

**3306.** Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-M), Stran 9840.

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-M)

Razglašam Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-M), ki ga je sprejel Državni zbor Republike Slovenije na seji dne 25. oktobra 2013.

Št. 003-02-9/2013-11

Ljubljana, dne 4. novembra 2013

Borut Pahor l.r.  
Predsednik  
Republike Slovenije

Z A K O N

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

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 in 63/13 – ZIUPTDSV) se v 1.a členu za besedo »sredstev« dodata vejica in naslednje besedilo »in Direktiva 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu (UL L št. 88 z dne 4. 4. 2011, str. 45; v nadaljnjem besedilu: Direktiva 2011/24/EU).«.

2. člen

V prvem odstavku 15. člena se:

– 6. točka spremeni tako, da se glasi:

»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;«;

– 21. točka spremeni tako, da se glasi:

»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;«.

Drugi in tretji odstavek se črtata.

Četrty do osmi odstavek postanejo novi drugi do šesti odstavek.

V novem četrtem odstavku se v napovednem stavku beseda »prejšnjega« nadomesti z besedo »prvega«.

V novem šestem odstavku se besedilo »iz prve alinee drugega odstavka tega člena« nadomesti z besedilom »iz prve alinee četrtega odstavka tega člena«, besedilo »iz druge alinee drugega odstavka tega člena« pa se nadomesti z besedilom »iz druge alinee četrtega odstavka tega člena«.

### 3. člen

V 17. členu se 5. točka spremeni tako, da se glasi:

»5. osebe, ki v okviru drugega pravnega razmerja opravljajo delo oziroma storitev za plačilo, kadar se plačilo, prejeto na podlagi tega pravnega razmerja, na podlagi zakona, ki ureja dohodnino, šteje za dohodek in ni oproščen plačila dohodnine ali ni drug dohodek na podlagi zakona, ki ureja dohodnino, če na podlagi tega dela niso zavarovane za poškodbo pri delu oziroma poklicno bolezen na podlagi točk tega člena, 16. ali 18. člena tega zakona;«.

### 4. člen

V 31. členu se za prvim odstavkom doda novi drugi odstavek, ki se glasi:

»Osnove za plačevanje prispevkov iz drugega in tretjega odstavka 55.a člena tega zakona se ne všttevajo v osnovo za nadomestilo med začasno zadržanostjo od dela.«.

Dosedanji drugi do sedmi odstavek postanejo tretji do osmi odstavek.

### 5. člen

Za 44. členom se dodajo novi podnaslov »Pravica do zdravljenja v tujini« ter členi 44.a do 44.e, ki se glasijo:

#### »44.a člen

Zavarovana oseba ima pravico do pregleda, preiskave ali zdravljenja v tujini oziroma do povračila stroškov teh storitev, če so v Republiki Sloveniji izčrpane možnosti zdravljenja, s pregledom, preiskavo ali z zdravljenjem v tujini pa je utemeljeno pričakovati ozdravitev ali izboljšanje ali preprečitev nadaljnjega slabšanja zdravstvenega stanja.

Stroški zdravstvenih storitev iz prejšnjega odstavka se zavarovani osebi povrnejo v višini dejanskih stroškov teh storitev v državi, v kateri so bile uveljavljene.

#### 44.b člen

Zavarovana oseba ima v skladu z določbami Uredbe (ES) št. 883/2004 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 29. aprila 2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti (UL L št.

166 z dne 30. 4. 2004, str. 1), zadnjič spremenjene z Uredbo Sveta (EU) št. 517/2013 z dne 13. maja 2013 o prilagoditvi nekaterih uredb ter odločb in sklepov na področjih prostega pretoka blaga, prostega gibanja oseb, prava družb, politike konkurence, kmetijstva, varnosti hrane, veterinarske in fitosanitarne politike, prometne politike, energetike, obdavčitve, statistike, vseevropskih omrežij, pravosodja in temeljnih pravic, pravice, svobode in varnosti, okolja, carinske unije, zunanjih odnosov, zunanje, varnostne in obrambne politike ter institucij zaradi pristopa Republike Hrvaške (UL L št. 158 z dne 10. 6. 2013, str. 1), in Uredbe (ES) št. 987/2009 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 16. septembra 2009 o določitvi podrobnih pravil za izvajanje Uredbe (ES) št. 883/2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti (UL L št. 284 z dne 30. 10. 2009, str. 1), zadnjič spremenjene z Uredbo Komisije (EU) št. 1224/2012 z dne 18. decembra 2012 o spremembi Uredbe (ES) št. 883/2004 Evropskega parlamenta in Sveta o koordinaciji sistemov socialne varnosti in Uredbe (ES) št. 987/2009 Evropskega parlamenta in Sveta o določitvi podrobnih pravil za izvajanje Uredbe (ES) št. 883/2004 (UL L št. 349 z dne 19. 12. 2012, str. 45), pravico do pregleda, preiskave ali zdravljenja v drugi državi članici Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora in Švicarske konfederacije, oziroma do povračila stroškov teh storitev, če ji je bila v Republiki Sloveniji pri vpisu v čakalni seznam določena čakalna doba, ki presega najdaljšo dopustno čakalno dobo, pa v Republiki Sloveniji ni drugega izvajalca, ki ne presega najdaljše dopustne čakalne dobe, oziroma če ta ni presežena, če ji je bila določena čakalna doba, ki presega razumen čas.

Stroški zdravstvenih storitev iz prejšnjega odstavka se zavarovani osebi povrnejo v višini dejanskih stroškov, vendar ne več, kot znašajo stroški teh storitev v javni zdravstveni mreži v državi, v kateri so bile uveljavljene.

#### 44.c člen

Zavarovana oseba ima v skladu z določbami Direktive 2011/24/EU pravico do povračila stroškov zdravstvenih storitev, ki so pravica iz obveznega zavarovanja v Republiki Sloveniji in ki jih uveljavi v drugi državi članici Evropske unije:

– na podlagi predhodno izdane napotnice izbranega osebnega zdravnika ali napotnega zdravnika v Republiki Sloveniji do bolnišničnih in specialistično ambulantnih zdravstvenih storitev, vključno v okviru teh storitev predpisanih zdravil in medicinskih pripomočkov, razen za specialistično ambulantne zdravstvene storitve, ki jih zavarovana oseba lahko uveljavi brez napotnice v javni zdravstveni mreži v Republiki Sloveniji,

– na podlagi predhodno predpisanega recepta ali naročilnice izbranega osebnega zdravnika ali napotnega zdravnika ali drugega zdravnika v Republiki Sloveniji, ki ga je za to pooblastil Zavod,

– na podlagi predhodno izdane odločbe Zavoda glede napotitve na zdraviliško zdravljenje, upravičenosti do medicinskega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe in pravice do zahtevnejšega medicinskega pripomočka,

– na podlagi predhodno izdane odločbe Zavoda o predhodni odobritvi.

Predhodna odobritev Zavoda iz četrte alineje prejšnjega odstavka je pogoj za uveljavljanje pravice do povračila stroškov naslednjih zdravstvenih storitev:

– bolnišničnih zdravstvenih storitev, ki vključujejo prenočitev zavarovane osebe,

– zdravstvenih storitev, ki zahtevajo uporabo visoko specializirane in drage medicinske infrastrukture ali medicinske opreme.

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

- zdravstvene storitve v osnovni zdravstveni dejavnosti,
- zdravstvene storitve na področju dolgotrajne oskrbe, vključno z neakutno bolnišnično obravnavo ter zdravljenjem in nego v socialnovarstvenih zavodih,
- zdravstvene storitve na področju pridobivanja in presaditve delov človeškega telesa,
- zdravstvene storitve na področju presejalnih programov,
- sobivanje enega od staršev v zdravstvenem zavodu z bolnim otrokom do starosti otroka vključno pet let,
- medicinske pripomočke, ki so predmet izposoje zaradi potreb pri zdravljenju, negi in rehabilitaciji na domu,
- šolanega psa vodiča, do katerega je upravičena slepa oseba,
- potne stroške in spremstvo.

Predhodna odobritev se zavrne, če:

- je zdravstveno storitev mogoče uveljaviti v okviru najdaljših dopustnih čakalnih dob pri vsaj enem izvajalcu zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji, glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe in na verjetni razvoj bolezni pa za zdravljenje ne bo presežen razumen čas;
- bo zavarovana oseba z zadostno gotovostjo izpostavljena tveganju za varnost, ki se ne more razumeti kot sprejemljivo, pri čemer se upoštevajo tudi morebitne prednosti, ki bi jih zdravstvena storitev, ki je predmet predhodne odobritve, za zavarovano osebo imela;
- bo širša javnost zaradi zdravstvene storitve, ki je predmet predhodne odobritve, z zadostno gotovostjo izpostavljena varnostnemu tveganju ali bo storitev zagotovil izvajalec zdravstvene dejavnosti, glede katerega obstajajo resni in konkretni pomisleki v zvezi s spoštovanjem standardov in smernic glede kakovosti, varnosti in nadzora nad izvajanjem zdravstvenih storitev.

Ministrstvo, pristojno za zdravje, 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.

#### 44.d člen

Zavarovana oseba ima po zdravljenju v skladu s prejšnjim členom v Republiki Sloveniji zagotovljen enak dostop do pravic iz 23. člena tega zakona, kot če bi zdravljenje uveljavljala v Republiki Sloveniji.

#### 44.e člen

Minister, pristojen za zdravje, lahko določi:

– omejitev dostopa do zdravstvenih storitev pacientom iz drugih držav članic Evropske unije v javni zdravstveni mreži v Republiki Sloveniji,

– omejitev povračila stroškov pri uveljavljanju pravice iz 44.c člena tega zakona,

če bi izvajanje zdravljenja v tujini na podlagi 44.c člena tega zakona ali uveljavljanje zdravstvenih storitev pacientov iz drugih držav članic Evropske unije pomenilo poseg v prevladujoče razloge v splošnem interesu, kot so nezmožnost zagotavljanja zadostnega in stalnega dostopa do uravnoveženega obsega visokokakovostnega zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji ali preveliko porabo finančnih, tehničnih in človeških virov z vidika obvladovanja stroškov.

Omejitev iz druge alineje prejšnjega odstavka ne velja, če je zavarovani osebi že bila izdana odločba Zavoda o predhodni odobritvi iz četrte alineje prvega odstavka 44.c člena tega zakona.«.

#### 6. člen

50. člen se spremeni tako, da se glasi:

»50. člen

Prispevki za zavarovance iz 1., 2. in 3. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona se plačujejo od osnove za plačilo prispevkov, ki je enaka osnovi za plačilo prispevkov za obvezno pokojninsko in invalidsko zavarovanje.

Če se prispevek plačuje od najnižje osnove, je za zavarovance iz prejšnjega odstavka ne glede na prvo in drugo alinejo 1. točke 11. člena Zakona o prispevkih za socialno varnost (Uradni list RS, št. 5/96, 18/96 – ZDavP, 34/96, 87/97, 3/98, 7/98 – odločba US, 106/99 – ZPIZ-1, 81/00 – ZPSV-C, 97/01 – ZSDP, 97/01, 40/12 – ZUJF, 96/12 – ZPIZ-2 in 56/13 – ZŠtip-1) zavezanec za plačilo prispevka zavarovanca zavarovanec za del prispevka, ki odpade na plačo ali nadomestilo plače, in delodajalec za del prispevka, ki odpade na razliko med najnižjo osnovo za plačilo prispevka in plačo ali nadomestilom plače delavca.«.

## 7. člen

51. člen se spremeni tako, da se glasi:

»51. člen

Zavarovanci iz 4., 6. in 8. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona plačujejo prispevke od bruto osnove za pokojninsko in invalidsko zavarovanje po stopnji, določeni za zavarovance in po stopnji, določeni za delodajalce.

Zavarovanci iz 5. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona plačujejo prispevke od bruto osnove za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, vendar ne od osnove, nižje od 60 odstotkov zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji, preračunane na mesec, po stopnji, določeni za zavarovance in po stopnji, določeni za delodajalce.«.

## 8. člen

Prvi odstavek 54. člena se spremeni tako, da se glasi:

»Prispevek za zavarovance iz 19. in 19.a točke prvega odstavka 15. člena tega zakona se plačuje od bruto osnove za pokojninsko in invalidsko zavarovanje.«.

Drugi odstavek se spremeni tako, da se glasi:

»Prispevek za zavarovance iz 20. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona se plačuje od osnove v višini 25 odstotkov zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji, preračunane na mesec.«.

## 9. člen

V drugem odstavku 55. člena se:

– v tretji alineji besedilo »10.,« črta;

– četrta alineja spremeni tako, da se glasi:

»– za zavarovance iz 5. in 10. točke 17. člena tega zakona po stopnji 0,53 odstotka;«.

V četrtem odstavku se v prvem stavku pred besedilom »23.« doda besedilo »19.a,«, v drugem stavku pa se pred besedilom »25.« doda besedilo »19.a in«.

## 10. člen

Za 55. členom se doda nov 55.a člen, ki se glasi:

»55.a člen

Zavarovanci iz 15. člena in po njih zavarovani družinski člani iz 20. člena tega zakona plačujejo prispevek po stopnji 6,36 odstotka tudi:

– od dohodkov iz drugega pravnega razmerja, na podlagi katerega niso zavarovani na podlagi prvega odstavka 15. člena tega zakona, prejetih na podlagi opravljenega dela oziroma storitev, kadar se plačilo, prejeta na podlagi tega pravnega razmerja, na podlagi zakona, ki ureja dohodnino, šteje za dohodek in ni oproščen plačila dohodnine ali ni drug dohodek na podlagi zakona, ki ureja dohodnino, z izjemo dohodka iz dela, opravljenega na podlagi 6. točke 17. člena tega zakona,

– iz naslova dejavnosti, ki se opravlja kot postranski poklic.

Osnova za plačevanje prispevkov od dohodkov iz prve alineje prejšnjega odstavka je vsak posamezen prejet dohodek.

Osnova za plačevanje prispevkov iz naslova dejavnosti iz druge alineje prvega odstavka tega člena je 25 odstotkov povprečne bruto plače v Republiki Sloveniji za mesec oktober predhodnega koledarskega leta.«.

#### 11. člen

Tretji odstavek 57. člena se spremeni tako, da se glasi:

»Osnova za plačilo prispevka za zavarovance iz 5. točke 17. člena tega zakona je vsako posamezno plačilo za opravljeno delo oziroma storitev, prejeta na podlagi drugega pravnega razmerja, ki se po zakonu, ki ureja dohodnino, šteje za dohodek in ni oproščen plačila dohodnine ali ni drug dohodek po zakonu, ki ureja dohodnino.«.

#### 12. člen

V drugem odstavku 62. člena se 4. točka črta.

#### 13. člen

Za 77.a členom se dodajo novi podnaslov »Nacionalna kontaktna točka za čezmejno zdravstveno varstvo« ter člena 77.b in 77.c, ki se glasita:

##### »77.b člen

Zavod opravlja naloge Nacionalne kontaktne točke za čezmejno zdravstveno varstvo (v nadaljnjem besedilu: NKT) iz 6. člena Direktive 2011/24/EU, ki zagotavlja pacientom naslednje informacije in jih objavi na svojih spletnih straneh:

– o izvajalcih zdravstvene dejavnosti,

– o dovoljenju za opravljanje zdravstvene dejavnosti,

– o standardih in smernicah glede kakovosti in varnosti, ki jih morajo izvajalci zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji izpolnjevati in kateri izvajalci zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji jih izpolnjujejo,

– o nadzoru in oceni izvajalcev zdravstvene dejavnosti,

- o dostopnosti bolnišnic za invalidne osebe,
- o pravicah pacientov v skladu z zakonom, ki ureja pacientove pravice,
- o pritožbenih postopkih v primeru kršitev pravic pacientov v skladu z zakonom, ki ureja pacientove pravice,
- o razpoložljivih pravnih sredstvih za ugotavljanje kazenske in odškodninske odgovornosti,
- o kontaktnih podatkih NKT drugih držav članic Evropske unije.

NKT zagotovi tudi informacije o pravici do zdravljenja v tujini na podlagi 44.a, 44.b in 44.c člena tega zakona, zlasti informacije o:

- obsegu povračila stroškov zdravljenja in
- pravicah in postopku uveljavljanja pravic do zdravljenja.

Informacije iz prejšnjega odstavka morajo jasno razmejiti pravico do zdravljenja v tujini na podlagi 44.a, 44.b ali 44.c člena zakona.

NKT se:

- posvetuje z organizacijami pacientov, izvajalci zdravstvene dejavnosti in nosilci zdravstvenega zavarovanja,
- sodeluje z NKT drugih držav članic Evropske unije in Evropsko komisijo,
- izmenjuje informacije iz prvega odstavka tega člena z NKT drugih držav članic Evropske unije.

Informacije iz prvega odstavka tega člena, s katerimi Zavod ne razpolaga, posredujejo Zavodu zavezanci, ki te informacije obdelujejo na podlagi zakonov ali drugih predpisov.

77.c člen

Izvajalci zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji zagotavljajo pacientom naslednje informacije o:

- možnostih zdravljenja, ki ga zagotavljajo,
- čakalnih dobah za posamezno zdravstveno storitev ter zagotovljeni kakovosti in varnosti zdravstvene dejavnosti,
- cenah zdravstvenih storitev, ki jih zagotavljajo, in pravici do predložitve računa za opravljeno zdravstveno storitev,
- obsegu povračila stroškov zdravljenja na podlagi 44.b in 44.c člena tega zakona,



- pravicah in postopku uveljavljanja pravic do zdravljenja na podlagi 44.b in 44.c člena tega zakona,
- zavarovanju poklicne odgovornosti zdravstvenih delavcev,
- dovoljenju za opravljanje zdravstvene dejavnosti.

Izvajalci zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji do 15. januarja za preteklo koledarsko leto ministrstvu, pristojnemu za zdravje, sporočijo podatke o uveljavljanju zdravstvenih storitev pacientov iz drugih držav članic Evropske unije.«.

#### 14. člen

V 79.b členu se v drugem odstavku:

- devetnajsta in dvajseta alineja spremenita tako, da se glasita:
  - »– podatki o predpisanih medicinskih pripomočkih in prejetih medicinskih pripomočkih,
- podatki o predpisanih zdravilih na recept in izdanih zdravilih na recept,«;
- za dvajseto alineo dodata novi enaindvajseta in dvaindvajseta alineja, ki se glasita:
  - »– podatki o zdravstvenem stanju, vključno z diagnozo,
- podatki o začasni zadržanosti od dela.«.

V četrtem odstavku se za petnajsto alineo pika nadomesti z vejico ter dodata novi šestnajsta in sedemnajsta alineja, ki se glasita:

- »– poklicna kvalifikacija zdravstvenega delavca pri izvajalcu,
- elektronska pošta in telefon zdravstvenega delavca pri izvajalcu.«.

V desetem odstavku se druga alineja spremeni tako, da se glasi:

»– 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).«.

#### 15. člen

V drugem odstavku 81. člena se peta alineja spremeni tako, da se glasi:

»– odloča o začasni zadržanosti od dela v primeru kršitev iz 35. člena tega zakona in na podlagi ugotovitev iz drugega odstavka 77. člena tega zakona;«.

## 16. člen

V 84. členu se doda nov drugi odstavek, ki se glasi:

»Kadar uradna oseba, ki vodi postopke v zvezi z uveljavljanjem pravic in drugih zahtev iz obveznega zavarovanja, nima določenega strokovnega znanja, lahko zaradi ugotavljanja ali presoje dejstva, ki je pomembno za rešitev zadeve, pridobi mnenje, ki ga poda imenovani zdravnik, član zdravstvene komisije ali drug zdravnik Zavoda.«.

## PREHODNE IN KONČNA DOLOČBA

### 17. člen

V Zakonu o prispevkih za socialno varnost (Uradni list RS, št. 5/96, 18/96 – ZDavP, 34/96, 87/97, 3/98, 106/99 – ZPIZ-1, 81/00 – ZPSV-C, 97/01 – ZSDP, 97/01, 40/12 – ZUJF, 96/12 – ZPIZ-2 in 56/13 – ZŠtip-1) 1. februarja 2014 prenehajo veljati 3. člen, drugi odstavek 4. člena in prvi in drugi odstavek 6. člena v delu, v katerem se nanašajo na obvezno zdravstveno zavarovanje, pri čemer se za delodajalca po 48. in 49. členu zakona šteje tudi pravna oseba, ki jo bremenijo izplačana nadomestila plač oziroma dohodkov, kot je zlasti Republika Slovenija, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje in Javni jamstveni, preživninski in invalidski sklad Republike Slovenije.

### 18. člen

Rezerve izkazane na dan 30. september 2013 in oblikovane na podlagi preteklih pozitivnih izidov dopolnilnega zavarovanja, ki so v skladu s 4. točko drugega odstavka 62. člena zakona namenjene za izvajanje dopolnilnega zavarovanja in jih zavarovalnice na podlagi Sklepa o podrobnejših navodilih za računovodsko spremljanje in izkazovanje poslovnih dogodkov v zvezi z izvajanjem izravnave pri dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 89/05, 31/06 in 99/10) izkazujejo kot posebno postavko »Rezerv iz dobička«, se najkasneje do 30. junija 2014 v celoti namenijo za izvajanje dopolnilnega zavarovanja.

### 19. člen

Do ustrezne ureditve v zakonu, ki ureja davčni postopek, prispevek od osnove, določene v drugem odstavku 55.a člena zakona, če izplačevalec dohodka iz prve alineje prvega odstavka 55.a člena zakona ni plačnik davka v skladu z zakonom, ki ureja davčni postopek, ugotovi davčni organ z odločbo, s katero izračuna akontacijo dohodnine od dohodkov, od katerih se plačuje prispevek v skladu s prvo alinejo prvega odstavka 55.a člena zakona. Zavezanec za prispevek mora plačati prispevek v roku in na način, ki je določen za akontacijo dohodnine od dohodkov, od katerih se plačuje prispevek v skladu s prvo alinejo prvega odstavka 55.a člena zakona.

Če se v primerih iz prejšnjega odstavka v skladu z zakonom, ki ureja davčni postopek, akontacija dohodnine od dohodkov, od katerih se plačuje prispevek v skladu s prvo alinejo prvega odstavka 55.a člena zakona, ne odmeri, prispevek od osnove, določene v drugem odstavku 55.a člena zakona, ugotovi davčni organ z odločbo enkrat letno za koledarsko leto, s katero izračuna prispevek, na podlagi podatkov, s katerimi razpolaga za potrebe akontacije dohodnine od teh dohodkov. Davčni organ odločbo izda najpozneje do 31. januarja tekočega

leta za preteklo leto. Zavezanec za prispevek mora prispevek plačati v 30 dneh od vročitve odločbe.

#### 20. člen

Minister, pristojen za zdravje, izda predpis iz sedmega odstavka 44.c člena zakona v 30 dneh od uveljavitve tega zakona.

#### 21. člen

Zavezanci iz petega odstavka 77.b člena zakona posredujejo Zavodu informacije iz prvega odstavka 77.b člena zakona, s katerimi Zavod ne razpolaga, v 30 dneh od uveljavitve tega zakona.

#### 22. člen

Postopki iz pete alineje drugega odstavka 81. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A in 63/13 – ZIUPTDSV), ki so se začeli pred uveljavitvijo tega zakona, se zaključijo v skladu z dosedanjimi predpisi.

#### 23. člen

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

Ne glede na prejšnji odstavek se spremenjeni 17., 50., 51., 54. in 55. člen, 55.a člen in spremenjeni 57. člen zakona začnejo uporabljati 1. februarja 2014 oziroma za obračunsko obdobje po 1. februarju 2014.

Št. 500-01/13-16/33

Ljubljana, dne 25. oktobra 2013

EPA 1497-VI

Državni zbor  
Republike Slovenije  
Janko Veber l.r.  
Predsednik