



REPUBLIKA SLOVENIJA
VLADA REPUBLIKE SLOVENIJE

Gregorčičeva 20–25, SI-1001 Ljubljana

T: +386 1 478 1000

F: +386 1 478 1607

E: gp.gs@gov.si

http://www.vlada.si/

PREDSEDNIK DRŽAVNEGA ZBORA

DRŽAVNI ZBOR REPUBLIKE SLOVENIJE

Prejeto:	- 4 - 10 - 2013	
Šifra:	500-01/13-16/1	
Povezava:		
EPA:	1497-VI	EU:
Sign. zn.:		
Kratika:		

EVA: 2013-2711-0019

Številka: 00725-1/2013/16

Datum: 3. 10. 2013

Vlada Republike Slovenije je na 27. redni seji dne 3. 10. 2013 določila besedilo:

- Predloga zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – nujni postopek,

ki vam ga pošiljam v obravnavo in sprejem na podlagi 143. člena Poslovnika državnega zbora (Uradni list RS, št. 92/07 – uradno prečiščeno besedilo in 105/10).

Vlada Republike Slovenije predlaga, da se predlog zakona obravnava po nujnem postopku zato, da se preprečijo težko popravljive posledice za delovanje države, natančneje zagotavljanja zdravstvenega varstva. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: ZZZS) je po štirih letih pozitivnega poslovanja v letu 2009 prvič posloval z izgubo. Zaradi naraščajočih zdravstvenih potreb in vplivom finančne in gospodarske krize na rast prihodkov za zdravstvo se v zadnjih 4 letih soočamo z neuravnoteženostjo razpoložljivih prihodkov obveznega zdravstvenega zavarovanja in načrtovanih odhodkov za zdravstvene potrebe. Upošteva se zaveza, ki izhaja tudi iz Pakta stabilnosti in je opredeljena med ključnimi cilji tudi na področju zdravstvenega zavarovanja, da zagotavljamo v sistemu uravnoteženost prihodkov in odhodkov ZZZS brez zadolževanja, vse od leta 2009 dalje z ukrepi znotraj zdravstvenega sistema zagotavljamo poslovanje brez izgub ob uporabi sredstev rezerv, ki so bila doslej še na voljo. Problem poslovanja ZZZS je še dodatno zaostril prenos dela zapadlih obveznosti iz leta 2011 v izplačilo v leto 2012 v višini 41 mio EUR.

S 1. januarjem 2013 so se ponovno znižale cene zdravstvenih storitev na podlagi sklepa Vlade RS za 3 %, kar je pomenilo 44,5 mio EUR zmanjšanja odhodkov ZZZS. Tudi v letu 2013 bremeni poslovanje ZZZS izplačilo zapadlih obveznosti iz leta 2012 v višini 64 mio EUR, ki jih kljub ukrepom za finančno uravnoteženo poslovanje ni uspelo pokriti z razpoložljivimi prihodki. Zamik plačil izvajalcem je znašal približno 30 % mesečnih odhodkov za zdravstvene storitve, preostali primanjkljaj pa je bil pokrit z zadnjimi razpoložljivimi sredstvi iz preteklih let.

V letu 2013 so zato pogoji poslovanja ZZZS še zahtevnejši, razpoložljivi odhodki pa bodo ponovno še manjši, predvidoma realno za 4,1 %.

Ob upoštevanju zvišanja davka na dodano vrednost ocenjujemo, da bodo zvišane stopnje vplivale na izdatke ZZZS, in sicer v ocenjeni višini 15 mio EUR letno, dodatno pa bodo zvišane stopnje davka na dodano vrednost vplivale na višje materialne stroške izvajalcev zdravstvene dejavnosti.

Projekcije kažejo, da bo kumulativni primanjkljaj ZZZS v letu 2016 znašal 146,2 mio EUR. Pri tem niso upoštevani drugi dejavniki rasti zdravstvenih izdatkov, kot je vpliv povečanih potreb zaradi staranja prebivalstva, vpliv naraščanja kroničnih in drugih obolenj prebivalstva, uvajanje novih zdravstvenih tehnologij in metod zdravljenja, kot izhajajo iz razvojnih usmeritev in mednarodnih priporočil.

Zaradi vsakoletnega večanja primanjkljaja ZZZS ter zaostrenih razmer zaradi finančne krize, ki pomeni še dodatno zmanjšanje prilivov v zdravstveno blagajno, je nujno sprejetje predlogov, ki so vsebovani v spremembah in dopolnitvah ZZVZZ in s katerimi se vsaj začasno in delno sanira nastala finančna vzdržnost poslovanja ZZZS.

Vlada Republike Slovenije je na podlagi 45. člena Poslovnika Vlade Republike Slovenije (Uradni list RS, št. 43/01 (23/02 – popr.), 54/03, 103/03, 114/04, 26/06, 21/07, 32/10, 73/10, 95/11 in 64/12) in 235. člena Poslovnika državnega zbora določila, da bodo kot njeni predstavniki pri delu Državnega zbora in njegovih delovnih teles sodelovali:

- Tomaž Gantar, minister za zdravje,
- Brigita Čokl, državna sekretarka, Ministrstvo za zdravje,
- Dušan Jošar, vodja Sektorja za ekonomiko javnega zdravstva, Ministrstvo za zdravje,
- Zvezdana Veber Hartman, vodja Službe za evropske zadeve in mednarodno sodelovanje, Ministrstvo za zdravje,
- Mojca Grabar, vodja Pravne službe, Ministrstvo za zdravje,
- Helena Petek Kos, sekretarka, Ministrstvo za zdravje,
- Vesna Kovač, svetovalka II, Ministrstvo za zdravje.

PRILOGE: 3

Mag. Miranda GROFF FERJANČIČ
NAMESTNICA GENERALNE SEKRETARKE



NUJNI POSTOPEK
EVA 2013-2711-0019

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

I. UVOD

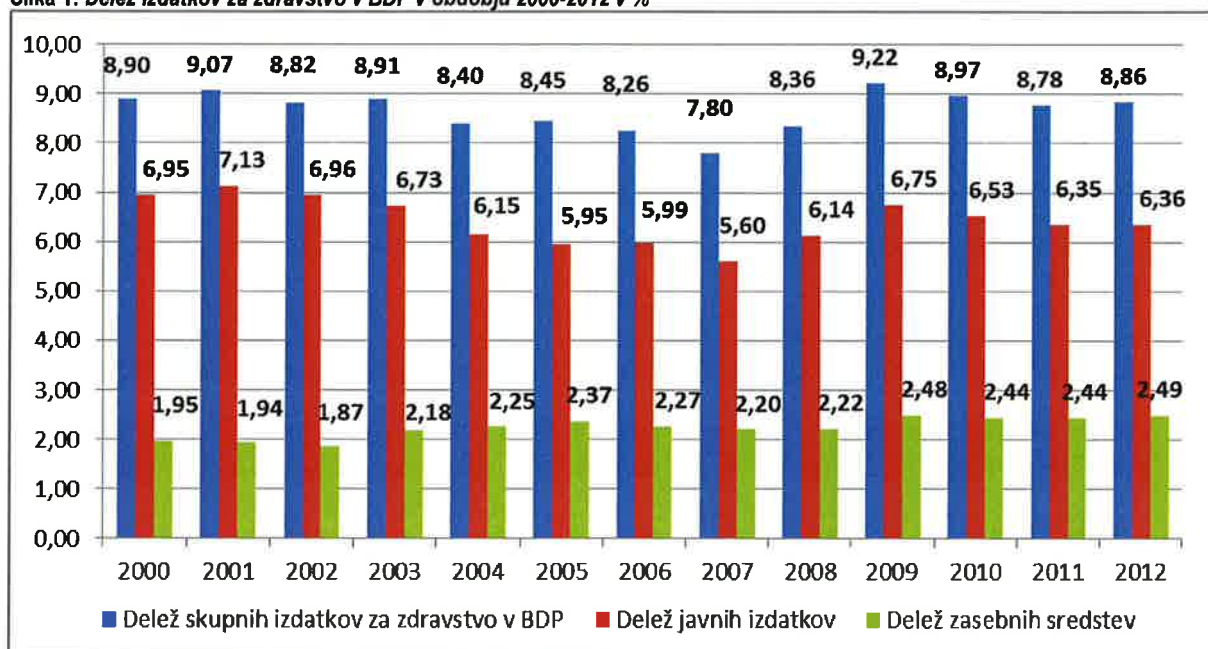
1. OCENA STANJA IN RAZLOGI ZA SPREJEM PREDLOGA ZAKONA

a) Finančno stanje na področju zdravstvenega varstva:

1. Financiranje zdravstvenega sistema v Sloveniji

V Sloveniji imamo javni zdravstveni sistem, ki temelji na načelih solidarnosti in široke dostopnosti. Z gospodarsko krizo se v zadnjih letih izrazito povečuje razkorak med zdravstvenimi potrebami prebivalstva in možnostmi financiranja zdravstva. V letu 2012 smo namenili za zdravstvo 3,141 mio EUR, kar je predstavljalo 8,86 % bruto domačega proizvoda (v nadaljnjem besedilu: BDP). V obdobju 2000-2012 je bil najvišji delež izdatkov za zdravstvo v BDP v letu 2009, ko je znašal 9,22 %, po letu 2009 pa se zmanjšuje (slika 1). Čeprav se je delež izdatkov za zdravstvo v BDP v letu 2009 povečal, se sredstva za zdravstvo v absolutnih številkah niso povečala, pač pa je takšno razmerje posledica padca BDP.

Slika 1: Delež izdatkov za zdravstvo v BDP v obdobju 2000-2012 v %

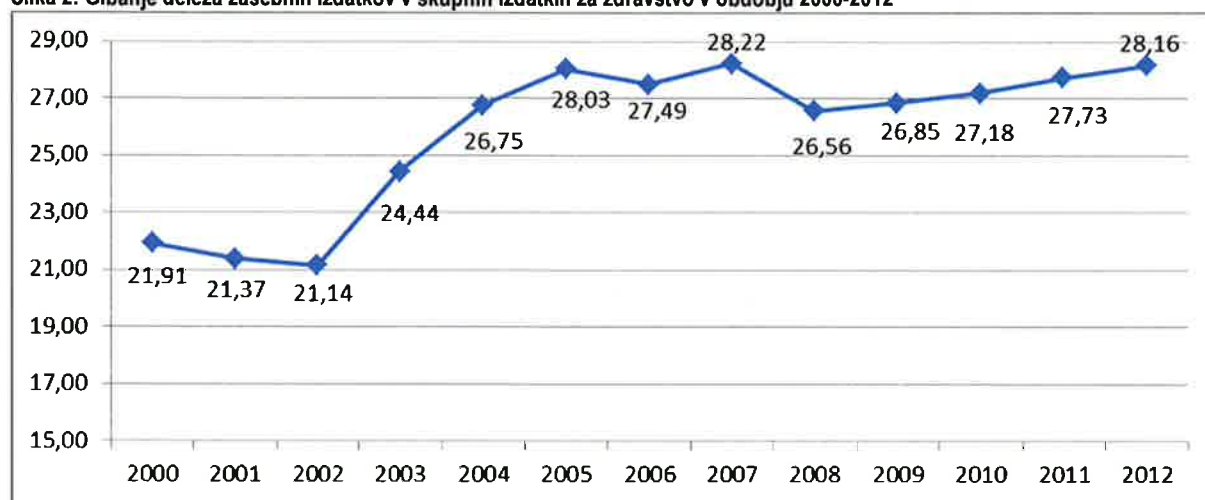


Vir: Poslovna poročila ZZS, 2000-2011.

V razmerah naraščajočih zdravstvenih potreb prebivalstva zaradi demografskih gibanj, hitrega razvoja novih zdravstvenih tehnologij, novih postopkov zdravljenja ter sprememb v epidemiologiji, je za ohranjanje vzdržnosti v zdravstvenem sistemu, ohranjanje visoke ravni kakovosti zdravstvenih storitev ter dostopnosti potrebno skrbno prilagajanje z upoštevanjem sprememb v različnih segmentih zdravstvenega sistema in tudi v sistemu financiranja zdravstva.

V letu 2012 so se javni izdatki za zdravstvo že tretje leto zapored znižali, prav tako je bila tudi rast zasebnih izdatkov ničelna. Soočamo se z realnim padcem javnih izdatkov za zdravstvo, ki je v letih 2010–2012 padla za 6,3 %, v letu 2012 pa za 2,1 %¹. Poleg upada javnih izdatkov je bila po predhodnih podatkih v letu 2012 ničelna tudi realna rast zasebnih izdatkov, tako iz dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj kot iz izdatkov iz žepa. Izdatki iz dopolnilnih zavarovanj se niso povečali kljub prenosu deleža kritja nekaterih zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja na dopolnilno zavarovanje, ničelna rast izdatkov iz žepa pa je povezana z gospodarsko krizo in upadom potrošnje gospodinjstev. Kljub temu se je zaradi visokega znižanja javnih izdatkov, delež zasebnih v celotnih izdatkih za zdravstvo v letu 2012 povečal že na 28,2 % (UMAR, Poročilo o razvoju 2013). V primerjavi podatkov o zasebnih izdatkih za zdravstvo na prebivalca po evropskih državah ugotovimo, da se Slovenija uvršča v zgornjo tretjino držav glede na zasebne izdatke za zdravstvo.

Slika 2: Gibanje deleža zasebnih izdatkov v skupnih izdatkih za zdravstvo v obdobju 2000–2012



Vir: Poslovna poročila ZZS, 2000–2011.

Delež zasebnih izdatkov se je po strmem porastu med letoma 2002 in 2005 ustalil in se od takrat giba na ravni med 27 in 28 % celotnih izdatkov. Po obdobju nizke rasti javnih vlaganj v zdravstvo je tako delež skupnih zasebnih izdatkov za zdravstvo v Sloveniji v letu 2012 znašal 28,16 % (najvišjo raven je ta delež dosegel v letu 2007, po upadu v letu 2008 pa ponovno postopoma narašča). V Sloveniji se posledično dostopnost do zdravstvenih storitev čedalje bolj naslanja na zasebne izdatke oz. bolj natančno, na izdatke iz žepa. Izrazito bolj kot izdatki iz prostovoljnih zavarovanj so se namreč v zadnjih letih povečevali neposredni izdatki gospodinjstev oz. izdatki iz žepa. V strukturi zasebnih izdatkov za zdravstvo je v letu 2012 delež neposrednih izdatkov gospodinjstev znašal 47,14 % (43,82 % v letu 2004) in se približuje deležu izdatkov iz naslova prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj (47,30 %).

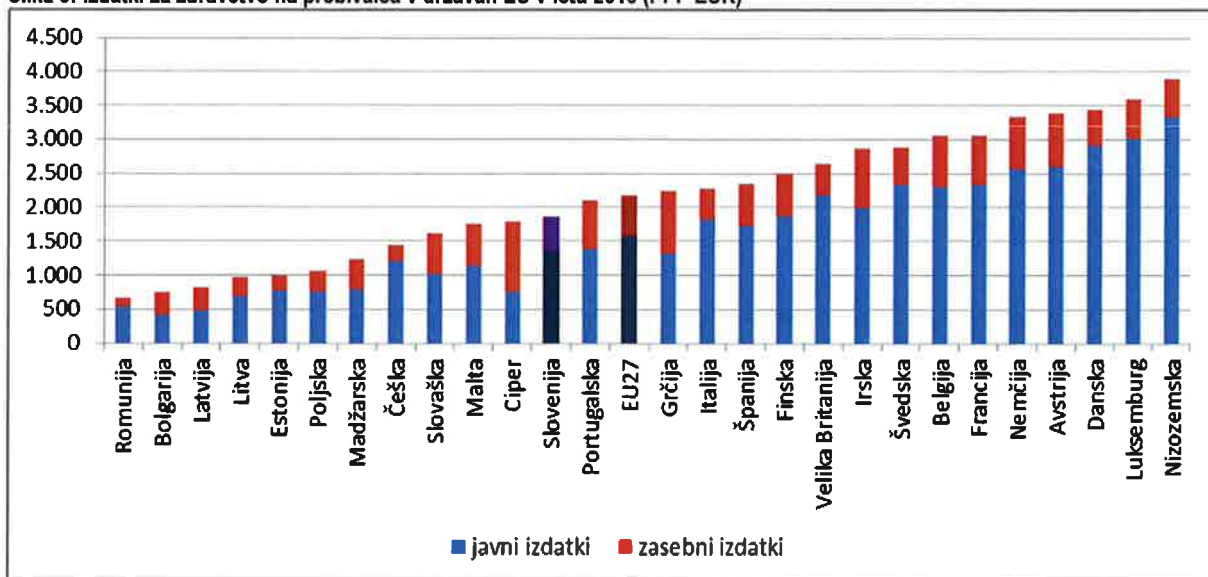
Primerjava z državami Evropske unije po zadnjih razpoložljivih podatkih kaže, da je Slovenija glede celotnih izdatkov za zdravstvo, merjenih v deležu od BDP, na ravni povprečja vseh 27 držav Evropske unije (v nadaljnjem besedilu: EU-27). V letu 2010 smo za zdravstvo porabili skupno 9,0 % BDP, od tega javnih izdatkov 6,5 % BDP, obe vrsti izdatkov sta povsem enaki povprečju EU-27. Izdatki za zdravstvo so zaradi krize (varčevalni ukrepi, stopnja rasti BDP) v povprečju držav Evropske unije z 9,2 % BDP v letu 2009 padli na 9,0 % BDP v letu 2010. V Sloveniji je bil padec izdatkov za zdravstvo občutnejši: z 9,3 % BDP v letu 2009 na 9,0 % v letu 2010. Zlasti se je zmanjšal delež javnih sredstev, in sicer s 6,7 % BDP v letu 2009 na 6,5 % BDP v letu 2010.

¹ Za izračun realne rasti je v skladu z mednarodnimi priporočili (OECD, 2011) uporabljen implicitni deflator BDP in ne indeks cen življenjskih potrebščin. Če deflaciramo z indeksom cen življenjskih potrebščin, je realno znižanje v letih 2010–2012 12 % oz. v letu 2012 4,2 %.

V primerjavi z državami EU je delež neposrednih izdatkov gospodinjstev sicer še vedno nizek (v povprečju držav EU predstavljajo neposredni izdatki gospodinjstev v strukturi zasebnih izdatkov približno 75 %), kar je posledica našega sistema dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj, iz katerih se doplačuje razlika do polne vrednosti zdravstvenih storitev.

Po zadnjih podatkih vsak prebivalec Slovenije namenja zdravstvu 1.869 PPP EUR (znesek v EUR, preračunani na kupno moč prebivalcev), s čimer zaostajamo za povprečjem EU-27 (2.171 PPP EUR na prebivalca). Po porabi sredstev za zdravstvo na prebivalca se Slovenija lahko primerja z državami kot so Portugalska (2.097 PPP EUR), Ciper (1.783 PPP EUR) in Malta (1.758 PPP EUR). Kot je razvidno iz Slike: Izdatki za zdravstvo na prebivalca v državah EU, PPP EUR, največ sredstev za zdravstvo na prebivalca sicer namenijo Nizozemska (3.890 PPP EUR), Luksemburg (3.607 PPP EUR) in pa Danska, Avstrija ter Nemčija (vse med 3.300 in 3.400 PPP EUR).

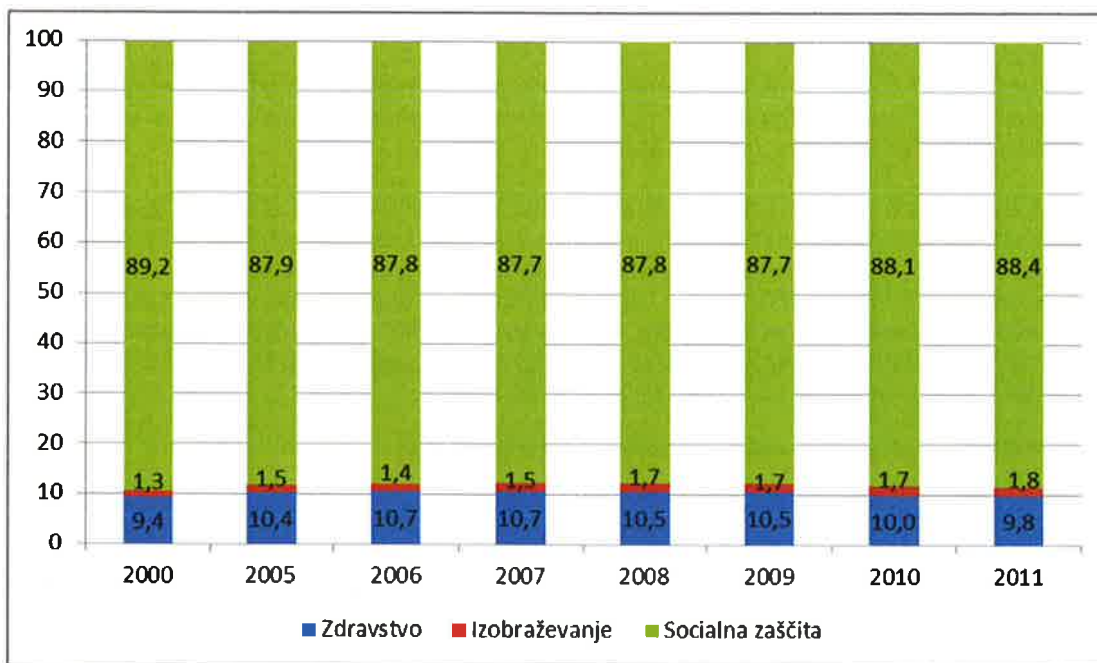
Slika 3: Izdatki za zdravstvo na prebivalca v državah EU v letu 2010 (PPP EUR)



Vir: Poslovno poročilo ZZZS za leto 2012.

Iz slike 4 je razvidna struktura izdatkov sektorja države za socialne prejemke po pomembnejših namenih, iz katere je razvidno, da izdatki za zdravstvo v obdobju 2000 do 2011 v primerjavi z izdatki sektorjev izobraževanje in socialna zaščita rastejo počasneje oziroma v strukturi socialnih prejemkov padajo v letih 2010 in 2011. Vzrok za nižanje strukturnega deleža je v hitri rasti izdatkov za skupino brezposelnih ter družine in otroci in nekaterih drugih manjših skupin (npr. v izobraževanju za stanovanja) v času gospodarske krize.

Slika 4: Izdatki sektorja države za socialne prejemke po pomembnejših namenih, struktura v %



Vir: Poročilo o razvoju 2013; UMAR.

2. Poslovanje zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije

2.1 Gibanje izdatkov za obvezno zdravstveno zavarovanje

Izdatki za obvezno zdravstveno zavarovanje (v nadaljnjem besedilu: OZZ) so bili v letih 2011 in 2012 nižji glede na leto 2009, kar je posledica vsakoletnega usklajevanja zdravstvenih izdatkov iz OZZ spričo zahteve za finančno uravnoteženo poslovanje Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: ZZZS) brez zadolževanja.

Tabela 1: Izdatki za zdravstvo v letih 2003 in 2012 v tekočih cenah in % BDP

	2009		2010		2011		2012	
	mio EUR	% BDP	mio UR	% BD	mio UR	% BDP	mio UR	% B P
Izd tki za zdrav vene s or tve	1.75,1	4,1	.686,08	4,74	1.60,20	4,59	1.680,29	4,74
Izd k za d a i l a n M P	368,5	1,04	364,8	1,0	374,64	1,0	345,27	0,9
elo ZZZS	44,57	0,13	42,2	0,12	40,32	0,11	42	0,12
Investicije	6,40	0,02	8,86	0,02	3,23	0,01	3,09	0,01
OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE	2.094,71	5,89	2.102,12	5,9	2.078,39	5,75	2.070,64	5,84

Vir: Poslovna poročila ZZZS 2012, interno gradivo ZZZS.

2.2 Poslovni rezultat ZZZS v obdobju 2007-2012

ZZZS je po štirih letih pozitivnega poslovanja v letu 2009 prvič posloval z izgubo. Zaradi naraščajočih zdravstvenih potreb in vplivom finančne in gospodarske krize na rast prihodkov za zdravstvo se v zadnjih 4 letih soočamo z neuravnoteženostjo razpoložljivih prihodkov obveznega zdravstvenega zavarovanja in načrtovanih odhodkov za zdravstvene potrebe. Upošteva se zavezo, ki izhaja tudi iz Pakta stabilnosti in je opredeljena med ključnimi cilji tudi na področju zdravstvenega zavarovanja, da zagotavljamo v sistemu uravnoteženost prihodkov in odhodkov ZZZS brez zadolževanja, vse od leta 2009 dalje z ukrepi znotraj zdravstvenega sistema zagotavljamo poslovanje brez izgub ob uporabi sredstev rezerv, ki so bila doslej še na voljo. Uravnoteženost zagotavljamo od leta 2009 z različnimi ukrepi za zmanjševanje odhodkov obveznega zdravstvenega zavarovanja. Le-ti so bili usmerjeni v pretežni meri na zniževanje cen zdravstvenih storitev in na zniževanje odhodkov, ki jih neposredno pokriva ZZZS, kot so stroški za zdravila, medicinsko tehnične pripomočke, nadomestila za bolezensko odsotnost in za mednarodne obveznosti. Izvajalci zdravstvenih storitev so morali ob zniževanju prihodkov iz obveznega

zdravstvenega zavarovanja za ohranjanje dostopnosti do zdravstvenih storitev racionalizirati vse vrste stroškov poslovanja in optimizirati poslovanje.

Številni varčevalni in protikrizni ukrepi za zagotovitev finančno vzdržnega poslovanja javne zdravstvene blagajne primeroma navajamo po letih s prikazom finančnih učinkov v nadaljevanju.

V letu 2009 je bilo izvedeno znižanje cen zdravstvenih storitev za 2,5 % ter selektivno znižanje materialnih stroškov v cenah zdravstvenih storitev, kar je pomenilo prihranek na letni ravni za 64,3 mio EUR. Istega leta so bili preko Aneksa št. 1 k Splošnemu dogovoru sprejeti nadaljnji varčevalni ukrepi z znižanjem vkalkulirane amortizacije in plač v cenah zdravstvenih storitev (amortizacije za 20 %, plač za 5 %), znižanjem cen dializ ter sredstev za terciar za 5 %. Dodaten prihranek iz naslova teh ukrepov je bil 74,6 mio EUR. Skupaj so na letni ravni v letu 2009 prihranki iz varčevalnih ukrepov znašali 138,9 mio EUR.

Leta 2010 so bila z Aneksom 1 k Splošnemu dogovoru znižana sredstva za dežurstva (12,1 mio EUR v letu 2010), za akutno bolnišnično obravnavo (6,95 mio EUR) in dodatno znižanje sredstev za terciar za 5,1 mio EUR. Skupaj so prihranki Aneksa 1 na letni ravni znašali 59,8 mio EUR.

Ponovno so bili sprejeti varčevalni ukrepi z Aneksom 3 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2011. Zmanjšal se je delež administrativno tehničnega kadra v cenah zdravstvenih storitev, sredstva za dežurstvo. Uvedene so bile spremembe načina priznavanja dragih bolnišničnih zdravil (zaradi razlike med planirano in dejansko doseženo porabo), cenah primerov psihiatrije in cen dializ. Skupni prihranek na letni ravni je znašal 12,7 mio EUR.

V letu 2012 je bila ponovno sprejeta vrsta pretežno interventnih ukrepov za ohranjanje stabilnega financiranja javnega zdravstva in dostopnosti državljanov do zdravstvenih storitev.

Sredi leta 2012 so bili v okviru Zakona za uravnoteženje javnih financ (v nadaljnjem besedilu: ZUJF) uveljavljeni ukrepi za znižanje odhodkov zdravstvene blagajne, med katerimi so imeli največji učinek ukrepi na področju plač in drugih osebnih prejemkov, prenos dela plačila zdravstvenih storitev na dopolnilna zdravstvena zavarovanja ter zmanjšanje odstotka bolniškega nadomestila z 90 % na 80 %. Z Aneksom št. 1 k Splošnemu dogovoru so se od maja 2012 še dodatno linearno znižale cene vseh zdravstvenih storitev za 3 %, selektivno so se zmanjšali določeni kalkulatívni elementi, in sicer so se zmanjšala sredstva za regres, jubilejne nagrade, odpravnine ipd., znižala se je amortizacija v cenah zdravstvenih storitev in sredstva za laboratorijske storitve. Prihranek iz tega naslova je na letni ravni znašal 57,7 mio EUR.

Skupni prihranek, ki je bil dosežen iz vseh navedenih varčevalnih ukrepov v obdobju od leta 2009 dalje, upošteva tudi znižanja zdravstvenih izdatkov na področju zdravil, MTP in nadomestil, je znašal 280 mio EUR. Cene zdravstvenih storitev so se tako v letih 2009-2012 znižale za 18 %. Pri tem ni zanemarljivo, da se vsakokratno ponovno znižanje cen izvede na način, da se ohranjajo znižanja cen zdravstvenih storitev in s tem znižajo prihodki izvajalcev na že predhodno nižje priznane vrednosti, kar zagotavlja kumulativni učinek.

Problem poslovanja ZZZS je še dodatno zaostril prenos dela zapadlih obveznosti iz leta 2011 v izplačilo v leto 2012 v višini 41 mio EUR.

S 1. 1. 2013 so se ponovno znižale cene zdravstvenih storitev na podlagi sklepa Vlade RS za 3 %, kar je pomenilo 44,5 mio EUR zmanjšanja odhodkov ZZZS. Tudi v letu 2013 bremeni poslovanje ZZZS izplačilo zapadlih obveznosti iz leta 2012 v višini 64 mio EUR, ki jih kljub ukrepom za finančno uravnoteženo poslovanje ni uspelo pokriti z razpoložljivimi prihodki. Zamik plačil izvajalcem je znašal približno 30 % mesečnih odhodkov za zdravstvene storitve, preostali primanjkljaj pa je bil pokrit z zadnjimi razpoložljivimi sredstvi iz preteklih let.

V letu 2013 so zato pogoji poslovanja ZZZS še zahtevnejši, razpoložljivi odhodki pa bodo ponovno še manjši, predvidoma realno za 4,1 %.

Ob upoštevanju zvišanja davka na dodano vrednost ocenjujemo, da bodo zvišane stopnje vplivale na izdatke ZZZS, in sicer v ocenjeni višini 15 mio EUR/letno, dodatno pa bodo zvišane stopnje davka na

dodano vrednost vplivale na višje materialne stroške izvajalcev zdravstvene dejavnosti.

2.3 Projekcije poslovanja ZZZS v letu 2013 in v obdobju 2014–2016

ZZZS ocenjuje gibanje prihodkov in odhodkov in potrebna sredstva za financiranje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja ob upoštevanju globalnih makroekonomskih okvirov razvoja Slovenije za obdobje 2014-2016 (Urad RS za makroekonomske analize in razvoj, marec 2013). Pri tem niso upoštevani drugi dejavniki rasti zdravstvenih izdatkov, kot je vpliv povečanih potreb zaradi staranja prebivalstva, vpliv naraščanja kroničnih in drugih obolenj prebivalstva, uvajanje novih zdravstvenih tehnologij in metod zdravljenja, kot izhajajo iz razvojnih usmeritev in mednarodnih priporočil. Izhodišče za projekcijo so planirane vrednosti prihodkov in odhodkov po sprejetem FN ZZZS za leto 2013 ter pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, kot veljajo za leto 2013.

Projekcije kažejo, da bo ZZZS v letu 2013 posloval uravnoteženo (ob prenosu 48 mio EUR obveznosti v januar 2014), za leto 2014 je ocenjen primanjkljaj v višini 59,1 mio EUR, za leto 2015 44 mio EUR ter za leto 2016 43,1 mio EUR. Kumulativni primanjkljaj bi tako v letu 2016 znašal 146,2 mio EUR.

Tabela 2: Prikaz poslovanja ZZZS od leta 2007–2012 (v mio EUR)

	Realizacija poslovanja ZZZS					
	2007	0	2009	2010	2011	2012
Prihodi	2.007,42	2.214,59	2.263,02	2.311,02	2.340,53	2.319,51
Odhodki	1.942,23	2.209,38	2.338,54	2.346,85	2.338,88	2.338,13
Tekoče poslovanje	65,20	5,21	-75,53	-35,83	1,65	-18,63

Vir: Poslovna poročila ZZZS.

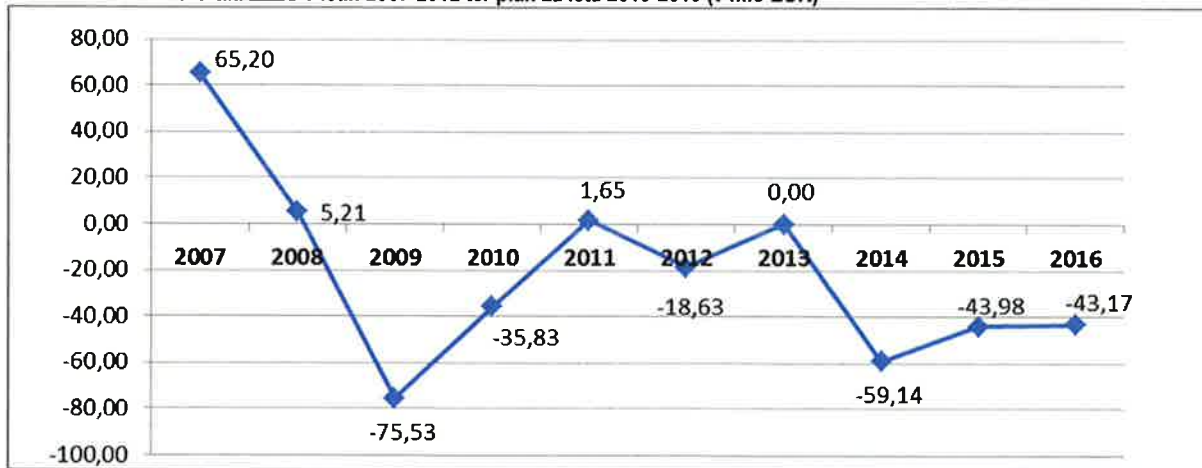
Tabela 3: Projekcija poslovanja ZZZS do leta 2016 (v mio EUR)

	Napoved			
	2013	2014	2015	2016
Prihodki	2.291,06	2.303,96	2.345,57	2.406,27
Odhodki	2.991,06	2.363,09	2.389,55	2.449,44
Tekoče poslovanje	0,00	-59,14	-43,98	-43,17

Vir: Interno gradivo ZZZS.

Poslovni rezultat ZZZS v obdobju 2007-2012 s planom za leto 2013 in projekcijami do vključno leta 2016 v mio EUR so razvidni iz naslednjega prikaza.

Slika 5: Poslovni rezultati ZZZS v letih 2007-2012 ter plan za leta 2013-2016 (v mio EUR)



Vir: Poslovna poročila ZZZS, interno gradivo ZZZS.

Poslovanje ZZZS brez zadolževanja je glede na dejstvo, da ni na voljo sredstev rezervnega sklada, mogoče v srednjeročnem obdobju zagotoviti z ukrepi na prihodkovni in odhodkovni strani. Smeri sprememb, tako kratkoročnih kot dolgoročnih smo opredelili v Nacionalnem reformnem programu 2014-

3. Poslovanje javnih zdravstvenih zavodov v obdobju 2008-2012

Javni zdravstveni zavodi so tudi v letu 2012 izvajali programe v pogojih financiranja, ko so že tretje leto zapored upadali javni izdatki za zdravstvo, ničelna je bila tudi rast zasebnih izdatkov, tako iz dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj, kot izdatkov iz žepa. Za ohranjanje uravnoteženega poslovanja v okviru OZZ je bila v letu 2012 ponovno sprejeta vrsta pretežno interventnih ukrepov, kot ponovno znižanje cen zdravstvenih storitev, ki se nadaljuje tudi v letu 2013. Glavni vzrok za večanje izgub javnih zdravstvenih zavodov je pretežno linearno zmanjševanje cen zdravstvenih storitev, ki so se v kriznih letih 2009–2012 znižale skupno že za 18,5 % (ocena Ministrstva za zdravje).

Upošteva se poslovne rezultate vseh javnih zdravstvenih zavodov, in sicer bolnišnic, zdravstvenih domov, zavodov za zdravstveno varstvo, lekarn in nekaterih drugih zdravstvenih zavodov, so poslovni rezultati bolnišnic relativno najbolj zaskrbljujoči. Poslovni rezultati za leto 2012 se med zavodi se zelo razlikujejo, saj so bolnišnice izkazale pobotan negativni poslovni izid v višini 13,2 mio EUR, zavodi za zdravstveno varstvo so poslovali pozitivno z izjemo Inštituta za varovanje zdravja, ZZV Ljubljana in ZZV Ravne. 42 zdravstvenih domov je izkazalo presežke v višini 4,3 mio EUR, 15 zdravstvenih domov pa primanjkljaje v višini 1,3 mio EUR. Vse javne lekarne so v letu 2012 poslovale pozitivno in izkazale 8,3 mio EUR presežka prihodkov nad odhodki.

Tabela 4: Poslovni rezultati po skupinah javnih zdravstvenih zavodov v letih 2008-2012 ter delež tekočega presežka/primanjkljaja v celotnih prihodkih

Vrsta JZZ	PRESEŽEK PRIHODKOV oz. ODHODKOV					% tekočega PRESEŽKA oz. PRIMANJKLJAJA v CP				
	2012	2011	2010	2009	2008	2012	2011	2010	2009	2008
Bolnišnice	-13.214.759	-7.559.086	-6.033.283	10.773.671	29.675.892	1,05%	0,60%	0,4 %	0,88	2,57%
IVZ in ZZV	-413.443	-293.664	34.641	629.295	530.381	0,69%	0,47%	0,05%	1,05%	0,95%
Ostali JZZ*	1.872.805	485.343	480.033	1.918.493	3.689.121	4,08%	1,05%	1,12%	4,23%	8,89%
Skupaj	-11.755.397	-7.367.407	-5.518.609	13.321.459	33.895.394	0,86%	0,53%	0,41%	1,00%	2,71%
Zdravstveni domovi	3.030.483	4.567.653	441.587	-1.747.990	6.512.841	0,82%	1,24%	0,11%	0,49%	1,89%
Lekarne	8.296.629	9.107.210	9.322.447	11.036.498	26.253.516	1,86%	1,97%	1,99%	2,38%	5,74%
Skupaj	11.327.112	13.674.863	9.734.034	9.288.508	32.766.357	1,39%	1,64%	1,17%	1,13%	4,09%
SKUPAJ	-428.285	6.307.456	4.215.425	22.609.967	66.661.751	0,02%	0,29%	0,19%	1,05%	3,25%

* Ostali JZZ so: ZD za študente Univerze v Ljubljani, Slovenija Transplant, ZTM in JAZMP.
Vir: AJPES.

Poslovni rezultati bolnišnic za 2012 so nekoliko slabši kot v predhodnih letih. Negativni rezultat poslovanja je izkazalo 12 bolnišnic v višini 17,3 mio EUR, 14 bolnišnic je izkazalo presežke prihodkov nad odhodki v skupni višini 4,1 mio EUR. Od tega so vse psihiatrične bolnišnice zaključile poslovanje za leto 2012 s presežki v višini 0,5 mio EUR. Zaskrbljujoče je višanje kumulativnih primanjkljajev bolnišnic iz preteklih let, ki so v bilanci stanja na dan 31. 12. 2012 v 13 javnih bolnišnicah znašali 83.900.907 EUR primanjkljaja. Preostale bolnišnice pa izkazujejo presežek v skupni višini 13.078.753 EUR. Skupen kumulativni primanjkljaj vseh 26 bolnišnic se je na račun realizacije skupnega tekočega primanjkljaja v letu 2012 povečal za 15.875.639 EUR in je na dan 31. 12. 2012 znašal 70.822.154 EUR. Višanje kumulativnega primanjkljaja se odraža tudi na poslabšani plačilni sposobnosti bolnišnic, podaljševanju plačilnih rokov in višanju finančnih odhodkov.

Delež primanjkljaja (pobotan izid) v celotnem prihodku vseh bolnišnic skupaj je v letu 2012 znašal 1,1 % in se je glede na predhodno leto skoraj podvojil (v letu 2011 je delež primanjkljaja znašal 0,6 % celotnih

prihodkov bolnišnic). Celotni prihodki bolnišnic so bili v letu 2012 nižji za 1,2 % in so prvič izkazali negativno rast. Prihodki iz OZZ so se glede na realizirane v letu 2011 v povprečju znižali za 3,2 %, oz. za 32,9 mio EUR, povečali so se prihodki iz prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja za 14,8 EUR oz. za 16,4 %. Padec rasti prihodkov je prisoten pri večini bolnišnic, glede znižanja odhodkov pa lahko ugotovimo določene razlike, ki so v pretežni meri pogojene s spremembami v obsegu in strukturi programov, ki jih izvajajo.

Poslovanje zdravstvenih domov v letu 2012 izkazuje v povprečju boljše rezultate kot v letu 2011; 42 zdravstvenih domov je izkazalo presežke v višini 4,3 mio EUR, s primanjkljajem je zaključilo poslovanje 15 zdravstvenih domov v skupni višini 1,3 mio EUR. Pobotan poslovni izid zdravstvenih domov v letu 2012 znaša 3 mio EUR presežka prihodkov nad odhodki. Za programe osnovne zdravstvene dejavnosti, ki jih v pretežnem delu izvajajo zdravstveni domovi, smo iz zdravstvene blagajne namenili 398.559.243 EUR oz. 24,0 % vrednosti celotnega zdravstvenega programa. V primerjavi s predhodnim letom se je znesek iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja povišal za 533.384 EUR oz. za 0,1 %. Celotni prihodki zdravstvenih domov so se v letu 2012 malenkostno znižali (za 0,3 %) glede na 2011, vendar manj kot v bolnišnicah in ZZV-jih.

Javne lekarne so v 2012 izkazale pozitivno poslovanje, skupno v višini 8,3 mio EUR. V primerjavi s predhodnimi leti se višina presežka nekoliko znižuje in je za leto 2012 znašala 1,9 % celotnih prihodkov. Tudi v lekarnah so se celotni prihodki v letu 2012 znižali, in sicer v povprečju za 3,4 % glede na leto 2011. V obdobju 2008-2012 se je rast celotnih prihodkov zmanjševala.

Tabela 5: Kumulativna višina presežkov prihodkov oz. odhodkov iz preteklih let po skupinah JZZ v obdobju 2007 - 2012

Vrsta JZZ	2012	2011	2010	2009	2008	2007
Bolnišnice	-70.822.154	-54.946.515	-41.811.933	-34.085.101	-41.985.362	-69.709.206
IVZ in ZZV	5.024.782	5.781.268	6.496.94	6.318.5 2	5.065.714	4.603.288
Ostali JZZ*	21.860.711	19.987.907	19.847.236	22.113.539	20.304.760	16.567.013
Skupaj	-43.936.661	-29.177.340	-15.467.756	-5.653.010	-16.614.888	-48.538.905
Zdravstveni domovi	21.907.942	21.681.786	18.397.562	18.981.609	24.013.486	19.081.730
Lekarne	49.803.991	51.163.978	60.731.094	63.060.695	56.894.462	66.947.375
Skupaj	71.711.933	72.845.764	79.128.656	82.042.304	80.907.948	86.029.105
SKUPAJ	27.775.272	43.668.424	63.660.900	76.389.294	64.293.060	37.490.200

* Ostali JZZ so: ZD za študente Univerze v Ljubljani, Slovenija Transplant, ZTM in JAZMP.
Vir: AJPES.

V drugi polovici leta 2012 je, kot posledica težav s financiranjem in sprejetih ukrepov ZUJF, v zdravstvu prvič začela upadati tudi zaposlenost, ki se je od julija do decembra postopoma znižala za skupno 1,3 %. Kljub temu se je zaradi visoke rasti v prvi polovici leta medletno v celem letu 2012 zaposlenost povečala za 1,8 %. V dejavnosti zdravstva (Q86) je bilo sicer leta 2011 zaposlenih le 4,1 % vseh delovno aktivnih prebivalcev, kar je precej manj kot v bolj razvitih državah EU (6-8 %). Visok zaostanek glede zaposlenosti v zdravstvu pa se je v preteklih desetih letih povečeval, rast zaposlenosti je bila namreč v obdobju 2000–2010 nižja kot v povprečju v državah EU²; tudi v letih 2009–2011 pa ni presegala povprečne rasti v EU. V Sloveniji je zaposlenost v dejavnosti zdravstva (Q86) tako na komaj 76 % povprečja EU³.

Povprečno število zaposlenih se je v bolnišnicah v obdobju od januarja 2008 do decembra 2012 povečevalo. Največji porast zaposlenih je viden v letu 2012, ko se je povprečno število zaposlenih v

² V letih 2000–2010 se je zaposlenost v zdravstvu v Sloveniji povečala v povprečju letno za 1,5 %, v državah EU pa za 1,8 %; v letih 2009–2011 pa se je v Sloveniji umirila na letno v povprečju 1,2 %, v državah EU pa na 1,3 %.

³ Po podatkih za leto 2011 je na 100.000 prebivalcev v Sloveniji v zdravstvu 1.905 zaposlenih, v EU po v povprečju 2.516 (Eurostat Database, 2012).

bolnišnicah povečalo za 406 oseb glede na predhodno leto (največ zaposlenih v bolnišnicah je bilo junija 2012, to je 21.660 oseb). Skupno povečanje števila zaposlenih v bolnišnicah v letu 2012 v primerjavi z letom 2008 je bilo 1.055 oseb oz. 5,17 %. Vlada RS je s sprejetjem ZUJF poskušala s restriktivnim pristopom k zaposlovanju omejiti naraščanje stroškov dela ter s tem posledično tudi zaposlovanje. V II. polovici leta 2012 se je zaposlenost v bolnišnicah pričela zmanjševati, po podatkih SURS je bilo marca 2013 v bolnišnicah zaposlenih 353 manj oseb kot v juniju 2012. To je vplivalo tudi na znižanje mase plač, ki se je v prvih treh mesecih leta 2013 v primerjavi z enakim obdobjem leta 2012 znižala za 1,01 mio EUR oziroma za 2,43 %.

Slovenija močno zaostaja tudi po številu zdravnikov na prebivalca, tudi po tem kazalniku pa se je zaostanek za povprečjem EU v zadnjih desetih letih še povečal (glej indikator *Zmogljivosti zdravstva*). Število zdravnikov na 1.000 prebivalcev je v letu 2010 v Sloveniji po podatkih OECD znašal 2,4, medtem ko je povprečje OECD 3,1 zdravnika na 1.000 prebivalcev (UMAR, Poročilo o razvoju 2013).

b) Uskladiitev pravnega reda Republike Slovenije z zakonodajo Evropske unije

Prenos Direktive 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu (Uradni list Evropske unije, št. L 88/45 z dne 4.4.2011; v nadaljnjem besedilu: Direktiva)

V skladu z določili 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 in 21/13 - ZUTD-A; v nadaljnjem besedilu: ZZVZZ) je z obveznim zdravstvenim zavarovanjem zavarovanim osebam zagotovljeno plačilo zdravstvenih storitev, tudi ko gre za uveljavljanje pravice do zdravljenja v tujini. Pravica do tega zdravljenja in s tem povezani postopki so podrobneje določeni v Pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 30/03, 35/03 - popr., 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 - popr., 64/07, 33/08, 7/09, 88/09, 30/11, 49/12 in 106/12; v nadaljnjem besedilu: Pravila OZZ).

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: ZZZS), ki vodi postopke in ureja plačila za zdravljenje v tujini, poleg zgoraj navedene zakonodaje neposredno uporablja tudi uredbe s področja koordinacije sistemov socialne varnosti: Uredbo (ES) št. 883/2004 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 29. aprila 2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti in Uredbo (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. Med drugim se določbe teh uredb nanašajo tudi na koriščenje (potrebnih) zdravstvenih storitev med začasnim bivanjem v drugi državi članici in na načrtovano zdravljenje.

129. člen Pravil OZZ določa, da ima zavarovana oseba na zasebnem ali službenem potovanju v tujini pravico do nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči, razen če pravni red Evropske unije (v nadaljnjem besedilu: EU) ali meddržavna pogodba ne določata drugače. Pravica zavarovanih oseb do zdravljenja v tujini je določena v 135. in 136. členu Pravil OZZ. Iz teh določb je razvidno, da ZZZS postopa tudi skladno z uredbami s področja s koordinacije sistemov socialne varnosti. O pravici zavarovane osebe do zdravljenja v tujini odloča na prvi stopnji imenovani zdravnik ZZZS, na drugi stopnji pa zdravstvena komisija ZZZS. Po 226. členu Pravil OZZ imenovani zdravnik na podlagi mnenja konzilija zdravnikov, druge zdravstvene dokumentacije in morebitnega pregleda zavarovane osebe izda odločbo, s katero odloči o pravici zavarovane osebe iz prvega ali drugega odstavka 135. člena pravil. Če je zavarovani osebi odobreno zdravljenje, pregled ali preiskava v tujini, imenovani zdravnik z odločbo odloči tudi kje in v kolikšnem času lahko odobreno storitev uveljavi, o pravici do spremstva in o vrsti prevoznega sredstva. O pravici do spremstva in o vrsti prevoznega sredstva odloči tudi, če je zavarovani osebi odobreno povračilo stroškov iz prvega ali drugega odstavka 135. člena Pravil OZZ. Za odločanje o pravicah iz obveznega zdravstvenega zavarovanja se uporablja upravni postopek.

Na pravico in postopke do zdravljenja v drugih državah članicah pa po vstopu v EU najbolj vpliva sodna praksa. Namreč, Sodišče Evropske unije (v nadaljevanju: Sodišče) je obravnavalo nekatera vprašanja v zvezi s čezmejnem zdravstvenim varstvom. V več sodbah je Sodišče priznalo pravico pacientov kot zavarovanih oseb do povračila stroškov za zdravstveno varstvo v drugi državi članici iz obveznega sistema socialne varnosti. Iz stalne sodne prakse Sodišča pa tudi izhaja, da lahko države članice za

kritje stroškov bolnišnične oskrbe v drugi državi članici iz nacionalnega sistema zahtevajo predhodno odobritev, in sicer iz razloga načrtovanja, katerega cilj zagotoviti zadosten in stalen dostop do uravnotežene ponudbe visokokakovostne bolnišnične oskrbe v zadevni državi članici. Iz stalne sodne prakse Sodišča izhaja, da bi morala biti merila za odobritev ali zavrnitev predhodne odobritve omejena na to, kar je nujno in sorazmerno glede na te prevladujoče razloge v splošnem interesu, kot so potrebe za načrtovanje v zvezi z zagotavljanjem zadostnega in stalnega dostopa do uravnoteženega obsega visokokakovostnega zdravljenja v zadevni državi članici, ali z namenom obvladovanja stroškov in, kolikor je mogoče, preprečevanja odvečne porabe finančnih, tehničnih in človeških virov, da sprejme ukrepe o dostopu do zdravljenja, katerih cilj je izpolnitev temeljne odgovornosti države članice, da na svojem ozemlju zagotovi zadosten in stalen dostop do zdravstvenega varstva.

Iz Poslovnega poročila ZZZS za leto 2012 izhaja, da je ZZZS v letu 2012 prejel skupno 1.029 novih vlog za odobritev napotitve na pregled, preiskavo, zdravljenje, diagnostiko ali nabavo steklene očesne proteze v tujini, kar pomeni 124 vlog več kot v letu 2011. V letu 2012 je bilo od skupno obravnavanih 1.138 vlog (poleg 1.029 prejetih v letu 2012, še 109 nerešenih iz leta 2011) odobrenih 780 napotitev zavarovanih oseb na pregled, preiskavo in zdravljenje, nabavo steklene očesne proteze v tujini in diagnostiko, kar pomeni 64 več odobrenih vlog kot v letu 2011. Zavrnenih je bilo 219 vlog. Pri tem je treba pojasniti, da je bilo pri posameznih napotitvah izdanih tudi več odločb, zato je podatek o številu izdanih odločb višji od podatka o številu posameznih napotitev.

Odprava kršitve 63. člena Pogodbe o delovanju Evropske unije (prepoved omejevanja prostega pretoka kapitala)

ZZVZZ v 4. točki drugega odstavka 62. člena določa obveznost zavarovalnic, ki izvajajo prostovoljna zdravstvena zavarovanja, da polovico dobička iz dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu: DZZ) namenijo za izvajanje in razvoj tega zavarovanja. Omenjena določba po mnenju Evropske komisije pomeni kršitev 63. člena Pogodbe o delovanju Evropske unije (v nadaljnjem besedilu: PDEU). PDEU v 63. členu določa, da so prepovedane vse omejitve kapitala med državami članicami ter med državami članicami in tretjimi državami.

Evropska komisija glede na zgornje pravne podlage Republiki Sloveniji očita, da obveznost namenitve polovice pozitivnega izida za izključen namen izvajanja in razvoja DZZ:

- odvrča morebitne naložbe v zavarovalnice, ki nudijo DZZ, in zato omejujejo prosti pretok kapitala;
- omejuje pravice zdravstvenih zavarovalnic do izbire narave in obsega njihovih naložb;
- omejuje vlaganja ustvarjenih dobičkov iz DZZ v druge države članice in prisili zavarovalnice, da dobiček zadržijo v Republiki Sloveniji,
- lahko ovira nakup deležev v zadevnih podjetjih in odvrne vlagatelje v drugih državah članicah.

2. CILJI, NAČELA IN POGLAVITNE REŠITVE PREDLOGA ZAKONA

2.1 Cilji

a) S predlogom sprememb in dopolnitev ZZVZZ se načrtuje sprejem nujnih ukrepov za izboljšanje finančnega stanja v zdravstvu in odprava nesorazmerij pri plačevanju prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje in s tem povečanje solidarnosti. Razlog za predlagane zakonske spremembe izhaja iz ocene stanja na področju zdravstva in cilj zagotovitve stabilnejšega financiranja zdravstva v letih 2013 in 2014, do uveljavitve novega ZZVZZ.

b) S predlogom sprememb in dopolnitev ZZVZZ se v Slovenski pravni red prenaša Direktiva, ki jo mora vsaka država članica EU prenesti najkasneje do 25. 10. 2013. Prav tako se s to spremembo in dopolnitvijo ZZVZZ odpravlja tudi kršitev določb PDEU, ki jo Republiki Sloveniji očita Evropska komisija v zvezi s prepovedjo omejevanja prostega pretoka kapitala. Republika Slovenija se je v svojem odgovoru na uradni opomin Evropske komisije zavezala, da bo omenjeno kršitev odpravila ob prvem posegu v ZZVZZ.

c) V okviru sprememb socialne zakonodaje (Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev) se iz košarice pravic obveznega zdravstvenega zavarovanja izvzema pravici do

pogrebne in posmrtnine, ki se bosta v skladu z novo ureditvijo zagotavljali iz sredstev socialnih zavarovanj. V sklopu prenosa omenjenih pravic v socialni resor je zanj predviden tudi nov princip urejanja.

2.2 Načela

S predlogom sprememb in dopolnitev ZZVZZ se zagotavlja finančna vzdržnost na področju financiranja zdravstvenega varstva in zavarovanja in uskladiitev z evropskim pravnim redom.

V skladu s PDEU so države članice same odgovorne za organizacijo in zagotavljanje zdravstvenih storitev in zdravstvenega varstva. Odgovorne so tudi za opredelitev pravil, ki se bodo uporabljala za povračilo stroškov pacientov in zagotavljanje zdravstvenega varstva. Operativna načela, ki so skupna vsem zdravstvenim sistemom v EU so: načelo univerzalnosti, enakosti, dobre kakovosti in solidarnosti. Ta operativna načela so nujna za zagotavljanje zaupanja pacientov v čezmejno zdravstveno varstvo, ki pa je nujno za doseganje mobilnosti pacientov in visoke ravni varovanja zdravja.

2.3 Poglavitne rešitve

a) Finančno stanje na področju zdravstvenega varstva:

Pri oblikovanju konkretnih sprememb se je smiselno sledilo že uveljavljenim prispevnim osnovam, ki so sicer podlaga za prispevke za socialno varnost. S predlaganimi spremembami v spremembah in dopolnitvah ZZVZZ se skuša doseči predvsem enakomernejšo obremenitev zavezancev za plačilo prispevka za obvezno zavarovanje. Da bi povečali prihodke ZZS in ohranili finančno uravnoteženo poslovanje se v predlogu sprememb in dopolnitev ZZVZZ predlaga spremembe višine prispevnih stopenj oziroma določitev najnižjih osnov, od katere se plačujejo prispevki za posamezne kategorije zavarovanih oseb, kot tudi izenačitev osnov za določene kategorije zavarovanih oseb. Hkrati se predlaga uvedba prispevka od nove osnove za vse kategorije zavarovancev, ki prejema aktivne dohodke po načelu "vsak prihodek šteje". Predlaga se določitev najnižje osnove, od katere bodo samostojni podjetniki po novem plačevali prispevke. Pri pripravi navedenih predlogov se v največji možni meri upošteva osnove, kot jih je uvedel Zakon o prispevkih za socialno varnost (Uradni list RS, št. 5/96, 18/96 – ZDavP, 34/96, 87/97, 3/98, 7/98 Odl.US, 106/99 – ZPIZ-1, 81/00 – ZPSV-C, 97/01 – ZSDP, 97/01, 40/12 – ZUJF in 96/12 – ZPIZ-2). Pri čemer je potrebno poudariti, da konkretni predlogi predstavljajo minimalne spremembe v obremenitvah posameznih kategorij davčnih zavezancev.

1. Zavarovanci za poškodbo pri delu in poklicno bolezen po 5. točki 17. člena ZZVZZ

Na podlagi veljavne 5. točke 17. člena ZZVZZ so zavarovane le osebe, ki opravljajo delo v okviru pogodbe o delu. Do sedaj je ta kategorija zavarovancev imela prispevno stopnjo za poškodbo pri delu in poklicno bolezen določeno v višini 0,30 % od osnovne bruto povprečne plače (4,55 EUR na mesec).

S spremembo in dopolnitvijo ZZVZZ je predvideno, da se prispevna stopnja za poškodbo pri delu in poklicno bolezen poviša iz 0,30 % na 0,53 %, pri čemer bo osnova višina prejemka iz drugega pravnega razmerja, spreminja pa se tudi krog zavarovancev, ki širi obveznost zavarovanja za poškodbo pri delu in poklicno bolezen tudi na druge osebe, ki v okviru kakšnega drugega pravnega razmerja opravljajo delo za plačilo, vendar izvzema druge kategorije zavarovancev, ki so zajeti v 16. in 18. členu ter preostalih točkah 17. člena ZZVZZ. Opredelitev tega dela sledi ureditvi obveznega pokojninskega in invalidskega zavarovanja. Zaradi širitve kroga oseb, ki bodo obvezno zdravstveno zavarovane za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni, spremembe osnove za plačilo prispevkov in zvišanja prispevne stopnje, se ocenjuje povečanje prihodkov Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: ZZS) za okoli 1,8 mio eurov. Ocena temelji na podatkih Davčne uprave RS o višini dohodkov iz drugega pravnega razmerja v Republiki Sloveniji (v nadaljnjem besedilu: RS) za leto 2011, ki so znašali 346 mio eurov.

2. Zavarovanci za poškodbo pri delu in poklicno bolezen po 10. točki 17. člena ZZVZZ

Sedanja ureditev za osebe, ki opravljajo dejavnost kot postranski poklic predvideva plačevanje prispevka za poškodbe pri delu in poklicne bolezni, in sicer v višini 0,30 % od bruto povprečne plače (4,55 EUR na mesec).

V skladu s predlogom sprememb in dopolnitev ZZVZZ bi za poškodbe pri delu in poklicne bolezni plačevali prispevek v višini 0,53 % od povprečne bruto plače v Republiki Sloveniji za mesec oktober predhodnega leta (8 EUR na mesec).

3. Zavarovanci, ki samostojno opravljajo gospodarsko ali poklicno dejavnost kot edini ali glavni poklic (5. točka prvega odstavka 15. člena ZZVZZ)

Sedanja ureditev za osebe, ki samostojno opravljajo gospodarsko ali poklicno dejavnost kot edini ali glavni poklic predvideva plačevanje prispevka v višini 13,45 % od bruto osnove za pokojninsko in invalidsko zavarovanje (v nadaljnjem besedilu: osnova za PIZ), določene v skladu z ZPIZ-2 (vsaj 105 EUR na mesec, v povprečju plačujejo 118 EUR na mesec).

V skladu s predlogom sprememb in dopolnitev ZZVZZ bi prispevna stopnja ostala nespremenjena, to je v višini 13,45 %. Najnižja osnova pa ne bo smela biti nižja od 60 % povprečne letne bruto plače (vsaj 123,07 EUR na mesec).

4. Osebe, ki si sami plačujejo prispevek (20. točka prvega odstavka 15. člena ZZVZZ)

Sedanja ureditev za osebe, ki si same plačujejo prispevek⁴ v višini 14,17 EUR na mesec. Osnova za plačilo prispevka je zajamčena plača s prispevno stopnjo 5,96 %. V skladu s predlogom novele ZZVZZ bo prispevna stopnja ostala enaka, odmerila pa se bo od nove osnove, ki znaša 35 % povprečne bruto plače (31,60 EUR na mesec).

5. Razširitev prispevne osnove za zavarovance po 15. členu ZZVZZ in za po njih zavarovane družinske člane

Predlog sprememb in dopolnitev ZZVZZ uvaja tudi prispevek od nove osnove za vse kategorije zavarovancev, ki prejemajo aktivne dohodke (dohodki iz drugega pravnega razmerja, na podlagi katerega niso zavarovani po prvem odstavku 15. člena ZZVZZ oziroma ne gre za dohodek iz dela, opravljenega na podlagi 6. točke 17. člena ZZVZZ in iz naslova dejavnosti, ki se opravlja kot postranski poklic), od katerih se skladno z veljavno zakonodajo plača le prispevek za poškodbo pri delu ali poklicno bolezen. Za navedene dohodke se določi prispevna stopnja 6,36 % od dohodka oziroma od 25 odstotkov povprečne bruto plače v Republiki Sloveniji za mesec oktober predhodnega koledarskega leta.

b) Uskladitev pravnega reda Republike Slovenije z zakonodajo Evropske unije

S spremembami in dopolnitvami ZZVZZ se ureja predvsem naslednja področja:

- upravičenost in višina povračil stroškov za čezmejno zdravstveno varstvo: zavarovane osebe, ki se odločijo za zdravljenje v drugi državi članici na lastno željo, so upravičene do povračila stroškov samo za zdravstvene storitve, ki so pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v Republiki Sloveniji; višina povračila bo omejena na cene enakih oziroma primerljivih cen storitev v javni zdravstveni mreži v Republiki Sloveniji, vendar ne več kot v višini, do katere je zavarovana oseba upravičena v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja; povračilo stroškov bo zavarovana oseba uveljavljala po povratku; v zvezi z uveljavljanjem teh storitev v drugih državah članicah zavarovane osebe tudi ne bodo upravičene do povračila potnih in drugih s tem povezanih stroškov;
- pri uveljavljanju zdravstvenih storitev v drugih državah članicah bodo za zavarovane osebe obveznega zdravstvenega zavarovanja veljali enaki postopki kot v Republiki Sloveniji (npr. napotnica za specialistični pregled, recepti, naročilnice ipd.);

⁴ V to kategorijo zavarovancev uvrščamo osebe, ki niso zavarovane po nobeni drugi podlagi, npr. brezposelne osebe, ki ne prejemajo nadomestila s strani Zavoda za zaposlovanje Slovenije, študenti starejši od 26. let, osebe, ki ne izpolnjujejo pogojev za denarno socialno pomoč.

- predhodna odobritev, kot pogoj za povračilo stroškov, bo uvedena za zdravstvene storitve, ki jih je zaradi zagotavljanja zadostnega in stalnega dostopa do uravnoteženega obsega visoko kakovostne bolnišnične oskrbe, zaradi obvladovanja stroškov in preprečevanja neracionalne izrabe finančnih, tehničnih ali človeških virov, potrebno načrtovati; v to kategorijo bodo uvrščene bolnišnične storitve in storitve, ki zahtevajo visoko specializirano in drago medicinsko infrastrukturo ali medicinsko opremo in bodo natančneje določene s podzakonskimi akti ministra; predvidena bo tudi možnost, da se predhodna odobritev zahteva v primerih, ko bi bilo določeno zdravljenje za pacienta tvegano ali v primerih, ko se za določene izvajalce dvomi o kakovosti njihovega dela;
- uvedena bo nacionalna kontaktna točka na ZZSZ, ki bo zagotavljala informacije glede "čezmejnega zdravstvenega varstva" tako našim zavarovanim osebam kot tudi pacientom iz drugih držav članic EU ki bodo želeli priti na zdravljenje v Republiko Slovenijo; informacije bodo zagotovljene v slovenskem jeziku;
- izvajalci zdravstvene dejavnosti, ne glede na to, ali delujejo znotraj javne zdravstvene mreže v Republiki Sloveniji ali ne, bodo morali zagotavljati ustrezne informacije, vključno o možnostih zdravljenja, o razpoložljivosti, kakovosti in varnosti zdravstvenega varstva, ki ga zagotavljajo, predložiti računov ter ceniku zdravstvenih storitev, dovoljenju za opravljanje zdravstvene dejavnosti, zavarovanju poklicne odgovornosti zdravstvenih delavcev ipd.;
- izvajalci bodo pacientom iz drugih držav članic zaračunavali enake cene za zdravstvene storitve, kot jih zaračunajo domačim pacientom;
- glede na to, da je intenzivnost prehajanja pacientov v oziroma iz Republike Slovenije v tej fazi še težko predvideti, je v predlogu sprememb in dopolnitev ZZVZZ predvidena možnost, da minister v primeru, da bi bila zaradi teh tokov ogroženo delovanje oziroma stabilnost zdravstvenega sistema v Republiki Sloveniji, sprejme dodatne ukrepe za zamejitev prehajanja pacientov oziroma finančnih sredstev.

S predlogom sprememb in dopolnitev ZZVZZ se odpravlja očitana kršitev 63. člena PDEU na način, da se črta sporna 4. točka drugega odstavka 62. člena ZZVZZ. Slednja je zavarovalnice, ki izvajajo prostovoljna zdravstvena zavarovanja, zavezovala, da so morale polovico pozitivnega izida nameniti zgolj za izvajanje DZZ. Rezerve nastale na tej podlagi morajo zavarovalnice po tem predlogu prenesti v tiste postavke kapitala zavarovalnic, ki povečujejo kapitalsko ustreznost zavarovalnic.

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

a) Finančne posledice širitve osnov in pri posameznih kategorijah zavarovancev tudi sprememba prispevnih stopenj na letni ravni znašajo 42.615.73,27 eurov dodatnih sredstev za ZZSZ, kar pomeni povečanje prihodkov.

OBSTOJEČE STANJE	PREDLAGANE SPREMEMBE	FINANČNI UČINEK v EUR
1. Avtorske pogodbe in druge pogodbe civilnega prava - 170.223 oseb (5. točka 17. člena)		16.872.072,21
- za poškodbe pri delu: bruto povprečna plača in PS 0,30 % (4,55 EUR na mesec)	- za poškodbe pri delu: prejemek in P 0,53 %	1.836.313,25
	- nov prispevek brez dodatnih pravic: prejemek in ,36 % (delojemalska PS)	15.035.758,96
2. SP, ki imajo normirane stroške – 9.609 SP-jev (popoldanski, 10. točka 17. člena)		3.245.416,76
- za poškodbe pri delu: bruto povprečna plača v oktobru na mesečni ravni in PS 0,30 %, ne več kot na prejemek (4,55 EUR na mesec)	- za poškodbe pri delu: bruto povprečna plača v oktobru na mesečni ravni in PS 0,53 %, ne več kot na prejemek (8 EUR na mesec)	467.820,00
	- nov prispevek brez dodatnih pravic: 25 % bruto povprečne plače v oktobru na mesečni ravni in 6,36 % (delojemalska PS)	2.777.596,76
3. SP - 72.057 SP-jev (5. točka prvega odstavka 15. člena)		9.366.192,00
- za poškodbe pri delu: minimalna plača in PS 13,45 % (105 EUR na mesec/če je izbrana osnova minimalna plača)	- osnova PIZ, vendar ne manj kot 60 % povprečne bruto plače (123,07 EUR na mesec/če je zbrana minimalna osnova)	
4. Osebe, ki si same plačujejo prispevek - 77.540 osebe (20. točka prvega odstavka 15. člena)		13.132.050,30

Če ni v pokojninskem in invalidskem zavarovanju e osnova bruto zaimčena plača, po PS 5,96 % (14,17 EUR na mesec)	35 % povprečne bruto plače in PS 5,6 % 31,81 EUR na mesec)	
	SKUPAJ	42.615.731,27

Vir: Izračuni Ministrstva za zdravje.

Ocena finančnih posledic predloga zakona za državni proračun in druga javnofinančna sredstva.

Predlagane rešitve sprememb in dopolnitev ZZVZZ imajo vpliv na državni proračun (koncept »vsako delo šteje«). Pri slednjem gre za posredni vpliv (preko zakonodaje, ki ureja dohodnino), zaradi navedenega finančne projekcije v danem trenutku ni mogoče podati.

V nadaljevanju so podane ocene finančnih vplivov za Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije:

Po sedanjí ureditvi plačujejo osebe, ki prejemajo dohodke na podlagi avtorskih in drugih pogodb civilnega prava, prispevno stopnjo v višini 0,30 % od bruto povprečne plače za poškodbe pri delu v višini 4,55 EUR na mesec. Z novelo se jim prispevna stopnja za poškodbe pri delu poveča na 0,53 %, osnova bo po novem prejemek. Ocena finančnega učinka iz tega naslova znaša 1,8 milijona evrov na letni ravni. Poleg tega se za to skupino zavezancev uvaja nova prispevna stopnja v višini delojemalske prispevne stopnje 6,36 %, ki se obračuna od prejema. Glede na podatke o prihodkih DURS iz naslova drugega pogodbenega razmerja (v njem so vključene avtorske pogodbe in druge pogodbe civilnega prava), ki so bili poslani v aprilu 2013 je bilo leta 2011 dohodkov iz tega naslova za 346 milijonov evrov. Finančni učinek uvedbe nove prispevne stopnje znaša 22 milijonov evrov na letni ravni, ki pa je zaradi učinkov ekonomske krize in predvidenega zmanjšanja obsega prihodkov te vrste znižan na 15 milijonov evrov. Na podlagi podatkov, ki smo jih prejeli iz DURS, je v letu 2011 170.223 oseb prejemalo dohodke na podlagi avtorskih pogodb in drugih pogodb civilnega prava (Naziv postavke v okviru podatkov DURS: Preostali prihodki iz drugega pogodbenega razmerja, šifra 1230). Skupni finančni učinek spremenjenih in na novo uvedenih prispevnih stopenj za avtorske in druge pogodbe civilnega prava znaša 16,8 milijonov evrov na letni ravni.

SP-ji, ki obračunavajo normirane stroške (v letu 2011 jih je po podatki DURS bilo 9.609), trenutno plačujejo prispevno stopnjo za poškodbe pri delu v višini 0,30 % bruto povprečne plače (4,55 EUR na mesec). Tudi za to skupino se prispevna stopnja za poškodbe pri delu z novelo zvišuje na 0,53 %, ki se bo obračunala od nove osnove, to je bruto povprečne plače v oktobru na mesečni ravni. Mesečno bodo namesto 4,55 za poškodbe pri delu plačevali 8 EUR. Poleg tega se za to skupino zavarovancev uvaja nova prispevna stopnja v višini 6,36 %, ki se obračuna od osnove 25 % bruto povprečne plače v oktobru na mesečni ravni. Prispevek iz nove prispevne stopnje znaša 24 evra na mesečni ravni za posamezen SP. Skupni mesečni znesek, ki ga bodo plačevali zavezanci iz te skupine znaša 32,11 evra oziroma 27,56 evra več kot doslej. Skupni finančni učinek spremenjenih in uvedenih prispevnih stopenj za SP-je, ki obračunavajo normirane stroške znaša 3,2 milijona evrov na letni ravni.

SP-ji, ki svojo dejavnost opravljajo kot osnovno dejavnost trenutno plačujejo prispevno stopnjo v višini 13,45 % od bruto osnove za pokojninsko in invalidsko zavarovanje po stopnji, določeni za zavarovance in stopnji, določeni za delodajace. Skladno s podatki ZZZS, je bilo v letu 2011 72.027 samostojnih podjetnikov, ki so svojo dejavnost opravljali kot osnovno dejavnost, njihov skupni prihodek je tega leta znašal 441 milijonov evrov. Za to skupino zavezancev prispevna stopnja ostaja nespremenjena. Z novelo se spremeni osnova, od katere se plačuje prispevek. Po novem bo osnova za obračun prispevne stopnje osnova za pokojninsko in invalidsko zavarovanje. Z novelo se določa tudi najnižji znesek oziroma spodnja meja plačila prispevne stopnje na mesec, ki jo plačujejo SP, za katere je to osnovna dejavnost. Najnižji mesečni znesek, ki ga plačajo, je po novem določen pri 60 % povprečne bruto plače v oktobru na mesečni ravni in znaša 123,07 EUR. Do sedaj je ob minimalni osnovi bil najnižji znesek 105 evra. Finančni učinek spremembe znaša 9,4 milijonov evrov na letni ravni.

Osebe, ki si same plačujejo prispevek, imajo po obstoječi zakonodaji določeno prispevno stopnjo v višini 5,96 % in osnovo bruto zaimčeno plačo (14,17 EUR na mesec). Po podatki ZZZS je bilo v letu 2012 takih zavezancev 77.540. Z novelo se jim spremeni osnova, ki bo po novem na ravni 35 % bruto povprečne plače v oktobru na mesečni ravni, prispevna stopnja zanje ostaja nespremenjena. Mesečni znesek, ki ga bo ta skupina zavezancev plačevala po novem bo znašal 31,81 EUR, kar je 17,64 evra več

kot doslej. Finančni učinek spremembe znaša 16,4 milijonov evrov na leto, vendar je zaradi ocene, da je med zavezanci približno 20 % neplačnikov, ocena znižana 13,1 miliona evrov na leto.

Ministrstvo za zdravje je pripravilo finančne učinke na podlagi podatkov DURS-a in Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Ministrstvo za zdravje finančnih učinkov na državni proračun in druga javnofinančna sredstva, razen sredstva Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije in odhodkov občin, ni moglo pripraviti v celoti, saj ne razpolaga z podatki, ki so podlaga za izračun takih finančnih posledic.

Zaradi spremenjene prispevne osnove za obračunavanje prispevkov za vojaške obveznike (19. in 19.a točka prvega odstavka 15. člena ZZVZZ), in sicer iz dosedanjega dvakratnika bruto zjamčene plače na bruto osnovo za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, se povečajo odhodki za državni proračun za 12.596,82 EUR na letni ravni. V tej kategoriji zavarovancev je po podatkih, ki jih je Ministrstvo za zdravje prejelo s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije trenutno 57 oseb.

b) Finančni učinek implementacije določb Direktive:

Na podlagi statističnega pregleda čakalnih dob in števila čakajočih, ki ga vodi Nacionalni inštitut za javno zdravje ocenjujemo, da bo zaradi prenosa Direktive, 2.500 zavarovancev v letu 2014 zahtevalo povračilo stroškov za uveljavljanje načrtovanih zdravstvenih storitev v tujini, s skladu s 44.c členom ZZVZZ. Za predvideno projekcijo odliva zavarovanih oseb v druge države članice EU ni mogoče posredovati finančne ocene, saj je razkorak med mogočimi zdravstvenimi storitvami, ki jih bodo zavarovane osebe lahko koristile v drugih državah članicah EU, prevelik.

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 v že sprejetem državnem proračunu ne bo imel finančnih posledic.

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

a) Prikaz ureditve v drugih pravnih sistemih

V zvezi s prikazom ureditve sistema zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja ugotavljamo, da v državah članicah Evropske skupnosti, ni sistema, ki bi ga lahko primerjali z sistemom, ki je v veljavi v naši državi, saj je ureditev socialnih zavarovanj, med katere sodi tudi zdravstveno zavarovanje, prepuščeno posameznim nacionalnim ureditvam.

Francija

Obvezno zdravstveno zavarovanje v Franciji pokriva skoraj 99,9% prebivalstva, pri čemer se iz prispevkov krije približno tri četrtine stroškov za zdravstvo (po podatkih iz leta 2010). Do leta 1991 je bilo njihovo obvezno zdravstveno zavarovanje skoraj v celoti financirano s prispevki zaposlenih in delodajalcev, po letu 1991 pa je bil zaradi zagotavljanja vzdržnosti financiranja sistemov socialne varnosti, predvsem sistema zdravstvenega zavarovanja, uveden "splošni socialni prispevek", katerega osnova so vsi dohodki. Z uvedbo tega splošnega socialnega prispevka so se razširile podlage za financiranje sistema socialne varnosti, ki sledijo ciljem povečanja konkurenčnosti, saj se stroški dela zaradi tega ne povečujejo, prav tako pa je breme prispevanja za socialno in zdravstveno zavarovanje, ki zagotavlja zdravstvene storitve prebivalstvu, bolj pravično razporejeno.

Sredstva se zbirajo iz naslednji virov: splošni socialni prispevek, prispevek za povračilo dolga za socialne zadeve, socialni davek, dodatni prispevek in prispevek za določene skupine (aktivna podpora

starejšim ipd.). Med viri prihodkov sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja so tudi posebni davek, ki ga plačuje farmacevtska industrija (davek na prihodek od prodaje 1%, davek na oglaševanje, od prodaje zdravil na drobno...), posebni davki (npr. na tobak, avtomobile...). Slednji so eden od dodatnih virov financiranja zdravstvenega zavarovanja tudi v Belgiji. Po podatkih za leto 2011⁵ je splošni socialni prispevek na področju zdravstvenega zavarovanja (Nacionalna blagajna zdravstvenega zavarovanja - CNAM) predstavljal 35,6% vseh sredstev.

Zavezanci za plačilo so vse osebe, ki prebivajo v Franciji in so vključene v obvezno zdravstveno zavarovanje. Plačuje se od:

- dohodkov iz dela oz. opravljanja dejavnosti (plače),
- prejemkov, kot so pokojnine, denarni prejemki za brezposelnost (izvzeti so določeni socialni transferji in nizki prejemki),
- dohodkov od iger na srečo,
- dohodkov od premoženja oz. kapitala (tudi v primeru, če osebe niso dolžne plačevati davka na dohodek), in sicer od dohodka od premoženja: od zemljišč, od doživljenjskih rent, od delnice, zakladne obveznice, deleži, dividende ipd., dobičkov od prenosa kapitala,
- dohodka od naložb, dobičkov od nepremičnin, od dohodkov iz naslova prihrankov (od obresti, premij, naložb v obveznice, kapitalska življenjska zavarovanja, prihodka od oziroma izplačil iz določenih pokojninskih varčevalnih shem ...)

Plačuje se tudi od plač tujcev in dohodka tujih podjetij, s sedežem v Franciji, čeprav plačujejo davke zunaj Francije.

Tabela: Pregled stopenj po posameznih "socialnih davkih" 2013⁶:

	Plače/dohodki iz dela	Pokojnine/drugi denarni prejemki	Premoženje/naložbe/kapital/
Splošni socialni prispevek	7,5%	6,6%	8,2%
Prispevek za povračilo socialnega dolga	0,5	0,5	0,5%
Socialni "davek"	0		4,5%
Dodatni prispevek)	0%	0%	0,3%
Prispevek RSA	0%	0%	2%
Skupaj	8%	7,1%	5,5%

Belgija

V Belgiji so obvezno zavarovani vsi zaposleni, upokojenci, vdove in vdovci, osebe brez premoženja, nezaposlene osebe, osebe s posebnimi potrebami, študentje in posamezne ožje skupine prebivalstva. V obvezno zavarovanje je vključeno praktično celotno prebivalstvo, zavarovanci pa imajo možnost izbire med bolniškimi blagajnami. Uveljavljanje pravic je povezano s plačilom določenega minimalnega prispevka v preteklem letu, zaposleni pa morajo izkazati, da so v zadnjih šestih mesecih delali vsaj 120 dni. Poznajo tudi doplačila k cenam zdravstvenih storitev, ter doplačila za bolnišnično zdravljenje, ki se obračunava od bolnišnično oskrbnega dne.

Avstrija

Osnovni nosilci zdravstvenega zavarovanja v Avstriji so območne bolniške blagajne, ki pokrivajo območja posameznih dežel, deset obratnih bolniških blagajn, ena zvezna bolniška blagajna za rudarje, za samostojne podjetnike, obrtnike oziroma samozaposlene, za kmete in javne uslužbence. Za uresničevanje pravic, ki jih omogočajo bolniške blagajne so delodajalci dolžni plačati polovico prispevka, drugo polovico pa plačajo zavarovanci. Vsaka bolniška blagajna ima svojo prispevno stopnjo, med

⁵ Commission des Comptes de la securite sociale

⁶ Povzeto po Direction de l'information legale et administrative (Premier ministre)- 29.03.2013

katerimi so precejšne razlike.

Prispevki se plačujejo od osnove, ki jo predstavljajo dohodki (plača, drugi prejemki in dohodki) zavarovanca, pri čemer je za to osnovo postavljena zgornja meja. Prispevki se plačujejo bolniškim blagajnam, pri katerim so zavarovanci zavarovani, kar pomeni, da velja sedežni princip zavarovanja in plačevanja prispevkov. Najnižje prispevne stopnje plačujejo kmetje, uradniki in javni uslužbenci, najvišje pa obrtniki in samozaposleni zavarovanci.

Drugi vir za financiranje zdravstvenih storitev so participacije zavarovancev in njihovih družinskih članov, ki so uvedene za zdravila, predpisana na recept, za zobozdravstvene storitve, zdraviliško zdravljenje in za hotelski del oskrbnega dne v bolnišnici ter za tehnične pripomočke.

b) Prikaz ureditve v pravnem redu EU

Evropska komisija (v nadaljnjem besedilu: Komisija) je 2. 7. 2008 v okviru prenovljene socialne agende sprejela predlog direktive za lažje uveljavljanje pravic evropskih pacientov v zvezi s čezmejnem zdravstvenim varstvom ter sporočilo o izboljšanju sodelovanja med državami članicami na tem področju. V preteklosti je bilo sprejetih že precej sodb Evropskega sodišča, ki potrjujejo, da imajo posamezni pacienti v skladu s PDEU pravico do zdravstvenega varstva v drugih državah članicah in do povračila stroškov zanj, a kljub temu ni bilo jasno, kako bi uporabo načel te sodne prakse posplošili. Cilj tega predloga Komisije je torej bil zagotoviti pravno varnost v zvezi s tem vprašanjem.

Direktiva je bila sprejeta 28. 2. 2011. Države članice so jo dolžne prenesti v svojo notranjo zakonodajo oziroma z njo uskladiti svoje zakone in druge predpise najpozneje do 25. 10. 2013. Direktiva pojasnjuje dostop do zdravstvenega varstva v drugi državi EU, vključno s povračilom stroškov čezmejnega zdravstvenega varstva. Z njo se bodo znotraj EU bolj enotno uredile pravice pacientov pri dostopu do zdravstvene oskrbe izven države članice zavarovanja, hkrati pa se bo državam članicam omogočilo, da sprejmejo tiste ukrepe, ki so nujni za zagotavljanje varnega, visokokakovostnega, učinkovitega, dostopnega in finančno stabilnega sistema zdravstvenega varstva. Direktiva pomembno krepi tudi evropsko sodelovanje na področju zdravstvenega varstva.

Direktiva ne vpliva na storitve, ki so državljanom že na voljo preko uredb o socialni varnosti, in sicer: Uredbe (ES) št. 883/2004 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 29. aprila 2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti 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. Obstoječa pravila se osredotočajo na usklajevanje sistemov socialne varnosti, ki je v EU v rabi že od leta 1971, a je še vedno treba pojasnjevati pravice državljanov EU, ki naj bi bili deležni zdravstvene oskrbe v drugi državi članici, zato naj bi pri oblikovanju določb te direktive izhajali tudi sodne prakse Sodišča, kot je omenjeno zgoraj.

Predlog zakona v celoti prenaša določbe Direktive 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu, ki je bila sprejeta 28. 2. 2011.

6. DRUGE POSLEDICE, KI JIH BO IMEL SPREJEM ZAKONA

6.1 Administrativne in druge posledice

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

Zaradi sprejema zakona in določb Direktive 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu, ki je bila sprejeta 28. 2. 2011 bo Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije poleg že obstoječih upravnih postopkov, ki se nanašajo na možnosti zdravljenja v tujini, pričel z vodenjem in odločanjem tudi v upravnih postopkih, ki bodo pričeti zaradi uveljavljanja pravice pacienta do zdravljenja v skladu z omenjeno direktivo.

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

Zakon ne bo imel posledic pri obveznostih strank do javne uprave ali pravosodnih organov.

6.2 Presoja posledic na okolje, ki vključuje tudi prostorske in varstvene vidike

Zakon ne bo imel posledic na okolje.

6.3 Presoja posledic na gospodarstvo

Zakon bo imel posledice na gospodarstvo, in sicer v delu, kjer se spreminjajo prispevne stopnje za samostojne podjetnike. Tako samostojni podjetniki, ki opravljajo dejavnost kot postranski poklic, kot tisti samostojni podjetniki, ki samostojno opravljajo dejavnost, bodo plačevali nekoliko višje prispevke za zdravstveno varstvo.

V zvezi z rešitvami, ki se nanašajo na samostojne podjetnike, ugotavljamo, da se bo poslabšal njihov dohodkovni položaj, kar seveda neposredno pomeni, da imajo tako predlagane rešitve vpliv na gospodarstvo.

6.4 Presoja posledic na socialnem področju

Zakon bo imel določene posledice na zavarovance, ki bodo po novem plačevali prispevek z višjo prispevno stopnjo za zavarovanje za poškodbo pri delu in poklicno bolezen, kot tudi pri zavarovancih, ki se jim bo po novem uvedel prispevek po principu vsak dohodek šteje. Upoštevajoč navedene spremembe se bo razpoložljivi dohodek teh zavarovancev za potrošnjo nekoliko zmanjšal. Ne pričakujemo pa bistvenega vpliva na socialni položaj teh zavarovancev.

6.5 Presoja posledic na dokumente razvojnega načrtovanja

Zakon ne bo imel posledic na dokumente razvojnega načrtovanja.

6.6 Izvajanje sprejetega predpisa

Sprejeti zakon bo predstavljen na spletni strani Ministrstva za zdravje, ki bo v okviru svojih pristojnosti tudi spremljal izvajanje sprejetega predpisa.

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

/

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 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 zdravstveno zavarovanje;«.

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 vštevajo 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, 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 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 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 sprejemljiva, pri čemer se upoštevajo tudi morebitne prednosti, ki bi jih zdravstvena storitev, ki je predmet predhodne odobritve, za zavarovano osebo imela,
- bo širša javnost zaradi zdravstvene storitve, ki je predmet predhodne odobritve, z zadostno gotovostjo izpostavljena varnostnemu tveganju ali bo storitev zagotovil izvajalec zdravstvene dejavnosti, glede katerega obstajajo resni in konkretni pomisleki v zvezi s spoštovanjem standardov in smernic glede kakovosti, varnosti in nadzora nad izvajanjem zdravstvenih storitev.

Ministrstvo, pristojno za zdravje, seznani javnost o nastopu okoliščin za zavrnitev predhodne odobritve iz tretje alinee prejšnjega odstavka na svojih spletnih straneh.

Stroški zdravstvenih storitev iz prvega odstavka tega člena se zavarovani osebi povrnejo v višini dejanskih stroškov zdravstvenih storitev, vendar ne več kot v višini, do katere je zavarovana oseba upravičena v breme obveznega zavarovanja v Republiki Sloveniji.

Seznam zdravstvenih storitev iz druge alinee 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 alinee prejšnjega odstavka ne velja, če je zavarovani osebi že bila izdana odločba Zavoda o predhodni odobritvi iz četrte alinee 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 alineo 1. točke 11. člena Zakona o prispevkih za socialno varnost (Uradni list RS, št. 5/96, 18/96 – ZDavP, 34/96, 87/97, 3/98, 7/98 - odl.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 35 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 zagotavljeni 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 alinejo 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 alinejo 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. novembra 2013 prenehajo veljati 3. člen, drugi odstavek 4. člena in prvi in drugi odstavek 6. člena v delu, ki 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, preživitinski in invalidski sklad Republike Slovenije.

18. člen

Rezerve iz polovice pozitivnega izida dopolnilnih zavarovanj, ki so jih zavarovalnice na podlagi 4. točke drugega odstavka 62. člena zakona oblikovale iz polovice pozitivnega izida iz dopolnilnega zavarovanja in so jih 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) izkazovale kot posebno postavko »Rezerv iz dobička«, se prenesejo na »Kapitalske rezerve«.

19. člen

Do ustrezne ureditve v zakonu, ki ureja davčni postopek, prispevek za obvezno zdravstveno zavarovanje od osnov, določenih v 55.a členu zakona, če način izračuna ni določen z zakonom, ki ureja davčni postopek, ugotovi davčni organ z odločbo, s katero izračuna akontacijo dohodnine od dohodkov, od katerih se plačuje prispevek za obvezno zdravstveno zavarovanje v skladu s 55.a členom 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 55.a členom 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 za obvezno zdravstveno zavarovanje v skladu s 55.a členom zakona, ne odmeri, prispevek za obvezno zdravstveno zavarovanje od osnov, določenih v 55.a členu zakona, ugotovi davčni organ z odločbo enkrat letno za koledarsko leto, s katero izračuna prispevek za obvezno zdravstveno zavarovanje, 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 do 25. oktobra 2013.

21. člen

Zavezanci iz petega odstavka 77.b člena zakona posredujejo Zavodu informacije iz prvega odstavka 77.b člena zakona do 25. oktobra 2013.

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 ali se bodo začeli pred 25. oktobrom 2013, 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 sprememba 17., 50., 51., 54. in 55. člena, 55.a člen in sprememba 57. člena zakona začnejo uporabljati 1. februarja 2014 oziroma za obračunsko obdobje po 1. februarju 2014.

III. OBRAZLOŽITEV

K 1. členu:

S tem členom se v slovenski pravni red prenaša Direktiva 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu, ki je bila sprejeta 28. 2. 2011 (v nadaljnjem besedilu: Direktiva). Države članice so jo dolžne prenesti v svojo notranjo zakonodajo oziroma z njo uskladiti svoje zakone in druge predpise najpozneje do 25. oktobra 2013.

K 2. členu:

S tem členom se spreminja kategorija zavezancev iz 6. in 21. točke prvega odstavka 15. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 - uradno prečiščeno besedilo, 114/06 - ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 - ZUPJS, 87/11, 40/12 - ZUJF in 21/13 - ZUTD-A; v nadaljnjem besedilu: ZZVZZ). Na podlagi 6. točke prvega odstavka 15. člena ZZVZZ so zavarovanci lastniki zasebnih podjetij in zavodov, če niso obvezno zavarovani na drugi podlagi.

Od uveljavitve ZZVZZ do 14. februarja 2009, ko je začela veljati sprememba 6. točke 9. člena Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 30/03 - prečiščeno besedilo, 35/03 - popr., 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 - popr., 64/07, 33/08, 7/09, 88/09, 30/11, 49/12 in 106/12; v nadaljnjem besedilu: Pravila OZZ), s katero se je spremenil datum začetka pridobitve lastnosti zavarovanca, so se po navedeni določbi ZZVZZ obvezno zavarovali družbeniki zasebnih družb in zavodov, ki so bili hkrati poslovodne osebe, in so hkrati izpolnjevali pogoje za pokojninsko in invalidsko zavarovanje. Obvezno zdravstveno zavarovanje po 6. točki prvega odstavka 15. člena ZZVZZ je temeljilo na predpostavki zavarovanja iz naslova dela (poslovođenja) in ne lastništva - kapitala.

S 1. januarjem 2008 je prej veljavni Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (v nadaljnjem besedilu: ZPIZ-1) določil, da se kot dodatni pogoj za ureditev zavarovanja družbenikov, ki so poslovodne osebe, presoja glede na to, ali se oseba šola. Če se je poslovodna oseba šolala obveznost pokojninskega in invalidskega zavarovanja ni nastopila, ne glede na njeno starost. To je pomenilo, da so se družbeniki, ki so bili poslovodne osebe, in so se šolali odjavljali tudi iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, ter se obvezno zavarovali kot zavarovanci po 20. ali 21. točki prvega odstavka 15. člena ZZVZZ ali kot družinski član po 20. členu ZZVZZ.

Takšna posledica je bila v letu 2008 ocenjena kot nesprejemljiva za sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zato je bila predlagana sprememba Pravil OZZ tako, da se samostojno opredeli pridobitev lastnosti teh zavarovancev v obveznem zdravstvenem zavarovanju. Da bi se 6. točka prvega odstavka 15. člena ZZVZZ lahko izvajala neodvisno od pravil pokojninskega in invalidskega zavarovanja, se je v 4. točki 9. člena Pravil OZZ (2. člen Sprememb in dopolnitev Pravil OZZ, Uradni list RS, št. 7/09) določilo, da družbeniki zasebnih družb in zavodov pridobijo lastnost zavarovane osebe z dnem vpisa v predpisan register. Navedeno je pomenilo, da se morajo od 14. 2. 2009 dalje po 6. točki obvezno zdravstveno zavarovati lastniki zasebnih podjetij, če niso zavarovani iz druga naslova po 15. členu ZZVZZ. V ta namen je bila za izvajanje tega zavarovanja določena tudi posebna podlaga zavarovanja 103.

S spremembo Pravil OZZ, ki je definirala pridobitev lastnosti zavarovanca za zavarovance iz 6. točke prvega odstavka 15. člena ZZVZZ z dnem vpisa v predpisan register, se je obveznost zavarovanja po 14. 2. 2009 vezala na lastništvo (status družbenika v družbi oziroma ustanovitelja v zavodu) in ne več na delo, saj je bil pogoj za zavarovanje po navedeni določbi izpolnjen že, ko je oseba pridobila status družbenika družbe oziroma ustanovitelja zavoda. Od 14. 2. 2009 dalje so se po navedeni določbi obvezno zdravstveno zavarovali:

- družbeniki družb in ustanovitelji zavodov, ki niso bili hkrati poslovodne osebe (pravna podlaga - lastništvo) in
- družbeniki družb in ustanovitelji zavodov, ki so hkrati poslovodne osebe (pravna podlaga - delo).

Obseg pravic za zavarovance iz 6. točke prvega odstavka 15. člena ZZVZZ je od uveljavitve ZZVZZ določen pod predpostavko, da so obvezno zdravstveno zavarovani iz naslova dela, saj so zavarovani za vse pravice, torej vključno s pravico do nadomestila plače. To pomeni, da so za vse pravice, zavarovani tudi tisti zavarovanci iz 6. točke prvega odstavka 15. člena ZZVZZ, ki so le družbeniki družb oziroma

ustanovitelji zavodov, ki niso hkrati poslovodne osebe (zavarovanje iz naslova lastništva). Do pravice do nadomestila plače bi morali biti upravičeni le tisti zavarovanci, pri katerih lahko nastopi zadržanost od dela zaradi bolezni in poškodbe oziroma nege družinskega člana, in bi zaradi nastopa navedenega primera bili upravičeni do nadomestila plače.

Za družbenike, ki niso poslovodne osebe, je že od leta 2009 vprašljiva osnova za plačilo prispevkov, ki je tako za družbenike, ki se zavarujejo iz naslova lastništva kot za družbenike, ki se zavarujejo iz naslova dela (poslovođenja) enaka kot je ta določena v predpisih, ki urejajo pokojninsko in invalidsko zavarovanje (51. člen ZZVZZ). Družbeniki, ki niso poslovodne osebe, namreč ne izpolnjujejo pogojev za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, zato je v tem delu vprašljiva uporaba osnove za pokojninsko in invalidsko zavarovanje. Na navedeno opozarja tudi Davčna uprava RS.

Obveznost zdravstvenega zavarovanja pod pogojem, da zavarovanec opravlja poslovodno funkcijo kot edini ali glavni poklic je določena zaradi enake obravnave in enakih obveznosti z osebami, ki samostojno opravljajo pridobitno ali poklicno dejavnost po 5. točki prvega odstavka 15. člena ZZVZZ. Če je družbenik družbe ali ustanovitelj zavoda, ki je hkrati poslovodna oseba, v delovnem razmerju s krajšim delovnim časom, se mora za razliko polnega delovnega časa obvezno zavarovati iz naslova poslovođenja v svoji družbi oziroma zavodu.

Na podlagi veljavne 21. točke prvega odstavka 15. člena ZZVZZ se zavarovani le državljani RS s stalnim prebivališčem v RS, ki niso zavarovanci iz drugega naslova. Tujci, ki imajo v RS stalno prebivališče in izpolnjujejo pogoje za denarno socialno pomoč so zato zavarovani po 20. točki prvega odstavka 15. člena ZZVZZ. Na dan 29. 10. 2012 je bilo 2.095 tujcev, ki so bili zavarovani po 20. točki prvega odstavka 15. člena ZZVZZ in so imeli priznano pravico do kritja razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev iz državnega proračuna po 29. členu Zakona o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev (Uradni list RS, št. 62/10, 40/11, 40/12 – ZUJF, 57/12 – ZPCP-2D in 14/13; v nadaljnjem besedilu: ZUPJS). Pogoj za priznanje pravice do kritja razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev iz državnega proračuna po 29. členu ZUPJS je, da ja oseba upravičena do denarne socialne pomoči oziroma izpolnjuje pogoje zanjo. Na podlagi Zakona o socialno varstvenih prejemkih (Uradni list RS, št. 61/10, 40/11, 110/11 – ZDIU12, 40/12 – ZUJF in 14/13; v nadaljnjem besedilu: ZSVarPre) so do denarne socialne pomoči upravičeni tudi tujci, ki imajo dovoljenje za stalno prebivanje in stalno prebivališče v RS (3. člen). Z denarno socialno pomočjo se upravičencu zagotavljajo sredstva za zadovoljevanje minimalnih življenjskih potreb v višini, ki omogoča preživetje. Šteje se, da je preživetje omogočeno, če so upravičencu zagotovljeni dohodki, s katerimi razpolaga po zmanjšanju za normirane stroške oziroma dejanske stroške, priznane po zakonu, ki ureja dohodnino, ter po plačilu davkov in obveznih prispevkov za socialno varnost, v višini minimalnega dohodka, določenega z ZSVarPre (4. člen). Iz te določbe izhaja, da denarna socialna pomoč ni namenjena temu, da bi upravičenec iz nje plačeval prispevke za obvezno zdravstveno zavarovanje. Zato se s predlagano spremembo tudi tujcem omogoča, enako kot slovenskim državljanom, zavarovanje po 21. točki prvega odstavka 15. člena ZZVZZ in s tem plačilo prispevka za to zavarovanje s strani občine stalnega prebivališča.

K 3. členu:

S spremembo določbe se razširja krog oseb, ki so obvezno zdravstveno zavarovane za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni. Na podlagi veljavne 5. točke 17. člena ZZVZZ so zavarovane le osebe, ki opravljajo delo v okviru pogodbe o delu. Predlagana sprememba obveznost zavarovanja za poškodbo pri delu in poklicno bolezen širi tudi na druge osebe, ki v okviru kakšnega drugega pravnega razmerja opravljajo delo za plačilo. Hkrati pa pod to točko niso zajete osebe, ki so za poškodbo pri delu oziroma poklicno bolezen zavarovanje na podlagi 16. in 18. člena ter preostalih točk 17. člena. Opredelitev tega dela sledi ureditvi obveznega pokojninskega in invalidskega zavarovanja.

K 4. členu:

Z dopolnitvijo 31. člena ZZVZZ se določa izjema, da se osnova za obračun prispevkov iz prvega odstavka novega 55.a člena ZZVZZ ne všteva v osnovo za nadomestilo plače med začasno zadržanostjo od dela. V predlaganem novem 55.a členu zakona je določeno, da zavarovanci iz 15. člena in po njih zavarovani družinski člani iz 20. člena zakona plačujejo poseben prispevek od posameznih, taksativno naštetih dohodkov oziroma iz dejavnosti. Plačilo prispevka iz predlaganega novega 55.a člena zakona namreč ne daje zavarovancu pravice do nadomestila, saj to pravico lahko uveljavlja le iz pravnega razmerja, na podlagi katerega je vključen v obvezno zavarovanje, če obseg tega zavarovanje vključuje tudi pravico do nadomestila iz 28. člena ZZVZZ.

K 5. členu

S tem členom se v zakonu ureja pravica do zdravljenja v tujini, ki zajema tako zdravljenje v tujini, ko so v RS izčrpane možnosti zdravljenja, zdravljenje na podlagi Uredbe (ES) št. 883/2004 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 29. april 2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti (UL L 200, 7. 6. 2004, str. 1) ter zdravljenje oziroma povrnitev stroškov zdravljenja v tujini na podlagi Direktive.

44.a člen ureja pravico do zdravljenja v tujini, če so v RS izčrpane možnosti zdravljenja, z zdravljenjem v drugi državi pa se pričakuje ozdravitev, izboljšanje ali preprečitev nadaljnjega slabšanja zdravstvenega stanja. Zavarovana oseba ima na podlagi tega člena pravico do zdravljenja v kateri koli državi in ni omejena zgolj na države članice Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora in Švice. Stroški, ki se zavarovani osebi povrnejo, so dejanski stroški zdravstvenih storitev, kot so znašali stroški v državi, v kateri so bile zdravstvene storitve opravljene.

44.b člen ureja pravico do pregleda, preiskave ali zdravljenja v drugi državi članici Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora in Švice po Uredbi (ES) 883/2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti. Ta v členu 20 opredeljuje pravico in pogoje za odobritev načrtovanega zdravljenja v drugi državi, v kateri velja pravni red EU. Uredba (ES) 987/09 o določitvi podrobnih pravil za izvajanje Uredbe (ES) 883/2004, pa podrobneje opredeljuje postopke nosilcev. Pravico do zdravljenja v drugi državi, v kateri velja pravni red EU, zaradi dolgih, nerazumnih čakalnih dob, tako ZZS že sedaj zagotavlja zavarovanim osebam, in sicer neposredno na podlagi navedenih dveh uredb. Stroški, ki se zavarovani osebi povrnejo, so dejanski stroški, vendar ne več kot znašajo stroški teh storitev v javni zdravstveni mreži v državi, v kateri so bile uveljavljene.

44.c člen predstavlja implementacijo določb Direktive. Glavni cilji Direktive so opredelitev pravil o povračilu stroškov zdravstvenih storitev, ki jih je pacient koristil v drugih državah članicah (t.i. "čezmejno zdravstveno varstvo"), o pogojih, ki državam članicam omogočajo sprejem določenih omejitvenih ukrepov, ki so nujni za zagotavljanje varnega, visokokakovostnega, učinkovitega, dostopnega in finančno stabilnega sistema zdravstvenega varstva ter spodbujanje evropskega sodelovanja med državami članicami; to zadnje področje neposredno ne zahteva prenosa v zakonodajo, saj je sodelovanje možno izvesti z drugimi ukrepi.

Zavarovana oseba bo v drugi državi članici Evropske unije lahko uveljavljala zdravstvene storitve, v RS pa bo na podlagi tega imela pravico do povrnitve stroškov v višini dejanskih stroškov, vendar ne več kot znašajo stroški zdravstvenih storitev v mreži javne zdravstvene službe v RS. ZZS bo zavarovani osebi povrnil le stroške v višini kot jo krije obvezno zdravstveno zavarovanje in je določena v 23. členu ZZVZZ. Zavarovana oseba pa bo lahko razliko do polne vrednosti zdravstvene storitve uveljavljala pri zavarovalnici, s katero ima sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje.

Zavarovana oseba bo načeloma lahko upravičena do povračila stroškov za zdravstvene storitve opravljene v drugi državi članici Evropske unije le v primeru predhodno izdane napotnice izbranega osebnega zdravnika ali napotnega zdravnika, razen v primerih ko napotnica skladno s 196. členom Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 30/03, 35/03 - popr., 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 - popr., 64/07, 33/08, 7/09, 88/09, 30/11, 49/12 in 106/12; v nadaljnjem besedilu: Pravila OZZ), ki določa, da napotnica za specialistični pregled ni potrebna:

- za pregled pri okulistu zaradi ugotavljanja vida oziroma predpisovanja pripomočkov za vid;
- za pregled in zdravljenje pri specialistu – psihiatru;
- pri pregledih zaradi odkrivanja kontaktov pri tuberkulozi in spolno prenosljivih boleznih ter za kontrolne preglede po končanem zdravljenju, ki so predpisani z zakonom.

Prav tako je zavarovana oseba upravičena do povračila stroškov zdravstvenih storitev na podlagi predhodno predpisanega recepta, naročilnice, izdane odločbe zavoda in predhodne odobritve.

Zavarovani osebi se ne povrnejo stroški uveljavljanja zdravstvenih storitev v drugi državi članici Evropske unije, če gre za storitve na področju:

- zdravstvenih storitev v osnovni zdravstveni dejavnosti,
- zdravstvenih storitev na področju dolgotrajne oskrbe, predvsem neakutna bolnišnična obravnava in zdravljenje in nega v socialnovarstvenih zavodih,
- zdravstvenih storitev na področju pridobivanja in presaditve delov človeškega telesa,
- zdravstvenih storitev na področju presejalnih programov (programi zgodnjega odkrivanja raka –

DORA, ZORA, SVIT),

- sobivanja enega od staršev v zdravstvene zavodu z bolnim otrokom do starosti otroka vključno 5 let,
- medicinskih pripomočkov, ki so predmet izposoje zaradi potreb pri zdravljenju, negi in rehabilitaciji na domu in
- uveljavljanja pravice slepih oseb do šolanega psa vodiča,
- pravice do povračila potnih stroškov in spremstva.

V posebej opredeljenih primerih (bolnišnične zdravstvene storitve, ki vključujejo prenočitev, in zdravstvene storitve, ki zahtevajo uporabo visoko specializirane in drage medicinske infrastrukture ali medicinske opreme) mora zavarovana oseba pridobiti predhodno odobritev ZZZS, da ji bodo stroški izvedene zdravstvene storitve povrnjeni.

Predhodno odobritev bo lahko ZZZS zavrnil:

- če bo v konkretnem primeru z zadostno gotovostjo ugotovljeno, da bi bila zavarovana oseba pri uveljavljanju zdravstvenih storitev v drugi državi članici Evropske unije izpostavljena tveganju za varnost, ki presega sprejemljivo mero tveganja (splošno slabo zdravstveno stanje pacienta, ki bi se lahko še dodatno poslabšalo v primeru prevoza na zdravljenje v drugo državo članico Evropske unije),
- če bi bila širša javnost zaradi zdravljenja zavarovane osebe v drugi državi članici Evropske unije z zadostno gotovostjo izpostavljena varnostnemu tveganju ali obstaja resen in konkreten pomislek glede izvajalca zdravstvene dejavnosti, pri katerem želi zavarovana oseba uveljaviti zdravstveno storitev (tveganje za MRSA in antibiotično rezistenco, pojav nalezljive bolezni na posameznem območju države članice Evropske unije) in
- če bi lahko zavarovana oseba v RS prejela konkretno zdravstveno storitev znotraj ustrezne in njej v konkretnem primeru določene stopnje nujnosti (objektivni pogoj), hkrati pa glede na njeno zdravstveno stanje in na verjetni razvoj bolezni ni pričakovati da bo presežen razumen čas (subjektivni pogoj), če bo zdravstveno storitev prejela v RS.

V primeru, ko bodo v posamezni državi članici Evropske unije nastopile okoliščine, ki bi predstavljale varnostno tveganje za zavarovane osebe, ki bi želele uveljavljati zdravstvene storitve na tem območju, bo ministrstvo, pristojno za zdravje, o tovrstnih okoliščinah obvestilo splošno javnost z objavo te informacije na svojih spletnih straneh.

Pristojni minister bo izdal podzakonki akt, in sicer Odredbo, s katero bo določal zdravstvene storitve, ki spadajo pod opredelitev specializirane in drage medicinske infrastrukture ali medicinske opreme. Predvidoma bo omenjeni seznam vključeval naslednje zdravstvene storitve oziroma opremo:

- radiološko-diagnostična in radioterapevtska oprema,
- hiperbarično komoro,
- biološka zdravila ipd.

Nov 44.d določa nediskriminatorno obravnavo zavarovane osebe, ki je bila predhodno zdravljena v državi članici Evropske unije, po njeni vrnitvi pa potrebuje nadaljnje zdravljenje.

Nov 44.e določa možnost ministra za zdravje, da v primeru prevelikega odhoda zavarovanih oseb v druge države članice Evropske unije ali prihoda tujih pacientov v javno zdravstveno mrežo v RS, in hkrati to pomeni grožnjo za finančno vzdržnost zdravstvenega sistema v RS in nezmožnost zagotavljanja zadostnega in stalnega dostopa do zdravstvenega varstva v RS, lahko tem osebam omeji dostop do zdravstvenih storitev oziroma omeji povračilo stroškov zdravstvenih storitev, uveljavljenih v drugi državi članici Evropske unije.

K 6. členu:

S spremembo 50. člena ZZVZZ se spreminja osnova za plačilo prispevka za kategorijo zavarovancev, ki so v delovnem razmerju v RS, ali so v delovnem razmerju v RS, pa so poslani na delo ali na strokovno izpopolnjevanje v tujino, če niso obvezno zdravstveno zavarovane v državi, v katero so bile poslani, ali so osebe, ki so zaposlene pri tujih in mednarodnih organizacijah in ustanovah, tujih konzularnih in diplomatskih predstavništvih s sedežem v RS, če ni z mednarodno pogodbo drugače določeno.

Od 1. 1. 2013 dalje je osnova za plačilo prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje enaka osnovi za plačilo prispevkov za obvezno pokojninsko in invalidsko zavarovanje, ki je določena v 144. členu

Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (Uradni list RS, št. 96/12 in 39/13; v nadaljnjem besedilu: ZPIZ-2), s tem se prevzema tudi ureditev najnižje osnove za plačilo prispevkov. V prehodnih določbah ZPIZ-2 je v šestem odstavku 429. člena določeno, da se ne glede na določbe 3. in 6. člena ZPSV in določbe ZZVZZ (trenutno veljavni 50. člen ZZVZZ), tudi obvezni prispevki za zdravstveno zavarovanje, do ustrezne ureditve v zakonu, ki ureja zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje, plačujejo od osnove, določene v 144. členu tega zakona, pri čemer se ne uporablja četrti odstavek 144. člena tega zakona.

Z navedenim predlogom se ureja osnova za plačilo prispevkov za osebe v delovnem razmerju tako, da je osnova za plačilo prispevkov enaka osnovi za pokojninsko in invalidsko zavarovanje. Hkrati se določa tudi najnižja osnova za obračun prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje. Enaka ureditev je določena za zavarovanje za primer brezposelnosti (135. člen Zakona o urejanju trga dela) in za zavarovanje za starševsko varstvo (9. člen Zakona o starševskem varstvu in družinskih prejemkih).

S predlogom novega drugega odstavka 50. člena ZZVZZ se na novo določa tudi, da v primeru, ko je izplačana plača in nadomestilo plače nižje od najnižje osnove in je treba prispevke plačati od najnižje osnove, je delodajalec zavezan tudi za plačilo prispevka zavarovanca – za del prispevka, ki odpade na razliko med zneskom najnižje osnove in zneskom dejansko izplačane plače ali nadomestila plače delavca.

K 7. členu:

S spremembo 51. člena ZZVZZ se povišuje minimalni mesečni znesek plačevanja prispevkov, in sicer iz sedanjih 105 evrov na 123 evre za zavezance iz 5. točke prvega odstavka 15. člena (fizične osebe, ki samostojno opravljajo gospodarsko ali poklicno dejavnost kot edini ali glavni poklic). Prispevna stopnja za omenjeno kategorijo ostaja nespremenjena (13,45 %), minimalna osnova pa se od minimalne plače zvišuje na 60% zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v RS, preračunane na mesec.

K 8. členu:

S spremembo 54. člena ZZVZZ se ureja osnove za plačilo prispevkov za zavarovance iz 19., 19.a in 20. točke prvega odstavka 15. člena ZZVZZ, in sicer ločeno, v prvem (19. in 19.a točka) in drugem odstavku (20. točka). Osnova za zavarovance iz 19. točke prvega odstavka 15. člena ZZVZZ (vojaški obvezniki s stalnim prebivališčem v RS, ki so v civilni službi kot nadomestilu vojaškega roka) ostaja enaka (bruto osnova za pokojninsko in invalidsko zavarovanje), hkrati pa se zaradi ukinitve zajamčene plače za kategorijo zavarovancev iz 19.a točke prvega odstavka 15. člena ZZVZZ (vojaški obvezniki s stalnim prebivališčem v RS med služenjem vojaškega roka oziroma med usposabljanjem za rezervo sestavo policije) določi ista osnova.

Znotraj kategorije zavarovancev iz 20. točke prvega odstavka 15. člena ZZVZZ se odpravlja razlika v osnovi in s tem posledično v višini prispevka zaradi vključitve ali ne vključitve v pokojninsko in invalidsko zavarovanje. Uvaja se enotna osnova, ki je 35 % zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v RS, preračunane na mesec.

Zaradi drugače določene osnove za plačilo prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje za zavarovance iz 20. točke prvega odstavka 15. člena ZZVZZ se najnižji mesečni prispevek poveča iz 14,17 eura na 31,81 eura.

K 9. členu:

S spremembo 55. člena ZZVZZ se predvideva zvišanje prispevne stopnje za poškodbo pri delu in poklicno bolezen za dve kategoriji, in sicer za osebe, ki opravljajo delo na podlagi kakšnega drugega pravnega razmerja (npr. podjemna, avtorska pogodba, nagrade, sejnine) in osebe, ki opravljajo dejavnost kot postranski poklic. Za obe kategoriji zavarovancev se prispevna stopnja zviša iz 0,30 % na 0,53 % in se na ta način izenači s prispevno stopnjo za poškodbo pri delu in poklicno bolezen za večino primerljivih kategorij zavarovancev.

S spremembo četrtega odstavka 55. člena ZZVZZ se določi obveza za plačilo prispevka za primer bolezni in poškodbe izven dela (5,96 %) ter za poškodbo pri delu in poklicno bolezen (0,18 %).

K 10. členu:

Z dodano novo določbo 55.a člena ZZVZZ se v obstoječi sistem zdravstvenega zavarovanja uvaja prispevek po enotni prispevni stopnji 6,36 % tudi za aktivne dohodke, ki jih posamezne kategorije zavarovancev prejema poleg dohodkov, ki jih prejema iz drugih razmerij, v okviru katerih so sicer primarno vključeni v obvezno zdravstveno zavarovanje. S predlaganim prispevkom se tako po načelu "vsak prihodek šteje" in upoštevajoč posameznikovo ekonomsko moč plačuje prispevek tudi od dohodkov iz drugega pravnega razmerja (z izjemo študentskega dela), iz naslova dejavnosti, ki se opravlja kot postranski poklic.

Zaradi uvedbe zgoraj navedenega prispevka je bilo potrebno določiti osnovo, od katere se prispevek plačuje. Osnova za prispevek od dohodkov iz drugega pravnega razmerja je vsak posamezni prejeti dohodek. Osnova za prispevek iz naslova dejavnosti, ki se opravlja kot postranski poklic, pa je 25 odstotkov povprečne bruto plače v RS za mesec oktober predhodnega koledarskega leta.

K 11. členu:

S spremembo 57. člena ZZVZZ se spreminja osnova za plačilo prispevka za poškodbo pri delu in poklicno bolezen za osebe, ki opravljajo delo za plačilo na podlagi drugega pravnega razmerja. Osnova je vsako posamezno plačilo za opravljeno delo oziroma storitev, prejeta na podlagi drugega pravnega razmerja.

K 12. členu:

Zaradi aktualnega postopka (uradni opomin Evropske komisije) zoper RS, v katerem se RS očita kršitev primarne zakonodaje Evropske unije, in sicer 63. člena Pogodbe o delovanju Evropske unije (prepoved omejevanja prostega pretoka kapitala). Ker je RS v odgovoru na uradni opomin Evropski komisiji zagotovila, da bo že z naslednjo spremembo ZZVZZ ustrezno sanirala kršitev (črta ustrezno 4. točko drugega odstavka 62. člena ZZVZZ), je bilo tozadevno določbo treba umestiti v spremembe in dopolnitve ZZVZZ.

ZZVZZ v 4. točki drugega odstavka 62. člena določa obveznost zavarovalnic, da polovico dobička iz dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu: DZZ) namenijo za izvajanje in razvoj tega zavarovanja, kar po mnenju Evropske komisije pomeni kršitev 63. člena Pogodbe o delovanju Evropske unije. 63. člen Pogodbe o delovanju Evropske unije določa, da so prepovedane vse omejitve kapitala med državami članicami ter med državami članicami in tretjimi državami. Evropska komisija RS očita, da obveznost, da je treba polovico ustvarjenih dobičkov nameniti za izvajanje in razvoj DZZ:

- odvrta morebitne naložbe v zavarovalnice, ki nudijo DZZ, in zato omejujejo prosti pretok kapitala;
- omejuje pravice zdravstvenih zavarovalnic do izbire narave in obsega njihovih naložb;
- polovice ustvarjenih dobičkov iz DZZ ni mogoče vložiti v drugih državah članicah, ampak morajo ti dobički ostati v RS;
- lahko ovira nakup deležev v zadevnih podjetjih in odvrne vlagatelje v drugih državah članicah.

K 13. členu:

Z novim 77.b členom se določajo nove naloge ZZS, ki sedaj vključujejo tudi naloge nacionalne kontaktne točke za čezmejno zdravstveno varstvo (v nadaljnjem besedilu: NKT). Vsaka država članica mora v okviru delovanja zagotavljati pacientom informacije 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 RS izpolnjevati in kateri izvajalci zdravstvene dejavnosti v RS jih izpolnjujejo, o nadzoru in oceni izvajalcev zdravstvene dejavnosti, o dostopnosti bolnišnic za invalidne osebe, o pravicah pacientov in o pritožbenih postopkih v primeru kršitev pravic pacientov v skladu z zakonom, ki ureja pacientove pravice, o pravnih sredstvih za ugotavljanje kazenske in odškodninske odgovornosti in kontaktnih podatkih NKT drugih držav članic Evropske unije.

Prav tako NKT zagotavlja informacije o obsegu povračila stroškov zdravljenja v tujini in pravicah in postopku uveljavljanja pravic do zdravljenja v tujini, ki zavarovanim osebam pripadajo na podlagi Uredbe in Direktive ter v primerih, ko so v RS izčrpane možnosti zdravljenja in je utemeljeno pričakovati ozdravitev ali izboljšanje ali preprečitev nadaljnjega slabšanja zdravstvenega stanja.

Poleg zgoraj navede obveznosti NKT, ima slednja še naloge, povezane s posvetovanjem z organizacijami pacientov, izvajalci in nosilci zdravstvenega zavarovanja, sodelovanjem z NKT drugih držav članic ter Evropsko komisijo, zagotavljanje kontaktnih podatkov pacientom o NKT drugih držav članic in izmenjavo informacij med NKT drugih držav članic.

Ker ZZZS ne razpolaga z določenimi informacijami, ki mora NKT zagotavljati, predlog petega odstavka tega člena opredeljuje obveznost zavezancev, ki tozadevne informacije obdelujejo, da ZZZS posredujejo omenjene informacije. Zavezanci, ki morajo ZZZS posredovati te informacije sta Ministrstvo za zdravje in Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Ministrstvo za zdravje ZZZS posreduje podatke:

- o izvajalcih, ki opravljajo zdravstvene preglede kandidatov za voznike in voznike motornih vozil ter seznam referenčnih ambulant,
- dovoljenjih za opravljanje zdravstvene dejavnosti,
- o pravicah pacientov in postopkih njihovega uveljavljanja na podlagi Zakona o pacientovih pravicah,
- o standardih in smernicah glede kakovosti in varnosti ter podatke o tem, kateri izvajalci zdravstvene dejavnosti imajo akreditacijo.

Nacionalni inštitut za javno zdravje ZZZS posreduje informacije o vseh izvajalcih, ki so opisani v bazo podatkov izvajalcev zdravstvene dejavnosti.

Z novim 77.c členom se določajo obveznosti izvajalcev zdravstvene dejavnosti, ki morajo pacientom tako kot NKT zagotavljati posamezne informacije o zdravstvenih storitvah, ki jih opravljajo, čakalnih dobah za te storitve, kakovosti in varnosti zdravstvene dejavnosti, cenikih zdravstvenih storitev, pravici do predložitve računa, obsegu povračila stroškov zdravstvenih storitev opravljenih v tujini po Uredbi in Direktivi, pravicah in postopku uveljavljanja zdravljenja v tujini po Uredbi in Direktivi, o zavarovanju poklicne odgovornosti in dovoljenju za opravljanje zdravstvene dejavnosti. V skladu z omenjenim členom morajo izvajalci zdravstvene dejavnosti ministrstvu, pristojnemu za zdravje, enkrat letno sporočiti podatke o uveljavljanju zdravstvenih storitev na podlagi Direktive tujih pacientov v Republiki Sloveniji, saj morajo države članice Evropske unije Evropski komisiji nuditi vse razpoložljive informacije za pripravo poročila o pretokih pacientov, finančnih vidikih mobilnosti pacientov ipd.

K 14. členu:

Z dopolnitvijo 79.b člena ZZVZZ se v evidenco o zavarovanih osebah spremenita devetnajsta in dvajseta alineja. ZZZS namreč na podlagi veljavnega ZZVZZ nima pravne podlage, da bi v evidenci o zavarovanih osebah zbiral tudi podatek o tem, ali in kateri medicinski pripomočki so bili zavarovani osebi s strani pooblaščenega zdravnika že predpisani, pa jih zavarovana oseba še ni prejela. Podatek o predpisanih, vendar ne izdanih oziroma ne prejetih medicinskih pripomočkih ZZZS potrebuje, saj zdravnik ob njihovem predpisu določi razlog obravnave in način doplačila, ki sta kasneje osnova za obračun.

ZZZS na podlagi veljavnega ZZVZZ prav tako nima pravne podlage, da bi v evidenci o zavarovanih osebah zbiral podatek o predpisanih zdravilih na recept. Pravico ima le do vodenja podatkov o izdanih zdravilih na recept. Za potrebe nadzora predpisovanja in izdajanja oziroma obračunavanja izdanih zdravil na recept lahko ZZZS zahteva le vpogled v predpisane recepte, hranjene v lekarnah. Zaradi bližajoče se uvedbe elektronskega recepta, lahko pričakujemo, da bo z njegovo uvedbo večina receptov predpisanih le še ne elektronski način, brez papirne kopije. Fizičnih receptov tako ne bo več oziroma bo njihovo število bistveno manjše, elektronski recepti pa se bodo shranjevali v elektronskem skladišču na enotni lokaciji za vso državo. Brez jasne zakonske podlage bo ZZZS izgubil možnost vpogleda vanje. Možnost vpogleda v predpisane recepte je potrebna zaradi nadzorov in analiz. Predpisovanje in izdajanje zdravil je mogoče nadzirati le z možnostjo vpogleda v predpisane recepte. V nasprotnem primeru ni mogoče preveriti, če je zdravnik predpisal, farmacevt pa izdal in obračunal zdravilo v skladu z zakonodajo in s splošnimi akti ZZZS (npr. zdravnik je predpisal zdravilo in poleg dopisal "ne zamenjaj!"). Brez vpogleda v ta predpis nikakor ni mogoče ugotoviti, če je farmacevt zdravilo pravilno izdal in obračunal). Poleg tega je možnost sistemskih analiz na vseh receptih nujna za podporo pri odločanju o nadzorih. Pomembni so vsi podatki na receptu, od podatkov o predpisovalcu, zavarovani osebi, razlogu obravnave in načinu doplačila, ter strokovni podatki, kot so jakost zdravila in odmerjanje. Podatki o uporabi pravila "ne zamenjaj!" lahko temeljijo le na analizi predpisanih receptov. V Predlogu sprememb in dopolnitev Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki je v postopku sprejema podzakonskih aktov, je uvedeno tudi pravilo dopisa "nujno zdravljenje" za primere, ko je treba zdravilo obračunati v celoti v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja v okviru nujnega zdravljenja (103. člen Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja). Ta podatek bo prav tako zelo pomemben za področje nadzora. Poleg tega vsi pacienti ne dvignejo zdravil na vse predpisane recepte – to se imenuje primarna neadherenca. Meriti jo je mogoče le s podatkom o predpisanih zdravilih v primerjavi z izdanimi zdravili.

ZZZS bi tako z nemožnostjo vpogleda v predpisane recepte izgubil pomembne podatke, potrebne za opravljanje njegovih osnovnih nalog.

Prav tako se v evidenco o zavarovanih osebah dodata dve novi vrsti podatkov, in sicer podatek o zdravstvenem stanju, ki vključuje tudi podatek o diagnozi, in podatek o začasni zadržanosti od dela.

Z namenom izvrševanja javne službe in javnih pooblastil, ki jih ZZZS izvaja v sistemu zdravstvenega varstva na podlagi ZZVZZ, se v ZZVZZ določi jasna pravna podlaga, na podlagi katere bo ZZZS upravičen tudi do pridobivanja in obdelave podatkov o zdravstvenem stanju zavarovanih oseb, vključno s podatkom o diagnozi. ZZZS rabi navedene podatke za izvajanje nadzora, ki ga opravlja na podlagi ZZVZZ, v okviru katerega izvaja tudi nadzor nad pravilnostjo evidentiranja in obračunavanja zdravstvenih storitev, vključno z nadzorom nad izdajanjem in zaračunavanjem zdravil in medicinskih pripomočkov.

ZZZS ima za nadzor nad pravilnostjo evidentiranja in obračunavanja zdravstvenih storitev vzpostavljene računalniške kontrole, poleg tega pri posameznih izvajalcih zdravstvenih storitev izvaja ciljne nadzore. Tako računalniški nadzor kot izbor ciljanih nadzorov bi bil boljši, če bi ZZZS razpolagal tudi s podatkom o zdravstvenem stanju zavarovanih oseb, vključno z diagnozo. Ta podatek je namreč odločilen za pravilno razvrstitev posamezne bolnišnične obravnave v sistemu skupin primerljivih primerov (v nadaljnjem besedilu: SPP). SPP se namreč razvršča na podlagi podatka o zdravstveni storitvi in podatka o diagnozi. Baza podatkov o realiziranih SPP, ki bi vključevala tako podatke o posegih (zdravstvenih storitvah) po zavarovanih osebah kakor tudi podatke o zdravstvenem stanju z diagnozami, bi ZZZS omogočala na eni strani ustreznejše računalniške kontrole obračunanih SPP in na drugi strani ustrenejši izbor primerov, ki bodo predmet nadzorov nadzornih zdravnikov ZZZS na lokaciji izvajalca zdravstvenih storitev.

Podatek o zdravstvenem stanju (bolezní oziroma diagnozi) je prav tako bistven za nadzor nad pravilnostjo obračuna odstotnega deleža, do katerega ZZZS plača posamezno zdravstveno storitev iz 23. člena ZZVZZ. Višina odstotnega deleža je namreč v posameznih primerih, določenih v ZZVZZ, odvisna tudi od vrste zdravstvenega stanja. Prav tako je v določenih primerih pravica do plačila zdravstvene storitve, medicinskega pripomočka in zdravila odvisna od zdravstvenega stanja zavarovane osebe.

Na opisano problematiko, ki se odpravlja s to dopolnitvijo, je opozorilo tudi Računsko sodišče. V "Revizijskem poročilu o računovodskih izkazih in pravilnosti poslovanja ZZZS v letu 2009" je med drugim ugotovilo:

- da ZZZS od izvajalcev zdravstvenih storitev ni pridobil vseh potrebnih podatkov oziroma jih na podlagi tretjega odstavka 76. člena ZZVZZ ni pridobil od drugih pooblaščenih upravljavcev zbirk osebnih in drugih podatkov, ki se nanašajo na uresničevanje zdravstvenega zavarovanja;
- da bi ZZZS s pridobitvijo podatkov o diagnozah lahko v pregled zajel večji obseg skupin primerljivih primerov (v nadaljnjem besedilu: SPP) in ob vzpostavitvi ustreznih kontrol bolj uspešno izvajal nadzor nad pravilnostjo evidentiranja in obračunavanja SPP;
- da ZZZS ni vzpostavil ustreznega in zadostnega nadzora nad evidentiranjem in obračunavanjem zdravstvenih storitev akutne bolnišnične obravnave, za katerega je pristojen na podlagi ZZVZZ in zato priporoča, da ZZZS od izvajalcev zdravstvene dejavnosti pridobi vse potrebne podatke in ustrezno prilagodi interne akte, ki opredeljujejo organizacijo dela nadzornih zdravnikov, predvsem v smislu vzpostavitve učinkovitejših kontrol nad SPP že pred samo izvedbo nadzorov nad evidentiranjem in obračunavanjem SPP pri izvajalcih.

Glede na ugotovitve je Računsko sodišče izdalo priporočilo, da ZZZS skupaj z Ministrstvom za zdravje prouči možnosti za spremembo obstoječe pravne ureditve glede pooblastil ZZZS za pridobivanje podatkov, potrebnih za vzpostavitev take podatkovne baze o posameznih bolnišničnih obravnavah, ki bo omogočila izvajanje nadzora nad evidentiranjem in obračunavanjem SPP v večjem obsegu.

Podatki o začasni zadržanosti od dela za obdobje, ki je v pristojnosti izbranega osebnega zdravnika kot tudi za obdobje, ki je v pristojnosti imenovanega zdravnika oziroma zdravstvene komisije so pomembni predvsem pri odločanju o pravici do nadomestila plače za časčasne zadržanosti od dela. Prav tako ZZZS potrebuje navedene podatke tudi zaradi spremljanja ugotavljanjačasne nezmožnosti za delo s strani izbranih osebnih zdravnikov ter tudi zaradi izvajanja kontrolečasne zadržanosti od dela (laična kontrola).

S predlogom dopolnitve tega člena se dopolni tudi evidenca izvajalcev zdravstvene dejavnosti, in sicer iz

razloga implementacije določb Izvedbene direktive Komisije 2012/52/EU z dne 20. decembra 2012 o določitvi ukrepov za olajšanje priznavanja zdravniških receptov, predpisanih v drugi državi članici. Ta zahteva, da obrazci recepta in naročilnice vsebujejo tudi navedene identifikacijske podatke zdravstvenega delavca, ki je predpisal recept oziroma naročilnico. Za vodenje teh podatkov pa v 79.b členu ZZVZZ še ni pravne podlage.

S spremembo določbe desetega odstavka 79.b člena, ki opredeljuje povezavo zbirk podatkov, ki so namenjene izvajanju vključitve v obvezno zdravstveno zavarovanje, se določneje opredeli povezovanje s sodnim oziroma Poslovnim registrom Slovenije. Za izvajanje zavarovanja po 6. točki prvega odstavka 15. člena ZZVZZ ZZS iz sodnega registra oziroma Poslovnega registra Slovenije potrebuje podatek o tem, ali je oseba družbenik gospodarske družbe oziroma ustanovitelj zavoda in hkrati poslovodna oseba in v katerem subjektu vpisa v register nastopa v tej funkciji. Ta podatek je potrebno preveriti:

- ko se osebo prijavlja v zavarovanje po podlagi, ki ni prednostna pred zavarovanjem po 6. točki prvega odstavka 15. člena ZZVZZ oziroma če takrat ni družbenik in poslovodna oseba,
- ves čas zavarovanja po taki neprednostni podlagi (če v tem času postane družbenik in poslovodna oseba, se mora zavarovati po 6. točki prvega odstavka 15. člena ZZVZZ).

Do teh podatkov mora ZZS dostopati v okviru povezovanja sodnega registra oziroma Poslovnega registra Slovenije in evidenc iz prvega odstavka 79.b člena ZZVZZ. Ker določbe Zakona o sodnem registru (Uradni list RS, št. 54/07 – uradno prečiščeno besedilo, 65/08 in 49/09; 50. do 52. člen), ki določajo kdo lahko dostopa do teh podatkov, ZZS trenutno onemogočajo, da bi lahko v okviru povezovanja dostopal do podatka, v katerem poslovnem subjektu vpisa je oseba družbenik in poslovodna oseba, je potrebno določiti, da se te določbe za potrebe ZZS ne upoštevajo.

K 15. členu:

Drugi odstavek 81. člena ZZVZZ se dopolni s pristojnostjo imenovanega zdravnika, da odloča o začasni zadržanosti od dela v primeru kršitev iz 35. člena ZZVZZ (če zavarovana oseba v času bolniškega staleža opravlja pridobitno delo, če ne obvesti delodajalca oziroma izbranega osebnega zdravnika, da je zbolel, če se brez opravičenega vzroka ne odzove vabilu na zdravniški pregled ali zdravniško komisijo ali če se ugotovi da ne ravna po navodilih za zdravljenje ali če brez dovoljenja zdravnika odpotuje iz kraja stalnega prebivališča) in na podlagi ugotovitev v primeru nadzora iz 77. člena ZZVZZ (nadzor ZZS nad delom izvajalcev zdravstvene dejavnosti, nad izdajanjem in zaračunavanjem zdravil in medicinskih pripomočkov in nad načini in postopki uresničevanja zdravstvenega zavarovanja).

ZZS na podlagi 77. člena ZZVZZ izvaja tudi nadzor nad načini in postopki uresničevanja zdravstvenega zavarovanja v skladu s tem zakonom in statutom. V njihovem okviru opravlja tudi nadzor nad postopki ugotavljanja začasne zadržanosti od dela s strani izbranega osebnega zdravnika, ko gre nadomestilo v breme ZZS. Zato se predlaga jasna zakonska določitev pristojnosti imenovanega zdravnika, da lahko na podlagi ugotovitev pri opravljanju tega nadzora, na podlagi medicinske in druge dokumentacije ter na podlagi morebitnega osebnega pregleda zavarovanca, ugotavlja utemeljenost morebitne nadaljnje zavarovančeve začasne zadržanosti od dela. V primeru, če bo imenovani zdravnik ugotovil, da ta ni utemeljena, bo odločba učinkovala od dne, ko jo prejme zavarovanec.

K 16. členu:

S tem členom se dopolnjuje 84. člen ZZVZZ, kamor se dodaja nov drugi odstavek, ki natančneje določa pristojnosti imenovanih zdravnikov, članov zdravstvenih komisij ali drugih zdravnikov ZZS (povezano tudi s spremembo pristojnosti odločanja o zdravljenju v tujini) in postopke odločanja o pravicah iz tega člena, podobno kot je to urejeno za postopke uveljavljanja pravic iz 81. člena ZZVZZ, o katerih odloča imenovani zdravnik. ZZS bo te postopke uredil s Pravili OZZ.

K 17. členu:

S to prehodno določbo se v delu, ki se nanaša na obvezno zdravstveno zavarovanje, razveljavljajo 3. člen, drugi odstavek 4. in prvi ter drugi odstavek 6. člena Zakona 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 in 96/12 – ZPIZ-2), saj se v spremenjenem 50. členu ZZVZZ na novo opredeljuje osnova za zavarovance iz 1., 2. in 3. točke prvega odstavka 15. člena ZZVZZ, v spremenjenem 51. členu ZZVZZ pa se na novo opredeljuje tudi osnova za zavarovance iz 5. točke prvega odstavka 15. člena ZZVZZ. Člen prav tako jasno določa, da za delodajalca po 48. in 49. členu ZZVZZ šteje tudi pravna oseba, ki jo bremenijo izplačana nadomestila plač oziroma dohodkov, kot so

zlasti Republika Slovenija, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje, Jamstveni in preživninski sklad republike Slovenije.

K 18. členu:

S prehodno določbo se ureja razporeditev sredstev, ki so se skladno s 4. točko drugega odstavka 62. člena ZZVZZ oblikovala od leta 2005 naprej, ko je bila sprejeta novela ZZVZZ-H. Omenjenih sredstev, se je po tej podlagi od leta 2005 do danes zbralo cca. 20 mio eurov, ki se bodo na podlagi te prehodne določbe namenila za zagotavljanje kapitalske ustreznosti zavarovalnic in ne za morebitno izplačilo dividend iz dobička zavarovalnic. Rezerve, ki so jih zavarovalnice oblikovale na podlagi 4. točke drugega odstavka 62. člena ZZVZZ, je potrebno tudi na podlagi mnenja Agencije za zavarovalni nadzor prenesti v tiste postavke kapitala zavarovalnic, ki povečujejo kapitalsko ustreznost zavarovalnic.

K 19. členu:

S tem členom se v prehodnem obdobju, do ustrezne ureditve z zakonom, ki ureja davčni postopek, določa postopek obračunavanja in plačevanja prispevka za zdravstveno zavarovanje od osnove, določene v novem 55. a členu ZZVZZ, in sicer za primere, ko način izračuna ni določen z zakonom, ki ureja davčni postopek. Gre za primere, ko se akontacija dohodnine od teh dohodkov ne plačuje na podlagi obračuna davčnih odtegljajev (izplačevalec dohodka v imenu in za račun davčnega zavezanca izračuna in plača davek), temveč na podlagi napovedi davčnega zavezanca v izdani odločbi davčnega organa (npr. dohodki iz tujine, dohodki, prejeti od fizičnih oseb). V teh primerih bo prispevek za obvezno zdravstveno zavarovanje od osnov, določenih v novem 55.a členu ZZVZZ, ugotovil davčni organ z odločbo, s katero bo izračunal akontacijo dohodnine od dohodkov, od katerih se bo plačeval prispevek za obvezno zdravstveno zavarovanje v skladu z novim 55.a členom ZZVZZ. Navedeni prispevki se bodo morali plačati v enakem roku in na enak način, kot je določen za akontacijo dohodnine od dohodkov, od katerih se bo plačeval obravnavani prispevek, in sicer v roku 30 dni od vročitve odločbe.

K 20. členu:

V skladu s tem členom je minister, pristojen za zdravje, zavezan, da do 25. 10. 2013 izda podzakonski akt, v katerem bo opredelil zdravstvene storitve, ki zahtevajo uporabo visoko specializirane in drage medicinske infrastrukture ali opreme.

K 21. členu:

V skladu z določbo tega člena sta Ministrstvo za zdravje in Nacionalni inštitut za javno zdravje ZZZS dolžna najkasneje do 1. 9. 2013 posredovati podatke iz prvega odstavka 77.b člena ZZVZZ, ki jih ZZZS potrebuje za izvajanje nalog NKT.

K 22. členu:

Postopki odločanja o upravičenosti zdravljenja v tujini, ki so se začeli pred 1. 1. 2014, se zaključijo v skladu z dosedanjimi predpisi.

K 23. členu:

Ta člen določa pričetek veljavnosti zakona ter opredeljuje določene izjeme, glede začetka uporabe posameznih določb zakona.

IV. BESEDILO ČLENOV, KI SE SPREMINJAJO

A. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju

1.a člen

S tem zakonom se prenaša Direktiva Sveta z dne 21. decembra 1988 v zvezi s preglednostjo ukrepov, ki urejajo določanje cen zdravil za človeško uporabo in njihovo vključitev v področje nacionalnih sistemov zdravstvenega zavarovanja (UL L št. 40 z dne 11. 2. 1989, str. 8) v delu, ki se nanaša na vključevanje zdravil v sistem financiranja iz javnih sredstev.

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. osebe, ki so lastniki zasebnih podjetij v Republiki Sloveniji, če niso zavarovane iz drugega naslova;
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 preživitinskem 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 s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki niso zavarovanci iz

drugega naslova. Državljanke iz te točke v obvezno zavarovanje prijavi občina stalnega prebivališča, če nimajo nobenih dohodkov oziroma če, kadar živijo sami, njihovi povprečni mesečni dohodki v zadnjih treh mesecih ne dosegajo 50% minimalne plače, oziroma če, kadar živijo z ožjimi ali širšimi družinskimi člani v skupnem gospodinjstvu, njihovi povprečni mesečni dohodki na družinskega člana v zadnjih treh mesecih ne dosegajo 25% minimalne plače, razen kadar ima sam ali njegovi ožji ali širši družinski člani prihranke oziroma premoženje, ki dosega ali presega višino 60 osnovnih zneskov minimalnega dohodka;

22. priporniki, ki niso zavarovanci iz drugega naslova do trenutka nastopa pripora oziroma jim zavarovanje preneha v času pripora, obsojenci na prestajanje kazni zapor, mladoletniškega zapor, mladoletniki na prestajanje 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 prestajanje 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.

Prihranki in premoženje zavarovancev iz 21. točke prejšnjega odstavka se ugotavljajo v skladu s predpisi s področja socialnega varstva, ki urejajo denarno socialno pomoč.

Izpolnjevanje pogojev iz prejšnjega odstavka ugotovi občina, ki osebo prijavi v zavarovanje, z odločbo z veljavnostjo do enega leta in o izdani odločbi obvesti Zavod. Podrobnejša merila predpiše minister, pristojen za zdravje, v soglasju z ministrom, pristojnim za delo, družino in socialne zadeve.

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 pravno močna.

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 prejšnjega 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 drugega 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 drugega odstavka tega člena. Pogoje, pod katerimi posamezni zavarovanci lahko spremenijo obseg zavarovanja, se določi v pravilniku, ki ga sprejme minister, pristojen za zdravje.

17. člen

Za poškodbo pri delu in poklicno bolezen so zavarovani tudi:

1. učenci in študentje pri praktičnem pouku, pri opravljanju proizvodnega dela oziroma delovne prakse in na strokovnih ekskurzijah;
2. otroci in mladostniki z motnjami v telesnem in duševnem razvoju ter otroci in mladostniki z nezgodno poškodbo glave in okvaro možganov pri praktičnem pouku v organizacijah za usposabljanje ali na obveznem praktičnem delu;
3. osebe, ki so po končanem šolanju na prostovoljni praksi, ne glede na to ali za to prakso prejemajo nagrado;
4. vojaški invalidi, civilni invalidi vojne in druge invalidne osebe na poklicni rehabilitaciji oziroma usposabljanju pri praktičnih delih in vajah;
5. osebe, ki opravljajo delo na podlagi pogodbe o delu;
6. učenci srednjih šol oziroma študenti višjih in visokih šol pri opravljanju dela preko pooblaščenih organizacij;
7. brezposelne osebe na javnih delih, organiziranih po predpisih o zaposlovanju;
8. volonterji;
9. osebe, ki opravljajo splošno koristna in druga dela po kazenskih predpisih;
10. osebe, ki opravljajo dejavnost kot postranski poklic;
11. osebe, ki opravljajo humanitarna in druga podobna dela po predpisih o zaposlovanju;
12. osebe, ki opravljajo kratkotrajno delo po predpisih, ki urejajo preprečevanje dela in zaposlovanja na črno, in osebe, ki opravljajo začasno ali občasno delo po predpisih, ki urejajo trg dela.

31. člen

Osnova za nadomestilo je povprečna mesečna plača in nadomestila oziroma povprečna osnova za plačilo prispevkov v koledarskem letu pred letom, v katerem je nastala začasna zadržanost od dela.

Nadomestilo znaša:

- 100% osnove ob zadržanosti od dela zaradi poklicne bolezni, poškodbe pri delu, presaditve živega tkiva in organov v korist druge osebe, posledic dajanja krvi ter izolacije, ki jo odredi zdravnik;
- 90% osnove ob zadržanosti od dela zaradi bolezni;
- 80% osnove ob zadržanosti od dela zaradi poškodb izven dela, nege družinskega člana in spremstva, ki ga odredi zdravnik.

Ne glede na prejšnji odstavek za prvih 90 dni nadomestilo znaša:

- 90 % osnove v primerih iz prve alineje prejšnjega odstavka, razen v primeru zadržanosti od dela zaradi poklicne bolezni in poškodbe pri delu;
- 80 % osnove v primerih iz druge alineje prejšnjega odstavka;
- 70 % osnove v primerih iz tretje alineje prejšnjega odstavka, razen v primeru zadržanosti od dela zaradi nege družinskega člana.

Vojaški invalidi in civilni invalidi vojne imajo pravico do nadomestila v višini 100% od osnove tudi v primerih iz druge in tretje alineje prejšnjega odstavka.

Ne glede na prejšnji odstavek za prvih 90 dni nadomestilo znaša 90 % od osnove v vseh primerih, razen v primeru zadržanosti od dela zaradi poklicne bolezni, poškodbe pri delu in nege družinskega člana, ko nadomestilo znaša 100 % od osnove.

Nadomestilo ne more biti manjše od zjamčene plače in ne višje od plače, ki bi jo zavarovanec dobil, če bi delal oziroma od osnove, po kateri je v času zadržanosti od dela zavarovan.

Ne glede na določbe 85. člena tega zakona se odločba, s katero se odloči o začasni nezmožnosti za delo, delodajalcu vroči z navadno vročitvijo, vročitev pa se šteje za opravljeno tretji dan od dneva odpreme.

50. člen

Zavarovanci iz 1. in 3. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona plačujejo prispevke iz bruto plač in bruto nadomestil za čas odsotnosti z dela v skladu s predpisi o delovnih razmerjih.

Zavarovanci iz 2. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona plačujejo prispevke od osnove, od katere se po posebnem zakonu plačuje davek od osebnih prejemkov.

Delodajalci plačujejo prispevke od osnov iz prejšnjih odstavkov.

V osnovo za obračunavanje in plačevanje prispevkov se ne štejejo prejemki, izplačani za neposredno skupno porabo.

51. člen

Zavezanci iz 4., 5., 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.

54. člen

Prispevek za zavarovance iz 19. in 20. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona se plačuje od bruto osnove za pokojninsko in invalidsko zavarovanje oziroma od bruto zjamčene plače, če zavarovanec ni pokojninsko in invalidsko zavarovan.

Prispevek za zavarovance iz 19.a točke prvega odstavka 15. člena tega zakona se plačuje od dvakratnika bruto zjamčene plače.

Prispevek za zavarovance iz 22. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona se plačuje mesečno od osnove, ki je enaka povprečni bruto plači v Republiki Sloveniji, ki velja za mesec oktober predhodnega koledarskega leta.

Prispevek za zavarovance iz 23. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona se plačuje od osnove, kot je določena za prispevke po zakonu, ki ureja starševsko varstvo.

Prispevek za zavarovance iz 24. in 25. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona se plačuje mesečno od minimalne plače, ki velja za mesec, za katerega se plačuje prispevek.

55. člen

Skupščina zavoda predlaga Vladi Republike Slovenije stopnje prispevkov, določi pa jih Državni zbor Republike Slovenije na predlog Vlade Republike Slovenije z zakonom.

Do uveljavitve zakona iz prejšnjega odstavka, se plačujejo prispevki po stopnjah:

- za zavarovance iz 12., 13. in 14. točke prvega odstavka 15. člena zakona mesečno po stopnji 8,20 odstotka;
- za zavarovance iz 17., 18. in 21. točke prvega odstavka 15. člena zakona mesečno po stopnji 2 odstotka;
- za zavarovance iz 1., 2., 3., 4., 6., 7., 8., 9. 10., 11. in 12. točke 17. člena ter 2., 4., 5., 6. in 7. točke 18. člena zakona po stopnji 0,30 odstotka;
- za zavarovance iz 5. točke 17. člena zakona po stopnji 0,30 odstotka;

- za zavarovance iz 1., 3., 8. in 9. točke 18. člena zakona enkrat na leto po stopnji 0,40 odstotka. Prispevek se plača do 15. marca v tekočem letu za tekoče koledarsko leto. Če nastopi obveznost zavarovanja po tem datumu, se prispevek plača najpozneje do 15. v mesecu, ko je obveznost nastala.

Do uveljavitve zakona iz prvega odstavka tega člena, ki bo določal stopnje prispevkov za obvezno zavarovanje za zavarovance iz 22. točke prvega odstavka 15. člena zakona, se plačuje prispevek iz 5. točke 46. člena zakona po stopnji 12,92 odstotka in prispevek iz 3. točke 47. člena zakona po stopnji 0,53 odstotka.

Za zavarovance iz 23., 24. in 25. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona se plačujejo prispevki po stopnji 5,96 odstotka. Za zavarovance iz 25. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona se za poškodbo pri delu in poklicno bolezen plačuje tudi prispevek po stopnji 0,18 odstotka.

57. člen

Prispevek za zavarovance iz 12., 13., 14., 17., 18. in 21. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona se plačuje mesečno za obdobje koledarskega leta od osnove, ki je enaka povprečni bruto plači v Republiki Sloveniji za mesec oktober predhodnega koledarskega leta.

Prispevek za zavarovance iz 1., 2., 3., 4., 6., 7., 8., 9., 10., 11. in 12. točke 17. člena tega zakona ter 2., 4., 5., 6. in 7. točke 18. člena tega zakona se plačuje mesečno za obdobje koledarskega leta od osnove, ki je enaka povprečni bruto plači v Republiki Sloveniji za mesec oktober predhodnega koledarskega leta.

Prispevek za zavarovance iz 5. točke 17. člena tega zakona se plačuje mesečno od osnove, ki je enaka povprečni bruto plači v Republiki Sloveniji za mesec oktober predhodnega koledarskega leta, in sicer za vsako sklenjeno pogodbo o delu, ki velja v posameznem mesecu.

Prispevek za zavarovance iz 1., 3., 8. in 9. točke 18. člena tega zakona se plačuje enkrat na leto za obdobje koledarskega leta, ne glede na dolžino trajanja zavarovanja v tem letu, od osnove, ki je enaka povprečni bruto plači v Republiki Sloveniji za mesec oktober predhodnega koledarskega leta.

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. morajo zavarovalnice sredstva iz poslovanja dopolnilnega zavarovanja uporabiti le za izvajanje tega zavarovanja. V primeru pozitivnega izida iz dopolnilnega zavarovanja morajo polovico tega izida nameniti za izvajanje dopolnilnega zavarovanja;
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.

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,
- 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,
- 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 prejetih medicinskih pripomočkih,
- podatki o izdanih zdravilih na recept.

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.

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 papirnat 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 EMŠO oziroma davčne številke ustanoviteljev poslovnih subjektov.

81. člen

V postopkih za uveljavitev pravic iz zdravstvenega zavarovanja po tem zakonu odločajo zdravniki, ki jih imenuje upravni odbor zavoda.

Imenovani zdravnik:

- odloča o začasni nezmožnosti za delo iz bolezenskih razlogov za delo nad 30 dni in v vseh drugih primerih, ko je izplačevalec nadomestila plače obvezno zdravstveno zavarovanje, razen če gre za nego, spremstvo ali izolacijo zavarovane osebe, o kateri odloča njen osebni zdravnik;
- odloča o zahtevi zavarovanca ali delodajalca za presojo ocene izbranega osebnega zdravnika o začasni nezmožnosti za delo do 30 dni;
- odloča o napotitvi na zdraviliško zdravljenje;
- odloča o upravičenosti zahteve po medicinskemu pripomočku pred iztekom trajnostne dobe in o pravici do zahtevnejših medicinskih pripomočkov;
- odloča o upravičenosti zdravljenja v tujini,
- poda na zahtevo zavarovane osebe pisno mnenje o upravičenosti izdaje zdravniškega potrdila iz prejšnjega člena, če gre za nenadno in nepredvidljivo bolezen ali poškodbo, ki ji ponovno onemogoča prihod na sodišče ali sodelovanje pri procesnem dejanju, v osmih dneh od prejema zahteve,
- poda na zahtevo sodišča pisno mnenje o upravičenosti izdaje zdravniškega potrdila iz prejšnjega člena v osmih dneh od prejema zahteve sodišča.

Zavarovanec in delodajalec zahtevo iz druge alineje prejšnjega odstavka lahko vložita v treh delovnih dneh od dne, ko sta bila z oceno seznanjena.

O svoji odločitvi imenovani zdravnik izda odločbo najpozneje v osmih dneh po prejemu zahteve oziroma predloga osebnega zdravnika. Odločbo je potrebno osebno vročiti zavarovani osebi. Pritožba zoper odločbo ne zadrži njene izvršitve.

Postopke uveljavljanja pravic iz tega člena uredi zavod s splošnim aktom.

84. člen

O pravici do nadomestila, pogrebnine, posmrtnine, povračila potnih stroškov, pridobitvi, spremembi ali izgubi lastnosti zavarovane osebe, pravici proste izbire zdravnika in drugih pravic iz tega zakona ter drugih zahtevah iz obveznega zdravstvenega zavarovanja odloča:

- na I. stopnji območna enota zavoda,
- na II. stopnji Direkcija zavoda.

B. Zakon o prispevkih za socialno varnost

3. člen

Zavezanci plačujejo prispevke za socialno varnost iz bruto plače in iz bruto nadomestil plače za čas odsotnosti z dela v skladu s predpisi o delovnih razmerjih, če ni z zakoni drugače določeno.

Zavezanci, ki so v delovnem razmerju pri delodajalcu s sedežem v Republiki Sloveniji in so bili poslani na delo v tujino, plačujejo prispevke za socialno varnost od plače za enaka dela v Republiki Sloveniji, če ni z mednarodnimi pogodbami drugače določeno.

Ne glede na prvi in drugi odstavek tega člena in ne glede na to, če je z zakoni drugače določeno, plačujejo zavezanci prispevke za socialno varnost tudi od vseh drugih prejemkov iz delovnega razmerja, vključno s stimulacijami in bonitetami ter povračili stroškov v zvezi z delom, izplačanih v denarju, bonih ali v naravi, razen od odpravnin, izplačanih zaradi prenehanja delovnega razmerja iz operativnih razlogov po predpisih o delovnih razmerjih in od premij prostovoljnega dodatnega pokojninskega zavarovanja, od katerih se po drugem odstavku 368. člena zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju ne plačujejo prispevki za socialno varnost.

Prispevki za socialno varnost iz prejšnjega odstavka se obračunavajo in plačujejo iz bruto prejemkov.

Ne glede na prejšnji odstavek se prispevki za socialno varnost obračunavajo in plačujejo:

- pri jubilejnih nagradah, odpravninah in solidarnostnih pomočeh ter povračilih stroškov v delu, ki presegajo s predpisom vlade določen znesek teh prejemkov, ki se v skladu z zakonom o dohodnini ne všttevajo v osnovo za davek od osebnih prejemkov;
- od stimulacij in bonitet, od osnove, ugotovljene v skladu z zakonom o dohodnini;
- pri regresih za letni dopust, v delu, ki presega 70% poprečne plače predpreteklega meseca zaposlenih v Republiki Sloveniji; če se izplačilo regresa opravi v dveh ali več delih, se ob izplačilu naslednjega oziroma zadnjega dela regresa ugotovi celotna višina regresa in izvrši obračun prispevkov ter poračun plačanih prispevkov od posameznih delov regresa za letni dopust.

Zavezanci po tem členu so tudi osebe iz petega odstavka 13. člena zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju, ki plačujejo prispevke za socialno varnost iz prejetih plačil, razen če ni z zakoni drugače določeno.

Zavezanci iz prejšnjih odstavkov tega člena, za katere ni s predpisi določeno, da prispevke za socialno varnost za njih obračunajo in plačajo delodajalci, plačujejo prispevke za socialno varnost do 15. v mesecu za pretekli mesec.

4. člen

Zavezanci, ki nimajo plač, plačujejo prispevek za obvezno pokojninsko in invalidsko zavarovanje od zavarovalne ali druge osnove, določene v skladu s predpisi o obveznem pokojninskem in invalidskem zavarovanju, če z zakoni ni drugače določeno.

Zavezanci iz prejšnjega odstavka plačujejo prispevek za obvezno zdravstveno zavarovanje, prispevek za starševsko varstvo in prispevek za zaposlovanje od osnove, od katere plačujejo prispevek za pokojninsko in invalidsko zavarovanje.

Prispevke za socialno varnost po prvem in drugem odstavku tega člena plačujejo zavezanci do 15. dne v mesecu za pretekli mesec.

6. člen

Delodajalci plačujejo prispevke za socialno varnost od bruto plač in od bruto nadomestil plač za čas odsotnosti z dela v skladu s predpisi o delovnih razmerjih, ki bremenijo delodajalce, če z zakoni ni drugače

določeno.

Ne glede na prejšnji odstavek in ne glede na to, če je z zakoni drugače določeno, plačujejo delodajalci prispevke za socialno varnost od drugih bruto prejemkov iz delovnega razmerja od osnov, določenih v tretjem, četrtem in petem odstavku 3. člena tega zakona.

Zavezanci za prispevke delodajalcev iz prvega odstavka tega člena so tudi zavezanci iz 4. člena tega zakona in izplačevalci plačil za delo po petem odstavku 13. člena zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju, razen zavarovancev iz 5. člena tega zakona.

Prispevke za socialno varnost iz tretjega odstavka tega člena plačujejo zavezanci do 15. dne v mesecu za pretekli mesec.

Ne glede na to, če je z zakoni drugače določeno, se za delodajalca po tem zakonu šteje tudi pravna oseba, katero bremenijo nadomestila plač iz prvega odstavka tega člena (Republika Slovenija, Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje in Jamstveni in preživninski sklad Republike Slovenije).

Izjava o skladnosti predloga zakonskega ali podzakonskega akta s pravnim redom EU

1.) Naslov predlaganega akta

Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju

Prevod naslova predloga pravnega akta RS v angleščino

Act Amending the Health Care and Health Insurance Act

2.) Enotna identifikacijska oznaka predloga akta (EVA)

2013-2711-0019

ID predpisa

ZAKO6707

ID izjave

1 (1)

Datum izjave

23.09.2013

3.) Skladnost predloga akta s predpisi EU

3.1) Direktive, ki jih delno ali v celoti prenaša predlog akta

	CELEX oznaka direktive	Naslov direktive ter slovenski predpisi, ki se navezujejo na to direktivo	Rok za prenos direktive	Rok, na katerega se nanaša prenos	Je za navedeni rok direktiva v celoti prenesena s tem aktom? (obrazložitev)
1.	32011L0024	Direktiva 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu	25.10.2013	25.10.2013	NE Direktiva prenešana tudi z drugim aktom
	1.	2013-2711-0039	Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja		

4.) Ali je predlog pravnega akta tehnični predpis v smislu člena 8 direktive 31998L0034?

NE

Delovna verzija korelacijske tabele

1.) Naslov predlaganega akta

Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju

Prevod naslova predloga pravnega akta RS v angleščino

Act Amending the Health Care and Health Insurance Act

2.) Enotna identifikacijska oznaka predloga akta (EVA)

2013-2711-0019

3.1) Direktive, ki jih delno ali v celoti prenaša predlog akta

	CELEX oznaka	Naslov predpisa
1.	32011L0024	Direktiva 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu

3.2) Skladnost predloga akta s predpisi EU

Nacionalni predpis	Evropski predpis	Opomba
1. člen	Člen 1, odstavek 1, celex 32011L0024	
2. člen		2. člen ne prenaša direktive
3. člen		3. člen ne prenaša direktive
4. člen		4. člen ne prenaša direktive
5. člen	Člen 1, odstavek 3, točka a, celex 32011L0024 Člen 1, odstavek 3, točka b, celex 32011L0024 Člen 1, odstavek 3, točka c, celex 32011L0024 Člen 4, odstavek 3, celex 32011L0024 Člen 5, točka c, celex 32011L0024 Člen 7, odstavek 1, celex 32011L0024 Člen 7, odstavek 4, celex 32011L0024 Člen 7, odstavek 8, celex 32011L0024 Člen 7, odstavek 9, celex 32011L0024 Člen 7, odstavek 10, celex 32011L0024 Člen 8, odstavek 2, celex 32011L0024 Člen 8, odstavek 6, celex 32011L0024	
6. člen		6. člen ne prenaša direktive
7. člen		7. člen ne prenaša direktive
8. člen		8. člen ne prenaša direktive
9. člen		9. člen ne prenaša direktive
10. člen		10. člen ne prenaša direktive
11. člen		
12. člen		
13. člen	Člen 4, odstavek 2, točka a, celex 32011L0024 Člen 4, odstavek 2, točka b, celex 32011L0024 Člen 5, točka b, celex 32011L0024 Člen 6, odstavek 1, celex 32011L0024 Člen 6, odstavek 2, celex 32011L0024 Člen 6, odstavek 3, celex 32011L0024 Člen 10, odstavek 1, celex 32011L0024 Člen 10, odstavek 2, celex 32011L0024	
14. člen		
15. člen		
16. člen		

Delovna verzija korelacijske tabele

Nacionalni predpis	Evropski predpis	Opomba
17. člen		
18. člen		
19. člen		
20. člen		
21. člen		
22. člen		
23. člen		
24. člen		