



## **SLS - Poslanska skupina Slovenske ljudske stranke**

Številka: 500-01 / 13 - 0016 /

Datum: 22.10.2013

### **AMANDMAJI**

**k Predlogu zakona o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-M),  
nujni postopek - druga obravnava, EPA 1497 - VI, za matično delovno telo**

#### **K 2. členu**

Črta se drugi odstavek.

#### **Obrazložitev:**

Z amandmajem predlagamo črtanje 2. odstavka 2. člena, ki določa novo, dopolnjeno besedilo 21. točke prvega odstavka 15. člena. Črtanje spremenjenega besedila predlagamo zato, ker uvaja nesprejemljivo in celo sporno določbo, da naj bi zdravstveno zavarovanje za tujce, ki imajo v RS stalno bivališče in izpolnjujejo pogoje za denarno socialno pomoč, in ki so bili do sedaj zavarovani po 20. točki prvega odstavka 15. člena, po novem plačevale občine in ne več sami kot je to bilo do sedaj, kar je enako kot velja npr. za študente in brezposelne, ki niso zavarovani po drugem naslovu in se jim s tem zakonom prispevki celo povečujejo. Nesprejemljivo je, da se s t.i. interventnim zakonom po nujnem postopku prenaša breme zavarovanja tujcev na občine, saj to nikakor ni pristojnost lokalnih skupnosti. Glede na obrazložitev v zakonu naj bi šlo za 2095 tujcev, kar pomeni cca 762.244,80 EUR dodatnih obremenitev občinskih proračunov. To pomeni manj sredstev za občane in npr. za brezposelne ali študente, ki jim je do sedaj lahko zavarovanje plačevala občina. Poleg tega so pravice in urejanje statusa tujcev stvar in pristojnost države. S takimi rešitvami država posredno jemlje sredstva, ki so namenjena občanom, ki pa jim istočasno nalaga dodatne obremenitve in dajatve tudi z drugimi spremembami predpisov, npr. po predlogu zakona o davku na nepremičnine.

#### **K 5. členu**

V tretjem odstavku 44. c člena se črtata 5. in 8. alineja.

**Obrazložitev:**

Z amandmajem predlagamo črtanje 5. in 8. alineje tretjega odstavka 44. c člena. S črtanjem 5. alineje predlagamo črtanje določbe, ki določa, da zavarovana oseba v primeru zdravljenja v drugi državi članici EU ni upravičena do povračila stroškov za sobivanje enega od staršev v zdravstvenem zavodu z bolnim otrokom do starosti otroka vključno pet let. S črtanjem 8. alineje pa črtamo določbo, ki določa da zavarovana oseba ni upravičena do povračila stroškov za "potne stroške in spremstvo".

Predlagatelji amandmaja menimo, da je nedopustno, da bi si stroške za spremstvo otroka na zdravljenje v tujini morali plačati zavarovanci sami, torej starši, v primerih kadar ni možno zdravljenje v naši državi. Ni sprejemljivo, da se zavarovancem določajo drugačne pravice le glede na to na kateri lokaciji se opravlja zdravstvena storitev. Poleg tega je tako razlikovanje v nasprotju z Direktivo EU. Nedopustno je tudi zato, ker se poskuša varčevati na račun bolnih otrok, medtem ko pa se na drugi strani ne ukrepa na ostalih področjih slovenskega zdravstvenega sistema (soočanje s korupcijo v zdravstvu idr.). Po mnenju predlagateljev amandmaja bi bili prihranki s sistemskimi spremembami v zdravstvu bistveno večji kot pa varčevanje na račun bolnih otrok in njihovih staršev.

Med drugimi je na diskriminatornost take določbe opozorila tudi varuhinja človekovih pravic.

**K 5. členu**

Šesti odstavek 44. c člena se spremeni tako, da se glasi:

"Stroški zdravstvenih storitev iz prvega odstavka tega člena se zavarovani osebi povrnejo v višini dejanskih stroškov zdravstvenih storitev, vendar v breme obveznega zavarovanja le v višini kot znaša povprečna cena teh storitev v Republiki Sloveniji."

**Obrazložitev:**

Z amandmajem spreminjamo besedilo šestega odstavka novega 44. c člena tako, da novo besedilo določa, da se stroški zdravstvenih storitev iz prvega odstavka tega člena zavarovani osebi povrnejo v višini dejanskih stroškov, vendar v breme obveznega zavarovanja le v višini kot znaša povprečna cena teh storitev v Republiki Sloveniji, kar je bolj jasno in bolj pravično kot pa je določeno v predlogu zakona. Pravično je, da se dopusti možnost, da se morebitna razlika stroškov zdravljenja v tujini, ki bi bili višji kot jih krije obvezno zavarovanje, pokrijejo tudi iz dodatnega zavarovanja. Prav tako je predlagana določba tudi bolj pravična in skladna z Direktivo 2011/24/EU, ker zagotavlja enakost za vse paciente, ne glede na to, kje se zdravijo. Določa namreč povračilo vseh stroškov zdravstvenih storitev, jasneje ter pravičneje pa določa tudi višino povračila, ker predvideva povprečje cene takih storitev v Sloveniji kot izhodišče za določitev najvišje višine povračila stroškov zdravstvenih storitev v tujini iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja.

**K 8. členu**

Črta se drugi odstavek.

**Obrazložitev:**

Z amandmajem predlagamo črtanje drugega odstavka 8. člena oziroma črtamo spremembo drugega odstavka 54. člena osnovnega zakona, ki povečuje osnovo za plačilo prispevkov za tiste, ki si plačujejo prispevke sami. Po določbi 20. točke 15. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju si sami plačujejo prispevek za zdravstveno zavarovanje tudi študentje po 26. letu starosti, ki se še šolajo in brezposelni, ki niso zavarovani po drugem naslovu. V preteklem študijskem letu 2011/2012 je bilo v Sloveniji kar 16.909 oseb, ki so imele status študenta in so bile starejše od 26. let, približno 17% študentov, med brezposelnimi pa je neaktivnih mladih, ki nimajo drugega statusa, kar 20.979.

Za vse te osebe in posebej mlade, ki nimajo lastnih sredstev za preživljanje, bi pomenilo tolikšno povečanje, predlagano v spremenjenem drugem odstavku 54. člena, preveliko dodatno finančno breme, saj bi si morali po novi določbi plačevati kar za 124 % večji prispevek, torej 31,81 evrov namesto sedanjih 14,17 evrov. Tako želi Vlada RS na račun študentov in mladih brezposelnih, ki že sedaj, poleg prispevkov za osnovno zdravstveno zavarovanje, plačujejo še premije za dopolnilno zdravstveno zavarovanje, v zdravstveno blagajno pridobiti okrog 13 milijonov evrov.

Po podatkih Študentske organizacije Slovenije (ŠOS) bi se tako skupni letni stroški zdravstvenega zavarovanja študentov po 26. letu starosti oz. brezposelne mlade po tem letu starosti (osnovnega in dopolnilnega) povečali kar za 211 evrov, na 725,05 evrov, kar je v trenutni zaostreni gospodarski situaciji občutno preveč.

Mladi namreč zaradi krize še težje dobijo zaposlitev ali delo preko študentskega servisa, velika večina jih tudi nima lastnih prihrankov, zato bi povečanje prispevkov za zdravstveno zavarovanje dodatno bremenilo njihove družine, ki bodo istočasno mnoge obremenjene s povečanjem prispevkov po tem zakonu že po drugih določbah.

Iz obrazložitve k zakonu je mogoče razbrati, da se, iz naslova večjih prispevkov za zavarovance po 20. točki 15. člena, načrtuje pobrati dodatnih 13 milijonov evrov za zdravstveno blagajno. Po mnenju predlagateljev amandmaja, bi bistveno več sredstev pridobili z drugimi nujnimi ukrepi, s katerimi se odlaša že vrsto let, kot so: sistemske spremembe zavarovanja, določitev košarice pravic, učinkovitejša zdravstvena mreža, obvladovanje stroškov, odprava korupcije in nepravilnosti pri javnih naročilih ipd.

**K 12. členu**

Člen se črta.

**Obrazložitev:**

Predlagamo črtanje člena, ki določa, da se v drugem odstavku 62. člena črta 4. točka. S črtanjem člena bo ostala v veljavi določba, s katero je bilo določeno, da morajo zavarovalnice sredstva iz poslovanja dopolnilnega zavarovanja uporabiti le za izvajanje tega zavarovanja.

Namesto da bi, minister oz. vlada, končno prinesla novo sistemsko ureditev zavarovanj in nov sistemski zakon v parlamentarni postopek, z rešitvami, ki bi stabilizirale zdravstveno blagajno, ohranile pravice zavarovancev ter zagotovile učinkovito in kakovostno zdravstvo, se s pretvezo nujnosti, zaradi implementacije direktive o čezmejnem zdravstvenem varstvu in zaradi domnevnih pritiskov komisije EU glede "svobode kapitala zavarovalnic", hiti z rokohitrskimi rešitvami in povečanjem prispevkov brez povečanja pravic za kategorije zavarovancev, ki prispevke že plačujejo. Dodatne obremenitve bodo marsikoga, ki si služi kruh prek avtorske ali druge pogodbe, pripeljale na rob obstoja ali preživetja, za marsikaterega malega podjetnika pa bodo lahko pomenile korak čez rob prepada. Mladi, ki v krizi že tako nimajo perspektive za zaposlitev in ne prihrankov za preživetje, bodo obremenjeni z večjimi prispevki kar pomeni dodatno breme družinam. Na tak način bo ta zakon dosegel nasprotno učinke od pričakovanih.

V času, ko primanjkuje denarja v zdravstveni blagajni, ko se s tem zakonom dodatno obremenjujejo zavarovanci s povečanjem prispevkov brez povečanja pravic, je nedopustno, da se cca 20 milijonov evrov nabranih sredstev na posebnih računih, namesto za - na primer skrajšanje čakalnih vrst, torej za bolnike,- namenjajo za morebitno delitev dobičkov.

Prepričani smo, da ni treba hiteti s predlagano spremembo namena uporabe nabranih rezerv iz dobičkov saj je znano, da je podobno tožbo komisije sodišče EU že enkrat leta 2012 zavrnilo in sprejelo razlago naše države, da tega vprašanja ne moremo reševati ločeno od sistematičnih sprememb pri zdravstvenem zavarovanju.

#### **K 14. členu**

Črta se drugi odstavek.

#### **Obrazložitev:**

Predlagamo črtanje 2. odstavka 14. člena, ki uvaja v drugem odstavku 77. b člena novi alineji, s katerima se določa zbiranje podatkov o zdravstvenem stanju vključno z diagnozo ter zbiranje podatkov o začasni zadržanosti z dela. Ne glede na obrazložitev razlogov, ki naj bi temeljili na mnenju Računskega sodišča RS, smo prepričani, da gre za poseganje v temeljne človekove pravice. Nadzor ZZZS nad porabo sredstev ter nadzor in uvrščanje bolnišnične obravnave v sistem skupin primerljivih primerov je zagotovo mogoče drugače in primerneje urediti. Zdravstveno stanje in diagnoza sta občutljiva osebna podatka, ki morata ostati predmet zaupnosti in do katerih imata lahko dostop le zdravnik in pacient. Prepričani smo, da predlagani način ureditve v zakonu ni edini možen način za ureditev razmer v zdravstvu, za izvajanje nadzora porabe sredstev in ureditev obvladovanja stroškov. Namesto novih sistemskih ureditev v zdravstvu, ki bi prinesle stabilnost zdravstvene blagajne in dolgoročno zagotovile ohranitev pravic zavarovancev se predlagajo rešitve, ki posegajo v zasebnost in s tem v človekove pravice, kar je nedopustno.

#### **K 18. členu**

Člen se črta.

**Obrazložitev:**

Predlagamo črtanje 18. člena, ki določa, da se 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", prenesejo na "Kapitalske rezerve".

V času, ko primanjkuje denarja v zdravstveni blagajni, ko se s tem zakonom dodatno obremenjujejo zavarovanci s povečanjem prispevkov brez povečanja pravic, je nedopustno, da se cca 20 milijonov evrov nabranih sredstev na posebnih računih, namesto za- na primer skrajšanje čakalnih vrst, torej za bolnike,- namenjajo za morebitno delitev dobičkov.

Vrsto let se je država branila pred očitki EU komisije z obljubami o sistemsko spremenjenem načinu pobiranja prispevkov. Zato je nedopustno, da se namesto uvedbe novega, bolj učinkovitega načina pobiranja prispevkov, ravno v času največje krize, namenjajo namenska sredstva za deljenje dobička ne pa za potrebe bolnikov.

Prepričani smo, da ni treba hiteti s predlagano spremembo namena uporabe nabranih rezerv iz dobičkov saj je znano, da je podobno tožbo komisije sodišče EU že enkrat leta 2012 zavrnilo in sprejelo razlago naše države, da tega vprašanja ne moremo reševati ločeno od sistematičnih sprememb pri zdravstvenem zavarovanju.

Poslanska skupina Slovenske ljudske stranke