezanec za

dohodnino, za katerega se zmanjšuje davčna osnova oziroma se prizna kot davčno priznan odhodek

K 29. členu:

Določba ureja (do ustrezne ureditve v zakonu, ki ureja uveljavljanje pravic iz javnih sredstev) pravico do plačila obveznega zdravstvenega prispevka zavarovancev in po njih zavarovanih družinskih članov na podlagi upravičenja do denarne socialne pomoči oziroma ob izpolnjevanju pogojev za pridobitev denarne socialne pomoči, razen v primeru, če upravičenec izpolnjuje pogoje za pridobitev varstvenega dodatka.

K 30. členu

Zavod za zdravstveno zavarovanje mora do začetka uporabe tega zakona uskladiti svoje splošne akte s tem zakonom. Prav tako morajo zavarovalnice, ki izvajajo dopolnilno zavarovanje, do začetka uporabe tega zakona uskladiti določbe statuten z določbami 20., 21. in 22. člena tega zakona.

K 31. členu

Določba predvideva datum uveljavitve in datum začetka uporabe zakona. 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, 36/19, 189/20 – ZFRO, 51/21, 159/21, 196/21 – ZDOsk, 15/22, 43/22, 100/22 – ZNUZSZS in 141/22 – ZNUNBZ).

IV. BESEDILO ČLENOV, KI SE SPREMINJAJO ALI DOPOLNJUJEJO

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ, 64/17 – ZZDej-K, 36/19, 189/20 – ZFRO, 51/21, 159/21, 196/21 – ZDOsk, 15/22, 43/22, 100/22 – ZNUZSZS in 141/22 – ZNUNBZ)

7. člen

Republika Slovenija iz proračuna zagotavlja sredstva za:

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

zdravstveno zavarovanje in niso zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja;

- plačilo 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;
- plačilo opravljanja mrljskih pregledov, obdukcij in tehnične pomoči v zvezi z obdukcijo.

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

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, poslane na delo ali na strokovno izpopolnjevanje v tujino, če niso obvezno zavarovane v državi, v katero so bile poslane;
3. osebe, zaposlene pri tujih in mednarodnih organizacijah in ustanovah, tujih konzularnih in diplomatskih predstavništvih s sedežem v Republiki Sloveniji, če ni z mednarodno pogodbo drugače določeno;
4. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, zaposlene pri tujem delodajalcu, ki niso zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja;
5. osebe, ki na območju Republike Slovenije samostojno opravljajo gospodarsko ali poklicno dejavnost kot edini ali glavni poklic;
6. družbeniki osebnih družb, družbeniki družb z omejeno odgovornostjo in ustanovitelji zavodov, če so družbeniki družb oziroma ustanovitelji zavodov poslovodne osebe, ki opravljajo poslovodno funkcijo kot edini ali glavni poklic;
7. kmetje, člani njihovih gospodarstev in druge osebe, ki v Republiki Sloveniji opravljajo kmetijsko dejavnost kot edini ali glavni poklic;
8. vrhunski športniki in vrhunski šahisti - člani telesnokulturnih in šahovskih organizacij v Republiki Sloveniji, ki niso zavarovani iz drugega naslova;
9. brezposelne osebe, ki prejemajo pri zavodu za zaposlovanje denarno nadomestilo;
10. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki prejemajo pokojnino po predpisih Republike Slovenije oziroma preživnino po predpisih o preživninskem varstvu kmetov;
11. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki prejemajo pokojnino od tujega nosilca pokojninskega zavarovanja, če z mednarodno pogodbo ni drugače določeno;
12. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja, ki med bivanjem v Republiki Sloveniji ne morejo uporabljati pravic iz tega naslova;
13. družinski člani osebe, zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja, ki imajo stalno prebivališče v Republiki Sloveniji in niso zavarovani kot družinski člani pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja;

14. tujci, ki se izobražujejo ali izpopolnjujejo v Republiki Sloveniji, ki niso zavarovani iz drugega naslova;
15. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki so uživalci invalidnin po predpisih o vojaških invalidih in civilnih invalidih vojne, pravic po predpisih o varstvu vojnih veteranov, žrtev vojnega nasilja in udeležencev drugih vojn ter uživalci republiških priznavalnin, če niso zavarovane iz drugega naslova;
16. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki prejemajo nadomestilo po zakonu o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih odraslih oseb, če niso zavarovane iz drugega naslova;
17. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki prejemajo trajno denarno socialno pomoč in osebe, ki jim je Republika Slovenija priznala status begunca ali subsidiarno zaščito v skladu s predpisi o mednarodni zaščiti, če niso zavarovane iz drugega naslova;
18. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki so uživalci priznavalnin po predpisih o varstvu udeležencev vojn, če niso zavarovane iz drugega naslova;
19. vojaški obvezniki s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki so v civilni službi kot nadomestilu vojaškega roka;
- 19.a vojaški obvezniki s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji med služenjem vojaškega roka oziroma med usposabljanjem za rezervno sestavo policije;
20. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, če ne izpolnjujejo pogojev za zavarovanje po eni izmed točk iz tega odstavka in si same plačujejo prispevek;
21. državljani Republike Slovenije in tujci, ki imajo dovoljenje za stalno prebivanje, ki jim je po zakonu, ki ureja uveljavljanje pravic iz javnih sredstev, priznana pravica do plačila prispevka za obvezno zavarovanje;
22. priporniki, ki niso zavarovanci iz drugega naslova do trenutka nastopa pripora oziroma jim zavarovanje preneha v času pripora, obsojenci na prestajanju kazni zapor, mladletniškega zapor, mladletniki 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 zapor, 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 zapor, kjer se te osebe nahajajo na prestajanju uklonilnega zapor 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 neizgledni 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 socialno varstvenih zavodih, razen če oseba prejema primerljive storitve zdravstvene nege, vezane na osnovna dnevna opravila, določene z zakonom in podzakonskimi predpisi na področju obveznega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo,
 - 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, rejnika, skrbnika, zakonca ali zunajzakonskega partnerja, kadar sobiva ob otroku svojega zakonca ali zunajzakonskega partnerja, v zdravstvenem zavodu ali zdravilišču z bolnim otrokom do vključno 14. leta starosti; z bolnim otrokom do 18. leta starosti oziroma dokler traja roditeljska pravica v primeru težje okvare ali poškodbe možganov ali hrbtenjače, pri kateri je potrebno usposabljanje za poznejšo medicinsko rehabilitacijo na domu, ali v primeru kronične bolezni ali okvare v času usposabljanja za poznejšo medicinsko rehabilitacijo na domu, ali v primeru zdravljenja težkega zdravstvenega stanja; ne glede na starost z osebo s posebnimi potrebami, ki potrebuje 24-urno nego in oskrbo, oziroma z osebo s statusom po zakonu, ki ureja socialno vključevanje invalidov,
 - predhodni in obdobjni zdravstveni pregledi za športnike, ki nastopajo na uradnih tekmovanjih nacionalnih panožnih športnih zvez,
 - skupinski zdravstveni programi zaradi krepitve zdravstvenega stanja otrok do 18. leta starosti, ki so v koledarskem letu večkrat hospitalizirani ali vsaj dvakrat bolni,
 - skupinski zdravstveni programi zaradi usposabljanja za obvladovanje zdravstvenega stanja otrok do 18. leta starosti s cerebralno paralizo, živčno-mišičnimi boleznimi ali druge vrste gibalne oviranosti, poškodbo glave, otrok z juvenilnim revmatoidnim artritisom, s sladkorno boleznijo, fenilketonurijo, celiakijo ali prekomerno telesno težo ter otrok z motnjo avtističnega spektra, z razvojnimi zaostankom ali intelektualno manjzmožnostjo,
 - skupinski zdravstveni programi za izboljševanje, ohranjanje ali preprečevanje poslabšanja zdravstvenega stanja oseb z mišičnimi in živčno-mišičnimi boleznimi, s paraplegijo, tetraplegijo, cerebralno paralizo, poškodbo glave, z najtežjo obliko hemiplegije ali generalizirane psoriaze, multiplo sklerozo, s poliomelitisom, Parkinsonovo boleznijo ali težjo ali težko motnjo v duševnem razvoju ob določeni funkcionalni okvari;
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,
 - storitve lekarniške dejavnosti na primarni ravni zdravstvene dejavnosti, razen v primeru izdaje zdravil in medicinskih pripomočkov iz 1., 3., 4. in 6. 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,
 - zobnoprostetično 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, 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.

Vsebinsko, način izvedbe in podrobnejša merila za izvajanje skupinskih zdravstvenih programov iz devetnajste, dvajsete in enaindvajsete alineje 1. točke prvega odstavka tega člena določi minister, pristojen za zdravje.

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 zobnoprostetičnih 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, sobivanja, razen matere ob otroku, ki sicer biva pri materi v skladu s predpisi, ki urejajo izvrševanje kazenskih sankcij, 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 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.

23.b člen

Na pozitivno listo ali vmesno listo Zavod razvršča zdravila na podlagi naslednjih meril:

- pomen zdravila z vidika javnega zdravja,
- prednostne naloge izvajanja programa zdravstvenega varstva,
- terapevtski pomen zdravila,
- relativna terapevtska vrednost zdravila,
- ocena farmakoekonomskih podatkov za zdravilo,
- ocena etičnih vidikov,
- prioritete programov zdravstvenega varstva,
- podatki in ocene iz referenčnih virov.

Na pozitivno listo ali vmesno listo Zavod razvršča živila za posebne zdravstvene namene na podlagi naslednjih meril:

- pomen živila za posebne zdravstvene namene z vidika javnega zdravja,
- terapevtski pomen živila za posebne zdravstvene namene,
- prilagojenost sestave hranil v živilu, specifično za bolezen, motnjo ali zdravstveno stanje,
- dogovorjena cena živila za posebne zdravstvene namene med predlagateljem razvrstitve in Zavodom.

Na pozitivno listo se ob upoštevanju meril iz prejšnjega stavka razvrščajo le živila za posebne zdravstvene namene, s prilagojeno sestavo hranil, ki so lahko edini vir prehrane.

Ne glede na prvi in drugi odstavek tega člena na pozitivno ali vmesno listo ne morejo biti razvrščena zdravila in živila za posebne zdravstvene namene, ki:

- ne izkazujejo enake ali dodane vrednosti v terapevtskem ali ekonomskem smislu v primerjavi z zdravili oziroma živila v isti terapevtski skupini, ki so že razvrščena na pozitivno ali vmesno listo ali
- se uporabljajo za blažitev simptomov oziroma zdravljenje stanj, ki so z javno zdravstvenega vidika manj pomembna ali
- se uporabljajo pri obravnavi stanj, ki jih je mogoče urediti ali pozdraviti zgolj s spremenjenim načinom življenja.

Zavod lahko ob razvrstitvi zdravila ali živila za posamezne zdravstvene namene na pozitivno ali vmesno listo določi omejitve predpisovanja ali izdajanja posameznega zdravila oziroma živila za posebne zdravstvene namene. Omejitev se lahko nanaša na populacijsko skupino, ki lahko zdravilo prejme, indikacijsko področje, za katero se sme zdravilo predpisovati, stopnjo izraženosti bolezni, za katero se sme zdravilo predpisovati, vrsto specializacije zdravnika, ki sme zdravilo predpisati ali obveznost predhodne odobritve strokovne komisije, ki odloča o predpisovanju določenih zdravil, pridobljenih z biotehnološkimi postopki ter živil za posebne zdravstvene namene.

23.c člen

Vlogo za razvrstitev zdravil na pozitivno ali vmesno listo lahko vložijo Zavodu naslednji predlagatelji:

- imetnik dovoljenja za promet z zdravilom oziroma njegov zastopnik v Republiki Sloveniji;
- imetnik dovoljenja za promet s paralelno vnesenim ali uvoženim zdravilom;
- imetnik dovoljenja za vnos ali uvoz zdravila, razvrščenega na seznam nujno potrebnih zdravil;
- imetnik pozitivnega mnenja Evropske agencije za zdravila za paralelno distribucijo zdravila.

Vlogo za razvrstitev živil za posebne zdravstvene namene na pozitivno oziroma vmesno listo lahko vloži Zavodu proizvajalec živila za posebne zdravstvene namene oziroma njegov zastopnik.

Ne glede na določilo prvega in drugega odstavka tega člena lahko Zavod razvršča zdravila in živila za posebne zdravstvene namene na pozitivno ali vmesno listo tudi na pobudo bolnišnic ali na lastno pobudo.

Vloga za razvrstitev zdravila ali živila za posebne zdravstvene namene mora vsebovati podatke o predlagatelju ter tehnične in strokovne podatke o zdravilu ali živilu za posebne zdravstvene namene. Vloga za razvrstitev zdravila mora vsebovati tudi odločbo o najvišji dovoljeni ceni oziroma izredni višji dovoljeni ceni, ki jo je izdal organ, pristojen za zdravila, v skladu s predpisi, ki urejajo cene zdravil.

Zavod izda odločbo o razvrstitvi zdravila na pozitivno ali vmesno listo oziroma odločbo o nerazvrstitvi zdravila na pozitivno ali vmesno listo, ki začne veljati najkasneje v roku 90 dni od prejema popolne vloge. Ta rok se lahko podaljša le v primeru, ko je organ, pristojen za zdravila, določil najvišjo dovoljeno ceno pred iztekom 90 dni. Postopek določanja najvišje dovoljene cene skladno s predpisi, ki urejajo cene zdravil, ter postopek razvrščanja zdravila na pozitivno ali vmesno listo vključno z uveljavitvijo razvrstitve, ne smeta skupaj presegati 180 dni.

Zavod izda odločbo o razvrstitvi živila na pozitivno ali vmesno listo oziroma nerazvrstitvi živila za posebne zdravstvene namene na pozitivno ali vmesno listo najkasneje v roku 180 dni od prejema popolne vloge. Če Zavod med postopkom razvrščanja ugotovi, da so podatki v vlogi nejasni ali neustrezni, o tem obvesti predlagatelja in ga pozove, da vlogo dopolni. Do predložitve zahtevanih podatkov se postopek razvrščanja odloži ter rok za izdajo odločbe ne teče.

Zavod lahko na pobudo zdravstvenih institucij ali na lastno pobudo uvede postopek za izločitev zdravila ali živila za posebne zdravstvene namene s pozitivne ali vmesne liste, kadar ne izpolnjujejo več meril iz prvega oziroma drugega odstavka 23.c člena tega zakona oziroma ko pride do izpolnitve enega od meril iz tretjega odstavka 23.c člena tega zakona.

Odločba o razvrstitvi ali nerazvrstitvi zdravila in živila za posebne zdravstvene namene na pozitivno ali vmesno listo ali o izločitvi s pozitivne ali vmesne liste mora biti obrazložena z navedbo razlogov, ki temeljijo na merilih iz prvega, drugega in tretjega odstavka 23.b člena tega zakona.

Predlagatelj se lahko zoper odločbo iz petega in šestega odstavka tega člena pritoži v 30 dneh od prejema odločbe. Pritožba, ki se vloži na Zavod, ne zadrži njene izvršitve. O pritožbi odloči minister, pristojen za zdravje, v roku 60 dni od prejema pritožbe. Odločitev pristojnega ministra lahko vlagatelj v roku 30 dni od prejema odločbe izpodbija s tožbo v upravnem sporu pred Upravnim sodiščem Republike Slovenije.

Natančnejši postopek in podrobnejša merila za razvrščanje zdravil in živil za posebne zdravstvene namene na pozitivno ali vmesno listo, za izločitev zdravil in živil za posebne zdravstvene namene iz pozitivne ali vmesne liste, podrobnejše sestavine vloge ter morebitne stroške postopka, pogoje in postopek za določanje omejitev iz četrtega odstavka 23.b člena tega zakona, način, postopek in merila ter roke za določanje najvišjih priznanih vrednosti za posamezne skupine medsebojno zamenljivih zdravil ter za živila za posebne zdravstvene namene, merila ter pogoje in postopek za sklenitev dogovora o ceni zdravil z Zavodom v skladu s predpisi, ki urejajo cene zdravil, ureja splošni akt Zavoda, h kateremu da soglasje minister, pristojen za zdravje.

Terapevtske skupine zdravil in njihove najvišje priznane vrednosti izmed zdravil, razvrščenih na pozitivno in vmesno listo, na lastno pobudo določi Zavod s splošnim aktom upravnega odbora Zavoda, ki se objavi na spletni strani Zavoda. Natančnejši postopek in natančnejše pogoje za določanje terapevtskih skupin zdravil ter njihovih najvišjih priznanih vrednosti določi Zavod v splošnem aktu v soglasju z ministrom, pristojnim za zdravje.

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 alinee prejšnjega odstavka je pogoj za uveljavljanje pravice do povračila stroškov naslednjih zdravstvenih storitev:

- bolnišničnih zdravstvenih storitev, ki vključujejo prenočitev zavarovane osebe,
- zdravstvenih storitev, ki zahtevajo uporabo visoko specializirane in drage medicinske infrastrukture ali medicinske opreme.

Ne glede na določbe prvega odstavka tega člena zavarovana oseba ni upravičena do povračila stroškov za:

- zdravstvene storitve v osnovni zdravstveni dejavnosti,
- zdravstvene storitve na področju dolgotrajne oskrbe, vključno z neakutno bolnišnično obravnavo ter zdravljenjem in nego v socialnovarstvenih zavodih,
- zdravstvene storitve na področju pridobivanja in presaditve delov človeškega telesa,
- zdravstvene storitve na področju presejalnih programov,
- sobivanje enega od staršev, rejnika, skrbnika, zakonca ali zunajzakonskega partnerja, kadar sobiva ob otroku svojega zakonca ali zunajzakonskega partnerja, v zdravstvenem zavodu ali zdravilišču, kot izhaja iz sedemnajste alineje v prvi točki prvega odstavka 23. člena tega zakona,
- 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, seznani 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.

48. člen

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

1. prispevek iz 1. točke 46. člena tega zakona:
 - zavarovanci iz 1., 2. in 3. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona in njihovi delodajalci,
 - zavarovanci iz 4., 5., 6. in 8. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona;
2. prispevek iz 2. točke 46. člena tega zakona:
 - zavarovanci in zavod za zaposlovanje za zavarovance iz 9. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
 - zavod pokojninskega in invalidskega zavarovanja za zavarovance iz 10. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
 - Republika Slovenija za zavarovance iz 15., 16., 19., 19.a in 23. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
 - zavarovanci iz 20. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona;
 - Republika Slovenija za zavarovance iz 24. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
 - zavarovanci in Republika Slovenija za zavarovance iz 25. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona;
3. prispevek iz 3. točke 46. člena tega zakona:
 - zavarovanci iz 7. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
 - zavarovanci iz 11., 12., 13. in 14. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
 - izplačevalec prejemkov za zavarovance iz 18. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
 - Republika Slovenija za zavarovance iz 17. in 21. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona;
4. prispevek iz 4. točke 46. člena tega zakona: zavarovanci iz 7. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona, če so pokojninsko in invalidsko zavarovani;
5. prispevek iz 5. točke 46. člena tega zakona:
 - Republika Slovenija za zavarovance iz 22. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona.

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 zdravil 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.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 osebem 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 izravnavajo 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 izravnave 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.

3. Pogoji za preoblikovanje vzajemne družbe

62.j člen

Pogoje za morebitno preoblikovanje družbe za vzajemno zavarovanje, ki je bila ustanovljena po določbah Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 29/98), v delniško družbo se uredi z zakonom.

Z zakonom iz prejšnjega odstavka se določijo kriteriji, pogoji in postopek morebitnega preoblikovanja družbe za vzajemno zavarovanje iz prejšnjega odstavka v delniško družbo, opredelijo pravice zavarovancev, ki so bili člani družbe na zadnji dan pred začetkom veljavnosti Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 76/05), zagotovijo enake pravice zavarovancem, ki na isti dan niso imeli članskih pravic, ter določijo pravice ustanovitelja družbe za vzajemno zavarovanje.

Zaradi varovanja javnega interesa in interesa zavarovancev zakon iz prvega odstavka tega člena določi tudi pravice zavarovancev, ki želijo nadaljevati dopolnilno zdravstveno zavarovanje v vzajemni družbi.

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 (ZZZS 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,
- davčno številko.

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 analitskim 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.

Zakon o socialnem varstvu (Uradni list RS, št. 3/07 – uradno prečiščeno besedilo, 23/07 – popr., 41/07 – popr., 61/10 – ZSVarPre, 62/10 – ZUPJS, 57/12, 39/16, 52/16 – ZPPreb-1, 15/17 – DZ, 29/17, 54/17, 21/18 – ZNOrg, 31/18 – ZOA-A, 28/19, 189/20 – ZFRO in 196/21 – ZDOsk)

49.a člen

Center za socialno delo se ustanovi kot javni socialno varstveni zavod.

Znotraj centra za socialno delo delujejo enote centra za socialno delo, ki so notranje organizacijske enote in so organizirane tudi zunaj sedeža centra za socialno delo.

Centri za socialno delo poslujejo tudi v stalnih ali občasnih krajevnih pisarnah, ki so organizirane s sklepom direktorja centra za socialno delo.

Na enotah centra za socialno delo se izvajajo socialno varstvene storitve, javna pooblastila in naloge, ki jih centrom za socialno delo nalagajo drugi predpisi, ter socialnovarstveni programi, pomembni za občino in za sodelovanje z nevladnimi organizacijami, razen:

- vodenje postopkov o pravicah iz javnih sredstev (o otroškem dodatku, znižanju plačila za programe vrtcev, državni štipendiji, dodatni subvenciji malice za učence in dijake in subvenciji kosila za učence),
 - vodenje postopkov o pravici do dodatka za veliko družino,
 - naloge službe za koordinacijo in pomoč žrtvam,
 - vodenje in organiziranje interventne službe in kriznih centrov,
 - naloge, ki jih opravljajo koordinatorji obravnave v skupnosti in
 - naloge, ki jih opravljajo koordinatorji invalidskega varstva,
- ki se izvajajo na centru za socialno delo.

Ne glede na prvo alinejo prejšnjega odstavka se vodenje postopka o otroškem dodatku izvaja na enoti centra za socialno delo, če se hkrati vodi postopek o pravici do denarne socialne pomoči, o pravici do varstvenega dodatka, o pravici do kritja razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev, o pravici do plačila prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje ali o subvenciji najemnine.

Vlada Republike Slovenije z uredbo določi centre za socialno delo, njihov sedež in teritorialno pristojnost ter enote centra za socialno delo in njihova območja delovanja, tako da je zagotovljeno racionalno in učinkovito opravljanje nalog.

Vlada Republike Slovenije vsaka tri leta Državnemu zboru poroča o učinkovitosti delovanja centrov za socialno delo in enot centrov za socialno delo na območjih, kjer so ustanovljeni.

Zakon o vajeništvu (Uradni list RS, št. 25/17)

20. člen (vajeniška nagrada)

(1) Vajenec je za čas praktičnega usposabljanja z delom upravičen do vajeniške nagrade.

(2) Delodajalec je dolžan vajencu izplačevati vajeniško nagrado mesečno v denarni obliki.

(3) Glede plačilnega dneva, kraja in načina izplačila vajeniške nagrade se uporabljajo določbe tega zakona, glede zadrževanja in pobota vajeniške nagrade pa se uporabljajo določbe zakona, ki ureja delovna razmerja.

(4) Mesečni znesek vajeniške nagrade ne sme biti nižji od:

- 250 eurov za prvi letnik;
- 300 eurov za drugi letnik in
- 400 eurov za tretji letnik.

(5) Mesečni znesek vajeniške nagrade iz prejšnjega odstavka je lahko višji, če je tako določeno s kolektivno pogodbo dejavnosti, ki zavezuje delodajalca.

(6) Za brezposelno osebo v vajeniškem razmerju se za določitev vajeniške nagrade uporablja četrti odstavek tega člena.

(7) Zneski vajeniških nagrad iz četrtega odstavka tega člena se usklajujejo na način in v roku, ki ga določa zakon, ki ureja usklajevanje transferjev posameznikom in gospodinjstvom v Republiki Sloveniji.

(8) Znesek vajeniške nagrade iz četrtega odstavka tega člena ne vključuje dodatkov, obveznih dajatev, ki bremenijo delodajalca, in povračila stroškov iz 21. člena tega zakona.

(9) Vajeniška nagrada ne vpliva na družinske prejemke vajenca in njegove družine, kot jih določata zakona, ki urejata socialno varstvene prejemke in pravice iz javnih sredstev. Vajeniška nagrada se ne všteva v skupni dohodek družine, ki je osnova za pridobitev pravice vajenca ali njegove družine do otroškega dodatka, državne štipendije, denarne socialne pomoči, varstvenega dodatka, subvencije najemnine, znižanega plačila vrtca in pravice do kritja razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev ter pravice do plačila prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje.

Zakon o vojnih veteranih (Uradni list RS, št. 59/06 – uradno prečiščeno besedilo, 61/06 – ZDru-1, 101/06 – odl. US, 40/12 – ZUJF, 32/14, 21/18 – ZNOrg in 174/20 – ZIPRS2122)

15. člen

Vojnemu veteranu se zagotavlja plačilo zdravstvenih storitev v višini razlike do polne vrednosti storitev zagotovljenih v okviru obveznega zavarovanja.

Vojnemu veteranu s stalnim prebivališčem v tujini se v času, ko je na ozemlju Republike Slovenije, zagotavlja plačilo zdravstvenih storitev v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja v celoti.

Zakon 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, 21/18 – ZNOrg, 174/20 – ZIPRS2122 in 159/21)

28. člen

Vojnemu invalidu se zagotavlja plačilo zdravstvenih storitev v višini razlike do polne vrednosti storitev, zagotovljenih v okviru obveznega zavarovanja.

Vojnemu invalidu - državljanu Republike Slovenije s stalnim prebivališčem v tujini, se v času, ko je na ozemlju Republike Slovenije, zagotavlja plačilo zdravstvenih storitev v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja v celoti.

Način povrnitve vrednosti zdravstvenih storitev, ki jih uveljavi vojni invalid iz prejšnjega odstavka, uredita pristojna organizacija za zdravstveno zavarovanje in ministrstvo, pristojno za vojne invalide (v nadaljnjem besedilu: ministrstvo), s pogodbo.

66. člen

Uživalcu družinske invalidnine - državljanu Republike Slovenije s stalnim prebivališčem v tujini, se v času, ko je na ozemlju Republike Slovenije, zagotavlja zdravstveno varstvo v obsegu, ki se po predpisih o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju zagotavlja v okviru obveznega zavarovanja.

Uživalcu družinske invalidnine - državljanu Republike Slovenije s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki je to pravico uveljavil kot družinski član padlega borca, je zagotovljeno plačilo zdravstvenih storitev v višini razlike do polne vrednosti storitev, zagotovljenih v okviru obveznega zavarovanja.

Uživalcu družinske invalidnine - državljanu Republike Slovenije s stalnim prebivališčem v tujini, ki je to pravico uveljavil kot družinski član padlega borca, je v času, ko je na ozemlju Republike Slovenije, zagotovljeno plačilo zdravstvenih storitev v okviru obveznega zavarovanja v celoti.

Glede načina povrnitve vrednosti zdravstvenih storitev za državljane Republike Slovenije s stalnim prebivališčem v tujini velja določba tretjega odstavka 28. člena tega zakona.

Zakon o žrtvah vojnega nasilja (Uradni list RS, št. 18/03 – uradno prečiščeno besedilo, 54/04 – ZDoh-1, 68/05 – odl. US, 61/06 – ZDru-1, 114/06 – ZUTPG, 72/09, 40/12 – ZUJF, 21/18 – ZNOrg, 174/20 – ZIPRS2122 in 159/21)

10. člen

Žrtvi vojnega nasilja se zagotavlja plačilo zdravstvenih storitev v višini razlike do polne vrednosti storitev, zagotovljenih v okviru obveznega zavarovanja.

Zakon o zavarovalništvu (Uradni list RS, št. 93/15, 9/19 in 102/20)

7. člen (zavarovalni posli)

(1) Zavarovalni posli so sklepanje in izvrševanje pogodb o premoženjskem in življenjskem zavarovanju ali pozavarovanju, razen obveznih socialnih zavarovanj.

(2) Zavarovanja se glede na glavne nevarnosti, ki jih krijejo, razvrščajo v naslednje zavarovalne vrste:

1. nezgodno zavarovanje (vključno z zavarovanjem nesreč pri delu in poklicnih obolenj) je zavarovanje, ki v primeru smrti ali izgube zdravja zaradi nezgode krije:
 - izplačilo dogovorjenih denarnih nadomestil, odškodnin oziroma povračil stroškov,
 - izplačila zaradi poškodbe, okvare zdravja ali smrti potnikov;
2. zdravstveno zavarovanje je zavarovanje, ki v primeru bolezni, poškodbe ali posebnega zdravstvenega stanja krije:

- stroške zdravstvenih ter z njimi povezanih storitev, stroške oskrbe z zdravili in medicinsko-tehničnimi pripomočki,
 - izplačila dogovorjenih denarnih nadomestil,
 - kombinacijo izplačil po prejšnjih alinejah;
3. zavarovanje kopenskih vozil (razen tirnih vozil) je zavarovanje, ki krije vse škode na oziroma izgubo:
 - kopenskih vozil na lasten pogon,
 - kopenskih vozil brez lastnega pogona;
 4. zavarovanje tirnih vozil je zavarovanje, ki krije vse škode na tirnih vozilih oziroma izgubo tirnih vozil;
 5. letalsko zavarovanje je zavarovanje, ki krije vse škode na zrakoplovih ali drugih letalnih napravah ter izgubo zrakoplovov oziroma drugih letalnih naprav;
 6. zavarovanje plovil je zavarovanje, ki krije vse škode na morskih, rečnih in jezerskih plovilih oziroma njihovo izgubo;
 7. zavarovanje prevoza blaga je zavarovanje, ki krije vse škode na blagu oziroma izgubo blaga, vključno s prtljago, ne glede na vrsto prevoza;
 8. zavarovanje požara in elementarnih nesreč je zavarovanje, ki krije vse škode na premoženju (razen škod na premoženju, ki jih krijejo zavarovanja iz 3. do 7. točke tega odstavka), ki nastane zaradi:
 - požara,
 - eksplozije,
 - nevihte,
 - drugih naravnih dogodkov razen neviht,
 - jedrske energije,
 - pogrezanja in drsenja tal;
 9. drugo škodno zavarovanje je zavarovanje, ki krije vse škode na premoženju (razen škod na premoženju, ki jih krijejo zavarovanja iz 3. do 7. točke tega odstavka), ki nastane zaradi toče, pozebe ali zaradi drugih vzrokov (npr. tatvine), razen vzrokov iz 8. točke tega odstavka;
 10. zavarovanje odgovornosti pri uporabi vozil je zavarovanje, ki krije vse vrste odgovornosti, ki izhajajo iz uporabe kopenskih vozil z lastnim pogonom (vključno s prevozniško odgovornostjo);
 11. zavarovanje odgovornosti pri uporabi zrakoplovov oziroma drugih letalnih naprav je zavarovanje, ki krije vse vrste odgovornosti, ki izhajajo iz uporabe zrakoplovov oziroma drugih letalnih naprav (vključno s prevozniško odgovornostjo);
 12. zavarovanje odgovornosti pri uporabi plovil je zavarovanje, ki krije vse vrste odgovornosti, ki izhajajo iz uporabe morskih, rečnih in jezerskih plovil (vključno s prevozniško odgovornostjo);
 13. splošno zavarovanje odgovornosti je zavarovanje, ki krije druge vrste odgovornosti, razen odgovornosti iz 10. do 12. točke tega odstavka;
 14. kreditno zavarovanje je zavarovanje, ki krije:
 - nevarnost neplačila (oziroma zamude plačila) zaradi nesolventnosti ali drugih dogodkov (ravnanj ali dejstev),
 - izvozne kredite in druge nevarnosti, povezane z izvozom, trgovino in vlaganji na tujih in domačih trgih,
 - kredite z obročnim odplačevanjem,
 - hipotekarne in lombardne kredite,
 - kmetijske kredite,
 - druge kredite in posojila;
 15. kavcijsko zavarovanje je zavarovanje, ki krije in neposredno ali posredno jamči za izpolnitev obveznosti dolžnikov;
 16. zavarovanje različnih finančnih izgub je zavarovanje, ki krije finančne izgube zaradi:
 - poklicnih nevarnosti,
 - nezadostnih prihodkov (na splošno),
 - slabega vremena,

- izgubljenega dobička,
 - nepredvidenih splošnih stroškov,
 - nepredvidenih poslovnih stroškov,
 - izgube tržne vrednosti,
 - izpada najemnine oziroma izgube prihodka,
 - posrednih poslovnih izgub, razen izgub iz prejšnjih alinej,
 - drugih neposlovnih izgub,
 - drugih finančnih izgub;
17. zavarovanje stroškov postopka je zavarovanje, ki krije stroške odvetnikov in druge stroške postopka;
 18. zavarovanje pomoči je zavarovanje, ki krije pomoč osebam, ki zaidejo v težave na potovanju oziroma v drugih primerih odsotnosti od njihovega doma oziroma stalnega prebivališča;
 19. življenjsko zavarovanje (razen zavarovanj iz 20. do 24. točke tega odstavka) je zavarovanje, ki obsega zlasti zavarovanje za primer doživetja, zavarovanje za primer smrti, mešano življenjsko zavarovanje, rentno zavarovanje in življenjsko zavarovanje z vračilom premij, in dodatno zavarovanje, ki obsega predvsem zavarovanje invalidnosti zaradi nezgode ali bolezni, zavarovanje smrti zaradi nezgode ter zavarovanje za primer poškodbe, vključno z zavarovanjem nesposobnosti opravljanja poklica zaradi poškodbe, kadar je dodatno zavarovanje sklenjeno k življenjskemu zavarovanju iz zavarovalne skupine življenjskih zavarovanj iz 2. točke četrtega odstavka tega člena;
 20. zavarovanje za primer poroke oziroma rojstva;
 21. življenjsko zavarovanje z naložbenim tveganjem je zavarovanje, pri katerem zavarovalec prevzema naložbeno tveganje, povezano s spremembo vrednosti enot kolektivnih naložbenih podjemov za vlaganja v prenosljive vrednostne papirje (v nadaljnjem besedilu: KNPVP sklad), kot jih določa zakon, ki ureja investicijske sklade in družbe za upravljanje oziroma vrednosti sredstev, vsebovanih v notranjem skladu zavarovalnice, oziroma vrednosti indeksa vrednostnih papirjev oziroma druge referenčne vrednosti;
 22. tontine je zavarovanje, pri katerem se skupina zavarovalcev dogovori, da bo skupno kapitalizirala svoje prispevke in razdelila tako kapitalizirano premoženje med tiste zavarovance, ki doživijo določeno starost oziroma med dediče umrlih zavarovalcev oziroma med upravičence, ki so jih določili umrli zavarovanci;
 23. zavarovanje s kapitalizacijo izplačil je zavarovanje, ki temelji na zavarovalno-tehničnih izračunih in pri katerem prejme zavarovalec, zavarovanec ali drug upravičenec v zameno za enkratno oziroma obročno vplačevanje premij izplačila v določenem obdobju in višini;
 24. zavarovanje izpada dohodkov zaradi nezgode ali bolezni, ki ga zavarovalnica ne more odpovedati.

(3) Zavarovanja, ki združujejo zavarovanja iz več zavarovalnih vrst, se razvrščajo v naslednje zavarovalne podskupine:

1. nezgodna in zdravstvena zavarovanja so zavarovanja iz zavarovalnih vrst iz 1. in 2. točke prejšnjega odstavka,
2. zavarovanja vozil so zavarovanja iz zavarovalnih vrst iz druge alineje 1. točke ter 3., 7. in 10. točke prejšnjega odstavka,
3. pomorska in transportna zavarovanja so zavarovanja iz zavarovalnih vrst iz druge alineje 1. točke ter 4., 6., 7. in 12. točke prejšnjega odstavka,
4. zavarovanja zrakoplovov ali drugih letalnih naprav so zavarovanja iz zavarovalnih vrst iz druge alineje 1. točke ter 5., 7. in 11. točke prejšnjega odstavka,
5. požarna in druga škodna zavarovanja so zavarovanja iz zavarovalnih vrst iz 8. in 9. točke prejšnjega odstavka,
6. zavarovanja odgovornosti so zavarovanja iz zavarovalnih vrst iz 10. do 13. točke prejšnjega odstavka,

7. kreditna in kavcijska zavarovanja so zavarovanja iz zavarovalnih vrst iz 14. in 15. točke prejšnjega odstavka,
8. škodna in nezgodna zavarovanja so zavarovanja iz zavarovalnih vrst iz 1. ter 3. do 13. in 16. točke prejšnjega odstavka.

(4) Zavarovanja, ki združujejo zavarovanja iz več zavarovalnih vrst, se združujejo v naslednje zavarovalne skupine:

1. premoženjska zavarovanja po tem zakonu so zavarovanja iz zavarovalnih vrst iz 1. do 18. točke drugega odstavka tega člena,
2. življenjska zavarovanja po tem zakonu so zavarovanja iz zavarovalnih vrst iz 19. do 24. točke drugega odstavka tega člena.

(5) Pozavarovanje je dejavnost sprejemanja tveganj, ki jih odstopi zavarovalnica, zavarovalnica države članice ali zavarovalnica tretje države oziroma pozavarovalnica, pozavarovalnica države članice ali pozavarovalnica tretje države.

(6) Obvezna zavarovanja v prometu so zavarovanja, ki jih ureja zakon, ki ureja obvezna zavarovanja v prometu.

(7) Dopolnilno zdravstveno zavarovanje je prostovoljno zdravstveno zavarovanje, ki predstavlja javni interes Republike Slovenije in se izvaja po načelih medgeneracijske vzajemnosti in vzajemnosti med spoloma med vsemi zavarovanci dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Vse zavarovalnice, ki izvajajo dopolnilno zdravstveno zavarovanje, so obvezno vključene v izravnalne sheme za izravnavo razlik v stroških zdravstvenih storitev med zavarovalnicami, ki izhajajo iz razlik v starostni strukturi in strukturi po spolu portfelja posameznih zavarovalnic v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje. Podrobnejšo ureditev določajo predpisi o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju.

7.č člen

(matična država članica, država članica gostiteljica)

(1) Matična država članica je:

- država članica, v kateri se nahaja stalno prebivališče zavarovalnega zastopnika oziroma zavarovalnega posrednika;
- država članica, v kateri je sedež zavarovalno zastopniške družbe, zavarovalno posredniške družbe, zastopnika dopolnilnih zavarovanj ali banke iz osmega odstavka 558. člena tega zakona, ali če po zakonodaji te države članice pravna oseba nima sedeža, država članica, v kateri je glavna uprava zavarovalno zastopniške družbe, zavarovalno posredniške družbe, zastopnika dopolnilnih zavarovanj ali banke iz osmega odstavka 558. člena tega zakona.

(2) Država članica gostiteljica je država članica, v kateri ima zavarovalni zastopnik, zavarovalni posrednik, zavarovalno zastopniška družba, zavarovalno posredniška družba, zastopnik dopolnilnih zavarovanj ali banka stalno predstavništvo ali je v njej ustanovljen oziroma tam opravlja storitve in ni njena matična država članica.

7.d člen

(podružnica in primarni kraj poslovanja)

(1) Podružnica je zastopstvo ali podružnica zavarovalno zastopniške družbe, zavarovalno posredniške družbe, zastopnika dopolnilnih zavarovanj ali banke iz osmega odstavka 558. člena tega zakona, ki je na ozemlju države članice, ki ni njena matična država članica.

(2) Primarni kraj poslovanja je mesto, od koder se upravlja glavna dejavnost zavarovalno zastopniške družbe, zavarovalno posredniške družbe, zastopnika dopolnilnih zavarovanj ali banke iz osmega odstavka 558. člena tega zakona.

7.f člen (distributer zavarovalnih produktov)

Distributer zavarovalnih produktov v Republiki Sloveniji je zavarovalni zastopnik, ki ima dovoljenje v skladu s 543.b členom tega zakona, zavarovalni posrednik, ki ima dovoljenje v skladu s 548. členom tega zakona, zavarovalno zastopniška družba in zavarovalno posredniška družba, ki imata dovoljenje v skladu s prvim odstavkom 558. člena tega zakona, zastopnik dopolnilnih zavarovanj iz tretjega odstavka 558. člena tega zakona, banka iz osmega odstavka 558. člena tega zakona in zavarovalnica.

81. člen (članstvo v družbi za vzajemno zavarovanje)

(1) Članstvo v družbi za vzajemno zavarovanje je vezano na obstoj zavarovalne pogodbe z družbo.

(2) Družba za vzajemno zavarovanje lahko sklepa zavarovalne pogodbe tudi tako, da s sklenitvijo zavarovalne pogodbe zavarovalec ne pridobi položaja člana družbe za vzajemno zavarovanje, in sicer če je zavarovalna pogodba sklenjena za čas, ki je krajši od enega leta.

(3) S sklenitvijo zavarovalne pogodbe dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja zavarovalec, ki ni hkrati zavarovanec, ne pridobi položaja člana družbe, temveč postane član družbe zavarovanec.

94. člen (skupščina zastopnikov družbe za vzajemno zavarovanje, ki izvaja dopolnilno zdravstveno zavarovanje oziroma življenjsko zavarovanje)

(1) Za skupščino zastopnikov družbe za vzajemno zavarovanje, ki izvaja dopolnilno zdravstveno zavarovanje oziroma življenjsko zavarovanje, se uporabljajo določbe tega zakona glede skupščine zastopnikov.

(2) Skupščina zastopnikov družbe iz prvega odstavka tega člena odraža tudi starostno strukturo njenih članov, ki so razporejeni v starostne razrede. Pri razporejanju v starostne razrede se upošteva datum rojstva. Vsak starostni razred ima v času sestave volilne liste enako število članov. Dopustna so samo odstopanja, ki so nujna zaradi morebitnega večjega števila članov, rojenih na isti dan. Razredov je pet.

(3) V primeru, ko zavarovanec ni hkrati tudi zavarovalec, družba za vzajemno zavarovanje iz prvega odstavka tega člena v starostne razrede razporeja zavarovance.

(4) Iz vsakega starostnega razreda je izvoljeno enako število zastopnikov članov.

(5) Izvoljeni zastopniki članov in nadomestni zastopniki v času volilnega obdobja ne prehajajo iz enega v drugi starostni razred.

(6) Volivec lahko voli v skupščino zastopnikov samo zastopnike članov iz svojega starostnega razreda.

(7) Peti odstavek 93. člena se uporablja za vsak starostni razred posebej.

99. člen (statut in pravilnik)

(1) Družba za vzajemno zavarovanje, ki ima skupščino organizirano kot skupščino zastopnikov, v statutu glede volitev v skupščino zastopnikov določi zlasti:

- število in sestavo volilne komisije,
- obliko žreba iz petega odstavka 93. člena tega zakona,
- osnovna pravila volilnega postopka in izvedbe volitev.

(2) Skupščina družbe za vzajemno zavarovanje, ki ima skupščino organizirano kot skupščino zastopnikov, sprejme tudi pravilnik o volitvah v skupščino zastopnikov. V pravilniku o volitvah v skupščino zastopnikov natančneje uredi vprašanja iz prvega odstavka tega člena ter druga vprašanja, potrebna za pripravo in izvedbo volitev.

(3) Statut v delu, ki ureja volitve v skupščino zastopnikov, in njegove spremembe začnejo veljati, ko k njim poda soglasje Agencija za zavarovalni nadzor. V primeru družbe, ki opravlja dopolnilno zdravstveno zavarovanje, je za začetek veljavnosti potrebno tudi soglasje ministra, pristojnega za zdravje.

116. člen (poslovni načrt)

(1) Poslovni načrt iz 2. točke prvega odstavka 115. člena tega zakona vsebuje:

1. temelje poslovne politike;
2. navedbo posameznih zavarovalnih vrst, v katerih bo zavarovalnica opravljala zavarovalne posle;
3. program predvidenega pozavarovanja s tabelami maksimalnega kritja za vse zavarovalne vrste;
4. opredelitev posamičnih sestavin osnovnih lastnih virov sredstev, ki pokrivajo osnovni kapital iz 29. člena tega zakona;
5. predvideno višino ustanovnih stroškov in organizacijskih stroškov ter vire financiranja teh stroškov.

(2) Poleg zahtev iz prvega odstavka tega člena poslovni načrt za prva tri poslovna leta vključuje tudi:

1. načrtovano bilanco stanja za namen ugotavljanja kapitalske ustreznosti;

2. oceno ter metodo izračuna zahtevanega solventnostnega kapitala, ki temelji na načrtovani bilanci stanja iz prejšnje točke;
3. oceno zahtevanega minimalnega kapitala, ki temelji na načrtovani bilanci stanja iz prve točke tega odstavka;
4. oceno finančnih sredstev, namenjenih za kritje zavarovalno-tehničnih rezervacij, zahtevanega minimalnega kapitala in zahtevanega solventnostnega kapitala;
5. elaborat o pričakovanih poslovnih izidih, zlasti o pričakovanih premijskih prihodkih, pričakovanih odškodninah oziroma zavarovalninah, pričakovanih stroških za provizije in drugih obratovalnih stroških ter o pričakovanem oblikovanju zavarovalno-tehničnih rezervacij in rezerv.

(3) Če se poslovni načrt nanaša na zavarovalne posle sklepanja pozavarovanj, vsebuje sestavine iz 1., 4. in 5. točke prvega odstavka tega člena, sestavine prejšnjega odstavka ter podatke ali dokazila o:

1. naravi nevarnosti, ki jih zavarovalnica želi kriti;
2. vrstah ureditev pozavarovanja, ki jih zavarovalnica želi sklepati s cedenti;
3. vodilnih načelih glede retrocesije.

(4) Če namerava zavarovalnica opravljati obvezna zavarovanja v prometu ali dopolnilno zdravstveno zavarovanje, obsega poslovni načrt tudi splošne in posebne zavarovalne pogoje, premijske sisteme ter druge zavarovalne podlage za izračun zavarovalnih premij in za oblikovanje zavarovalno-tehničnih rezervacij.

(5) Če namerava zavarovalnica opravljati zavarovalne posle v zavarovalni vrsti iz 18. točke drugega odstavka 7. člena tega zakona, poslovni načrt obsega tudi opis sredstev, s katerimi zavarovalnica razpolaga in ki so potrebna za izpolnitev nadenarnih obveznosti (nudenja pomoči) zavarovalnice iz teh zavarovanj.

268. člen

(pridobivanje, vodenje in uporaba zbirk osebnih podatkov ter pridobivanje osebnih podatkov iz evidenc na podlagi elektronske izmenjave)

(1) Zavarovalnice in Slovensko zavarovalno združenje zbirajo, shranjujejo, posredujejo, uporabljajo ali kako drugače obdelujejo osebne podatke iz tega člena v skladu z zakonodajo, ki ureja varstvo osebnih podatkov in zbirke podatkov s področja zavarovanja.

(2) Zavarovalnice in Slovensko zavarovalno združenje upravljajo z:

1. zbirko podatkov o zavarovalcih in zavarovancih,
2. zbirko podatkov o zavarovalnih primerih,
3. zbirko podatkov za presojo zavarovalnega kritja in višine odškodnine oziroma zavarovalnine,
4. zbirko podatkov o potencialnih zavarovalcih in zavarovancih.

(3) Obdelava osebnih podatkov v zbirkah iz prejšnjega odstavka je dopustna le v obsegu, ki je primeren in potreben za uresničevanje namenov obdelave:

1. namen obdelave je za zbirke iz 1., 2. in 3. točke prejšnjega odstavka sklepanje in izvajanje pogodb o zavarovanju, izterjava neplačanih obveznosti iz naslova zavarovalnih pogodb, reševanje škod, uveljavljanje povračilnih zahtevkov in drugih pravic ter obveznosti, vključno s preiskovanjem sumljivih primerov neupravičeno izplačanih odškodnin oziroma zavarovalnin, ki izvirajo iz zavarovanj po tem zakonu, in preverjanje politične izpostavljenosti oseb po zakonu, ki ureja preprečevanje pranja denarja in financiranja terorizma;

2. namen obdelave je za zbirko iz 4. točke prejšnjega odstavka svetovanje oziroma ugotavljanje potreb in zahtev strank v okviru pogajanj za sklenitev zavarovalne pogodbe, izvedba pogajanj za sklenitev pogodbe o zavarovanju, ugotavljanje potreb in zahtev strank ter ocenjevanje primernosti in ustreznosti zavarovalne storitve oziroma produkta za stranko, izdajo osebnega priporočila oziroma izvedbo svetovanja zavarovalnice na podlagi poštene in osebne analize, kot to določa ta zakon. Podatki za ta namen se pridobivajo od stranke.

(4) V zbirki podatkov iz 1. točke drugega odstavka tega člena se ob upoštevanju namena obdelave podatkov lahko zbirajo naslednji osebni podatki:

1. osebno ime, spol, datum in kraj rojstva, stalno in začasno prebivališče oziroma stalni in začasni naslov v tujini, naslov za vročanje, datum smrti, davčna številka, vrsta in številka osebnega dokumenta zavarovalca oziroma zavarovanca, v primeru zdravstvenega zavarovanja pa tudi ZZZS številka zavarovane osebe;
2. ime zavarovalnice, številka police, trajanje zavarovanja in zavarovalno kritje;
3. podatki, ki se nanašajo na predmet zavarovanja;
4. zavarovalnice, ki izvajajo dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje, lahko z namenom lažjega uresničevanja pravic zavarovancev poleg podatkov iz 1. točke tega odstavka zbirajo tudi enotno matično številko občana;
5. podatki, ki so jih zavarovalnice zavezane pridobivati in obdelovati na podlagi zakona, ki ureja preprečevanje pranja denarja in financiranja terorizma;
6. podatki, ki opredeljujejo osebni oziroma finančni položaj, življenjski slog oziroma navade, obstoječe ali želene zavarovalno kritje, motiv za sklenitev zavarovanja, finančno znanje, izkušnje oziroma finančno pismenost zavarovalca, podatki o zmožnosti kritja izgub, ciljnih naložbe ter stopnji dovoljenega tveganja oziroma podatki o drugih osebnih okoliščinah, ki jih prostovoljno posreduje zavarovalec, ter so primerni in potrebni za ugotavljanje potreb in zahtev, ocenjevanje primernosti in ustreznosti, izdajo osebnega priporočila zavarovalcu oziroma izvedbo svetovanja zavarovalnice na podlagi poštene in osebne analize.

(5) V zbirki podatkov iz 2. točke drugega odstavka tega člena se ob upoštevanju namena obdelave podatkov lahko zbirajo naslednji osebni podatki:

1. osebno ime, spol, datum in kraj rojstva, stalno in začasno prebivališče oziroma stalni in začasni naslov v tujini, naslov za vročanje, datum smrti, davčna številka, vrsta in številka osebnega dokumenta in državljanstvo v škodnem dogodku udeleženih oseb, prič in upravičencev do odškodnine oziroma zavarovalnine;
2. oznaka škodnega spisa, datum vložitve zahtevka in izplačila odškodnine oziroma zavarovalnine;
3. vrsta, kraj, čas in opis zavarovalnega primera;
4. opis materialne in nematerialne škode, nastale v zavarovalnem primeru;
5. podatki o kaznivih dejanjih in prekrških v zvezi z zavarovalnimi primeri.

(6) V zbirki podatkov iz 3. točke drugega odstavka tega člena se ob upoštevanju namena obdelave podatkov lahko zbirajo naslednji osebni podatki:

1. osebno ime, spol, datum in kraj rojstva, stalno in začasno prebivališče oziroma stalni in začasni naslov v tujini, naslov za vročanje, datum smrti, davčna številka, vrsta in številka osebnega dokumenta zavarovanca in oškodovanca, za katerega se ugotavlja zavarovalno kritje in odškodnina oziroma zavarovalnina;
2. o predhodnih zavarovalnih primerih v obsegu iz prejšnjega odstavka ter podatki o upoštevem zdravstvenem stanju zavarovanca in oškodovanca, vključno z zagotavljanjem zdravstvenih storitev, predhodnimi poškodbami in zdravstvenem stanju, vrsti telesnih poškodb, trajanjem zdravljenja in posledicami za oškodovanca in zavarovalca;
3. dohodki zavarovanca in oškodovanca ter zaposlitev;
4. upokojitve (redne in invalidske), prekvalifikacije in stopnje invalidnosti zavarovanca in oškodovanca;

5. stroški za medicinsko oskrbo, zdravila in medicinske pripomočke zavarovanca in oškodovanca;
6. upravičenosti do kritja razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev po zakonu, ki ureja zdravstveno zavarovanje, iz proračunskih sredstev Republike Slovenije;
7. podatki o vozniskem dovoljenju;
8. historični podatki o zgodovini predmeta zavarovanja.

(7) V zbirki podatkov iz 4. točke drugega odstavka tega člena se ob upoštevanju namena obdelave podatkov lahko od stranke zbirajo naslednji osebni podatki, ki jih ta prostovoljno razkrije:

1. osebno ime, spol, datum in kraj rojstva, stalno in začasno prebivališče oziroma stalni in začasni naslov v tujini, naslov za vročanje, datum smrti, davčna številka, vrsta in številka osebnega dokumenta potencialnega zavarovalca oziroma zavarovanca, v primeru zdravstvenega zavarovanja pa tudi ZZZS številka zavarovane osebe;
2. ime zavarovalnice, številka police, trajanje zavarovanja in zavarovalno kritje;
3. podatki, ki se nanašajo na potencialni predmet zavarovanja;
4. zavarovalnice, ki izvajajo dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje, lahko z namenom lažjega uresničevanja pravic zavarovancev poleg podatkov iz 1. točke tega odstavka zbirajo tudi enotno matično številko občana;
5. podatki, ki so jih zavarovalnice zavezane pridobivati in obdelovati na podlagi zakona, ki ureja preprečevanje pranja denarja in financiranja terorizma, ter
6. podatki, ki opredeljujejo osebni oziroma finančni položaj, življenjski slog oziroma navade, obstoječe ali želene zavarovalno kritje, motiv za sklenitev zavarovanja, finančno znanje, izkušnje oziroma finančno pismenost zavarovalca, podatki o zmožnosti kritja izgub, ciljih naložbe ter stopnji dovoljenega tveganja oziroma podatki o drugih osebnih okoliščinah, ki jih posreduje zavarovalec, ter so primerni in potrebni za ugotavljanje potreb in zahtev, ocenjevanje primernosti in ustreznosti, izdajo osebnega priporočila zavarovalcu oziroma izvedbo svetovanja zavarovalnice na podlagi poštene in osebne analize;
7. podatki o upoštevnem zdravstvenem stanju zavarovanca, vključno z zagotavljanjem zdravstvenih storitev, predhodnih poškodbah in zdravstvenem stanju, vrsti telesnih poškodb, trajanju zavarovanja in posledicah za zavarovanca.

(8) Osebni podatki iz četrtega, petega, šestega in sedmega odstavka tega člena se zbirajo na naslednji način:

1. praviloma neposredno od posameznika, na katerega se nanašajo;
2. od drugih oseb, ki o zavarovalnem primeru kaj vedo, razen podatkov iz 6. točke četrtega odstavka in sedmega odstavka tega člena;
3. če gre za primere iz 270. člena tega zakona, iz zbirk podatkov posameznih zavarovalnic in Slovenskega zavarovalnega združenja;
4. podatki iz 3. točke četrtega odstavka tega člena, vključno s podatkom o lastniku nepremičnine oziroma dela nepremičnine, se lahko zbirajo tudi iz Registra nepremičnin;
5. podatki iz 1., 3., 4. in 5. točke petega odstavka tega člena se lahko zbirajo tudi iz zbirk podatkov državnih organov;
6. podatki iz šestega odstavka tega člena se lahko zbirajo tudi:
 - podatki iz 2. in 5. točke: iz zbirk podatkov izvajalcev zdravstvenih in z njimi povezanih storitev ter Zavoda za zdravstveno zavarovanje,
 - podatki iz 3. točke: iz zbirk podatkov delodajalca, Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje ter centrov za socialno delo,
 - podatki iz 4. točke: iz zbirk podatkov Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje,
 - podatki iz 6. točke: iz zbirk podatkov Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije in ministrstva, pristojnega za socialne zadeve,

- podatki iz 7. in 8. točke: iz zbirk podatkov ministrstva, pristojnega za promet oziroma za infrastrukturo, in organizacij, ki opravljajo homologiranje in registracijo vozil;
- 7. od drugih upravljavcev zbirk podatkov, ki hranijo podatke, ki jih lahko zavarovalnice in Slovensko zavarovalno združenje pridobivajo in zbirajo v skladu s tem zakonom, razen podatkov iz 6. točke četrtega odstavka in sedmega odstavka tega člena.

(9) Zavarovalnice imajo za namen posamičnih potreb po zagotavljanja točnosti in posodabljanja osebnih podatkov o zavarovalcih, zavarovancih ter drugih upravičencih do odškodnine ali zavarovalnine iz četrtega ali petega odstavka tega člena pravico na podlagi elektronske izmenjave brezplačno pridobivati podatke iz Centralnega registra prebivalstva, in sicer ves čas trajanja obligacijskega razmerja med stranko in zavarovalnico ali drugega pravnega razmerja s tretjo osebo, ki vpliva na obligacijsko razmerje med stranko in zavarovalnico, in sicer zlasti ob uvedbi izvršbe, ob uveljavljanju regresnih zahtevkov, ob obnovitvi zavarovalne pogodbe, ob reševanju zahtevkov, ob ugotavljanju sumljivih okoliščin, ob neodzivnosti pri pozivanju v okviru reševanja zahtevkov ali izplačevanju rente.

(10) Slovensko zavarovalno združenje ima za namen zagotavljanja točnosti in posodabljanja osebnih podatkov o v škodnem dogodku udeleženi oseb, zavarovalcev in upravičencev do odškodnine iz četrtega ali petega odstavka tega člena, in sicer za namen izvajanja obveznosti Škodnega sklada pri Slovenskem zavarovalnem združenju, kot so urejene z zakonom, ki ureja obvezna zavarovanja v prometu, pravico na podlagi elektronske izmenjave brezplačno pridobivati podatke iz Centralnega registra prebivalstva, in sicer ves čas obravnavanja in reševanja zahtevkov ter izpolnjevanja obveznosti iz zahtevkov, zlasti ob uvedbi izvršbe, ob uveljavljanju regresnih zahtevkov, ob reševanju zahtevkov, ob ugotavljanju sumljivih okoliščin, ob neodzivnosti pri pozivanju v okviru reševanja zahtevkov ali ob izplačevanju rente.

(11) Državni organi, organi samoupravnih lokalnih skupnosti, javne agencije, javni skladi in druge osebe javnega prava ter nosilci javnih pooblastil in izvajalci javnih služb, ki imajo podatke oziroma zbirke podatkov iz tega člena, razen podatke iz 6. točke četrtega odstavka in sedmega odstavka tega člena, te podatke na pisno zahtevo sporočijo zavarovalnici ali Slovenskemu zavarovalnemu združenju.

(12) Podatki iz 1. točke drugega odstavka tega člena se shranjujejo deset let po prenehanju zavarovalne pogodbe, v primeru nastanka zavarovalnega primera deset let po koncu obdelave zavarovalnega primera, v primeru sodnega postopka izterjave neplačanih obveznosti iz naslova zavarovalnih pogodb deset let po zaključku sodnega postopka in v primeru, če se nanašajo na dopolnilno zdravstveno zavarovanje, skladno s predpisi o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, deset let po smrti zavarovanca ali prenehanju zavarovanja. Podatki iz 2. in 3. točke drugega odstavka tega člena se shranjujejo deset let po koncu obdelave zavarovalnega primera. Če zavarovanec ali oškodovanec v tem roku vloži ali če se utemeljeno pričakuje vložitev novega zahtevka za uveljavitev pravic iz zavarovalnega primera po poteku tega roka, se rok hrambe po potrebi podaljša tako, da se podatki hranijo do pet let po koncu obdelave novega zahtevka oziroma dokler traja možnost vložitve novega utemeljenega zahtevka. Podatki iz 4. točke drugega odstavka tega člena se shranjujejo najdlje do trenutka sklenitve zavarovalne pogodbe ali najdlje tri mesece od zaključka pogajanj za sklenitev zavarovalne pogodbe, vendar ne dlje kot šest mesecev od dneva njihove pridobitve. Najkasneje s prvim dnevom naslednjega meseca od poteka roka hrambe se podatki iz zbirk podatkov iz drugega odstavka tega člena zbrisejo, uničijo ali nepovratno anonimizirajo, dokumentacija pa se uniči tako, da ni več možno ugotoviti njene vsebine oziroma je ni več možno ponovno uporabljati.

(13) Zavarovalnice lahko pridobivajo podatke iz četrtega odstavka tega člena (osebno ime, spol, datum in kraj rojstva, stalno in začasno prebivališče oziroma stalni in začasni naslov v tujini, naslov za vročanje, davčna številka, vrsta in številka osebnega dokumenta zavarovalca oziroma zavarovanca, ki je lastnik oziroma uporabnik oziroma voznik predmeta zavarovanja, podatki, ki se nanašajo na predmet zavarovanja, ime zavarovalnice, številka police, trajanje zavarovanja in zavarovalno kritje) in šestega odstavka tega člena (osebno ime, spol, datum in kraj rojstva, stalno in začasno prebivališče oziroma stalni in začasni naslov v tujini, naslov za vročanje, davčna številka, vrsta in številka osebnega dokumenta zavarovanca in oškodovanca, ki je lastnik oziroma uporabnik oziroma voznik predmeta zavarovanja, za katera se ugotavlja zavarovalno kritje in odškodnina oziroma zavarovalnina, podatki o vozniskem dovoljenju, historični podatki o predmetu zavarovanja) za namen sklepanja in izvajanja pogodb o zavarovanjih iz 3. in 10. točke drugega odstavka 7. člena tega zakona tudi preko elektronske izmenjave do evidence motornih vozil in evidence vozniskih dovoljenj, ki ju vodi pristojni državni organ.

(14) Zavarovalnice lahko pridobivajo podatke iz četrtega odstavka tega člena (osebno ime, stalno in začasno prebivališče oziroma stalni in začasni naslov v tujini, naslov za vročanje zavarovalca oziroma zavarovanca, ki je lastnik predmeta zavarovanja, podatki, ki se nanašajo na predmet zavarovanja, ime zavarovalnice, številka police) in šestega odstavka tega člena (osebno ime, stalno in začasno prebivališče oziroma stalni in začasni naslov v tujini, naslov za vročanje zavarovanca in oškodovanca, ki je lastnik predmeta zavarovanja, za katerega se ugotavlja zavarovalno kritje in odškodnina oziroma zavarovalnina, historični podatki o predmetu zavarovanja) za namen sklepanja in izvajanja pogodb o zavarovanju iz 6. in 12. točke drugega odstavka 7. člena tega zakona tudi preko elektronske izmenjave do vpisnika morskih čolnov, ki ga vodi pristojni državni organ.

(15) Zavarovalnice lahko pridobivajo podatke iz četrtega odstavka tega člena (osebno ime, stalno in začasno prebivališče oziroma stalni in začasni naslov v tujini, naslov za vročanje zavarovalca oziroma zavarovanca, ki je lastnik predmeta zavarovanja, podatki, ki se nanašajo na predmet zavarovanja, ime zavarovalnice, številka police) in šestega odstavka tega člena (osebno ime, stalno in začasno prebivališče oziroma stalni in začasni naslov v tujini, naslov za vročanje zavarovanca in oškodovanca, ki je lastnik predmeta zavarovanja, za katerega se ugotavlja zavarovalno kritje in odškodnina oziroma zavarovalnina, historični podatki o predmetu zavarovanja) za namen sklepanja in izvajanja pogodb o zavarovanju iz 5. in 11. točke drugega odstavka 7. člena tega zakona tudi preko elektronske izmenjave do registra zrakoplovov in evidence letalnih naprav Republike Slovenije, ki ju vodi pristojni državni organ.

(16) Zavarovalnice in Slovensko zavarovalno združenje lahko za namen sklepanja in izvajanja pogodb o zavarovanju iz drugega odstavka 7. člena tega zakona ter za obravnavo odškodninskih zahtevkov iz teh pogodb pridobijo vse potrebne podatke za ta namen tudi z elektronsko izmenjavo zapisnikov policije o prometnih nesrečah. Slovensko zavarovalno združenje vse predhodno naročene zapisnike policije o prometnih nesrečah hrani v lastni elektronski zbirki podatkov policijskih zapisnikov. Podatki se hranijo najdlje deset let od datuma pridobitve policijskega zapisnika. Po preteku roka za shranjevanje se podatki zbršejo, uničijo ali nepovratno anonimizirajo, dokumentacija pa se uniči tako, da ni več možno ugotoviti njene vsebine oziroma je ni več možno ponovno uporabljati.

(17) Za namen pridobivanja podatkov iz trinajstega do šestnajstega odstavka tega člena se zavarovalnicam podatki iz teh odstavkov, ki se vodijo v predhodno navedenih evidencah, posredujejo preko Slovenskega zavarovalnega združenja, vendar zgolj tisti podatki, ki so relevantni za konkretno zavarovanje. Pri tem morata biti zagotovljena možnost preverjanja pravne podlage, namena posredovanja

podatkov, kdo in kdaj je pridobil podatke ter katere podatke je pridobil in nadalje obdeloval, in sicer za obdobje, ko je mogoče zakonsko varstvo posameznika zaradi nedopustnega posredovanja osebnih podatkov.

(18) Kadar iz spornih okoliščin zavarovalnega primera sledi, da gre za kaznivo dejanje goljufije na področju zavarovalništva oziroma povzročitev zavarovalnega primera z namenom ali s prevaro, kar mora biti ugotovljeno na podlagi pravnomočne obsodilne sodbe sodišča, lahko zavarovalnice davčno številko obsojenca ter informacijo o storitvi kaznivega dejanja oziroma povzročitvi zavarovalnega primera hranijo, dokler ni pravnomočna obsodilna sodba pravnomočno razveljavljena, spremenjena, odpravljena ali izbrisana iz kazenske evidence oziroma najdlje deset let, štetih od dneva pravnomočnosti obsodilne sodbe, ter lahko te podatke med seboj tudi izmenjujejo z namenom preprečitve nadaljnjih zavarovalniških goljufij. Po preteku roka za shranjevanje se podatki zbrisajo, uničijo ali nepovratno anonimizirajo, dokumentacija pa se uniči tako, da ni več možno ugotoviti njene vsebine oziroma je ni več možno ponovno uporabljati. O hrambi in izmenjavi podatkov med zavarovalnicami mora biti posameznik obveščen najkasneje takrat, ko so bili podatki posredovani drugim zavarovalnicam.

280.a člen (prijava kršitev)

(1) Agencija za zavarovalni nadzor vzpostavi sistem obveščanja o kršitvah, ki je namenjen zlasti zaposlenim pri distributerjih zavarovalnih produktov iz 7.f člena tega zakona, da lahko Agenciji za zavarovalni nadzor podajo prijavo domnevnih kršitev določb iz 12.2 oddelka in 15. poglavja tega zakona.

(2) Agencija za zavarovalni nadzor v zvezi s sistemom obveščanja iz prejšnjega odstavka zagotovi:

1. enostaven in lahko dostopen način posredovanja prijav kršitev,
2. interne postopke za sprejem in obravnavo prijav, vključno s poročanjem o ugotovitvah v zvezi s prejetimi prijavi ter izvedenih aktivnostih.

(3) Agencija za zavarovalni nadzor zagotovi:

1. ustrezno varstvo osebnih podatkov oseb, ki so podale prijavo, in oseb, ki so domnevno odgovorne za kršitev, v skladu z določbami zakona, ki ureja varstvo osebnih podatkov, in določbami tega zakona ter
2. da vse podatke o osebah, ki so podale prijavo, obravnava kot zaupne.

(4) Podatkov o osebi, ki je podala prijavo, ni dovoljeno razkriti brez soglasja te osebe, razen kadar je razkritje identitete te osebe v skladu z zakonom nujno za izvedbo upravnih ali sodnih postopkov. Agencija za zavarovalni nadzor zavarovalnici, zavarovalno zastopniški družbi, zavarovalno posredniški družbi in zastopnikom dopolnilnih zavarovanj iz tretjega odstavka 558. člena tega zakona ne sme razkriti podatkov o osebi, ki je podala prijavo, in si mora prizadevati, da se pri ugotavljanju in obravnavi kršitev, ki so predmet prijave, prepreči razkritje identitete te osebe.

(5) Kadar je identiteta prijavitelja kljub ukrepom iz tretjega in četrtega odstavka tega člena razkrita, mora zavarovalnica, zavarovalno zastopniška družba, zavarovalno posredniška družba in zastopnik dopolnilnih zavarovanj iz tretjega odstavka 558. člena tega zakona zagotoviti ustrezne pogoje, da se preprečijo povračilni ukrepi, diskriminacija ali druge oblike neprimerne obravnave prijaviteljev, ki so podali prijavo iz prvega odstavka tega člena, oziroma da se odpravijo njihove posledice.

521. člen
(zavarovalna pogodba in splošni zavarovalni pogoji)

(1) Če zavarovanje krije nevarnosti v Republiki Sloveniji, zavarovalna pogodba obsega zlasti določbe o:

1. firmi, pravnoorganizacijski obliki, sedežu in naslovu zavarovalnice in podružnice, prek katere se sklepa zavarovalna pogodba;
2. dogodkih, z nastopom katerih nastane obveznost zavarovalnice opraviti izpolnitev na podlagi zavarovalne pogodbe, in primerih, v katerih je zaradi posebnih razlogov obveznost zavarovalnice izključena;
3. načinu izpolnitve, obsegu, morebitnih garancijah in dospelosti obveznosti zavarovalnice;
4. določitvi in plačilu premije ter o pravnih posledicah, če premija ni plačana;
5. trajanju zavarovalne pogodbe, in sicer zlasti:
 - če in na kakšen način se trajanje molče podaljša,
 - če, na kakšen način in v katerem časovnem trenutku je zavarovalno pogodbo mogoče odpovedati oziroma sicer v celoti oziroma delno razvezati in kakšne so obveznosti zavarovalnice v takšnih primerih;
6. izgubi zahtevkov iz zavarovalne pogodbe v primeru zamude rokov;
7. v primeru življenjskih zavarovanj tudi o pogojih in obsegu izplačil akontacij ter posojil na zavarovalno pogodbo, o pogojih, pod katerimi je zavarovalec udeležen pri dobičku zavarovalnice, in merilih za izračun te udeležbe ter o pogojih in načinu izračuna odkupne vrednosti ter kapitalizacije;
8. v primeru nezgodnih in zdravstvenih zavarovanj, pri katerih se zavarovalno-tehnične rezervacije izračunavajo z metodami za življenjska zavarovanja, tudi o pogojih in načinu izračunavanja teh rezervacij in s tem povezanih sprememb premije zaradi staranja zavarovanca, o pravicah, ki izhajajo iz že oblikovanih zavarovalno-tehničnih rezervacij v primeru prenehanja zavarovanja ali v primeru menjave zavarovanja v okviru iste zavarovalnice ali v primeru menjave zavarovalnice, ter o vplivih drugih dejavnikov na spreminjanje premije.

(2) V primeru družbe za vzajemno zavarovanje so obvezne določbe iz prejšnjega odstavka lahko namesto v zavarovalni pogodbi vsebovane v statutu.

(3) Določbe zavarovalne pogodbe iz prvega odstavka tega člena lahko v škodo zavarovalca odstopajo od splošnih zavarovalnih pogojev samo:

1. če so za to podani razlogi, ki so utemeljeni glede na predmet zavarovanja, in
2. če je zavarovalec na takšno odstopanje izrecno pisno pristal.

(4) V primeru zavarovanja stroškov postopka iz 17. točke drugega odstavka 7. člena tega zakona zavarovalna pogodba ne sme določati, da zavarovalnica krije samo stroške pravnega zastopanja po odvetniku ali drugi osebi, ki jo imenuje zavarovalnica.

(5) Zavarovalna pogodba ne sme biti v nasprotju s prisilnimi določbami drugih zakonov, ki urejajo zavarovalno pogodbo ali posamezne vrste zavarovalnih pogodb.

(6) Zavarovalnice vse ponudnike in potencialne zavarovance, ki želijo dostopiti do zavarovalnih storitev, obravnavajo enako, vendar v postopku selekcije in ocene nevarnosti ter pri določanju premij in pri izplačevanju zavarovalnin lahko upoštevajo merila zavarovalne stroke ali le naslednje zavarovančeve osebne okoliščine in značilnosti: starost, zdravstveno stanje, invalidnost in poklic ter druge osebne okoliščine, ki lahko utemeljeno vplivajo na višino prevzete nevarnosti, razen spola, materinstva in nosečnosti.

(7) Zavarovalnice lahko v zvezi z zavarovanji iz zavarovalne skupine življenjskih zavarovanj in zavarovalnih vrst nezgodno zavarovanje in zdravstveno zavarovanje upoštevajo osebno okoliščino spola pri izračunavanju premij in dajatev na skupni ravni, če ne vodi v razlikovanje na individualni ravni. Zavarovalnice lahko obdelujejo dejavnik spola za izračun zavarovalno-tehničnih rezervacij in interno določanje cen, za določanje cen pozavarovanja, za trženje in oglaševanje ter za oceno tveganja iz zavarovalne skupine življenjskih zavarovanj in zavarovalne vrste zdravstveno in nezgodno zavarovanje.

(8) Ne glede na določbe sedmega odstavka tega člena se dopolnilno zdravstveno zavarovanje izvaja v skladu z določbami zakona, ki ureja zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje.

(9) Zavarovalnice, zavarovalno zastopniške družbe in zavarovalno posredniške družbe, ki ustvarjajo zavarovalne produkte, imajo vzpostavljene postopke za odobritev vsakega zavarovalnega produkta ali pomembnih prilagoditev obstoječih zavarovalnih produktov pred njihovo distribucijo, ki jih izvajajo in redno pregledujejo.

(10) Postopek odobritve zavarovalnega produkta iz prejšnjega odstavka mora biti sorazmeren in primeren glede na vrsto zavarovalnega produkta.

(11) V postopku odobritve zavarovalnega produkta se opredeli ciljni trg za zavarovalni produkt, zagotovi, da so ocenjena vsa pomembna tveganja za ta trg, da je predvidena strategija distribucije v skladu z opredeljenim ciljnim trgom in da se sprejmejo ustrezni ukrepi za zagotovitev, da se zavarovalni produkt prodaja na opredeljenem ciljnem trgu.

(12) Zavarovalnica redno pregleduje zavarovalne produkte iz devetega odstavka tega člena in upošteva vse dogodke, ki bi lahko bistveno vplivali na morebitno tveganje za opredeljeni ciljni trg, pri čemer oceni najmanj, ali je zavarovalni produkt še v skladu s potrebami opredeljenega ciljnega trga in ali je načrtovana strategija distribucije še ustrezna.

(13) Zavarovalnice, zavarovalno zastopniške družbe in zavarovalno posredniške družbe, ki ustvarjajo zavarovalne produkte, dajo distributerjem zavarovalnih produktov na voljo vse ustrezne informacije o zavarovalnem produktu, postopku za odobritev zavarovalnega produkta in o opredeljenem ciljnem trgu zavarovalnega produkta.

(14) Kadar distributer zavarovalnih produktov ponuja ali priporoča zavarovalni produkt, ki ga ni ustvaril sam, mora pridobiti informacije iz prejšnjega člena ter se seznaniti z lastnostmi in opredeljenim ciljnim trgom zavarovalnega produkta na način, da je v celoti informiran o vsem potrebnem za distribucijo teh produktov.

(15) Določbe devetega do štirinajstega odstavka tega člena ne posegajo v druge zahteve tega zakona in drugih zavezujočih predpisov, kakor tudi ne v zahteve v zvezi z razkritjem, primernostjo ali ustreznostjo, prepoznavanjem in obvladovanjem nasprotja interesov ter plačil za distribucijo zavarovalnih produktov.

(16) Deveti do štirinajsti odstavek tega člena se ne uporabljajo za zavarovanja velikih nevarnosti iz 532. člena tega zakona.

545. člen **(obveznosti zavarovalnega zastopnika)**

(1) Določbe prvega do osmega odstavka 521. in 528.č člena tega zakona veljajo tudi za zavarovalnega zastopnika.

(2) Pred predstavitvijo vsebine zavarovanja in sklenitvijo zavarovalne pogodbe ter, če je potrebno, tudi pri poznejših spremembah in dopolnitvah zavarovalne pogodbe zavarovalni zastopnik zavarovalcu izroči tudi pisno obvestilo o:

1. svojem osebnem imenu,
2. številki in datumu odločbe o izdaji dovoljenja za opravljanje poslov zavarovalnega zastopanja in registru, v katerem je mogoče preveriti izdajo dovoljenja,
3. tem, če zagotavlja svetovanje glede zavarovalnega produkta, ki ga prodaja,
4. firmi in naslovu zavarovalnice, zavarovalno zastopniške družbe, zastopnika dopolnilnih zavarovanj oziroma banke iz osmega odstavka 558. člena tega zakona, s katero oziroma katerim ima zavarovalni zastopnik sklenjeno pogodbo, na podlagi katere opravlja posle zavarovalnega zastopanja,
5. tem, za katere zavarovalnice deluje, z navedbo firme in poslovnega naslova vsake zavarovalnice,
6. tem, da ima sam oziroma zavarovalno zastopniška družba oziroma zastopnik dopolnilnih zavarovanj oziroma banka iz osmega odstavka 558. člena tega zakona, v kateri je zavarovalni zastopnik zaposlen oziroma je z njo v drugem pravnem razmerju, neposreden ali posreden delež, ki predstavlja več kot 10 % delež glasovalnih pravic ali delež v kapitalu zavarovalnice,
7. tem, da ima zavarovalnica oziroma od nje odvisna družba neposredni ali posredni delež, ki predstavlja več kot 10 % delež glasovalnih pravic ali delež v kapitalu zavarovalno zastopniške družbe oziroma zastopnika dopolnilnih zavarovanj oziroma banke iz osmega odstavka 558. člena tega zakona, v kateri je zavarovalni zastopnik zaposlen oziroma je z njo v drugem pravnem razmerju,
8. vrsti prejetega plačila za distribucijo v zvezi z zavarovalno pogodbo, še posebej o tem, če v zvezi z zavarovalno pogodbo:
 - deluje na podlagi honorarja, ki ga neposredno plača zavarovalec;
 - deluje na podlagi kakršnekoli provizije, ki je že zajeta v zavarovalni premiji;
 - deluje na podlagi kakršnegakoli drugega plačila, vključno s katero koli ekonomsko koristjo, ki se ponudi ali plača v zvezi z zavarovalno pogodbo;
 - prejme plačilo, ki je kombinacija plačil iz prejšnjih alinej,
9. izvensodnem postopku reševanja sporov iz drugega odstavka 579. člena tega zakona.

(3) Poleg podatkov iz prejšnjega odstavka zavarovalni zastopnik v zvezi z zavarovalno pogodbo zavarovalcu izroči tudi pisno obvestilo o tem, če:

1. zavarovalcu svetuje glede sklenitve pogodbe na podlagi četrtega odstavka tega člena, oziroma
2. ga veže pogodbeno obveznost za distribucijo zavarovalnih produktov izključno z eno zavarovalnico ali več zavarovalnicami, v tem primeru zavarovalca obvesti tudi o imenih zavarovalnic, ki jih zastopa, oziroma
3. ga ne veže pogodbeno obveznost za distribucijo zavarovalnih produktov izključno z eno zavarovalnico ali več zavarovalnicami in ne svetuje glede sklenitve pogodbe na podlagi četrtega odstavka tega člena. V tem primeru zavarovalca obvesti tudi o imenih zavarovalnic, ki jih zastopa.

(4) Če zavarovalni zastopnik zavarovalca obvesti o tem, da mu svetuje glede sklenitve zavarovalne pogodbe na podlagi korektne in poštene analize, takšen nasvet oblikuje na podlagi primerno velikega števila zavarovalnih pogodb, dostopnih na trgu, ki mu omogočajo podati priporočilo v skladu s strokovnimi merili, da bo lahko zavarovalec s sklenitvijo takšne pogodbe uresničil svoje potrebe in zahteve.

(5) Ne glede na obveznosti glede obveščanj iz 522. člena tega zakona oziroma poleg njih, ne glede na to, ali je zagotovil svetovanje, in ne glede na to, ali je zavarovalni produkt del paketa iz četrtega do osmega odstavka 522. člena tega

zakona, zavarovalni zastopnik pred sklenitvijo pogodbe zavarovalcu zagotovi informacije o zavarovalnem produktu na razumljiv način tako, da mu omogoči sprejetje informirane odločitve, pri čemer upošteva kompleksnost zavarovalnega produkta in vrsto zavarovalca.

(6) Pri zavarovalnih pogodbah iz zavarovalne skupine premoženjskih zavarovanj se informacije iz prejšnjega odstavka zagotovijo v obliki standardiziranega dokumenta v papirni obliki ali na drugem trajnem nosilcu podatkov (v nadaljnjem besedilu: dokument z informacijami o zavarovalnem produktu), ki ga sestavi zavarovalnica in za katerega velja, da:

1. je kratek in vsebinsko celovit dokument;
2. je pripravljen in oblikovan tako, da je jasen in enostaven za branje, z znaki, ki so primerne velikosti za branje;
3. ni manj razumljiv, ko je natisnjen ali fotokopiran v črno-beli obliki, če je izvirnik barven;
4. je napisan v uradnih jezikih ali enem od uradnih jezikov, ki se uporabljajo v delu države članice, kjer se zavarovalni produkt ponuja, ali, če se tako dogovorita zavarovalec in distributer zavarovalnih produktov, v drugem jeziku;
5. je resničen in ni zavajajoč;
6. vsebuje naslov »Dokument z informacijami o zavarovalnem produktu« na vrhu prve strani;
7. vključuje izjavo, da je namen dokumenta zagotoviti povzetek informacij o zavarovanju, da ni prilagojen individualnim potrebam in zahtevam zavarovalca in da so popolne predpogodbene in pogodbene informacije o zavarovanju v drugih dokumentih.

(7) Dokument z informacijami o zavarovalnem produktu vsebuje naslednje informacije:

1. informacije o vrsti zavarovanja;
2. povzetek zavarovalnega kritja, vključno z glavnimi zavarovanimi tveganji, zavarovalne vsote in po potrebi geografski obseg in povzetek izključenih tveganj;
3. način plačila premij in trajanje plačil;
4. glavne izjeme, ko ni mogoče podati zahtevka;
5. obveznosti ob začetku pogodbe;
6. obveznosti med trajanjem pogodbe;
7. obveznosti v primeru vložitve zahtevka;
8. čas trajanja pogodbe, vključno z datumi začetka in konca veljavnosti pogodbe;
9. pogoje za odstop od pogodbe.

(8) V primeru iz prve alineje 8. točke drugega odstavka tega člena zavarovalni zastopnik obvesti zavarovalca o višini honorarja ali, kadar to ni mogoče, o metodi za izračun honorarja.

(9) Če zavarovalca po sklenitvi zavarovalne pogodbe zavezuje kakšno plačilo poleg tekočih premij in načrtovanih plačil, zavarovalni zastopnik za vsako tovrstno plačilo razkrije podatke iz drugega, tretjega in osmega odstavka tega člena.

(10) Kadar se pred sklenitvijo zavarovalnega produkta zagotovi svetovanje, da zavarovalni zastopnik zavarovalcu tudi osebno priporočilo, ki pojasnjuje, zakaj je posamezen zavarovalni produkt najustreznejši glede na zahteve in potrebe zavarovalca oziroma potencialnega zavarovalca.

(11) Zavarovalni zastopnik pred sklenitvijo pogodbe na podlagi informacij, pridobljenih od zavarovalca, opredeli njegove zahteve in potrebe.

(12) Podrobnosti iz desetega in enajstega odstavka tega člena se oblikujejo glede na zapletenost predlaganega zavarovalnega produkta in vrsto zavarovalca.

(13) Vsaka zavarovalna pogodba, ki jo predlaga zavarovalni zastopnik, mora biti v skladu z zahtevami in potrebami zavarovalca.

(14) Vse informacije iz prvega do dvanajstega odstavka tega člena se zavarovalcu sporočijo:

1. v papirni obliki;
2. na jasn in natančen način, ki ga zavarovalec razume;
3. v uradnem jeziku države članice, v kateri zavarovalna pogodba krije tveganja, ali države članice, v kateri je nastala obveznost, ali v drugem jeziku, o katerem se zavarovalec in zavarovalni zastopnik dogovorita, in
4. brezplačno.

(15) Ne glede na 1. točko prejšnjega odstavka se lahko informacije iz prvega do dvanajstega odstavka tega člena zavarovalcu zagotovijo na enem od naslednjih medijev:

- trajnem nosilcu podatkov, ki ni papir, kadar so izpolnjeni pogoji iz sedemnajstega odstavka tega člena, ali
- spletnem mestu, kadar so izpolnjeni pogoji iz osemnajstega odstavka tega člena.

(16) Kadar se zavarovalcu informacije iz prvega do dvanajstega odstavka tega člena zagotovijo z uporabo trajnega nosilca podatkov, ki ni papir, ali prek spletnega mesta, se zavarovalcu na njegovo zahtevo brezplačno zagotovi izpis informacij na papirju.

(17) Informacije iz prvega do dvanajstega odstavka tega člena se lahko zagotovijo z uporabo trajnega nosilca podatkov, ki ni papir, če so izpolnjeni naslednji pogoji:

- uporaba trajnega nosilca podatkov je primerna pri poslih med zavarovalnim zastopnikom in zavarovalcem in
- zavarovalec je lahko izbral med informacijami na papirju in trajnem nosilcu podatkov ter je izbral slednjega.

(18) Informacije iz prvega do dvanajstega odstavka tega člena se lahko zagotovijo prek spletnega mesta, če se naslovijo osebno na zavarovalca ali če so izpolnjeni vsi naslednji pogoji:

- zagotavljanje teh informacij prek spletnega mesta je primerno pri poslih med zavarovalnim zastopnikom in zavarovalcem;
- zavarovalec je privolil v zagotovitev teh informacij prek spletnega mesta;
- zavarovalec je bil po elektronski poti obveščen o naslovu spletnega mesta in o tem, kje na spletnem mestu so dostopne te informacije;
- zagotovljeno je, da te informacije ostanejo dostopne na spletnem mestu tako dolgo, kot jih lahko zavarovalec razumno potrebuje.

(19) Za namene iz sedemnajstega in osemnajstega odstavka tega člena se zagotavljanje informacij na trajnem nosilcu podatkov, ki ni papir, ali preko spletnega mesta šteje za primerno pri poslih, sklenjenih med zavarovalnim zastopnikom in zavarovalcem, če obstaja dokaz, da ima zavarovalec reden dostop do interneta. Za tak dokaz se šteje elektronski poštni naslov zavarovalca za namene tega posla.

(20) Pri telefonski prodaji se informacije, ki jih zavarovalni zastopnik pošlje zavarovalcu pred sklenitvijo pogodbe, vključno z dokumentom z informacijami o zavarovalnem produktu, zagotovijo v skladu z zakonom, ki ureja varstvo potrošnikov. Če je zavarovalec izbral, da bo predhodne informacije pridobil na trajnem nosilcu podatkov, ki ni papir, zavarovalni zastopnik v skladu s štirinajstim in petnajstim odstavkom tega člena zavarovalcu zagotovi informacije takoj po sklenitvi zavarovalne pogodbe.

(21) Informacij iz prvega do dvanajstega odstavka tega člena zavarovalnemu zastopniku ni treba podati, če gre za zavarovanja velikih nevarnosti iz 532. člena tega zakona.

(22) Kadar zavarovalni zastopnik podaja predstavitev vsebine zavarovanja oziroma sklepa zavarovanje v elektronski obliki, lahko tudi informacije iz prvega do dvanajstega odstavka tega člena poda v elektronski obliki.

546. člen (odgovornost zavarovalnice)

(1) Zavarovalnica je odgovorna za dejanja zavarovalnega zastopnika, zavarovalno zastopniške družbe, zastopnika dopolnilnih zavarovanj in banke iz osmega odstavka 558. člena tega zakona v skladu z določbami zakona, ki ureja obligacijska razmerja.

(2) Premije in druga plačila v zvezi z zavarovalno pogodbo štejejo za plačana zavarovalnici, ko so plačana zavarovalnemu zastopniku, zavarovalno zastopniški družbi, zastopniku dopolnilnih zavarovanj oziroma banki iz osmega odstavka 558. člena tega zakona. Odškodnine, zavarovalnine in drugi zneski, namenjeni zavarovalcu, zavarovancu ali drugemu upravičencu, ki jih zavarovalnica plača tej osebi po zavarovalnemu zastopniku, zavarovalno zastopniški družbi, zastopniku dopolnilnih zavarovanj ali banki iz osmega odstavka 558. člena tega zakona, štejejo za plačane šele, ko jih zavarovalec, zavarovanec ali drug upravičenec prejme od zavarovalnega zastopnika, zavarovalno zastopniške družbe, zastopnika dopolnilnih zavarovanj ali banke iz osmega odstavka 558. člena tega zakona.

558. člen (splošne določbe)

(1) Dejavnost zavarovalnega zastopanja ali posredovanja lahko opravlja samo zavarovalno zastopniška ali posredniška družba, ki je pridobila dovoljenje za opravljanje dejavnosti zavarovalnega zastopanja ali posredovanja.

(2) Za opravljanje dejavnosti po prejšnjem odstavku se ne štejejo posli zavarovalnega zastopanja ali zavarovalnega posredovanja, ki jih opravljajo fizične osebe na podlagi zaposlitve ali drugega pravnega razmerja v zavarovalnici oziroma družbi iz prvega, tretjega, šestega ali osmega odstavka tega člena.

(3) Ne glede na prvi odstavek tega člena lahko dejavnost zavarovalnega zastopanja opravljajo tudi zastopniki dopolnilnih zavarovanj, ki so pridobili dovoljenje za opravljanje dejavnosti zavarovalnega zastopanja.

(4) Zastopnik dopolnilnih zavarovanj je vsaka pravna oseba ali posameznik, razen kreditne institucije in investicijskega podjetja, kot sta opredeljena v 1. in 2. točki prvega odstavka 4. člena Uredbe (EU) št. 575/2013 Evropskega parlamenta in Sveta, ki začne proti plačilu opravljati ali opravlja distribucijo zavarovalnih produktov kot dopolnilno dejavnost, če so izpolnjeni vsi naslednji pogoji:

1. glavna poklicna dejavnost te osebe ni distribucija zavarovalnih produktov;
2. oseba samo lastnim strankam distribuira določene zavarovalne produkte, ki dopolnjujejo blago ali storitev, s katero ta oseba ustvarja na trgu prihodke v okviru opravljanja svoje dovoljene dejavnosti.

(5) Določbe tega zakona, ki se nanašajo na zastopnike dopolnilnih zavarovanj in se sklicujejo na družbo, se smiselno uporabljajo za zastopnike dopolnilnih zavarovanj, ki niso ustanovljeni kot gospodarska družba.

(6) Določbe tega zakona se ne uporabljajo za zastopnika dopolnilnih zavarovanj iz tretjega odstavka tega člena, ki opravlja distribucijo zavarovalnih produktov, kadar so hkrati izpolnjeni vsi naslednji pogoji:

1. zavarovanje je dopolnitev ali je v povezavi z izdelkom ali storitvijo, ki jo zastopnik dopolnilnih zavarovanj zagotavlja, in krije:
 - nevarnost okvare, izgube ali poškodovanja izdelkov ali stvari ali neuporabe storitve, ki jo posreduje, ali
 - nevarnost poškodovanja ali izgube prtljage in drugih nevarnosti, povezanih s turističnim potovanjem, ki je bilo vplačano pri tem ponudniku, in
2. sorazmerni znesek letne premije zavarovanja ni višji od 600 eurov,
3. ne glede na prejšnjo točko znesek premije, plačan na osebo, ne presega 200 eurov, kadar je zavarovanje sklenjeno za tri mesece ali manj.

(7) Zavarovalnica, zavarovalno zastopniška družba in zavarovalno posredniška družba, ki opravlja dejavnost distribucije prek zastopnika dopolnilnih zavarovanj iz prejšnjega odstavka, zagotovijo, da:

1. ima potencialni zavarovalec pred sklenitvijo pogodbe na voljo informacije o njeni identiteti in naslovu ter postopkih iz 579. člena tega zakona, ki zavarovalcem, zavarovancem in drugim upravičencem iz zavarovalne pogodbe omogočajo vlaganje pritožb;
2. so vzpostavljene ustrezne in sorazmerne ureditve za skladnost s prvim in drugim odstavkom 524. člena, prvim odstavkom 527.a člena in četrtem do osmim odstavkom 522. člena tega zakona ter da so pred predložitvijo pogodbe upoštevane zahteve in potrebe stranke;
3. se pred sklenitvijo pogodbe stranki zagotovi dokument z informacijami o zavarovalnem produktu iz sedmega odstavka 545. člena tega zakona.

(8) Ne glede na prvi odstavek tega člena lahko dejavnost zavarovalnega zastopanja opravljajo tudi banke, ki so za opravljanje te dejavnosti pridobile dovoljenje Evropske centralne banke. Evropska centralna banka izda dovoljenje na podlagi predhodnega mnenja Agencije za zavarovalni nadzor. Za dovoljenje Evropske centralne banke za opravljanje dejavnosti zavarovalnega zastopanja se smiselno uporablja zakon, ki ureja bančništvo.

(9) Agencija za zavarovalni nadzor mnenje iz prejšnjega odstavka poda v 45 dneh od dneva prejema zaprosila. Če Agencija za zavarovalni nadzor v tem roku ne poda mnenja, se šteje, da je mnenje podano.

(10) Banka Slovenije obvesti Agencijo za zavarovalni nadzor o izdaji dovoljenja iz osmega odstavka tega člena v 15 dneh od dneva izdaje dovoljenja.

(11) Banka Slovenije obvesti Agencijo za zavarovalni nadzor o odvzemu oziroma prenehanju veljavnosti dovoljenja iz osmega odstavka tega člena v 15 dneh od izdaje odločbe.

561. člen

(dovoljenje za opravljanje poslov zavarovalnega zastopanja ali posredovanja)

(1) Posle zavarovalnega zastopanja ali zavarovalnega posredovanja lahko pri zavarovalnici, zavarovalno zastopniški družbi, zavarovalno posredniški družbi, zastopniku dopolnilnih zavarovanj iz tretjega odstavka 558. člena tega zakona ali banki

iz osmega odstavka 558. člena tega zakona samostojno opravljajo samo fizične osebe, ki imajo dovoljenje Agencije za zavarovalni nadzor za opravljanje poslov zavarovalnega zastopanja ali posredovanja.

(2) Pomožni zavarovalni zastopnik ali posrednik je oseba, ki pod nadzorom in ob navzočnosti mentorja, ki ima dovoljenje Agencije za zavarovalni nadzor za opravljanje poslov zavarovalnega zastopanja ali posredovanja, išče potencialne zavarovalce in sodeluje pri predstavitvi mentorja zavarovanj potencialnim zavarovalcem, pri čemer sme sam predstavljati zgolj osnovne značilnosti zavarovanja, kot so predmet zavarovanja, zavarovane nevarnosti, zavarovalna kritja, izključitve zavarovalnega kritja in zavarovalne vsote. Pomožni zavarovalni zastopnik ali posrednik ne sme sklepati zavarovanj ali podajati drugih izjav v imenu ali za račun zavarovalnice, zavarovalno zastopniške oziroma posredniške družbe, zastopnika dopolnilnih zavarovanj iz tretjega odstavka 558. člena ali banke iz osmega odstavka 558. člena tega zakona. Opravljanje del pomožnega zavarovalnega zastopnika ali posrednika se všteva v dokazovanje pogoja trimesečnih izkušenj, ki so potrebne za pridobitev dovoljenja za opravljanje poslov zavarovalnega zastopanja oziroma posredovanja. Posamezni mentor iz prvega stavka tega odstavka je lahko hkrati mentor le petim pomožnim zavarovalnim zastopnikom ali posrednikom. Mentor iz prvega stavka tega odstavka je odgovoren za pravilnost in resničnost podanih izjav pomožnega zavarovalnega zastopnika ali posrednika, ki so podane potencialnemu zavarovalcu.

(3) Agencija za zavarovalni nadzor izda dovoljenje za opravljanje poslov zavarovalnega zastopanja ali zavarovalnega posredovanja, če oseba izpolnjuje naslednje pogoje:

1. je uspešno opravila preizkus strokovnega znanja, potrebnega za opravljanje poslov zavarovalnega zastopanja ali zavarovalnega posredovanja,
2. ima najmanj trimesečne izkušnje s področja zavarovalnih poslov, ki jih je pridobila na podlagi zaposlitve ali drugega pravnega razmerja z zavarovalnico, zavarovalno zastopniško družbo, zavarovalno posredniško družbo, zastopnikom dopolnilnih zavarovanj iz tretjega odstavka 558. člena ali banko iz osmega odstavka 558. člena tega zakona,
3. obvlada slovenski jezik,
4. da v zadnjih petih letih ni bila pravnomočno in nepogojno obsojena za kaznivo dejanje zoper premoženje, gospodarstvo ali pravni promet na kazen zapora več kot treh mesecev,
5. da nad njo ni bil začel postopek osebnega stečaja,
6. ji Agencija za zavarovalni nadzor ni odvzela dovoljenja za opravljanje poslov zavarovalnega zastopanja ali zavarovalnega posredovanja pred manj kot petimi leti iz kateregakoli razloga iz 1. do 11. točke osmega odstavka tega člena.

(4) Če je bilo osebi odvzeto dovoljenje za opravljanje poslov zavarovalnega zastopanja ali posredovanja, v ponovni zahtevi za izdajo dovoljenja priloži dokazila, da je izpolnila pogoja iz 1. in 2. točke prejšnjega odstavka po datumu odvzema dovoljenja za opravljanje poslov zavarovalnega zastopanja ali posredovanja.

(5) Agencija za zavarovalni nadzor zavrne zahtevo za izdajo dovoljenja za opravljanje poslov zavarovalnega zastopanja ali zavarovalnega posredovanja tudi, če iz podatkov, ki jih ima na voljo, izhaja, da bi bilo lahko zaradi dejavnosti ali poslov, ki jih oseba opravlja ali zaradi ravnanj, ki jih je storila ali opustila, ogroženo opravljanje poslov zavarovalnega zastopanja ali zavarovalnega posredovanja v skladu z določbami tega zakona ali bi bilo ovirano ali oteženo izvajanje učinkovitega nadzora nad opravljanjem poslov zavarovalnega zastopanja ali zavarovalnega posredovanja.

(6) Zavarovalni zastopniki in zavarovalni posredniki se stalno poklicno usposablja tako, da ohranijo primerno raven storitev, ki ustreza njihovi vlogi in zavarovalniškemu trgu.

(7) Zavarovalni posrednik zahtevi za izdajo dovoljenja za opravljanja poslov zavarovalnega posredovanja predloži tudi potrdilo o sklenjenem zavarovanju iz četrtega odstavka 551. člena tega zakona.

(8) Agencija za zavarovalni nadzor odvzame dovoljenje za opravljanje poslov zavarovalnega zastopanja ali zavarovalnega posredovanja, če:

1. je bilo dovoljenje pridobljeno z navajanjem neresničnih podatkov;
2. zavarovalni zastopnik ali zavarovalni posrednik v postopku pregleda poslovanja podaja neresnične podatke, informacije ali poročila, ki niso izkaz dejanskega stanja;
3. zavarovalni zastopnik ali zavarovalni posrednik pooblaščenim osebam ne omogoči pregleda poslovanja ali ovira postopke pregleda poslovanja, kot je določen v 296. do 300. členu tega zakona;
4. zavarovalni zastopnik ali zavarovalni posrednik krši določbo drugega odstavka tega člena glede največjega dovoljenega števila pomožnih zavarovalnih zastopnikov ali zavarovalnih posrednikov pod mentorstvom;
5. je bil zavarovalni zastopnik ali zavarovalni posrednik pravnomočno in nepogojno obsojen zaradi kaznivega dejanja zoper premoženje, gospodarstvo ali pravni promet na kazen zapora več kot treh mesecev;
6. je bil nad zavarovalnim zastopnikom ali posrednikom začel postopek osebnega stečaja;
7. zavarovalni zastopnik ali zavarovalni posrednik ponavljajoče krši obveznosti iz devetega do petnajstega odstavka 521. člena, iz četrtega do osmega odstavka 522. člena, iz prvega ali drugega odstavka 524. člena ter 527.a, 528.a, 528.b, 528.c, 528.č, 528.d ali 545. člena tega zakona;
8. zavarovalni posrednik ponavljajoče krši obveznosti iz 550. člena ali iz prvega, drugega ali tretjega odstavka 551. člena tega zakona;
9. je zavarovalni zastopnik ali zavarovalni posrednik huje kršil dobre poslovne običaje pri opravljanju poslov zavarovalnega zastopanja ali zavarovalnega posredovanja;
10. zavarovalni posrednik nima zavarovane poklicne odgovornosti v skladu s četrtrim odstavkom 551. člena tega zakona;
11. zavarovalni zastopnik ali zavarovalni posrednik kot mentor dopušča pomožnemu zavarovalnemu zastopniku ali zavarovalnemu posredniku, da krši drugi odstavek tega člena;
12. zavarovalni zastopnik ali zavarovalni posrednik ponavljajoče krši obveznost iz šestega odstavka tega člena.

(9) Za ponavljajočo se kršitev iz 7., 8. in 12. točke prejšnjega odstavka se šteje kršitev, pri kateri zavarovalni zastopnik ali posrednik kršitev ponovno stori vsaj enkrat v petih letih po storitvi istovrstne kršitve.

(10) Dovoljenje za opravljanje poslov zavarovalnega zastopanja ali zavarovalnega posredovanja preneha veljati s prejemom izjave zavarovalnega zastopnika ali zavarovalnega posrednika, da je prenehal opravljati posle zavarovalnega zastopanja ali zavarovalnega posredovanja.

(11) Če nastopi razlog iz prejšnjega odstavka, izda Agencija za zavarovalni nadzor odločbo, s katero ugotovi, da je dovoljenje prenehalo.

(12) Z odločbo o pogojnem odvzemu dovoljenja za opravljanje poslov zavarovalnega zastopanja ali posredovanja lahko Agencija za zavarovalni nadzor hkrati izreče, da se odvzem ne bo izvršil, če zavarovalni zastopnik ali posrednik v preizkusnem obdobju, ki ga določi Agencija za zavarovalni nadzor in ki ne sme biti krajše od šestih mesecev in ne daljše od dveh let od dneva izdaje odločbe, ne bo storil novih dejanj, zaradi katerih je mogoče odvzeti dovoljenje. V primeru kršitev iz 5., 7., 8. in 9. točke osmega odstavka tega člena pogojni odvzem dovoljenja ni mogoč.

(13) Agencija za zavarovalni nadzor prekliče pogojni odvzem dovoljenja in dovoljenje odvzame, če zavarovalni zastopnik oziroma posrednik v preizkusnem obdobju stori novo dejanje, zaradi katerega je mogoče odvzeti dovoljenje.

(14) Predlog za odvzem dovoljenja za opravljanje poslov zavarovalnega zastopanja oziroma posredovanja lahko da zavarovalnica, delodajalec, Slovensko zavarovalno združenje in združenje zavarovalno zastopniških ali posredniških družb. O odvzetih dovoljenjih Agencija za zavarovalni nadzor obvesti vlagatelja predloga za odvzem dovoljenja, Slovensko zavarovalno združenje ali združenje zavarovalno zastopniških ali posredniških družb. Slovensko zavarovalno združenje obvestilo Agencije za zavarovalni nadzor o odvzetih dovoljenjih iz prejšnjega stavka tega odstavka pošlje svojim članicam. Agencija za zavarovalni nadzor o odvzetem dovoljenju obvesti tudi delodajalca ali drugega pogodbenika, če izve, da oseba, kateri je bilo dovoljenje odvzeto, opravlja posle zavarovalnega zastopanja ali posredovanja na podlagi pogodbe o zaposlitvi ali na podlagi drugega pravnega razmerja.

(15) Če je zavarovalni zastopnik oziroma posrednik prejel redno ali izredno odpoved pogodbe o zaposlitvi ali pogodbe na podlagi drugega pravnega razmerja zaradi kršitev obveznosti zavarovalnega zastopanja ali posredovanja, delodajalec o tem obvesti Agencijo za zavarovalni nadzor ter nadzorni organ države gostiteljice.

562. člen

(register zavarovalnih zastopnikov in zavarovalnih posrednikov)

(1) Agencija za zavarovalni nadzor skladno s šestim odstavkom tega člena vodi registre zavarovalno zastopniških družb, zavarovalno posredniških družb, zastopnikov dopolnilnih zavarovanj in bank, ki so na območju Republike Slovenije v skladu s tem zakonom upravičene opravljati dejavnost zavarovalnega zastopanja ali zavarovalnega posredovanja. Agencija za zavarovalni nadzor skladno s petim odstavkom tega člena vodi registre zavarovalnih zastopnikov in zavarovalnih posrednikov, ki so na območju Republike Slovenije v skladu s tem zakonom upravičeni opravljati posle zavarovalnega zastopanja ali zavarovalnega posredovanja. Agencija za zavarovalni nadzor vzpostavi eno samo informacijsko točko, ki omogoča hiter in enostaven dostop do teh registrov, ki so v elektronski obliki, in jih redno posodablja.

(2) Zavarovalnica skladno s šestim odstavkom tega člena vodi register zavarovalno zastopniških družb, zastopnikov dopolnilnih zavarovanj in bank, ki zanjo na podlagi pravnega razmerja opravljajo dejavnost zavarovalnega zastopanja. Zavarovalnica skladno s petim odstavkom tega člena vodi register zavarovalnih zastopnikov, ki na podlagi zaposlitve ali drugega pravnega razmerja z njo opravljajo posle zavarovalnega zastopanja. Zavarovalnica v okviru vodenja registra navede tudi osebno ime člana njene uprave, ki je odgovoren za distribucijo zavarovalnih produktov.

(3) Zavarovalno zastopniška družba, zavarovalno posredniška družba, zastopnik dopolnilnih zavarovanj in banka iz osmega odstavka 558. člena tega zakona skladno s petim odstavkom tega člena vodi register zavarovalnih zastopnikov oziroma zavarovalnih posrednikov, ki na podlagi zaposlitve ali drugega pravnega razmerja z zavarovalno zastopniško družbo, zavarovalno posredniško družbo, zastopnikom dopolnilnih zavarovanj ali banko iz osmega odstavka 558. člena tega zakona opravljajo posle zavarovalnega zastopanja ali zavarovalnega posredovanja. Zavarovalno zastopniška družba skladno s šestim odstavkom tega člena vodi register zavarovalno zastopniških družb in zastopnikov dopolnilnih zavarovanj, ki na podlagi pravnega razmerja z njo opravljajo dejavnost zavarovalnega zastopanja.

(4) Registri iz prejšnjih odstavkov so javni.

(5) Registri zavarovalnih zastopnikov oziroma zavarovalnih posrednikov, ki so v Republiki Sloveniji pridobili dovoljenje za opravljanje poslov zavarovalnega zastopanja ali zavarovalnega posredovanja, vsebujejo naslednje podatke: osebno ime zavarovalnega zastopnika ali zavarovalnega posrednika, številko in datum izdanega dovoljenja za opravljanje poslov zavarovalnega zastopanja ali zavarovalnega posredovanja ter informacije o državah, v katerih lahko zavarovalni zastopnik ali zavarovalni posrednik opravlja posle zavarovalnega zastopanja ali zavarovalnega posredovanja. Registri zavarovalnih zastopnikov oziroma zavarovalnih posrednikov, ki so v državi članici pridobili dovoljenje za opravljanje poslov zavarovalnega zastopanja ali zavarovalnega posredovanja, vsebujejo naslednje podatke: osebno ime zavarovalnega zastopnika ali zavarovalnega posrednika, registracijsko številko, datum prejema obvestila iz prvega odstavka 573. člena tega zakona ter informacijo o registru zavarovalnih zastopnikov ali zavarovalnih posrednikov v državi članici in o nadzornemu organu v državi članici.

(6) Registri zavarovalno zastopniških družb, zavarovalno posredniških družb, zastopnikov dopolnilnih zavarovanj in bank s sedežem v Republiki Sloveniji vsebujejo naslednje podatke: firmo in naslov zavarovalno zastopniške družbe, zavarovalno posredniške družbe, zastopnika dopolnilnih zavarovanj ali banke, številko in datum izdanega dovoljenja, osebno ime in funkcijo poslovnih oseb družbe, ki so odgovorni za distribucijo zavarovalnih produktov, ter navedbo držav, v katerih lahko ta družba opravlja svojo dejavnost. Registri zavarovalno zastopniških družb, zavarovalno posredniških družb, zastopnikov dopolnilnih zavarovanj in bank držav članic vsebujejo naslednje podatke: firmo in naslov zavarovalno zastopniške družbe, zavarovalno posredniške družbe, zastopnika dopolnilnih zavarovanj ali banke, registracijsko številko, datum prejema obvestila iz prvega odstavka 573. člena tega zakona ter informacijo o registru zavarovalno zastopniških družb, zavarovalno posredniških družb, zastopnikov dopolnilnih zavarovanj oziroma bank v državi članici in o nadzornem organu v državi članici. Pri zavarovalno zastopniških družbah, zavarovalno posredniških družbah in bankah držav članic, ki na območju Republike Slovenije opravljajo dejavnost zavarovalnega zastopanja ali zavarovalnega posredovanja preko podružnice, ustanovljene na območju Republike Slovenije, se vpišejo v register tudi podatki o firmi in naslovu podružnice ter osebna imena in funkcije oseb, ki vodijo podružnico. Registri zavarovalno zastopniških družb in zavarovalno posredniških družb tretjih držav, ki lahko preko podružnice, ustanovljene v Republiki Sloveniji, na območju Republike Slovenije opravljajo dejavnost zavarovalnega zastopanja ali zavarovalnega posredovanja, vsebujejo naslednje podatke: firmo in naslov zavarovalno zastopniške družbe ali zavarovalno posredniške družbe, firmo in naslov podružnice, številko in datum izdanega dovoljenja ter osebna imena in funkcije oseb, ki vodijo podružnico.

(7) Osebe iz prvega odstavka tega člena, vpisane v register, Agencijo za zavarovalni nadzor obvestijo o vsaki spremembi podatkov, ki se vpisujejo v register, v osmih dneh od spremembe.

563. člen (nadzor)

(1) Nadzor nad zavarovalnimi zastopniki in zavarovalnimi posredniki, zavarovalno zastopniškimi in zavarovalno posredniškimi družbami ter zastopniki dopolnilnih zavarovanj opravlja Agencija za zavarovalni nadzor. Nadzor nad bankami iz osmega odstavka 558. člena tega zakona opravlja Agencija za zavarovalni nadzor v sodelovanju z Banko Slovenije.

(2) Za nadzor iz prejšnjega odstavka se smiselno uporabljajo določbe tega zakona, ki veljajo za nadzor nad zavarovalnicami.

(3) Če zavarovalno zastopniška družba, zavarovalno posredniška družba ali zastopnik dopolnilnih zavarovanj, ki opravlja dejavnost zavarovalnega zastopanja ali posredovanja v državi članici, krši predpise te države članice, ji oziroma mu Agencija za zavarovalni nadzor v skladu s tem zakonom izreče ustrezen ukrep nadzora, o čemer obvesti pristojni organ države gostiteljice.

(4) Kadar Agencijo za zavarovalni nadzor pristojni organ države gostiteljice, ki ugotovi, da zavarovalno zastopniška družba, zavarovalno posredniška družba ali zastopnik dopolnilnih zavarovanj s sedežem v Republiki Sloveniji krši obveznosti, določene s predpisi države gostiteljice, in v skladu z drugim in tretjim odstavkom 575.a člena tega zakona ni pristojen za ukrepanje, Agencija za zavarovalni nadzor sprejme ustrezne ukrepe za odpravo kršitev, o čemer obvesti pristojni organ države gostiteljice.

(5) Tretji in četrti odstavek tega člena se smiselno uporabljajta za opravljanje poslov zavarovalnega zastopnika ali zavarovalnega posrednika v državi članici.

565. člen (uporaba določb)

(1) Za zavarovalno zastopniško in posredniško družbo se uporabljajo določbe zakona, ki ureja gospodarske družbe, če ni v tem zakonu drugače določeno.

(2) Za zavarovalno zastopniško in zavarovano posredniško družbo se smiselno uporablja 560. člen tega zakona, kadar opravljata svojo dejavnost prek drugih zavarovalno zastopniških družb, zavarovalno posredniških družb, zastopnikov dopolnilnih zavarovanj ali bank.

567.a člen (upravljanje)

(1) Poslovodna oseba zavarovalno zastopniške ali zavarovalno posredniške družbe izpolnjuje pogoje iz tretjega odstavka 561. člena tega zakona.

(2) Oseba, ki je pri zastopniku dopolnilnih zavarovanj iz četrtega odstavka 558. člena oziroma pri banki iz osmega odstavka 558. člena tega zakona imenovana za odgovorno osebo za izvajanje postopkov distribucije zavarovalnih produktov, izpolnjuje pogoje iz tretjega odstavka 561. člena tega zakona.

569. člen (dovoljenje za opravljanje dejavnosti zavarovalnega zastopanja ali zavarovalnega posredovanja)

(1) Zavarovalno zastopniška ali zavarovalno posredniška družba pred vpisom ustanovitve v sodni register ali pred vpisom ustrezne spremembe dejavnosti v sodni register pridobi dovoljenje Agencije za zavarovalni nadzor za opravljanje dejavnosti zavarovalnega zastopanja ali zavarovalnega posredovanja.

(2) Zahtevi za izdajo dovoljenja za opravljanje dejavnosti zavarovalnega zastopanja ali zavarovalnega posredovanja so priloženi dokazi, iz katerih izhaja, da družba, za katero je zahteva za izdajo dovoljenja vložena, izpolnjuje pogoje, določene

v 565. do 568. členu tega zakona, oziroma da zastopnik dopolnilnih zavarovanj izpolnjuje pogoje iz četrtega odstavka 558. člena in pogoj iz drugega odstavka 567.a člena tega zakona, in naslednji podatki oziroma listine:

1. akt o ustanovitvi družbe;
2. seznam oseb, ki imajo ali bodo imele ob vpisu družbe v sodni register več kot 10 % delež v kapitalu družbe, z navedbo višine deležev;
3. seznam oseb, ki so tesno povezane z družbo;
4. pojasnilo, da deleži in tesne povezave iz prejšnjih dveh alinej ne bodo preprečevali izvajanja učinkovitega nadzora nad poslovanjem družbe.

(3) Agencija za zavarovalni nadzor izda dovoljenje za opravljanje dejavnosti zavarovalnega zastopanja ali zavarovalnega posredovanja, če zavarovalno zastopniška družba ali zavarovalno posredniška družba izpolnjuje pogoje, določene v 565. do 568. členu tega zakona, oziroma če zastopnik dopolnilnih zavarovanj izpolnjuje pogoje iz četrtega odstavka 558. člena tega zakona in pogoj iz drugega odstavka 567.a člena tega zakona ter če deleži in tesne povezave iz prejšnjega odstavka ne bodo preprečevali izvajanja učinkovitega nadzora nad poslovanjem družbe.

(4) Agencija za zavarovalni nadzor zavrne zahtevo za izdajo dovoljenja za opravljanje dejavnosti zavarovalnega zastopanja ali zavarovalnega posredovanja tudi v naslednjih primerih:

1. če je bilo družbi odvzeto dovoljenje za opravljanje dejavnosti zavarovalnega zastopanja ali zavarovalnega posredovanja in od pravnomočnosti odločbe o odvzemu dovoljenja še ni preteklo pet let;
2. če je ustanovitelj družbe oseba, ki je bila družbenik, katerega delež je omogočal vpliv na delovanje družbe, ki ji je bilo odvzeto dovoljenje za opravljanje dejavnosti zavarovalnega zastopanja ali zavarovalnega posredovanja in od pravnomočnosti odločbe o odvzemu dovoljenja še ni preteklo pet let, ali oseba, ki je bila zakoniti zastopnik takšne družbe kadarkoli v zadnjih dveh letih, pred odvzemom dovoljenja za opravljanje dejavnosti zavarovalnega zastopanja ali zavarovalnega posredovanja;
3. če iz podatkov, ki jih ima na voljo Agencija za zavarovalni nadzor, izhaja, da bi bilo lahko zaradi dejavnosti ali poslov, ki jih družba opravlja, oziroma zaradi ravnanj, ki jih je storila, ogroženo poslovanje družbe v skladu z določbami tega zakona ali bi bilo ovirano ali oteženo izvajanje učinkovitega nadzora nad poslovanjem družbe;
4. če predpisi ali upravne določbe tretje države, ki se nanašajo na eno ali več fizičnih ali pravnih oseb, s katerimi je družba tesno povezana, ali težave pri izvajanju teh predpisov ali upravnih določb preprečujejo učinkovito izvajanje učinkovitega nadzora nad poslovanjem družbe.

(5) Določbe prvega do četrtega odstavka tega člena se smiselno uporabljajo tudi za mnenje Agencije za zavarovalni nadzor iz osmega odstavka 558. člena tega zakona.

571. člen (poročanje)

(1) Zavarovalno zastopniška družba, zavarovalno posredniška družba in zastopnik dopolnilnih zavarovanj v osmih dneh obvesti Agencijo za zavarovalni nadzor o spremembi podatkov ali listin, predloženih na podlagi drugega odstavka 569. člena tega zakona.

(2) Zavarovalno posredniška družba Agenciji za zavarovalni nadzor poroča tudi o strukturi in obsegu posredniških poslov po zavarovalnicah, ki jih je v posameznem poslovnem letu opravila za te zavarovalnice.

571.a člen (varovanje osebnih podatkov)

Za zavarovalnega zastopnika, zavarovalnega posrednika, zavarovalno zastopniško družbo, zavarovalno posredniško družbo in zastopnika dopolnilnih zavarovanj glede varovanja osebnih podatkov veljajo določbe Uredbe (EU) 2016/679 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 27. aprila 2016 o varstvu posameznikov pri obdelavi osebnih podatkov in o prostem pretoku takih podatkov ter o razveljavitvi Direktive 95/46/ES (UL L št. 119 z dne 4. 5. 2016, str. 1-88) in zakona, ki ureja varstvo osebnih podatkov.

15.3.3. Opravljanje dejavnosti zavarovalnega zastopanja in posredovanja znotraj EU

572. člen (opravljanje dejavnosti zavarovalnega zastopanja in zavarovalnega posredovanja v državi članici gostiteljici)

(1) Zavarovalno zastopniška družba, zavarovalno posredniška družba in zastopnik dopolnilnih zavarovanj lahko opravlja dejavnost zavarovalnega zastopanja ali zavarovalnega posredovanja, za katero je pridobil dovoljenje Agencije za zavarovalni nadzor, na območju države članice prek podružnice, stalnega predstavništva ali neposredno, če izpolnjuje pogoje, določene s predpisi te države članice.

(2) Oseba iz prejšnjega odstavka, ki namerava začeti opravljati dejavnost zavarovalnega zastopanja ali zavarovalnega posredovanja v državi članici gostiteljici neposredno, o tem obvesti Agencijo za zavarovalni nadzor in ji sporoči naslednje podatke:

1. ime, naslov in številko dovoljenja za opravljanje dejavnosti zavarovalnega zastopanja ali zavarovalnega posredovanja;
2. državo članico ali države članice, v kateri oziroma katerih namerava delovati;
3. vrsto osebe iz prvega odstavka tega člena in po potrebi ime zavarovalnice, ki jo zastopa;
4. po potrebi zavarovalne vrste.

(3) Agencija za zavarovalni nadzor v enem mesecu po prejemu obvestila iz prejšnjega odstavka pošlje obvestilo pristojnemu organu države članice gostiteljice. Agencija za zavarovalni nadzor pisno obvesti osebo iz drugega odstavka tega člena, da je pristojni organ države članice gostiteljice potrdil prejem obvestila.

(4) Agencija za zavarovalni nadzor zavrne zahtevo za pošiljanje obvestila iz drugega odstavka tega člena pristojnemu organu države članice gostiteljice, če ob upoštevanju obsega dejavnosti, ki jih namerava opravljati oseba iz drugega odstavka tega člena, obstaja dvom o ustreznosti organizacijske strukture ali finančnega položaja te osebe. Če Agencija za zavarovalni nadzor zahteve za pošiljanje obvestila ne zavrne v roku iz prejšnjega odstavka in ga v istem roku tudi ne pošlje, ima ta oseba pravico do sodnega varstva, kakor da je bila zahteva za pošiljanje obvestila zavrnjena.

(5) Oseba iz drugega odstavka tega člena lahko začne opravljati dejavnost v državi članici gostiteljici po prejemu obvestila Agencije za zavarovalni nadzor iz tretjega odstavka tega člena. Agencija za zavarovalni nadzor osebi iz drugega odstavka tega

člena posreduje spletna naslova, kjer EIOPA objavi spletne povezave do spletnih mest pristojnih organov, kjer so objavljene informacije o predpisih o zaščiti javnih koristi in kjer Agencija za zavarovalni nadzor objavi informacije o predpisih o zaščiti javnih koristih v Republiki Sloveniji.

(6) V primeru spremembe podatkov iz drugega odstavka tega člena oseba iz drugega odstavka tega člena obvesti Agencijo za zavarovalni nadzor o tej spremembi vsaj en mesec pred njeno uvedbo. Agencija za zavarovalni nadzor o spremembi obvesti pristojni organ države članice gostiteljice takoj, ko je to izvedljivo, oziroma najpozneje en mesec po prejemu obvestila.

(7) Oseba iz prvega odstavka tega člena, ki namerava ustanoviti podružnico ali stalno predstavništvo na ozemlju države članice gostiteljice, to sporoči Agenciji za zavarovalni nadzor in ji predloži naslednje podatke:

1. ime in naslov ter številko dovoljenja za opravljanje dejavnosti zavarovalnega zastopanja ali posredovanja;
2. državo članico, na ozemlju katere namerava posrednik ustanoviti podružnico ali stalno predstavništvo;
3. vrsto osebe iz prvega odstavka tega člena in po potrebi ime zavarovalnice, ki jo zastopa;
4. po potrebi zavarovalne vrste;
5. naslov v državi članici gostiteljici, na katerem je mogoče pridobiti dokumente;
6. imena vseh oseb, ki so odgovorne za upravljanje podružnice ali stalnega predstavništva.

(8) Stalno predstavništvo osebe iz prvega odstavka tega člena, ki je enakovredno podružnici, se obravnava enako kot podružnica, razen če ta oseba ne vzpostavi takega stalnega predstavništva v drugi pravni obliki.

(9) Agencija za zavarovalni nadzor v enem mesecu po prejemu obvestila iz sedmega odstavka tega člena pošlje obvestilo pristojnemu organu države članice gostiteljice. Agencija za zavarovalni nadzor pisno obvesti osebo iz sedmega odstavka tega člena, da je pristojni organ države članice gostiteljice prejel obvestilo.

(10) Agencija za zavarovalni nadzor zavrne zahtevo za pošiljanje tega obvestila nadzornemu organu države članice gostiteljice, če ob upoštevanju obsega dejavnosti, ki jih namerava oseba opravljati, obstaja dvom o ustreznosti organizacijske strukture ali finančnega položaja te osebe. Če Agencija za zavarovalni nadzor zahteve za pošiljanje obvestila ne zavrne v roku iz prejšnjega odstavka in ga v istem roku tudi ne pošlje, ima ta oseba pravico do sodnega varstva, kakor da je bila zahteva za pošiljanje obvestila zavrnjena.

(11) Agencija za zavarovalni nadzor po prejemu predpisov o zaščiti javne koristi države članice gostiteljice, ki jih prejme od pristojnega organa države članice gostiteljice, te pošlje osebi iz sedmega odstavka tega člena in jo obvesti, da lahko začne poslovati v državi članici gostiteljici pod pogojem, da upošteva te predpise.

(12) Kadar oseba iz sedmega odstavka tega člena v roku iz devetega odstavka tega člena ne prejme obvestila, da je pristojni organ države članice gostiteljice prejel obvestilo, niti ji zahteva za pošiljanje obvestila ni bila zavrnjena, lahko ustanovi podružnico oziroma začne poslovati preko stalnega predstavništva.

(13) V primeru spremembe podatkov iz sedmega odstavka tega člena oseba iz sedmega odstavka tega člena obvesti Agencijo za zavarovalni nadzor o tej spremembi vsaj en mesec pred njeno uvedbo. Agencija za zavarovalni nadzor o tej spremembi obvesti pristojni organ države članice gostiteljice takoj, ko je to izvedljivo, oziroma najpozneje en mesec po prejemu obvestila.

(14) Določbe tega člena se smiselno uporabljajo za opravljanje poslov zavarovalnega zastopnika ali zavarovalnega posrednika v državi članici.

(15) Določbe tega in 575. člena tega zakona se smiselno uporabljajo za banke iz osmega odstavka 558. člena tega zakona, pri čemer je organ, pristojen za sprejem in pošiljanje obvestil iz tega člena ter za medsebojno obveščanje iz 575. člena tega zakona, Banka Slovenije.

573. člen

(zavarovalno zastopniške in zavarovalno posredniške družbe ter zastopniki dopolnilnih zavarovanj države članice)

(1) Zavarovalno zastopniška ali zavarovalno posredniška družba ali zastopnik dopolnilnih zavarovanj, ki je v državi članici upravičen opravljati dejavnost zavarovalnega zastopanja ali zavarovalnega posredovanja oziroma dejavnost distribucije zavarovalnih produktov, lahko na območju Republike Slovenije opravlja to dejavnost neposredno, potem ko Agencija za zavarovalni nadzor pristojnemu organu matične države članice zavarovalno zastopniške družbe, zavarovalno posredniške družbe oziroma zastopnika dopolnilnih zavarovanj potrdi prejem obvestila iz drugega ali sedmega odstavka prejšnjega člena. Agencija za zavarovalni nadzor potrdi prejem obvestila takoj po prejemu.

(2) Zavarovalno zastopniška ali zavarovalno posredniška družba ali zastopnik dopolnilnih zavarovanj, ki je v državi članici upravičen opravljati dejavnost zavarovalnega zastopanja ali zavarovalnega posredovanja oziroma dejavnost distribucije zavarovalnih produktov, lahko na območju Republike Slovenije opravlja to dejavnost prek podružnice potem, ko prejme obvestilo pristojnega organa matične države članice o predpisih o zaščiti javnih koristi iz prvega odstavka 575.b člena tega zakona in obvestilo, da lahko začne poslovati v Republiki Sloveniji pod pogojem, da upošteva te predpise. Agencija za zavarovalni nadzor v mesecu dni od prejetja obvestila iz sedmega odstavka prejšnjega člena od pristojnega organa matične države članice temu organu sporoči predpise o zaščiti javnih koristi iz prvega odstavka 575.b člena tega zakona.

(3) Za osebe iz prvega odstavka tega člena veljajo 521., 522., 524. do 527., 527.a, 528.a do 528.d., 543. do 558. člen, drugi odstavek 565. člena ter 571. in 571.a člen tega zakona glede poslov, ki jih oseba opravlja na območju Republike Slovenije.

(4) Določbe tega člena se smiselno uporabljajo za opravljanje poslov zavarovalnega zastopnika ali zavarovalnega posrednika države članice v Republiki Sloveniji.

(5) Določbe tega in 575. člena tega zakona se smiselno uporabljajo za banke držav članic.

573.a člen **(nadzor)**

(1) Agencija za zavarovalni nadzor opravlja nadzor nad zavarovalno zastopniškimi družbami, zavarovalno posredniškimi družbami in zastopniki dopolnilnih zavarovanj iz držav članic, ki na območju Republike Slovenije opravljajo dejavnost zavarovalnega zastopanja ali zavarovalnega posredovanja ali distribucijo zavarovalnih produktov. Za nadzor se uporabljajo določbe tega zakona.

(2) Prejšnji odstavek se smiselno uporablja za opravljanje poslov zavarovalnega zastopnika ali zavarovalnega posrednika države članice v Republiki Sloveniji.

573.b člen (ukrepi nadzora)

(1) Če Agencija za zavarovalni nadzor meni, da zavarovalno zastopniška družba, zavarovalno posredniška družba ali zastopnik dopolnilnih zavarovanj iz države članice, ki na območju Republike Slovenije opravlja dejavnost zavarovalnega zastopanja ali zavarovalnega posredovanja ali distribucije zavarovalnih produktov, krši določbe tega zakona, o tem obvesti pristojni organ matične države članice in od njega zahteva informacije o tem, kako je oziroma bo ukrepal.

(2) Če Agencija za zavarovalni nadzor ugotovi, da zavarovalno zastopniška družba, zavarovalno posredniška družba ali zastopnik dopolnilnih zavarovanj, ki opravlja dejavnost zavarovalnega zastopanja ali zavarovalnega posredovanja ali distribucije zavarovalnih produktov na območju Republike Slovenije, krši katero izmed obveznosti iz tega zakona in da Agencija za zavarovalni nadzor v skladu z drugim in tretjim odstavkom 575.a člena tega zakona ni pristojna za ukrepanje, svoje ugotovitve sporoči pristojnemu organu matične države članice.

(3) Če kljub ukrepom, ki jih sprejme pristojni organ matične države članice, ali če so sprejeti ukrepi neustrezni ali pomanjkljivi, ali če ukrepi niso bili izrečeni ali izvedeni, zavarovalno zastopniška družba, zavarovalno posredniška družba ali zastopnik dopolnilnih zavarovanj iz države članice, ki na območju Republike Slovenije opravlja dejavnost zavarovalnega zastopanja ali zavarovalnega posredovanja ali distribucije zavarovalnih produktov, s svojim delovanjem še naprej povzroča nedvomno in obsežno škodo interesom potrošnikov Republike Slovenije ali urejenemu delovanju zavarovalniških trgov, ji Agencija za zavarovalni nadzor potem, ko je o tem obvestila pristojni organ matične države članice, z odločbo prepove opravljanje dejavnosti na ozemlju Republike Slovenije.

(4) Agencija za zavarovalni nadzor lahko v skladu z 19. členom Uredbe (EU) št. 1094/2010 predloži zadevo v reševanje in mnenje EIOPI.

(5) Ne glede na prvi do tretji odstavek tega člena lahko Agencija za zavarovalni nadzor brez predhodnega obveščanja pristojnega organa matične države članice zavarovalno zastopniški družbi, zavarovalno posredniški družbi ali zastopniku dopolnilnih zavarovanj z odločbo prepove opravljanje dejavnosti na območju Republike Slovenije, če je takojšnje ukrepanje nujno za zaščito pravic potrošnikov.

(6) O izrečenih ukrepih iz tretjega in petega odstavka tega člena Agencija za zavarovalni nadzor obvesti pristojni organ matične države članice, EIOPO in Evropsko komisijo.

(7) Določbe tega člena se smiselno uporabljajo za opravljanje poslov zavarovalnega zastopnika ali zavarovalnega posrednika države članice na območju Republike Slovenije.

573.c člen (ukrepi nadzora v zvezi s kršitvami prvega odstavka 575.b člena tega zakona)

(1) Agencija za zavarovalni nadzor zavarovalno zastopniški družbi, zavarovalni posredniški družbi ali zastopniku dopolnilnih zavarovanj iz države članice,

ki na območju Republike Slovenije opravlja dejavnost zavarovalnega zastopanja ali zavarovalnega posredovanja ali distribucije zavarovalnih produktov, z odredbo naloži odpravo kršitve, če krši predpise iz prvega odstavka 575.b člena tega zakona.

(2) Agencija za zavarovalni nadzor zavarovalno zastopniški družbi, zavarovalno posredniški družbi ali zastopniku dopolnilnih zavarovanj iz države članice, ki na območju Republike Slovenije opravlja dejavnost zavarovalnega zastopanja ali zavarovalnega posredovanja ali distribucije zavarovalnih produktov, z odločbo prepove opravljanje dejavnosti, če ponavljajoče krši predpise iz prvega odstavka 575.b člena tega zakona, pri čemer se za ponavljajočo se kršitev šteje kršitev, ki jo družba ali zastopnik dopolnilnih zavarovanj storita vsaj enkrat v dveh letih po storitvi istovrstne kršitve.

(3) Agencija za zavarovalni nadzor zavarovalno zastopniški družbi, zavarovalno posredniški družbi ali zastopniku dopolnilnih zavarovanj iz države članice, ki na območju Republike Slovenije opravlja dejavnost zavarovalnega zastopanja ali zavarovalnega posredovanja ali distribucije zavarovalnih produktov, z odločbo prepove opravljanje dejavnosti, če je opravljanje dejavnosti te družbe v celoti ali večinoma usmerjeno na območje Republike Slovenije z izključnim namenom izogniti se pravnim določbam, ki bi se zanjo uporabljale, če bi imela sedež v Republiki Sloveniji, in če opravljanje te dejavnosti resno ogroža pravilno delovanje zavarovalnega trga v Republiki Sloveniji ob upoštevanju varstva potrošnikov.

(4) Pred izrekom ukrepa nadzora iz tega člena Agencija za zavarovalni nadzor o tem obvesti pristojni organ matične države članice. Agencija za zavarovalni nadzor lahko v skladu z 19. členom Uredbe (EU) št. 1094/2010 predloži zadevo iz prejšnjega stavka v reševanje in mnenje EIOPI.

(5) Določbe tega člena se smiselno uporabljajo za opravljanje poslov zavarovalnega zastopnika ali zavarovalnega posrednika države članice na območju Republike Slovenije.

575. člen

(medsebojno sodelovanje, obveščanje in izmenjava informacij nadzornih organov)

(1) Za potrebe opravljanja nadzora nad spoštovanjem določb tega zakona, na njegovi podlagi izdanih predpisov in drugih zavezujočih predpisov, Agencija za zavarovalni nadzor s pristojnimi organi drugih držav članic sodeluje in izmenjuje informacije, ki se nanašajo na distributerje zavarovalnih produktov, glede:

1. opravljanja storitev distribucije,
2. izpolnjevanja pogojev za opravljanje poslov oziroma dejavnosti zavarovalnega zastopanja oziroma posredovanja,
3. izpolnjevanja obveznosti v zvezi s posredovanjem informacij in organizacijo poslovanja,
4. izpolnjevanja obveznosti v zvezi s postopki odobritve produkta,
5. izpolnjevanja obveznosti v zvezi z distribucijo zavarovalnih naložbenih produktov.

(2) Za preverjanje izpolnjevanja pogojev za opravljanje poslov zavarovalnega zastopanja oziroma zavarovalnega posredovanja v postopku izdaje dovoljenja in kasneje, kadar nastopijo okoliščine, ki lahko vplivajo na izpolnjevanje pogojev za opravljanje poslov zavarovalnega zastopanja oziroma zavarovalnega posredovanja, Agencija za zavarovalni nadzor s pristojnimi organi drugih držav članic izmenjuje informacije o zavarovalnih zastopnikih oziroma zavarovalnih posrednikih

oziroma vložnikov zahtev za izdajo dovoljenja, ki se nanašajo na njihov ugled, strokovno znanje in usposobljenost.

(3) Agencija za zavarovalni nadzor s pristojnimi organi drugih držav članic izmenjuje informacije o distributerjih zavarovalnih produktov, kadar jim je bil izrečen ukrep nadzora ali naložena globa zaradi kršitev tega zakona, na njegovi podlagi izdanih predpisov in drugih zavezujočih predpisov s področij iz prvega odstavka tega člena, ali kadar je bilo osebi odvzeto dovoljenje za opravljanje poslov oziroma dejavnosti zavarovalnega zastopanja oziroma zavarovalnega posredovanja, in sicer:

1. osebno ime in naslov ali firmo in sedež,
2. vrsto izrečenega ukrepa in morebitnih naloženih dodatnih ukrepov,
3. informacijo, ali je bila izrečena globa oziroma druga prekrškovna sankcija.

(4) Agencija za zavarovalni nadzor EIOPI sporoči podatke o zavarovalnih zastopnikih, zavarovalnih posrednikih, zavarovalno zastopniških družbah, zavarovalno posredniških družbah, zastopnikih dopolnilnih zavarovanj in bankah iz osmega odstavka 558. člena tega zakona, ki so sporočile namero za čezmejno poslovanje v skladu s 572. členom tega zakona, in sicer na način, da ji istočasno posreduje obvestilo, ki ga po tretjem odstavku 572. člena tega zakona posreduje nadzornemu organu države članice. Agencija za zavarovalni nadzor na svojih spletnih straneh vzpostavi povezavo z enotnim elektronskim registrom EIOPE zavarovalnih zastopnikov, zavarovalnih posrednikov, zavarovalno zastopniških družb, zavarovalno posredniških družb, zastopnikov dopolnilnih zavarovanj in bank, ki lahko opravljajo posle ali dejavnost zavarovalnega zastopanja ali zavarovalnega posredovanja.

(5) Agencija za zavarovalni nadzor ima pravico spreminjati podatke v registru iz prejšnjega odstavka, če se spremenijo podatki, ki se vodijo v navedenem registru. Posameznike, katerih osebni podatki so shranjeni v registru iz prejšnjega odstavka in katerih osebni podatki se izmenjujejo, Agencija za zavarovalni nadzor z obvestilom, ki jim ga pošlje na podlagi trinajstega odstavka v povezavi v tretjim odstavkom 572. člena tega zakona, obvesti tudi, da imajo pravico dostopati do tako shranjenih podatkov.

(6) Agencija za zavarovalni nadzor obvesti Evropsko komisijo o vseh splošnih težavah, s katerimi se srečujejo zavarovalni zastopniki, zavarovalni posredniki, zavarovalno zastopniške družbe, zavarovalno posredniške družbe, zastopniki dopolnilnih zavarovanj in banke iz osmega odstavka 558. člena tega zakona pri ustanavljanju ali pri opravljanju distribucije zavarovalnih produktov v tretji državi.

575.a člen

(razdelitev pristojnosti med matično državo članico in državo članico gostiteljico)

(1) Če je primarni kraj poslovanja zavarovalno zastopniške družbe, zavarovalno posredniške družbe, zastopnika dopolnilnih zavarovanj ali banke, ki opravlja dejavnost zavarovalnega zastopanja ali zavarovalnega posredovanja v drugi državi članici, se lahko Agencija za zavarovalni nadzor dogovori s pristojnim organom te druge države članice, da ukrepa namesto Agencije za zavarovalni nadzor v zvezi s 50. členom, 3. točko prvega odstavka 63. člena, 280.a členom, tretjim do šestim odstavkom 281. člena, 2. točko prvega odstavka in četrtim odstavkom 289. člena, tretjim odstavkom 291. člena, 427. členom, drugim odstavkom 456. člena, 463. in 507. členom, devetim do šestnajstim odstavkom 521. člena, 522. členom, prvim in drugim odstavkom 524. člena, 528.a do 528.d členom, 545. in 546. členom, četrtim odstavkom 551. člena, drugim odstavkom 552. člena, 558., 560., 561. in 563. členom, prvim in drugim odstavkom 564. člena, 565. členom, 567.a in 568. členom, prvim do tretjim odstavkom 574. člena ter 579. in 623. členom tega zakona. V primeru dogovora Agencije za zavarovalni nadzor s pristojnim organom druge države članice iz tega

odstavka, Agencija za zavarovalni nadzor o tem nemudoma obvesti zavarovalno zastopniško družbo, zavarovalno posredniško družbo, zastopnika dopolnilnih zavarovanj ali banko, ki opravlja dejavnost zavarovalnega zastopanja ali zavarovalnega posredovanja v drugi državi članici, in EIOPA.

(2) Kadar je Agencija za zavarovalni nadzor v vlogi pristojnega organa države gostiteljice, je odgovorna za zagotavljanje, da so storitve, ki jih oseba iz prejšnjega odstavka opravlja na ozemlju Republike Slovenije, v skladu z obveznostmi iz devetega do šestnajstega odstavka 521. člena, 522. člena, prvega in drugega odstavka 524. člena, prvega odstavka 527.a člena, 528.a do 528.d člena in 545. člena tega zakona.

(3) Kadar je Agencija za zavarovalni nadzor v vlogi pristojnega organa države gostiteljice, ima pravico, da opravlja nadzor nad osebo iz prvega odstavka tega člena in izreka ukrepe nadzora, ki so potrebni, da se Agenciji za zavarovalni nadzor omogoči izvajanje obveznosti iz prejšnjega odstavka v zvezi s storitvami, ki jih oseba iz prvega odstavka tega člena opravlja na ozemlju Republike Slovenije.

579. člen

(reševanje sporov med ponudniki storitev in potrošniki)

(1) Zavarovalnica, zavarovalno zastopniška družba, zavarovalno posredniška družba in zastopnik dopolnilnih zavarovanj vzpostavijo notranji postopek reševanja pritožb zavarovalcev, zavarovancev in drugih upravičencev iz zavarovanj ter združenj potrošnikov. V vseh primerih je treba pritožnikom odgovoriti.

(2) Zavarovalnica zagotovi ustrezen in učinkovit postopek izvensodnega reševanja sporov z zavarovalci, zavarovanci in drugimi upravičenci iz zavarovanj ter združenji potrošnikov pred nepristranskim in neodvisnim izvajalcem izvensodnega reševanja sporov, ki izpolnjuje pogoje in zagotavlja postopek v skladu z zakonom, ki ureja izvensodno reševanje sporov. Zavarovalci, zavarovanci, drugi upravičenci iz zavarovanj in združenja potrošnikov mu lahko pošljejo pobudo za začetek postopka, če se pritožbi iz prejšnjega odstavka ne ugotovi ali o njej ne odloči v 30 dneh po njenem prejemu.

(3) Zavarovalnica v zavarovalnih pogojih objavi informacijo o notranjem postopku reševanja pritožb zavarovalcev, zavarovancev in drugih upravičencev iz zavarovanj ter združenj potrošnikov in o izvajalcu izvensodnega reševanja sporov.

(4) Zavarovalno zastopniška družba, zavarovalno posredniška družba in zastopnik dopolnilnih zavarovanj objavijo informacijo o notranjem postopku reševanja pritožb zavarovalcev, zavarovancev in drugih upravičencev iz zavarovanj ter združenj potrošnikov na svoji spletni strani in na vidnem mestu v vseh poslovnih prostorih, v katerih poslujejo s strankami.

Zakon o opravljanju plačilnih storitev za proračunske uporabnike (Uradni list RS, št. 77/16 in 47/19)

28. člen

(izmenjava e-računov in priloženih dokumentov v elektronski obliki prek enotne vstopne in izstopne točke)

(1) Za izmenjavo e-računov in priloženih dokumentov v elektronski obliki, ki jih izdajajo ali prejemajo proračunski uporabniki, je UJP enotna vstopna oziroma izstopna točka.

(2) E-račune morajo proračunski uporabniki pošiljati in prejemati le prek UJP.

(3) Proračunski uporabniki morajo prejemati račune in priložene dokumente, ki jih izdajo subjekti iz četrtega odstavka tega člena, izključno v elektronski obliki.

(4) Pravne in fizične osebe, ki za proračunske uporabnike dobavljajo blago, izvajajo storitev ali gradnjo, morajo proračunskim uporabnikom pošiljati e-račune le prek spletnega programa UJP ali zainteresiranih ponudnikov plačilnih storitev in ponudnikov procesne obdelave podatkov (v nadaljnjem besedilu: udeleženci sistema izmenjave e-računov), ki imajo z UJP sklenjeno pogodbo o izmenjavi e-računov. UJP na svoji spletni strani objavi seznam udeležencev sistema izmenjave e-računov, s katerimi ima sklenjene pogodbe.

(5) Določbe prvega do četrtega odstavka tega člena se ne uporabljajo za račune, zahteve za plačilo, račune za nadomestilo, poročila, obračunske liste, dobropise, bremepise in druge spremljajoče obračunske dokumente, ki jih Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije in zavarovalnicam, ki opravljajo dopolnilno zdravstveno zavarovanje, pošiljajo bolnišnice, zdravstveni domovi, lekarne, zasebniki, v delu, ki se nanaša na izvajanje koncesijske pogodbe, zdravilišča, dobavitelji medicinskih pripomočkov in drugi izvajalci zdravstvenih storitev, ki opravljajo storitve v breme obveznega in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.

(6) UJP lahko zagotavlja storitve hrambe e-računov za proračunske uporabnike v skladu z zakonom in podzakonskimi predpisi, ki urejajo varstvo dokumentarnega in arhivskega gradiva. Obseg teh storitev ter medsebojne pravice in obveznosti UJP in uporabnika storitev se uredijo s pogodbo.

(7) Minister, pristojen za finance, podrobneje predpiše način izmenjave e-računov proračunskih uporabnikov prek UJP.

Poslanska skupina Svoboda

Mag. Borut Sajovic

mag. Nataša Avšič Bogovič

dr. Mirjam Bon Klanjšček

Mateja Čalušić

Bojan Čebela

Jožica Derganc

Sandra Gazinkovski

Vera Granfol

mag. Miroslav Gregorič

Lena Grgurevič

mag. Alma Intihar

Robert Janev

Andreja Kert

mag. Urška Klakočar Zupančič

mag. Darko Krajnc

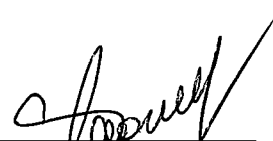
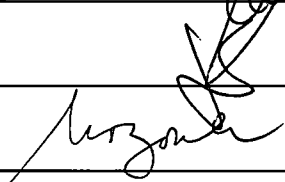
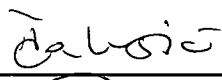
mag. Tamara Kozlovič

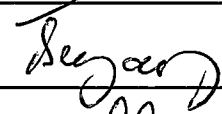
Tomaž Lah

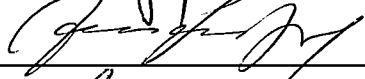
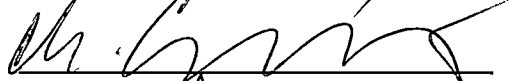
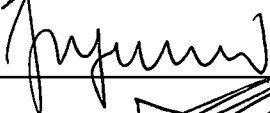
Miha Lamut

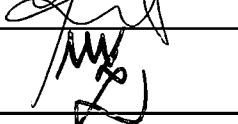
Martin Marzidovšek

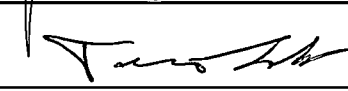
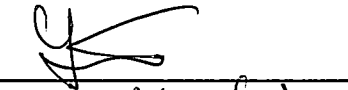
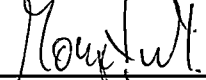
Tereza Novak




Tine Novak

Gašper Ovnik

Monika Pekošak

mag. Dean Premik

dr. Martin Premk

mag. Franc Props

Aleksander Prosen Kralj

Andreja Rajbenšu

Aleš Rezar

Janja Sluga

Dušan Stojanovič

Mojca Šetinc Pašek

Katarina Štravs

Lucija Tacer

Teodor Uranič

Tamara Vonta

mag. Rastislav Vrečko

Dejan Zavec

Lenart Žavbi

Sara Žibrat

Andreja Živic

Tine Novak

Gašper Ovnik

Monika Pekošak

mag. Dean Premik

dr. Martin Premk

mag. Franc Props

Aleksander Prosen Kralj

Andreja Rajbenšu

Aleš Rezar

Janja Sluga

Dušan Stojanovič

Mojca Šetinc Pašek

Katarina Štravs

Lucija Tacer

Teodor Uranič

Tamara Vonta

mag. Rastislav Vrečko

Dejan Zavec

Lenart Žavbi

Sara Žibrat

Andreja Živic