



REPUBLIKA SLOVENIJA
DRŽAVNI SVET

Komisija za socialno varstvo, delo, zdravstvo in invalide

6

Številka: 500-01/13-16/ EPA 1497-VI
Ljubljana, 15. 10. 2013

Komisija za socialno varstvo, delo, zdravstvo in invalide je, na podlagi 20. člena Poslovnika Državnega sveta (Uradni list RS, št. 70/08, 73/09 in 101/10) in drugega odstavka 56. člena Zakona o Državnem svetu (Uradni list RS, št. 100/05 - uradno prečiščeno besedilo, 95/09 – odl. US, 21/13 - ZFDO-F), oblikovala naslednje

POROČILO

k Predlogu zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-M) – nujni postopek

Komisija za socialno varstvo, delo, zdravstvo in invalide je na 3. izredni seji 10. 10. 2013 obravnavala Predlog zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-M), ki ga je v obravnavo in sprejem Državnemu zboru poslala Vlada Republike Slovenije.

Komisija **podpira** predlog zakona, **pod pogojem, da bodo v nadaljevanju zakonodajnega postopka upoštewane njene konkretne pripombe k posameznim členom predloga zakona.**

Predlagatelj kot ključne navaja tri sklope rešitev:

- a) rešitve povezane z reševanjem obstoječega finančnega stanja na področju zdravstvenega varstva (spremembe višine prispevnih stopenj oziroma določitev najnižjih osnov od katerih se plačujejo prispevki za posamezne kategorije zavarovanih oseb, izenačitev osnov za določene kategorije zavarovanih oseb in uvedba prispevka od nove osnove po načelu »vsak dohodek šteje«);
- b) uskladitev 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 (UL EU, št. L 88/45); v nadaljevanju Direktiva) ter
- c) predlog za odpravo očitane kršitve 63. člena PDEU - črtanje 4. točke 62. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06-UPB3, 114/06, 91/07, 71/08 Skl.US: U-I-163/08-7, 76/08, 118/2008 Skl.US: U-I-163/08-12, 47/10 Odl.US: U-I-312/08-31, 62/10-ZUPJS, 87/11, 40/12-ZUJF, 21/13-ZUTD-A, 63/13-ZIUPTDSV); v nadaljevanju ZZVZZ) in s tem obveze zavarovalnic, ki izvajajo prostovoljna dopolnilna zdravstvena zavarovanja, da morajo polovico pozitivnega poslovnega izida nameniti zgolj za izvajanje in razvoj dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Hkrati se predlaga prenos do sedaj nastalih rezerv v kapitalske rezerve, s čimer naj bi se po besedah predlagatelja povečala kapitalska ustreznost zavarovalnic.

Komisija se je seznanila s pripombami in stališči Združenja za pravice bolnih otrok, Študentske organizacije Slovenije, Združenja za državljanski nadzor javnega zdravstva, Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije in Zveze svobodnih sindikatov Slovenije.

Združenje za pravice bolnih otrok opozarja na kršitve pravic bolnih otrok, ki se v obravnavanem predlogu zakona dotikajo urejanja uveljavljanja pravice do čezmejnih zdravstvenih storitev v skladu z Direktivo. Menijo, da se s 44.c členom grobo krši pravice bolnih otrok, ki so zapisane tako v Zakonu o pacientovih pravicah kot tudi v Konvenciji ZN o otrokovih pravicah. V 44.c členu so namreč na seznam stroškov, do povrnitve katerih zavarovana oseba pri uveljavljanju pravic iz naslova čezmejnega zdravljenja ni upravičena, uvrščeni tudi sobivanje enega od staršev v zdravstvenem zavodu z bolnim otrokom do starosti otroka vključno pet let ter potni stroški in spremstvo. V združenju menijo, da bi moralo biti sobivanje (ki lahko vključuje samo možnost namestitve, brez hrane) omogočeno vsem otrokom do 18. leta starosti, ki to potrebujejo, ne glede na to, kje se bodo zdravili. **Komisija pripombe Združenja za pravice bolnih otrok podpira in jih smiselno povzema med konkretnimi pripombami k posameznim členom predloga zakona, ki so navedene ob koncu mnenja.**

Študentska organizacija Slovenije (ŠOS) opozarja, da predlog zakona ni bil usklajen s predstavniki študentov, kljub temu da v veliki meri vpliva na mlade v Republiki Sloveniji. Kot sporno izpostavljajo povečano finančno obremenitev za študente podiplomskega študija oziroma tiste, ki so starejši od 26. let (v študijskem letu 2011/2012 16.909 oseb), zato predlagajo amandma k 8. členu predloga zakona, na podlagi katerega bi odmera višine prispevka OZZ za zavarovance iz 20. točke prvega odstavka 15. člena ZZVZZ ostala nespremenjena. Hkrati pa s predlogom amandmaja za novi 3.a člen predlagajo tudi ureditev statusa zavarovanca, ki je zavarovan kot družinski član, za vse otroke do dopolnjenega 18. leta starosti (če ni sam zavarovanec), po tej starosti pa, če se šola, do konca rednega šolanja. Starostna meja za status zavarovanca, ki je zavarovan kot družinski član, je po trenutno veljavnem 22. členu ZZVZZ namreč za otroke postavljena pri starosti 26. let. **Komisija načelno podpira prizadevanja ŠOS za izboljšanje položaja študentov in mladih v zvezi z dostopom do pravic iz OZZ in pri tem poziva predlagatelja zakona in ostale kvalificirane predlagatelje amandmajev, da predlagana amandmaja ŠOS preučijo in ju v okviru poslovnih možnosti upoštevajo že pri obravnavi tega predloga zakona (k 8. členu) oziroma pri njegovih prihodnjih spremembah (predlagani novi 3.a člen).**

Združenje za državljanski nadzor javnega zdravstva predlog zakona načeloma podpira, a prav tako opozarja na neustreznost določb predloga zakona glede zagotavljanja pravic otrok do čezmejnega zdravstvenega varstva ter določb 12. in 18. člena predloga zakona, s katerimi se na neprimeren način, na podlagi interventnih ukrepov, skuša izpolniti zahteve Evropske komisije. Predlagajo, da se urejanje problematike časovno zamakne in da se poišče sistemske rešitve. Opozarjajo, da so se sredstva dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, s katerimi upravljajo zavarovalnice, ki izvajajo dopolnilna zdravstvena zavarovanja, zbirala namensko skozi daljše časovno obdobje in da s tega vidika ne bi smeli z zakonom posegati za nazaj in zbrana sredstva brez nadzora prepustiti v upravljanje zavarovalnicam, medtem ko se istočasno sistem zdravstvenega varstva sooča s pomanjkanjem finančnih sredstev. Hkrati opozarjajo, da velik del sredstev, ki se sedaj iz posebnih rezerv zavarovalnic prenašajo med kapitalske rezerve in ki niso zanemarljiva (po ocenah preko 20 mio evrov), predstavljajo rezerve, ustvarjene pri Vzajemni d.v.z., v zvezi s katero je bilo že večkrat opozorjeno na ne-transparentnost delovanja in pomanjkanje nadzora. Menijo, da bi se sredstva iz naslova rezerv iz dobička morala vrniti v sam sistem zdravstvenega varstva, torej za namene, za katere so se namensko zbirala. Opozarjajo tudi

na nujnost ukrepanja glede znižanja premij za dopolnilno zdravstveno zavarovanje ter na vzpostavitev večjega vpliva države na dviganje omenjenih premij.

Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije predlog zakona podpira v tistem delu, ki omogoča pridobitev dodatnih finančnih sredstev za delovanje zdravstvenega sistema, ki je že nekaj let podvrženo precejšnjim varčevalnim ukrepom, saj je skupen obseg znižanja prilivov javnih zdravstvenih zavodov v zadnjih letih dosegel že skoraj 400 milijonov evrov. Zdravstveni zavodi so temu primerno v veliki meri racionalizirali in reorganizirali svoje poslovanje, a kljub temu izgub v določenih zdravstvenih zavodih ni možno preprečiti (skupaj 90 milijonov evrov izgube iz preteklih let). Opozorili so tudi na zavajajoče podatke o letošnjem polletnem poslovanju zdravstvenih zavodov, ki za bolnišnice znašajo 11 milijonov evrov izgube in pri zdravstvenih domovih okrog 3 milijone evrov izgube, saj slednji ne pokažejo realne slike. V zavodih se namreč vseskozi večajo dolgovi do dobaviteljev (do konca leta 2013 naj bi dolgovi dosegli 100 milijonov evrov), kar pomeni, da se trenutno finančno breme z javnih zdravstvenih zavodov zgolj začasno preliva na poslovne partnerje. Podpirajo prizadevanja pristojnega ministrstva za nadaljnje systemske spremembe, ki bi omogočile stabilnost in izboljšanje delovanja sistema. Pri tem izpostavljajo nujno potrebno čimprejšnjo zagotovitev sedaj manjkajočih vzvodov za lažje vodenje javnih zdravstvenih zavodov. Združenje se sicer pridružuje kritikam določb 12. in 18. člena predloga zakona glede neustreznega prenosa namensko zbranih rezervnih sredstev iz naslova poslovanja zavarovalnic z dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem.

Zveza svobodnih sindikatov Slovenije (ZSSS) je svoje pripombe k prvotnemu predlogu novele ZZVZZ Vladi RS posredovala že julija 2013 in jo pozvala k upoštevanju njenih številnih splošnih in konkretnih pripomb. Ugotavljajo, da slednje niso bile upoštevane, zato predlagatelja ponovno pozivajo k njihovi preučitvi. Načeloma podpirajo predlog zakona in ukrepe, ki gredo v smeri zagotavljanja večje solidarnosti med zavarovanci OZZ, na podlagi enakomernejše obremenitve s prispevki, hkrati pa pozivajo k optimalni izrabi zbranih sredstev z namenom ohranitve dostopa prebivalstva do kakovostnega in celovitega zdravstvenega varstva. S tega vidika predlagajo zagotovitev večje avtonomije ZZS.

Komisija za socialno varstvo, delo, zdravstvo in invalide ugotavlja, da je bil v osnovi namen t.i. interventnega zakona zagotoviti stabilno delovanje zdravstvenega sistema in da v večjem delu predlog zakona temu tudi sledi, vendar pa hkrati ureja še številna druga področja. Tako se dotika tudi prenosa Direktive v slovenski pravni red, vprašanja upravljanja s sredstvi iz naslova dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja in pa tudi področja baz podatkov, ki jih vodi ZZS.

Komisija je načelno podprla vse tiste rešitve predloga zakona, ki izboljšujejo finančno stabilnost sistema zdravstvenega varstva na podlagi prilagoditve ali izenačitve prispevnih stopenj in osnov za obvezno zdravstveno zavarovanje (v nadaljevanju: OZZ) med in znotraj različnih kategorij zavarovancev. Pri tem pa opozarja, da je predlagatelj tekom priprave predloga zakona očitno odstopil od osnovno načrtnega načela »vsak prihodek šteje«, saj predlog zakona ne vsebuje več določb o prispevkih iz naslova najemnin in dividend, kar bi sicer zagotovilo veliko večji priliv sredstev za namene izvajanja zdravstvenega zavarovanja (po prvotnem predlogu čez 70 milijonov evrov, po aktualnem predlogu le malo čez 42 milijonov evrov).

Hkrati komisija opozarja na določene kategorije zavarovancev, za katere bodo predlagane rešitve predstavljale preveliko finančno breme in za katere bi morali najti primernejše rešitve. Marsikateri skupini ljudi so se namreč v zadnjih letih močno skrčile pravice in dostopnost do osnovnega zdravstvenega varstva zaradi nezmožnosti plačevanja prispevkov za OZZ in tem bi morali nameniti posebno skrb.

Kot primer občutljive skupine zavarovancev komisija navaja osebe iz 20. točke 15. člena ZZVZZ (osebe s stalnim bivališčem v Republiki Sloveniji, ki ne izpolnjujejo pogojev za zavarovanje na podlagi katere druge kategorije zavarovancev in si same plačujejo prispevek), pri katerih se finančna obremenitev dviga s 14,17 evrov na 31,81 evrov. V to kategorijo zavarovancev namreč spadajo tudi brezposelne osebe, ki ne izpolnjujejo pogojev za kritje prispevka za OZZ s strani občine stalnega bivališča oziroma niso upravičene do uveljavljanja pravic iz javnih sredstev (po ZUPJS), študenti po 26. letu starosti, mladi brezposelni, tujci z dovoljenji za začasno bivanje idr. Za omenjene segmente zavarovancev bi bilo zato smiselno preučiti možnost bodisi uvedbe določenih izjem, bodisi vključitve v kategorijo zavarovancev, ki jim prispevek za OZZ krije občina, oziroma zanje uvesti vsaj nekajletno prehodno obdobje s postopnim dviganjem višine prispevka za OZZ, na podoben način kot je to z Zakonom o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (Uradni list RS, št. 96/12; ZPIZ-2) urejeno za osebe, ki si same plačujejo prispevke za pokojninsko in invalidsko zavarovanje.

Komisija opozarja tudi na skupino zavarovancev iz 5. točke prvega odstavka 15. člena (osebe, ki samostojno opravljajo gospodarsko in poklicno dejavnost kot edini in glavni poklic), ki se jim prav tako dviga finančna obremenitev s sedanjih 105 evrov na 123 evrov. Slednja kategorija namreč zajema različne profile zavarovancev, med katerimi so tudi osebe, ki so prisiljene na podlagi samozaposlitve reševati svoj socialni položaj in ki so pogosto na robu stečaja, in številni samostojni podjetniki, ki že zdaj težko plačujejo omenjeni prispevek. Za vse navedene novo postavljena višina prispevka za OZZ glede na njihove prihodke predstavlja precejšnjo finančno obremenitev in komisija se pri tem sprašuje, ali so bile pred odločitvijo o povišanju višine najnižje osnove narejene dovolj poglobljene analize dejanskega socialnega položaja omenjenega segmenta zavarovancev. Tudi v tem primeru bi bilo potrebno preučiti možnost drugačne ureditve na podlagi upoštevanja položaja posameznega segmenta omenjene kategorije zavarovancev in temu primerno zanje prilagoditi določbe o najnižji osnovi in prispevno stopnjo.

Komisija se strinja, da so nujno potrebni ukrepi v smeri zagotavljanja večje finančne stabilnosti sistema zdravstvenega varstva, a hkrati opozarja na to, da dviganje prispevkov za OZZ ne bi smela biti edina rešitev v tej smeri, ampak da bi bilo potrebno čim prej začeti poglobljeno razpravo in sprejeti tudi odločitve glede sprememb obstoječega sistema dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju: DZZ), ki na podlagi enake višine prispevka, ne glede na prihodek posameznika, trenutno ne sledi načelu solidarnosti v sistemu. Državni svet pa je že večkrat opozoril tudi na težave pri upravljanju in delovanju Vzajemne d.v.z.. Prav tako bi bil nujen premislek o izvajanju zdravstvene dejavnosti, o položaju Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, spremembah v upravljanju in vodenju zavodov na področju zdravstva itd.

Predlog zakona po oceni komisije neutemeljeno širi obseg baze podatkov o zavarovanih osebah, ki jih v svojih evidencah vodi ZZVS. Predlog zakona med drugim v 14. členu predvideva zbiranje podatkov o zdravstvenem stanju zavarovanih oseb, vključno z diagnozo, prav tako pa tudi podatke o elektronski pošti in telefonu zdravstvenega delavca pri izvajalcu v okviru zbiranja podatkov o izvajalcih zdravstvene dejavnosti. V zvezi s prvo navedeno širitvijo baz podatkov se zastavlja vprašanje, ali ne gre pri predlaganem zbiranju podatkov o zdravstvenem stanju za nevarnost prekomerne obdelave občutljivih osebnih podatkov zavarovanih oseb in ali cilj izboljšanja nadzora nad evidentiranjem in obračunavanjem skupin primerljivih primerov (kot je navedeno v obrazložitvi člena) upravičuje odločitev o tovrstni širitvi evidenc ZZVS. Nadzor nad pravilnostjo obračunavanja se namreč izvaja preko neposrednih nadzorov, ki jih vršijo nadzorni zdravniki, slednji pa imajo že sedaj, kot zdravstveni delavci, možnost dostopa do teh podatkov.

Prav tako se komisiji zastavlja vprašanje upravičenosti in smotrnosti zbiranja podatkov o elektronskih naslovih vseh zdravstvenih delavcev pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti, če je za implementacijo določb Izvedbene direktive Komisije 2012/52/EU o določitvi ukrepov za olajšanje priznavanja zdravniških receptov, predpisanih v drugi državi članici, dovolj, da obrazci recepta in naročilnice vsebujejo identifikacijske podatke zgolj tistega zdravstvenega delavca, ki je predpisal recept oziroma naročilnico. Skupina zdravstvenih delavcev s tovrstnimi pristojnostmi pa je po obsegu precej omejena - samo zdravniki in zobozdravniki z licenco.

Komisija v zvezi s prenosom določb Direktive v slovenski pravni red ugotavlja, da je Direktiva že zaradi samega načina izvedbe (potreben vnaprejšnji finančni vložek zavarovanca pred dejanskim povračilom stroškov, znanje tujega jezika, poznavanje zdravstvenega sistema v drugih državah, iskanje kontaktov itd.) namenjena premožnejšemu delu prebivalstva in tistim ljudem, ki bodo dejansko zmožni zadostiti vsem (pred)pogojem za uveljavljanje pravic.

Komisija podpira odločitve predlagatelja, da se v zakon prenese dikcija glede že sedaj obstoječih možnosti zdravljenja v tujini (če so v Sloveniji izčrpane vse možnosti oziroma pod pogoji povezanimi s čakalnimi dobami, ki presegajo najdaljše dopustne čakalne dobe oziroma čakalne dobe, ki presega razumen čas) (predlagana nova 44.a in 44.b člen), ki sicer izhajajo iz veljavnega 135. člena Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju: Pravila), vendar pri tem predlaga popoln prenos določb 135. člena, torej vključno z določbo, da ima zavarovana oseba, ki še ni dopolnila 18 let, na potovanju in med zdravljenjem, pregledom ali preiskavo pravico do spremstva. V kontekstu celovite ureditve te pravice predlaga tudi črtanje spornih pete in osme alineje 44.c člena, ki ne omogočajo povračila stroškov sobivanja enega od staršev ter potnih stroškov in spremstva v primeru čezmejnega zdravljenja otrok, takrat, ko gre za bolnišnično obravnavo s prenočevanjem, ki je dovoljena ob predhodni odobritvi ZZSZ.

V zvezi s problematiko uradnega opomina Evropske komisije glede upravljanja zavarovalnic, ki izvajajo dopolnilno zdravstveno zavarovanje, z dobički iz tega naslova, komisija meni, da nikjer ni jasno zapisano, da bi morala Republika Slovenija očitano kršitev odpraviti na način kot se predlaga v 12. in 18. členu predloga zakona. Komisija zato predlaga črtanje omenjenih dveh členov in ponoven premislek o ustrežnejši rešitvi, ki naj gre v smeri iskanja koristi za sistem zdravstvenega varstva in ne za zavarovalnice.

V nadaljevanju mnenja komisija še natančneje opredeljuje konkretne pripombe k posameznim členom predloga zakona v obliki predlogov amandmajev. Pri tem poziva predlagatelja zakona in kvalificirane predlagatelje amandmajev, da predloge amandmajev preučijo in jih povzamejo kot lastne. Konkretne pripombe se glasijo:

Amandma k 5. členu:

»V 44.a členu se doda nov tretji odstavek, ki se glasi:

»Če pravico iz prvega odstavka tega člena uveljavlja zavarovana oseba, ki še ni dopolnila 18 let, ima na potovanju in med zdravljenjem, pregledom ali preiskavo pravico do spremstva.«

V 44.b členu se doda nov tretji odstavek, ki se glasi:

»Če pravico iz prvega odstavka tega člena uveljavlja zavarovana oseba, ki še ni dopolnila 18 let, ima na potovanju in med zdravljenjem, pregledom ali preiskavo pravico do spremstva.«

V tretjem odstavku 44.c člena se črtata peta in osma alineja.«

Obrazložitev:

S 5. členom predloga zakona se z novimi 44.a, 44.b in 44.c členi ureja pravica do zdravljenja v tujini, ki zajema tako zdravljenje v tujini, ko so v Republiki Sloveniji izčrpane možnosti zdravljenja, zdravljenje na podlagi Uredbe (ES) št. 833/2004 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 29. aprila 2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti (povezano s čakalnimi dobami) ter zdravljenje oziroma povrnitev stroškov zdravljenja v tujini na podlagi Direktive 2011/24/EU.

Veljavni Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06-UPB3, 114/06, 91/07, 71/08 Skl.US: U-I-163/08-7, 76/08, 118/2008 Skl.US: U-I-163/08-12, 47/10 Odl.US: U-I-312/08-31, 62/10-ZUPJS, 87/11, 40/12-ZUJF, 21/13-ZUTD-A, 63/13-ZIUPTDSV) v 26. členu določa, da natančnejši obseg zdravstvenih storitev iz prvega odstavka 23. člena zakona, ki se zagotavljajo v breme obveznega zavarovanja, natančnejši postopek uveljavljanja pravic, standarde in normative določi ZZZS v splošnih aktih v soglasju z ministrom, pristojnim za zdravje.

Glede na trenutno veljaven 135. člen Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju: Pravila) med pravice zavarovanih oseb do zdravljenja v tujini spadajo pravice zavarovane osebe do pregleda, preiskave ali zdravljenja v tujini oziroma do povračila stroškov teh storitev pod določenimi pogoji, pa tudi možnost uveljavljanja pravice do zdravljenja v tujini, ki je pogojena s čakalnimi dobami v Republiki Sloveniji. V istem členu je v tretjem odstavku določeno, da ima zavarovana oseba, ki še ni dopolnila 18 let, na potovanju in med zdravljenjem, pregledom ali preiskavo pravico do spremstva. Ker se z novima 44.a in 44.b v zakon prenaša vsebina veljavnega 135. člena Pravil, bi bilo smiselno v zakon prenesti tudi zelo pomemben tretji odstavek 135. člena Pravil. Način določanja vsebine Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki ni v pristojnosti Državnega zbora, ampak Zavoda za zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje (ZZVS) namreč ne zagotavlja, da bo pravica do spremstva za osebe, ki še niso dopolnile 18 let, ostala vseskozi vključena v Pravila. Zakonska ureditev bi torej to pravico zaščitila v večji meri.

V skladu s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja ima, glede na prvi odstavek 40. člena, eden od staršev pravico do bivanja ob hospitaliziranem otroku do njegove starosti vključno pet let. Zavod krije stroške nastanitve in prehrane v višini celotne cene, določene s pogodbo med zavodom in izvajalcem. V primeru, da je hospitalizirana mati, ki doji otroka, ima pravico, da ob njej biva tudi otrok.

V členih od 39. do 44. trenutno veljavni ZZVZZ ureja pravico zavarovanih oseb do povračila potnih stroškov, pri čemer v 44. členu glede načina urejanja povračila potnih stroškov prav tako napotuje na splošni akt Zavoda za zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje. Iz Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja izhaja, da ima v primeru uveljavljanja pravice iz prvega odstavka 135. člena zavarovana oseba pod določenimi pogoji, navedenimi v 156. členu Pravil, pravico do povračila stroškov prehrane in povračila stroškov nastanitve v tujini. Pri tem je v petem odstavku 156. člena navedeno, da povračilo stroškov prehrane in bivanja v drugem kraju pripada tudi osebi, ki je določena zavarovani osebi za spremstvo. Otroci do dopolnjenega 7. leta starosti pa imajo pravico do povračila stroškov prehrane in bivanja v drugem kraju v višini polovice zneskov določenih v 156. členu.

Glede na predlagano vsebino novega 44.c člena zakona naj bi imela zavarovana oseba 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 EU. Pri tem se člen dotika tudi povračila stroškov za storitve, ki lahko vključujejo potrebo zavarovane osebe po prenočitvi (primer: bolnišnične zdravstvene storitve na podlagi predhodno izdane napotnice izbranega osebnega zdravnika ali napotnega zdravnika; zdraviliško zdravljenje na podlagi predhodno izdane odločbe ZZZS). Možnost povračila stroškov za bolnišnične zdravstvene storitve, ki vključujejo potrebo po prenočitvi zavarovane osebe, je še posebej izpostavljena v drugem odstavku 44.c člena, kjer se jo pogojuje s predhodno odobritvijo ZZZS. Navkljub določbam o povračilu stroškov bolnišničnih zdravstvenih storitev, ki vključujejo prenočitev zavarovane osebe, in so pod določenimi pogoji torej možne, pa tretji odstavek predlaganega novega 44.c člena med stroške, do povračila katerih zavarovana oseba navkljub prvemu odstavku istega člena ni upravičena, neutemeljeno uvršča tudi »sobivanje enega od staršev v zdravstvenem zavodu z bolnim otrokom do starosti otroka vključno pet let (peta alineja) ter »potne stroške in spremstvo« (osma alineja). S predlagano ureditvijo se bo posredno onemogočalo otrokom koristiti pravice, ki izhajajo iz Direktive, saj otrok brez spremstva staršev in njihovega sobivanja ne bo mogel oditi na zdravljenje v tujino, če starši ali njegov spremljevalec ne bodo mogli sami plačati potnih stroškov, stroškov spremstva in sobivanja v zdravstvenem zavodu.

Navedeni alineji torej predstavljata kršenje pravic bolnih otrok in nista v skladu s Konvencijo o otrokovih pravicah, Zakonom o pacientovih pravicah in enega od splošnih namenov Direktive, ki je »zagotoviti mobilnost pacientov v skladu z načeli, ki jih je določilo Sodišče« (10. točka uvoda v Direktivo). Prav tako je v Direktivi v Poglavju III, ki ureja vprašanje povračila stroškov za čezmejno zdravstveno varstvo, v točki (5) člena (7) navedeno, da države članice lahko sprejmejo določbe, katerih namen je zagotoviti, da imajo pacienti pri prejemanju čezmejnega zdravstvenega varstva enake pravice, kot bi jih imeli ob prejemanju zdravstvenega varstva v primerljivi situaciji v državi članici zdravstvenega zavarovanja. Torej sama Direktiva v nobenem primeru ne napotuje države članice k omejevanju pravic zavarovancev. Še več - v drugem odstavku točke (4) člena (7) navaja, da se lahko država članica odloči, da v celoti povrne stroške čezmejnega zdravstvenega varstva, tudi če so ti višji od stroškov, ki bi nastali, če bi bilo zdravstveno varstvo zagotovljeno na njenem ozemlju. Če ne drugega, bi lahko z namenom zaščite pravic bolnih otrok zakonodajalec slednjim v okviru uveljavljanja čezmejnega zdravstvenega varstva zagotovil vsaj enak nivo pravic kot ga imajo že sedaj zagotovljenega v Sloveniji, torej vključno s sobivanjem, spremstvom in povračilom potnih stroškov.

V 8. členu Zakona o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08), ki ureja varstvo otrok in drugih ogroženih skupin, je v četrtem odstavku navedeno, da imajo otroci v času stacionarne in druge zdravstvene oskrbe pravico do stalnega spremstva enega od staršev ali druge osebe, ki skrbi za otroka, v petem odstavku istega člena pa, da se v primeru stacionarne zdravstvene oskrbe otrok ta pravica zagotavlja tudi v obliki nastanitve enega od staršev ali druge osebe, ki skrbi za otroka, v skladu s predpisi s področja zdravstvenega zavarovanja.

Prav tako Konvencija o otrokovih pravicah v 3. členu govori o tem, da morajo biti pri vseh dejavnostih v zvezi z otroki, bodisi da jih vodijo državne bodisi zasebne ustanove za socialno varstvo, sodišča, upravni organi ali zakonodajna telesa, otrokove koristi glavno vodilo. Hkrati se jim morata zagotoviti takšna varstvo in skrb, kot je potrebno za njegovo blaginjo, v ta namen pa se morajo sprejeti ustrezni zakonodajni in upravni ukrepi. Glede na 24. člen konvencije imajo otroci pravico do najvišje dosegljive ravni zdravja in do storitev ustanov za zdravljenje bolezni in zdravstveno rehabilitacijo. Države pogodbenice pa si morajo prizadevati zagotoviti, da ne bo noben otrok prikrajšan za pravico do takega zdravstvenega varstva.

Ker je namen Direktive zagotoviti enakopravno uveljavljanje pravic iz obveznega zavarovanja, ne glede na to, ali jih zavarovane osebe koristijo v Republiki Sloveniji ali v tujini,

se predlaga črtanje spornih alinej v 44.c členu ter dopolnitev 44.a in 44.b člena predloga zakona na način, da bo pravica do spremstva za otroke do 18. leta urejena tudi zakonsko in ne bo prepuščena vsakokratnemu odločanju Skupščine ZZZS o vsebini Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja.

* * *

Amandma k 12. členu:

Člen se črta.

Obrazložitev:

Odpravljanje trenutno veljavnih določb glede omejevanja prostega razpolaganja z dobički iz naslova izvajanja dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja s strani zdravstvenih zavarovalnic na način, kot se predlaga z 12. členom novele ZZVZZ-M, ni ustrezno. Gre za ne dovolj premišljen in enoznačen način urejanja problematike, za katero ni nujno potrebno, da se razrešuje v okviru t.i. interventnega zakona. V zvezi s sprostitevjo razpolaganja zavarovalnic s prej omenjenimi dobički, ki so posledica delovanja sistema dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja se namreč pojavljajo številne dileme v različnih strokovnih krogih (rušenje pomembnega dela sistema dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, dvig apetitov zavarovalnic po večjih dobičkih in s tem povezan dvig zavarovalnih premij itd.).

Sredstva iz poslovanja dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja so na podlagi obstoječe ureditve namenjena izključno za izvajanje omenjenega zavarovanja, prav tako pa tudi polovica dobičkov iz tega naslova. Dopolnilno zdravstveno zavarovanje in sredstva, ki se zbirajo v njegovem okviru, predstavljajo pomemben segment delovanja celotnega sistema zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, zato terjajo bolj premišljene in poglobljene rešitve. Da gre pri ukrepu omejevanja razpolaganja s sredstvi iz poslovanja dopolnilnega zavarovanja in iz tega izhajajočega dobička za javni interes, je zakonsko opredeljeno, saj je jasno zapisano v napovednem stavku drugega odstavka 62. člena ZZVZZ.

Reševanje problema potencialne tožbe Evropske komisije zaradi sporne določbe 4. točke drugega odstavka 62. člena ZZVZZ je preveč kompleksno, da bi se reševalo na predlagan način – z enostavnim izbrisom obstoječih določb, ki v trenutnem sistemu predstavljajo pomembno varovalko za omejevanje samovoljnega upravljanja zavarovalnic z denarjem, ki je in bi tudi še naprej moral biti prioriteten namenjen izvajanju zdravstvenega varstva.

* * *

Amandma k 18. členu:

Člen se črta.

Obrazložitev:

Vsebina 18. člena predloga zakona se veže na sporno vsebino 12. člena predloga zakona, zato se predlaga njegovo črtanje.

S predlaganim prenosom rezerv iz polovice pozitivnega izida dopolnilnih zavarovanj s posebne postavke »Rezerv iz dobička« na »Kapitalske rezerve« se sredstva, ki so bila do

sedaj in bi tudi še naprej morala biti namenjena izključno razvoju dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja in njegovemu izvajanju, dajejo na razpolago zavarovalnicam, da jih lahko v skladu s 64. členom ZGD (Uradni list RS, št. 65/09-UPB3, 83/09 Odl.US: U-I-165/08-10, Up-1772/08-14, Up-379/09-8, 33/11, 91/11, 100/2011 Skl.US: U-I-311/11-5, 32/12, 57/12, 44/13 Odl.US: U-I-311/11-16, 82/13) uporabijo pod sicer omejenimi pogoji, a vendarle ne v izključni povezavi z dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem. Kljub navedbam predlagatelja, da bodo omenjena sredstva na podlagi te prehodne določbe namenjena za zagotavljanje kapitalske ustreznosti zavarovalnic in ne za morebitne izplačilo dividend iz dobička zavarovalnic, še vedno ne bodo služila svojemu prvotnemu namenu. Tako jih bodo lahko v skrajnem primeru uporabili celo za kritje čiste izgube poslovnega leta ali za kritje prenesene izgube celotnega poslovanja.

Predlagana prehodna določba je v nasprotju z javnim interesom na področju dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, ki je jasno izraženo v napovednem stavku drugega odstavka 62. člena ZZVZZ, ki med drugim vsebuje tudi pomembno določbo o omejevanju uporabe sredstev iz poslovanja dopolnilnega zavarovanja in iz tega izhajajočih dobičkov s strani zavarovalnic.

* * *

Za poročevalca je bil določen predsednik komisije mag. Peter Požun.

Sekretarka komisije
Nuša Zupanec, l. r.

Predsednik komisije
mag. Peter Požun, l. r.

V vednost:

- Ministrstvo za zdravje