

# 2480. Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-T), stran 6869.

Na podlagi druge alineje prvega odstavka 107. člena in prvega odstavka 91. člena Ustave Republike Slovenije izdajam

## U K A Z

### o razglasitvi Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-T)

Razlašam Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-T), ki ga je sprejel Državni zbor Republike Slovenije na seji dne 6. julija 2023.

Št. 003-02-3/2022-194

Ljubljana, dne 14. julija 2023

**Nataša Pirc Musar**  
predsednica  
Republike Slovenije

## Z A K O N

### O SPREMEMBAH IN DOPOLNITVAH ZAKONA O ZDRAVSTVENEM VARSTVU IN ZDRAVSTVENEM ZAVAROVANJU (ZZVZZ-T)

#### 1. člen

V Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ, 64/17 – ZZDej-K, 36/19, 189/20 – ZFRO, 51/21, 159/21, 196/21 – ZDOsk, 15/22, 43/22, 100/22 – ZNUZSZS, 141/22 – ZNUNBZ in 40/23 – ZČmlS-1) se v 7. členu v prvem odstavku petnajsta in šestnajsta alineja črtata.

Dosedanja sedemnajsta in osemnajsta alineja postaneta petnajsta in šestnajsta alineja.

#### 2. člen

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

#### 3. člen

23. člen se spremeni tako, da se glasi:

#### »23. člen

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

1. preventivne zdravstvene storitve:

– sistematični in drugi preventivni zdravstveni pregledi na primarni ravni zdravstvene dejavnosti otrok, dijakov in študentov do dopolnjenega 26. leta starosti, drugih odraslih oseb v skladu s programom, vključno za registrirane športnike, svetovanje pri načrtovanju družine in preventivne zdravstvene storitve nosečnic, razen preventivnih zdravstvenih pregledov, ki jih zagotavlja delodajalec,

– zdravstvene storitve zgodnjega odkrivanja dejavnikov tveganja za nastanek kroničnih nenalezljivih bolezni na primarni ravni zdravstvene dejavnosti, vključno s presejalnimi testi, v skladu s programom, ki ga sprejme Zdravstveni svet,

– zdravstvene storitve za krepitev zdravja in spreminjanja nezdravega življenjskega sloga na primarni ravni zdravstvene dejavnosti,

– cepljenje in obvezna zaščita z zdravili v skladu z zakonom, ki ureja nalezljive bolezni,

2. zdravljenje, ki obsega diagnostične zdravstvene storitve (npr. pregled ali preiskava), terapevtske zdravstvene storitve (npr. ambulantne storitve, operativni poseg), zdravstvene storitve s področja reprodukcije (npr. kontracepcija, zdravstvene storitve v zvezi z nosečnostjo, porodom, zdravljenjem zmanjšane plodnosti, umetno oploditvijo, sterilizacijo in umetno prekinitvijo nosečnosti) in zdravstvene storitve v zvezi z dajanjem in izmenjavo tkiv in organov za presaditev drugim osebam,

3. zdravljenje v tujini, v skladu s tem zakonom,

4. medicinska rehabilitacija, vključno z zdraviliškim zdravljenjem,

5. zdravstvena nega, razen če so zavarovani osebi v obveznem zavarovanju za dolgotrajno oskrbo priznane primerljive storitve zdravstvene nege, vezane na osnovna dnevna opravila,

6. paliativna oskrba,

7. reševalni prevozi:

– nujni reševalni prevozi v okviru nujne medicinske pomoči in

– nenujni reševalni prevozi, če je zavarovana oseba nepokretna ali za prevoz na in z dialize ali če zaradi zdravstvenega stanja potrebuje spremstvo zdravstvenega delavca ali če bi bil prevoz z javnim prevoznim sredstvom ali osebnim avtomobilom za njeno zdravje škodljiv,

8. sobivanje enega od staršev, rejnika, skrbnika, zakonca ali zunajzakonskega partnerja, kadar sobiva ob otroku svojega zakonca ali zunajzakonskega partnerja, v zdravstvenem zavodu ali zdravilišču z bolnim otrokom do vključno 14. leta starosti, z bolnim otrokom do 18. leta starosti oziroma dokler traja roditeljska pravica v primeru težje okvare ali poškodbe možganov ali hrbtenjače, pri kateri je potrebno usposabljanje za poznejšo medicinsko rehabilitacijo na domu, ali v primeru kronične bolezni ali okvare v času usposabljanja za poznejšo medicinsko rehabilitacijo na domu, ali v primeru zdravljenja težkega zdravstvenega stanja, ne glede na starost z osebo s posebnimi potrebami, ki potrebuje 24-urno nego in oskrbo, oziroma z osebo s statusom po zakonu, ki ureja socialno vključevanje invalidov,

9. skupinski zdravstveni programi zaradi krepitev zdravstvenega stanja otrok do 18. leta starosti, ki so v koledarskem letu večkrat hospitalizirani ali vsaj dvakrat bolni,

10. skupinski zdravstveni programi zaradi usposabljanja za obvladovanje zdravstvenega stanja otrok do 18. leta starosti s cerebralno paralizo, živčno-mišičnimi boleznimi ali druge vrste gibalne oviranosti, poškodbo glave, otrok z juvenilnim revmatoidnim artritisom, s sladkorno boleznijo, fenilketonurijo, celiakijo ali prekomerno telesno težo ter otrok z motnjo avtističnega spektra, z razvojnim zaostankom ali intelektualno manjzmožnostjo,

11. skupinski zdravstveni programi za izboljševanje, ohranjanje ali preprečevanje poslabšanja zdravstvenega stanja oseb z mišičnimi in živčno-mišičnimi boleznimi, s paraplegijo, tetraplegijo, cerebralno paralizo, poškodbo glave, z najtežjo obliko hemiplegije ali generalizirane psoriaze, multiplo sklerozo, s poliomeletisom, Parkinsonovo boleznijo ali težjo ali težko motnjo v duševnem razvoju ob določeni funkcionalni okvari.

Zdravstvene storitve iz 1., 2., 3. in 4. točke prejšnjega odstavka vključujejo tudi zobozdravstvene storitve. Zdravstvene storitve iz 1. do 6. točke prejšnjega odstavka vključujejo tudi lekarniške storitve ter zdravila, živila za posebne zdravstvene namene in medicinske pripomočke, ki se predpisujejo na listino Zavoda ali jih zagotavlja izvajalec zdravstvene dejavnosti sam v okviru zdravstvene storitve.

Zavod lahko določi pogoj predhodnega zavarovanja do šest mesecev za pravice do zobnoproletičnih in medicinskih pripomočkov.

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

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

Zavarovanci iz 22. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona imajo omejeno pravico do proste izbire zdravnika v zdravstvenem zavodu, ki jo uresničujejo v skladu s predpisi s področja izvrševanja kazenskih sankcij. Ti zavarovanci nimajo pravice do zdravstvenih storitev na domu, zdravljenja v tujini, zdraviliškega zdravljenja, sobivanja, skupinskih zdravstvenih programov iz prvega odstavka tega člena in nadomestila za začasno zadržanost od dela, čeprav delajo v režijskih obratih, nege ožjega družinskega člana, povračil potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev. Prav tako se po teh zavarovancih ne morejo zavarovati njihovi družinski člani, razen otroka, ki skupaj z obsojenko biva v zavodu in nima drugače urejenega obveznega zavarovanja.

Zavod lahko zavarovani osebi izjemoma delno ali v celoti odobri plačilo ali povračilo stroškov zdravila, živila za posebne zdravstvene namene, prehranskega dopolnila, dermatološkega izdelka, medicinskega pripomočka ali zdravstvene storitve, do katere zavarovana oseba nima pravice iz obveznega zavarovanja, če ima zavarovana oseba boleznijo ali poškodbo, ki so privedle do izjemnega zdravstvenega stanja, z izjemoma odobreno zdravstveno

storitvijo pa je utemeljeno pričakovati ozdravitev, bistveno izboljšanje zdravstvenega stanja, preprečitev ali bistveno upočasnitev nadaljnjega poslabšanja zdravstvenega stanja, vključno z zagotavljanjem zdravstvene nege pri zavarovani osebi, in tega učinka ni mogoče zadovoljivo doseči z zdravstvenimi storitvami, do katerih ima pravico iz obveznega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu: izjemna odobritev).

Zdravilo in živilo za posebne zdravstvene namene se pod pogoji iz prejšnjega odstavka lahko izjemoma odobri, če ga na osnovi strokovnih virov priporoča ustrezen izvajalec zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji ali v tujini, pri čemer Zavod upošteva tudi merila za razvrstitev iz 23.b člena tega zakona. Prehransko dopolnilo se pod pogoji iz prejšnjega odstavka lahko izjemoma odobri, če ga na osnovi strokovnih virov priporoča ustrezen izvajalec zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji ali v tujini, pri čemer Zavod upošteva tudi, ali ima učinkovitost zdravila in ali na trgu v Republiki Sloveniji obstaja zdravilo s primerljivo učinkovino in jakostjo. Dermatološki izdelek se pod pogoji iz prejšnjega odstavka lahko izjemoma odobri, če ga na osnovi strokovnih virov priporoča izvajalec, ki opravlja zdravstveno dejavnost na terciarni ravni v Republiki Sloveniji ali tujini.

Ne glede na pogoje iz sedmega odstavka tega člena se zavarovani osebi lahko izjemoma odobri medicinski pripomoček, če ima ta medicinski pripomoček enak ali podoben učinek kot zdravilo, ki je pravica iz obveznega zavarovanja, a v času zdravljenja v Republiki Sloveniji to zdravilo zaradi motenj v preskrbi ni dosegljivo in zdravila ni mogoče zamenjati z drugim zdravilom.

Ne glede na prvi odstavek 84. člena tega zakona o izjemni odobritvi na I. stopnji odloča uradna oseba na Direkciji Zavoda, na II. stopnji pa komisija, katere člane imenuje direktor Zavoda.

Natančnejše pogoje in natančnejši postopek o izjemni odobritvi določi upravni odbor Zavoda s splošnim aktom.«.

#### 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, razvrščena na pozitivno listo, na podlagi:«.

V drugem odstavku se besedilo »v skladu z razvrstitvijo na pozitivno ali vmesno listo v celoti oziroma v ustreznem odstotnem deležu« nadomesti z besedilom »po veljavni ceni iz prejšnjega odstavka«.

V šestem odstavku se v napovednem stavku za besedo »namene« dodata vejica in besedilo »razvrščena na pozitivno listo«.

V sedmem odstavku se besedilo »ali vmesno« črta.

#### 5. člen

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

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

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

V četrtem odstavku se besedilo »ali vmesno« črta.

#### 6. člen

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

V drugem odstavku se besedilo »oziroma vmesno« črta.

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

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

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

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

V enajstem odstavku se besedilo »in vmesno« črta.

#### 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 osebni zdravnik, zdravstveni zavod ali zdravniška komisija povabi na osebno obravnavo v kraj zunaj kraja njenega stalnega prebivališča ali kraja njene zaposlitve;

– če uveljavlja pravico do zdravljenja v tujini iz 44.a ali 44.b člena tega zakona.

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

– zdravstvenih storitev v specialistično ambulantni ali bolnišnični dejavnosti ali zdraviliškega zdravljenja, ki je nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, če te zdravstvene storitve uveljavlja zaradi poškodbe izven dela;

– zdraviliškega zdravljenja, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja;

– zobno-protetičnega zdravljenja;

– izdaje zdravila, živila za posebne zdravstvene namene ali medicinskega pripomočka.

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

1. zdravljenja in medicinske rehabilitacije otrok, učencev in študentov, ki se redno šolajo, in sicer do konca šolanja, vendar največ do konca šolskega oziroma študijskega leta, v katerem dopolni 26 let ter otrok in mladostnikov z motnjami v telesnem in duševnem razvoju;

2. zdravljenja in medicinske rehabilitacije malignih bolezni, mišičnih in živčno-mišičnih bolezni, paraplegije, tetraplegije, cerebralne paralize, epilepsije, hemofilije, duševnih bolezni, razvitih oblik sladkorne bolezni, multiple skleroze in psorize;

3. zdravljenja in medicinske rehabilitacije slepote in slabovidnosti v skladu z veljavno klasifikacijo Svetovne zdravstvene organizacije, popolne ali zelo težke okvare sluha po Mednarodni klasifikaciji okvar, invalidnosti in oviranosti Svetovne zdravstvene organizacije (1980), cistične fibroze in avtizma in oseb po nezgodni poškodbi glave in okvari možganov;

4. zdravljenja in medicinske rehabilitacije zaradi poklicnih bolezni in poškodb pri delu;

5. zdravstvenih storitev v zvezi z darovanjem delov človeškega telesa, vključno z darovanjem človeških tkiv in celic;

6. nujne medicinske pomoči;

7. zdravstvenih storitev v zvezi s presaditvijo delov človeškega telesa in z drugimi najzahtevnejšimi operativnimi posegi;

8. zdravstvenih storitev v zvezi z intenzivno terapijo, radioterapijo, dializo in drugimi nujnimi najzahtevnejšimi diagnostičnimi, terapevtskimi in rehabilitacijskimi posegi;

9. zdravstvenih storitev s področja reprodukcije;

10. zdravljenja ustnih in zobnih bolezni.

Najzahtevnejše zdravstvene storitve iz 7. in 8. točke prejšnjega odstavka določi Zavod v splošnem aktu v soglasju z vlado.«.

## 10. člen

V 44.c členu se v tretjem odstavku v peti alineji besedilo »sedemnajste alineje v prvi točki« nadomesti z besedilom »8. točke«.

V šesti alineji se besedilo »negi in rehabilitaciji« nadomesti z besedilom »zdravstveni negi in medicinski rehabilitaciji«.

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

Prispevki se plačujejo od osnov, določenih s tem zakonom, po proporcionalnih stopnjah in v pavšalnem znesku.

Finančni načrt Zavoda mora biti uravnotežen. Če se med proračunskim letom povečajo izdatki ali zmanjšajo prejemki Zavoda, zaradi sprememb v obveznostih Zavoda ali spremenjenih gospodarskih gibanj, in se v 30 dneh finančni načrt ne uravnesi, mora Zavod o tem in o razlogih za nastanek neuravnoteženosti obvestiti ministrstvo, pristojno za zdravje, ta pa nemudoma Vlado Republike Slovenije. Zavod najpozneje v 15 dneh po tem, ko o neuravnoteženosti finančnega načrta obvesti ministrstvo, pristojno za zdravje, pripravi predlog rebalansa finančnega načrta Zavoda in ga posreduje skupščini v sprejetje, Vladi Republike Slovenije pa v soglasje najpozneje v osmih dneh po sprejetju rebalansa na skupščini.

Za uravnoteženje finančnega načrta Zavoda se v letu 2024 Zavodu iz proračuna države zagotovi do 240.000.000 eurov za izvajanje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.«.

## 12. člen

48. člen se spremeni tako, da se glasi:

### »48. člen

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

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

- zavarovanci iz 1., 2. in 3. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona in njihovi delodajalci,
- zavarovanci iz 4., 5., 6. in 8. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,

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

- zavarovanci in zavod za zaposlovanje za zavarovance iz 9. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
- zavod pokojninskega in invalidskega zavarovanja za zavarovance iz 10. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
- Republika Slovenija za zavarovance iz 15., 16., 19., 19.a in 23. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
- zavarovanci iz 20. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
- Republika Slovenija za zavarovance iz 24. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
- zavarovanci in Republika Slovenija za zavarovance iz 25. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,

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

- zavarovanci iz 7. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
- zavarovanci iz 11., 12., 13. in 14. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
- izplačevalec prejemkov za zavarovance iz 18. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,
- Republika Slovenija za zavarovance iz 17. in 21. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,

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

- zavarovanci iz 7. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona, če so pokojninsko in invalidsko zavarovani,

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

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

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

Določba 60. člena tega zakona se ne uporablja za obvezni zdravstveni prispevek iz prejšnjega odstavka.

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

Za plačilo obveznega zdravstvenega prispevka so zavezani:

1. zavarovane osebe:

– iz prvega odstavka 15. člena, 15.a člena, 1. podtočke a) prvega odstavka 20. člena, drugega in tretjega odstavka 34. člena tega zakona,

– invalidne osebe zunaj delovnega razmerja na prekvalifikaciji oziroma dokvalifikaciji in zatečeni primeri, ki so pridobili pravico do nadomestila plače za čas čakanja na razporeditev oziroma razporeditev na drugo ustrezno delo po 140. členu Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (Uradni list RS, št. 12/92, 5/94, 7/96 in 54/98), iz osmega odstavka 19. člena Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (Uradni list RS, št. 48/22 – uradno prečiščeno besedilo in 40/23 – ZČmIS-1; v nadaljnjem besedilu: ZPIZ-2), brezposelni delovni invalidi iz 88. člena in prejemniki poklicne pokojnine, če niso obvezno zdravstveno zavarovani na drugi podlagi, iz tretjega odstavka 413. člena ZPIZ-2 in

– iz drugega odstavka 45. člena Zakona o starševskem varstvu in družinskih prejemkih (Uradni list RS, št. 26/14, 90/15, 75/17 – ZUPJS-G, 14/18, 81/19, 158/20, 92/21 in 153/22),

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

## 2. Republika Slovenija:

– za zavarovance iz 15., 16., 17., 18., 21., 22., tretje alineje 23. točke, 24. in 25. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona,

– za zavarovance iz šestega odstavka 406. člena ZPIZ-2,

– za zavarovane osebe, ki izpolnjujejo pogoje za pravico do zdravstvenega varstva po predpisih o vojnih invalidih, vojnih veteranih in žrtvah vojnega nasilja, če niso zavarovanci na podlagi 15. ali 18. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona, in

– za zavarovane osebe iz prejšnje točke tega odstavka, ki jim je v skladu z 29. členom Zakona o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev (Uradni list RS, št. 62/10, 40/11, 40/12 – ZUJF, 57/12 – ZPCP-2D, 14/13, 56/13 – ZŠtip-1, 99/13, 14/15 – 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 sočasno z nastankom obveznosti za izračun in plačilo prispevkov iz prvega odstavka tega člena.

Obvezni zdravstveni prispevek se za posameznega zavarovanca pobira v istem postopku ter na isti način, kot je v 58. in 59. členu tega zakona določen za pobiranje prispevka iz prvega odstavka tega člena. Če se prispevek iz prvega odstavka tega člena ne pobira, se obvezni zdravstveni prispevek pobira po postopku in na način kot se pobira prispevek iz prvega odstavka tega člena za zavarovance iz 20. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona. V postopku pobiranja obveznega zdravstvenega prispevka se smiselno uporabljajo tudi določbe o razkritju podatkov, ki se štejejo za davčno tajnost in materialne določbe posebnega zakona, ki ureja plačevanje prispevka iz prvega odstavka tega člena. Obveznega zdravstvenega prispevka ni mogoče odpisati, delno odpisati ali dovoliti odlog plačila oziroma plačilo v obrokih.

Ne glede na šesti in sedmi odstavek tega člena za zavezance iz 7. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona, ki v skladu s prvim odstavkom 52. člena tega zakona plačujejo prispevek iz prvega odstavka tega člena od katastrskega dohodka kmetijskih in gozdnih zemljišč, nastane obveznost obveznega zdravstvenega prispevka na zadnji dan meseca, na katerega se obveznost nanaša, in se izračuna in izpolni upošteva prvi odstavek 352. člena, prvi odstavek 353. člena in 353.a člen Zakona o davčnem postopku (Uradni list RS, št. 13/11 – uradno prečiščeno besedilo, 32/12, 94/12, 101/13 – ZDavNepr, 111/13, 22/14 – odl. US, 25/14 – ZFU, 40/14 – ZIN-B, 90/14, 91/15, 63/16, 69/17, 13/18 – ZJF-H, 36/19, 66/19, 145/20 – odl. US, 203/20 – ZIUOPDVE, 39/22 – ZFU-A, 52/22 – odl. US, 87/22 – odl. US in 163/22; v nadaljnjem besedilu: ZDavP-2).

Ne glede na šesti in sedmi odstavek tega člena za zavarovance, vključene v zavarovanje na podlagi 5., 6., 7. in 8. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona, nastane obveznost obveznega zdravstvenega prispevka za mesec, za katerega imajo pravico do nadomestila in drugega dohodka iz naslova obveznih socialnih zavarovanj, od katerih se plačuje prispevek iz prvega odstavka tega člena, na zadnji dan tega meseca, in se izračuna in izpolni upošteva prvi odstavek 352. člena, prvi odstavek 353. člena in 353.a člen ZDavP-2.

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

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

zavarovanec prejme dohodek za več mesecev skupaj, se obvezni zdravstveni prispevek odtegne od vsakega dohodka za posamezni mesec, od katerega se odteguje obvezni zdravstveni prispevek.

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

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

### **13. člen**

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

Dosedanja 2. točka postane 1. točka.

V dosedanji 3. točki, ki postane 2. točka, se besedilo »niti dopolnilno niti« črta.

Dosedanja 4. točka postane 3. točka.

V tretjem odstavku se vejica in besedilo »ki pa ne smejo vključevati dopolnilnega zavarovanja« črtata.

### **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 peta alineja črta.

V drugem odstavku se šesta alineja spremeni tako, da se glasi:

»– podatki o prijavi prebivanja, o izdanih dovoljenjih za prebivanje (številka, vrsta, razlog ali namen prebivanja, obdobje veljavnosti, datum vročitve), datumih vloženih prošnjah za izdajo dovoljenja za prebivanje, datumih dokončnosti in pravnomočnosti odločitev o navedenih prošnjah, o prenehanju prebivanja ter o izdanih potrdilih o pravočasno vloženih prošnjah za podaljšanje enotnega dovoljenja ali prošnjah za izdajo enotnega dovoljenja kot nadaljnjega dovoljenja za prebivanje in o pravočasno vloženih prošnjah za podaljšanje dovoljenja za začasno prebivanje in za izdajo nadaljnjega dovoljenja za prebivanje.«.

Šesti in sedmi odstavek se črtata.

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

Dosedanji deveti in deseti odstavek postaneta sedmi in osmi odstavek.

Dosedanji enajsti odstavek, ki postane deveti odstavek, se spremeni tako, da se glasi:

»Zavod ima pravico iz centralne evidence o dovoljenjih za prebivanje in odpovedih prebivanja tujcem (Register tujcev) brezplačno dobiti naslednje podatke o:

- prijavi prebivanja,
- izdanih dovoljenjih za prebivanje (številka, vrsta, razlog ali namen prebivanja, obdobje veljavnosti, datum vročitve),
- datumih vloženih prošnjah za izdajo dovoljenja za prebivanje,
- datumih dokončnosti in pravnomočnosti odločitev o navedenih prošnjah,
- prenehanju prebivanja,

– izdanih potrdilih o pravočasno vloženi prošnji za podaljšanje enotnega dovoljenja ali prošnji za izdajo enotnega dovoljenja kot nadaljnega dovoljenja za prebivanje,

– pravočasno vloženi prošnji za podaljšanje dovoljenja za začasno prebivanje in za izdajo nadaljnega dovoljenja za prebivanje.«.

#### **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, 141/22 – ZNUNBZ in 40/23 – ZČmIS-1; v nadaljnjem besedilu: ZZVZZ), 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, v roku 60 dni.

Osebe, ki so zavarovane na podlagi sklenjene pogodbe o dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju s katerokoli od zavarovalnic, ki do dneva uveljavitve tega zakona izvaja dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ne smejo, razen v primerih, ko po ZZVZZ več niso zavezane plačevati razlike med polno vrednostjo zdravstvenih storitev in deležem te vrednosti, ki ga v skladu s 23. členom ZZVZZ krije obvezno zdravstveno zavarovanje, prekiniti obstoječe pogodbe o dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju po določbah ZZVZZ. 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 ZZVZZ 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**

Ne glede na Zakon o zavarovalništvu (Uradni list RS, št. 93/15, 9/19, 102/20 in 48/23) in Statut družbe Vzajemna zdravstvena zavarovalnica d.v.z., (v nadaljnjem besedilu: Vzajemna) glede vezanosti članstva v družbi za vzajemno zavarovanje na obstoj zavarovalne pogodbe z družbo, ostanejo vsi člani Vzajemne, katerih zavarovalne pogodbe o dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju bodo prenehale z dnem začetka uporabe tega zakona, do uveljavitve zakona, ki bo uredil preoblikovanje Vzajemne, vendar ne več kot eno leto od začetka uporabe tega zakona, še naprej člani Vzajemne z vsemi pravicami, kot so jih imeli do prenehanja pogodb z Vzajemno, vključno s pravico do deleža v primeru preoblikovanja Vzajemne v delniško družbo.

#### **22. 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.

#### **23. člen**

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

#### **24. člen**

**Z dnem začetka uporabe tega zakona se v:**

1. 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«;



2. 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.«;

3. 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):

– v 28. členu prvi odstavek spremeni tako, da se glasi:

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

– v 66. členu v drugem odstavku besedilo »je zagotovljeno plačilo zdravstvenih storitev v višini razlike do polne vrednosti storitev, zagotovljenih v okviru obveznega zavarovanja« nadomesti z besedilom »se zagotavlja plačilo obveznega zdravstvenega prispevka«;

4. 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) besedilo 10. člena spremeni tako, da se glasi:

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

## 25. 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,
- 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 zdravstvenega 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,
- 6. točka šestega odstavka in četrta alineja 6. točke osmega odstavka 268. člena,
- osmi odstavek 521. člena.

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.

## 26. 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. decembra 2023 in jih zaradi pravil o obračunu zdravstvenih storitev, ki veljajo v obveznem zavarovanju, ni mogoče obračunati do vključno 31. decembra 2023, temveč ko je zdravstvena obravnava zaključena, se obračunajo in krijejo v skladu z ZZVZZ in na njegovi podlagi sprejetimi akti.

## 27. 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 zavarovanec 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 zavarovanca iz 1. točke tega člena finančni urad in Zavod, ki te podatke vodi v evidenci zavarovanih oseb;

5. Republika Slovenija na podlagi zahteve Zavoda mesečno plačuje obvezni zdravstveni prispevek za zavarovance oziroma po njih zavarovane družinske člane iz 1. točke tega člena Zavodu. Zavod do 15. v mesecu za pretekli mesec predloži zahtevo za plačilo obveznega zdravstvenega prispevka ministrstvu, pristojnemu za zdravje, obvezni zdravstveni prispevek pa se plača 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.

Besedna zveza »pravica do kritja razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev« se do ustrezne ureditve v zakonu, ki ureja uveljavljanje pravic iz javnih sredstev smiselno uporablja kot »pravica do plačila obveznega zdravstvenega prispevka«.

## 28. člen

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

Minister, pristojen za zdravje, sprejme predpis iz spremenjenega petega odstavka 23. člena zakona do 1. januarja 2024.

Upravni odbor Zavoda sprejme splošni akt iz novega enajstega odstavka 23. člena zakona do 1. januarja 2024.

Zavod v soglasju z Vlado Republike Slovenije sprejme splošni akt iz novega četrtega odstavka 40. člena zakona do 1. januarja 2024.

Zavarovalnice morajo do začetka uporabe tega zakona uskladiti statute skladno s tem zakonom.

## 29. člen

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

Do začetka uporabe tega zakona se uporabljajo določbe Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ, 64/17 – ZZDej-K, 36/19, 189/20 – ZFRO, 51/21, 159/21, 196/21 – ZDOsk, 15/22, 43/22, 100/22 – ZNUZSZS, 141/22 – ZNUNBZ in 40/23 – ZČmIS-1).

Št. 500-01/23-17/46

Ljubljana, dne 6. julija 2023

EPA 741-IX

Državni zbor  
Republike Slovenije  
**mag. Urška Klakočar Zupančič**  
predsednica