

Mestna občina Ljubljana
Zoran Jankovič, župan
Mestni trg 1, 1000 Ljubljana
telefon: 01 306 10 10, faks: 01 306 12 14



Številka: 007-9/2017-3
Datum: 16. 3. 2017

Ministrstvo za zdravje RS
Štefanova ulica 5
Gospa Milojka Kolar Celarc, ministrica
1000 Ljubljana

Zadeva: **Pripombe Mestne občine Ljubljana na predlog Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-1)**

Spoštovana ministrica,

v Mestni občini Ljubljana (v nadaljevanju: MOL) smo pregledali predlog Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (v nadaljevanju: ZZVZZ-1), ki je v javni obravnavi do 19. 3. 2017. V skladu z vašimi navodili vam v roku posredujemo svoje mnenje in pripombe.

Najprej bi želeli izpostaviti, da **predlogu zakona, ki predvideva občutno zmanjšanje pravic zavarovanih oseb ob hkratnem izjemnem povišanju plačil za zdravstveno zavarovanje, najostreje nasprotujemo**. Ob tem, da so določeni višji in več prispevkov, pa v predlogu **ni opredelitve, za katere storitve bomo več plačevali, saj »košarice storitev« za razliko od veljavnega zakona niso opredeljene**. S postopki, opredeljenimi v ZZVZZ-1, se v nasprotju z določili Zakona o zdravstveni dejavnosti lokalnim skupnostim jemlje pristojnost za določanje mreže izvajalcev na primarni ravni, saj je naša vloga s predlogom zakona skrčena zgolj na plačevanje prispevkov za zavarovane osebe iz 16. (družinski pomočniki) in 20. člena ter izvedbi s strani ZZZS določenih nalog.

Nepojmljivo je, kolikšna pooblastila in pristojnosti se s predlogom zakona dajejo ZZZS. **Zavod, ki bi po ZZVZZ-1 (p)ostal ena največjih javnih blagajn v državi, bi z zakonskimi pooblastili o pravicah in porabi sredstev razpolagal po lastni presoji, ne da bi s kakršnim koli javnosti dostopnim dokumentom napovedal porabo sredstev, kar ni primerljivo z nobenim drugim porabnikom javnih sredstev v državi!** Zavod sam naj bi opredeljeval »košarice storitev« (npr. seznam zdravstvenih storitev, seznam zobno-protetičnih storitev, cenovni standardi za medicinske in druge pripomočke, sezname zdravil) in jih po lastni presoji v času spreminjal; brez vključevanja ostalih deležnikov naj bi odločal o obsegu programov in jemal zakonske pristojnosti občinam; v posameznih primerih bi lahko, kljub siceršnjim drugačnim določilom v zakonu, odločal o posameznih pravicah po prostem preudarku; kljub sklenjenim pogodbam bi lahko enostransko znižal plačila izvajalcem do 3 % letno; od zavarovanih oseb bi smel v določenih primerih terjati poplačilo stroška opravljenih zdravstvenih



Organizacija Združenih
narodov za sodelovanje
znanosti in kulturo

LJUBLJANA:
MESTO/CITY
OF/LITERA-
TURE ...
Unescovo
kraljevsko mesto
od 2016

storitev kljub temu, da bi bili isti zavarovalni primeri po zakonu kriti iz obveznega zavarovanja; po predlogu zakona bi vodil obširne evidence v nasprotju z določili Zakona o varstvu osebnih podatkov. Predlog zakona daje ZZS v nekaterih primerih nezaslišano pristojnost, kot npr., da lahko le izjemoma dopušča, da se nujna medicinska pomoč nudi tudi pri izvajalcih, ki z njim nimajo pogodbe. Ob vsem navedenem pa **predlog zakona niti v enem členu ne določa obveznosti ZZS oziroma ne predvideva sankcioniranje zavoda**, kadar ne bi ustrezno izvajal svojih pooblastil, zamujal s plačili izvajalcem in podobno.

Nadalje **ostro nasprotujemo temu, da predlog zakona tako drastično zvišuje finančne obveznosti lokalnih skupnosti**. Glede na določila 184., 187., 188. in 190. člena (osnova za upravičence do plačila prispevka za obvezno zavarovanje, stopnje za plačilo prispevka, zavezanci za plačilo prispevkov zavarovanca in zavezanci za plačilo prispevkov delodajalcev) bo vrednost mesečnega prispevka za zavarovanca iz 20. člena dvakrat višja od obstoječe (v letu 2017 znaša mesečni prispevek za osebo, zavarovano po 21. točki 15. člena ZZVZZ, 31,36 EUR, kar za MOL na letni ravni predstavlja približno 3 mio EUR; po ZZVZZ-1 bi se prispevek MOL na letni ravni približal 6 mio EUR). Poleg tega se bo število oseb, za katere občine plačujemo prispevek za zavarovanje, še zvišalo zaradi predlaganih spremenjenih pogojev zavarovanja partnerjev kot družinskih članov (v primerih, ko družina z eno plačo ne bo presegala cenzusa, bodo preko občine zavarovane tudi brezposelne osebe, ki so po obstoječem zakonu lahko zavarovane preko zaposlenega/zavarovanega partnerja). **Po oceni bi se finančne obveznosti MOL po predlogu zakona potrojile!** V kolikor bi ministrstvo vztrajalo pri navedenih določilih, pričakujemo pred prenosom tako obsežne finančne obveznosti na občine s strani države zagotovljena potrebna sredstva, kot to določa 140. člen Ustave Republike Slovenije.

Kot ste bili obveščeni z dopisom z dne 21. 2. 2017, ki ga je v imenu članic posredoval ZMOS, **ostro nasprotujemo temu, da se predlog tako pomembnega zakona, kot je ZZVZZ-1, daje v javno razpravo brez vseh zahtevanih vsebin** (uvod z obrazložitvijo finančnih, administrativnih in drugih posledic ter obrazložitve k posameznim členom). V nadaljevanju sicer podajamo svoje mnenje in pripombe k posameznim členom, pričakujemo pa, da bo ministrstvo v ponovno javno razpravo posredovalo predlog zakona, ki bo skladen s pravili in standardi s področja priprave predpisov.

Predlog zakona ocenjujemo kot **preobsežen (po obsegu več kot trikrat obsežnejši, po členih pa več kot štirikrat!) in nepregleden**, že tako obsežno gradivo pa bo glede na obstoječa določila še dopolnjeno z množico podzakonskih aktov. **Besedilo zakona ni sistematično urejeno**. Posamezne kategorije zavarovancev so npr. opredeljene na začetku (11. do 25. člen), osnove in stopnje za izračun prispevka ter določitev in višina zdravstvenega nadomestila pa več kot 150 členov kasneje (od 177 člena dalje). Določila členov so v nekaterih primerih preveč podrobna (npr. zdravila, živila), po drugi strani pa je v več členih, namesto besedila, uporabljeno sklicevanje na enega ali velikokrat celo na več drugih členov predloga zakona. Nekatera določila ne upoštevajo realnih življenjskih situacij, kot npr. določilo, da mora osebni zdravnik dva meseca pred iztekom roka (12-mesečna neprekinjena nezmožnost za delo oziroma 18-mesečna s prekinitvami) podati predlog za obravnavo invalidski komisiji, zaradi česar lahko pride do situacije, ko bo komisija obravnavala zavarovano osebo, ki se bo medtem že vrnila na delo. V izračun prispevkov naj bi bili vključeni tudi dohodki iz drugega pravnega razmerja, iz dejavnosti ali kapitala, kar je sporno, saj se od takih dohodkov dajatve že obračunavajo in bi zato v opisanih primerih šlo za podvajanje obremenitve dohodka z dajatvami.

Ker s predlogom zakona, kot že omenjeno, pravice (»košarice storitev«) niso taksativno opredeljene, ni mogoče oceniti, kako bo z nekaterimi temeljnimi pravicami širših krogov zavarovancev. Ene od takih pravic, ki so se v zadnjem letu izpostavljale, so reproduktivne pravice. Opozarjamo, da **je s predlogom zakona potrebno opredeliti kritje kontracepcije in**

splava kot pravice iz obveznega zavarovanja. Plačljiva kontracepcija bi namreč v težak položaj postavila predvsem mladostnice in ženske iz ranljivih družbenih skupin.

Zakon za razliko od veljavnega predvideva ureditev obveznega zavarovanja za vse otroke (tudi preko skrbnikov oziroma rejnikov), kar podpiramo, vendar pa glede na predlagano besedilo členov **zavarovanja kljub drugačnim zagotovilom ministrstva ne bodo imeli vsi**, npr. brezposelni tujci z dovoljenjem za začasno prebivanje (po tem, ko jim bo na ZRSZ prenehala pravica do denarnega nadomestila, če so do nje upravičeni, sicer pa takoj po izgubi zaposlitve). Iz besedila predloga zakona **tudi ni jasno, kako bo s pravicami zavarovancev, za katere prispevki ne bodo plačani v rokih** (npr. propadli samostojni podjetniki z dolgovi ali zaposleni, za katere, brez njihove vednosti, delodajalec ni plačeval prispevkov oziroma jih je odjavil iz delovnega razmerja za nazaj).

Zavajajoče je predstavljanje, da predlog zakona ukinja dopolnilno zavarovanje. Res je, da predlog zakona združuje sedanje obvezno in dopolnilno zavarovanje v kategorijo obveznega zavarovanja, vendar po višjih stopnjah prispevka ob hkratnem krčenju pravic zavarovancev. Konkretnije bi to lahko opredelili, če bi bile v predlogu zakona pravice taksativno našteje, vendar naj bi »košarice storitev« izven okvirov zakona določal ZZZS (in jih v času po lastni presoji tudi spreminjal). Ne glede na to pa je iz predloga zakona razumeti, da **bo pravic, kritih iz obveznega zavarovanja, manj oziroma bodo krite iz obveznega zavarovanja le v standardih, določenih s strani ZZZS.** Za razliko od obstoječega predlog zakona npr. uvaja možnost regresnih zahtevkov ZZZS za primere, ko je zdravstvena oskrba posledica dejanj zavarovanca, čeprav bi bile take storitve sicer krite z obveznim zavarovanjem. **Da bi torej zavarovanci ohranili nivo sedanjih pravic, bodo morali plačevati tudi za prostovoljno zavarovanje pri zavarovalnicah. Torej bo v resnici zavarovanje znatno dražje, v nasprotju s predstavtvi ministrstva pa zakon ne bo povzročil izključitve zavarovalnic iz sistema osebnih zavarovanj.** Zavarovalnice bodo gotovo trgu ponudile prostovoljna zavarovanja, ki pa bodo dražja od sedanjih premij za dopolnilno zavarovanje, saj bodo morala kriti plačilo celotne vrednosti zdravstvenih storitev, izključenih iz »košaric«, poleg tega pa bodo morala vsebovati kritje tudi za primere, kot npr. prej omenjeni regresni zahtevki ZZZS.

Podrobneje so naša mnenja oziroma pripombe k posameznim členom ZZVZZ-1 sledeča:

K 5. členu:

Iz besedila člena izhaja, da Republika Slovenija iz proračuna **zagotavlja finančna sredstva za sofinanciranje strokovnih društev na področju zdravja (9. točka), čemur ostro nasprotujemo.** Financiranje delovanja strokovnih društev na nobenem področju ni zagotovljeno na tak način.

K 6. členu:

Lokalna skupnost po predlogu zakona *»..oblikuje in izvaja zdravstveno vzgojo ter programe za preventivo, promocijo in varovanje zdravja prebivalstva..«* in *»..organizira in izvaja dejavnost ugotavljanja vzroka smrti na svojem območju..«*. **Lokalna skupnost lahko le organizira oziroma zagotavlja izvajanje navedenih nalog, ni pa izvajalka takih dejavnosti.**

Iz besedila člena nadalje izhaja, da bi bila lokalna skupnost zakonsko obvezana sofinancirati humanitarne, invalidske, strokovne in druge naloge društev ter organizacij za medsebojno pomoč. Kot navedeno v obrazložitvi k prejšnjemu členu, **ostro nasprotujemo z zakonom določenemu financiranju delovanja strokovnih društev.** Poleg tega niti iz člena, niti iz ostalega besedila predloga zakona ni razvidno, na kakšen način se tako sofinanciranje določa. V kolikor bi ministrstvo vztrajalo pri navedenih določilih, pričakujemo pred prenosom finančne obveznosti na občine s strani države zagotovljena potrebna sredstva, kot to določa 140. člen Ustave Republike Slovenije.

K 20. in 21. členu:

Predlagamo dopolnitev besedila členov in sicer, da se na njegovi podlagi lahko zavarujejo tudi osebe z začasnim prebivališčem v Republiki Sloveniji. Menimo, da **bi morali imeti brezposelni tujci z dovoljenjem za začasno prebivanje** (po tem, ko jim na ZRSZ izteče pravica do denarnega nadomestila, če so do nje upravičeni, sicer pa takoj po izgubi zaposlitve) **možnost ureditve obveznega zavarovanja vsaj neko določeno obdobje**, ko si lahko poiščejo drugo zaposlitev ali se odločijo za odhod iz RS. Dejstvo je, da tujci tudi v primerih, ko izgubijo zaposlitev, ne zapustijo države (oz. vsaj ne takoj), posledično pa so nezavarovani ne le oni, temveč tudi njihovi družinski člani.

K 25. členu:

Po predlaganem besedilu člena bodo partnerji lahko zavarovani kot družinski člani le v nekaj taksativno naštetih primerih (1. odstavek) oziroma v primerih zunajzakonskega partnerstva ali partnerstva v nesklenjeni partnerski zvezi (3. in 4. odstavek), čemur ostro nasprotujemo. Kot pojasnjeno v uvodnem delu, **bo tako pogojevanje zavarovanja partnerjev preko zaposlenega zavarovanega partnerja logično vodilo v zvišanje števila zavarovancev, za katere prispevek plačujemo občine**. V primeru nezaposlenosti enega zakonca in zaposlenosti drugega zakonca, ki prejema povprečen dohodek, družina z veliko verjetnostjo ne bo presegala cenzusa po predpisih, ki urejajo uveljavljanje pravic iz javnih sredstev. Nezaposleni zakonec bo v tem primeru zavarovan na podlagi določil 20. člena ZZVZZ-1. **V kolikor bi ministrstvo vztrajalo pri navedenih določilih, pričakujemo pred prenosom tako obsežne finančne obveznosti na občine s strani države zagotovljena potrebna sredstva, kot to določa 140. člen Ustave Republike Slovenije.**

K 31. členu:

Besedilo člena določa, da »Zavezanec za prijavo sporoči spremembo podatkov iz prijave v zavarovanje v osmih dneh od dneva nastanka spremembe podatkov.«, iz določil 30. člena pa izhaja, da je Zavod zavezanec za prijavo oseb iz 20. člena.

Glede na navedeno **se postavlja vprašanje, kako bo urejeno spreminjanje podatkov za osebe iz 20. člena (konkretno v primerih njihove selitve v drugo občino)**. O njihovi pravici do zavarovanja namreč odločajo centri za socialno delo na podlagi predpisov, ki urejajo uveljavljanje pravic iz javnih sredstev, kot omenjeno, pa bo po predlogu zakona ZZS zavezanec za njihovo prijavo.

V MOL vse od leta 2012, ko so bili postopki prijave in odjave zavarovancev na podlagi 21. točke 15. člena ZZVZZ preneseni na centre za socialno delo, ugotavljamo, da se podatki o selitvah teh zavarovancev v druge občine ne evidentirajo tudi v uradni evidenci Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (Distribucijski modul). Posledica tega je, da npr. MOL ostaja plačnik prispevka za zavarovanje do izteka veljavnosti izdane odločbe (npr. pol leta), četudi se je zavarovanec po treh mesecih preselil v Kranj in bi torej od četrtega meseca dalje zanj morala plačevati prispevek Mestna občina Kranj. To zdaj urejamo z rednimi preverjanji pri Ministrstvu za notranje zadeve in poračunamo preveč plačane prispevke, kasneje pa te možnosti občine verjetno ne bodo več imele.

K 44. členu:

Ne strinjamo se z določilom, da ima zavarovana oseba v primerih, če zahteva zdravstveno oskrbo, ki presega standard pravice, »..pravico do plačila zdravstvene oskrbe v standardu pravice le v primerih, ki jih določa ta zakon.«. Predlagamo, da **se zavarovani osebi za vse zdravstvene storitve prizna vrednost v obsegu standarda pravic, višji standard pa mora biti omogočen z doplačilom** (npr. v primeru nadomestitve kolka mora biti zavarovancu v vsakem primeru priznana vrednost storitve z operativno namestitvijo kolka iz standarda; če bi zavarovanec želel kolk v višjem standardu, bi moral imeti možnost, da plača le razliko med ceno kolka po standardu in kolka višjega standarda, ne pa, da mora v tem primeru plačati celotno vrednost storitve!).

V vsakem primeru bi bilo o ustreznosti predlaganega besedila mogoče razpravljati, ko bi bili znani standardi pravic, vendar jih zakon ne vključuje (ZZZS naj bi jih določil naknadno).

K 45. členu:

Člen opredeljuje zdravstvene storitve, ki ne sodijo med pravice. **Nesprejemljivo je, da je funkcionalna prizadetost edini kriterij za presojo upravičenosti do estetskih posegov v primerih prirojenih napak, bolezni ali poškodb** (5. točka). Tak način presoje upravičenosti posegov je poniževalen do bolnikov, ki so zaradi deformacij, napak ali poškodb že tako izpostavljeni (npr. ženske z odstranjenimi prsmi po zdravljenju raka), dodatno pa bi kaznoval bolnike, ki niso finančno sposobni plačila takih posegov.

Nadalje **se ne strinjamo, da so iz pravic izvzeti vsi medicinski zapleti, nastali kot posledica uveljavljanja zdravstvene oskrbe, ki ni pravica** (6. točka). Zaradi predolghih čakalnih vrst se marsikdo odloči za samoplačništvo, storitve kot dopolnilno dejavnost pa izvajajo zdravniki z licenco oziroma vsemi potrebnimi dovoljenji, zaradi česar pacient nima razloga za dvom v njihovo strokovnost. Z opisanim izvzemom pravice do zdravstvene oskrbe posledic medicinskih zapletov se na paciente prenaša odgovornost za delo registriranih zdravnikov, ki bi jo morale nositi pristojne institucije.

Kategorično so izvzete vse storitve, potrebne za odpravo škode, ki jo je zavarovana oseba povzročila naklepno ali z udeležbo pri kaznivem dejanju (7. točka). **Menimo, da taka kategorična izvzetost storitev ni primerna** (npr. v primerih neuspelega samomora bo oseba utrpela še finančne posledice za vse zdravstvene storitve?).

Nedopustno je, da so iz pravic izvzete zdravstvene storitve spremembe spola na zahtevo zavarovane osebe (13. točka). Že samo izrecno navajanje spremembe spola kot izločene pravice lahko povzroči reakcije pri že tako ali tako izpostavljeni skupini ljudi. Izredno krivično je, da se tovrstni posegi za razliko od obstoječega stanja izvzemajo iz pravic kljub temu, da v teh primerih ne gre za samovoljno odločitev posameznika in kljub temu, da je pred posegom posameznik več let vključen v proces ugotavljanja upravičenosti in priprav na tak poseg.

K 46. členu:

Ostro nasprotujemo, da t.i. »košarico storitev« določi ZZZS »*izmed zdravstvenih storitev in metod njihovega izvajanja s seznama zdravstvenih storitev, ki ga določi minister na predlog Zdravstvenega sveta v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnost*«.

Kot pojasnjeno v uvodnem delu, predlog zakona znatno zvišuje plačila za obvezno zavarovanje, pri tem pa zavarovane osebe in zavezanci za plačilo prispevka ter zdravstvenega nadomestila niti ne vemo, za kaj bomo toliko plačevali. **Storitve, ki bodo plačane iz obveznega zavarovanja, morajo biti taksativno opredeljene z zakonom in ne z nekakšnim seznamom, ki bi bil oblikovan naknadno**, z diskrecijsko pravico ZZZS, da ga po lastni presoji in brez nadzora javnosti kadarkoli spreminja.

K 53. členu:

Menimo, da mora biti **seznam zobno-protetičnih storitev in pripomočkov določen z zakonom** in ne naknadno, po odločitvi ZZZS. Razlogi za to so enaki utemeljitvi pripomb k 46. členu.

K 57. členu:

Nesprejemljivo je, da bo, glede na določila prvega odstavka člena, **nujna medicinska pomoč zagotovljena zgolj zavarovanim osebam**. Tovrstna pomoč **mora biti zagotovljena vsem ljudem, ne glede na njihov status zavarovanja**.

Neživiljenjsko in absurdno je določilo tretjega odstavka, da »*Zavarovana oseba lahko izjemoma uveljavi nujno medicinsko pomoč pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti, ki nimajo sklenjene pogodbe z Zavodom*«. V primerih nujne medicinske pomoči gre za reševanje življenja oziroma preprečevanje trajnih škodljivih posledic za zdravje posameznika, zato **možnost pomoči**

poškodovancu oz. bolniku ne sme biti odvisna od tega, ali ima tisti, ki tako pomoč nudi, sklenjeno pogodbo z ZZZS ali ne.

K 59. členu:

Predlagamo, da se v prvem odstavku iz besedila črta besedilo »..in izvajalca.«. Navedba, da ima zavarovana oseba pravico do proste izbire osebnega zdravnika, zadostuje.

Nesprejemljivo je, kot izhaja iz besedila drugega odstavka, da osebni zdravnik določi izvajalca oziroma zdravstvenega delavca storitev, ki jih ne izvaja sam, niti izvajalec, pri katerem dela. Navedeno besedilo pravico do izbire zdravnika omejuje izključno na osebnega zdravnika, čemur nasprotujemo. Menimo, da mora imeti zavarovana oseba možnost koriščenja storitev pri vseh izvajalcih oziroma zdravstvenih delavcih.

Določila četrtega odstavka so pomanjkljiva. **ZZZS bi v primerih pomanjkanja izvajalcev v mreži lahko začasno omejil pravico do proste izbire, vendar pa za tak ukrep ni niti krajevne, niti časovne omejitve.** Predvsem mora biti v takih primerih obveznost ZZZS, da zagotovi dodatne programe. Kdo bo izvajalec dodatnih programov na primarni ravni (javni zavod ali koncesionar), mora biti **odločitev občine in ne ZZZS.**

K 61. členu:

Določilo v četrtem odstavku člena, da je **osebni zdravnik tisti, ki je najlažje dosegljiv v kraju stalnega ali začasnega prebivališča zavarovane osebe, izničuje določilo prvega odstavka 59. člena o prosti izbiri.** Hkrati je določilo nedoločno, saj ne pojasnjuje, kaj pogoji »najlažje dosegljivosti« pomeni: bližina prebivališču zavarovane osebe; odzivnost po telefonu; dostopnost z javnim prevozom; ambulanta v pritličju oziroma dostopnost z dvigalom?

Za zakon preveč nedoločeno je tudi besedilo iz šestega odstavka člena, da osebni zdravnik lahko odkloni sprejem zavarovane osebe, če ji »..zaradi oddaljenosti ne bi mogel zagotoviti vseh zdravstvenih storitev..«. **Kako bo osebni zdravnik opredelil, kdo je še dovolj blizu in kdo že od predaleč?** (v primeru zdravnika iz Ljubljane je npr. Trzin še dovolj blizu, Domžale pa so že predaleč?).

Menimo, da osebni otroški zdravnik mora imeti možnost prekinitve »izbire«, ko zavarovana oseba dopolni 18 let in ne, da to lahko le predlaga. V praksi otroški zdravniki obravnavajo odrasle, kar ni dobro niti zaradi zmanjšanja možnosti obravnave otrok, niti zaradi mešanja bolnih otrok in bolnih odraslih v čakalnicah, niti s strokovnega vidika (specializacija za otroke se loči od specializacije za odrasle).

Določilo devetega odstavka, da lahko zavarovana oseba v času odsotnosti osebnega zdravnika uveljavi zdravstveno oskrbo pri drugem zdravniku, ki dela kot osebni zdravnik pri izvajalcu, je **brezpredmetno v primerih samostojnih koncesionarjev.** Glede na navedeno predlagamo ustrezno dopolnitev oziroma popravek besedila odstavka.

K 62. členu:

V skladu z določilom šestega odstavka člena si prejšnji in novo izbrani osebni zdravnik izmenjata zdravstveno dokumentacijo, kar se nam zdi sporno v primerih, ko zavarovana oseba ne želi, da prejšnji zdravnik ve, kdo je novo izbrani. Glede na navedeno predlagamo spremembo besedila člena v smislu, da se dokumentacija ne posreduje novo izbranemu zdravniku neposredno, temveč na drug primeren način v skladu z Zakonom o varstvu osebnih podatkov (npr. v zapečateni kuverti jo prenese zavarovanec sam).

K 116. in 117. členu:

Glede na določila členov osebni zdravnik dva meseca pred iztekom 12-mesečnega roka (v primeru neprekinjene nezmožnosti za delo) oziroma 18-mesečnega roka (v primeru nezmožnosti za delo s prekinitvami) poda predlog invalidski komisiji za oceno, ali gre za trajnejšo zadržanost od dela oziroma ali ni mogoče pričakovati povrnitve delovne zmožnosti. Predlagamo, da se besedilo členov dopolni in sicer, da se **predlog invalidski komisiji lahko prekliče v primeru povrnitve delovne zmožnosti po izteku navedenih rokov** (zavarovana

oseba se lahko po 12-mesečni neprekinjeni odsotnosti vrne na delo, vendar je tedaj že v postopku presoje invalidske komisije). Prav tako **bi bilo besedilo potrebno dopolniti z določili o nadaljnjem postopku, pravicah in obveznostih sodelujočih v primerih, ko invalidska komisija zavrne predlog**, saj takšne situacije predlog zakona sploh ne omenja.

K 161. členu:

Določilo, da minister lahko določi omejitve povračila stroškov za čezmejno zdravstveno oskrbo, čezmejno zagotavljanje medicinskih in drugih pripomočkov ter čezmejno zagotavljanje zdravil in živil, če bi to pomenilo »...poseg v prevladujoče razloge v splošnem interesu, ...ali preveliko porabo finančnih, tehničnih in človeških virov z vidika obvladovanja stroškov.«, **ostro nasprotujemo**.

Čezmejno zdravstveno varstvo je zagotovljeno s predpisi EU, poleg tega je odobreno pod pogojem izpolnjevanja z zakonom določenih (strogih) pogojev. Ko so pogoji za čezmejno zdravstveno oskrbo izpolnjeni, ne sme biti razlogov, zaradi katerih bi bile naknadno te iste pravice omejene!

K 184. členu:

Kot zapisano v uvodnem delu, **je osnova za plačilo prispevka za zavarovane osebe iz 20. člena predloga zakona (upravičenci do plačila prispevka za obvezno zavarovanje), določena v višini 30 % zadnje znane povprečne letne plače zaposlenih v RS, preračunane na mesec, previsoka, saj občinam najmanj podvaja mesečno obveznost plačila prispevka ZZVS-ju ob enakem številu zavarovancev.**

Nelogično tudi je, da je po določitih ZZVZZ-1 višina prispevka za zavarovane osebe, ki naj bi ga plačevale občine (glede na podatke o povprečnih plačah v letu 2016 bi ta znašal 61,61 EUR), **skoraj trikrat večja od prispevka, ki naj bi ga plačevali samoplačniki** (glede na podatke o povprečnih plačah v letu 2016 bi ta znašal 26,61 EUR) – čeprav MOL v povprečju plačuje mesečni prispevek za zavarovanje za prb. 7.000 občank oz. občanov.

Kot zapisano v uvodnem delu, **občine pričakujemo s strani države zagotovljena potrebna sredstva pred prenosom tako obsežne finančne obveznosti, kot to določa 140. člen Ustave Republike Slovenije.**

K 188. členu:

Predlog zakona uvaja plačilo prispevkov tudi: od dohodkov iz drugega pravnega razmerja, iz naslova dejavnosti, od dohodkov iz kapitala in iz naslova posredovanja začasnega in občasnega dela dijakom in študentom. Z navedenim določilom **se ne strinjamo, saj gre za podvajanje obremenitev dohodkov** (za te dohodke se že plačuje dohodnina).

K 197. členu:

Glede na obstoječe besedilo člena je zavarovana oseba dolžna plačati celotno mesečno zdravstveno nadomestilo, četudi je zavarovana samo en dan v mesecu. **Navedeni določbi odločno nasprotujemo. Plačila zavarovalnih premij oziroma prispevkov so vedno vezana na dneve zavarovanja** (npr. avtomobilsko zavarovanje, zdravstveno zavarovanje samoplačnikov).

K 198. členu:

Iz besedila tretjega odstavka člena izhaja, da v postopkih, ki jih davčni organ začne na zahtevo stranke, prispevkov in zdravstvenega nadomestila za obvezno zavarovanje ni mogoče odpisati oziroma delno odpisati. **Določilo je sporno, saj domneva, da zahteva stranke nikoli ni upravičena**. Glede na navedeno je potrebno besedilo dopolniti na način, kot npr. za davčni postopek, da davčni organ zahtevo stranke z odločbo zavrne kot neutemeljeno ali pa zahtevi delno oz. v celoti ugotovi – kar pomeni tudi vračilo ali delno vračilo plačanih prispevkov oziroma zdravstvenega nadomestila.

K 199. členu:

S členom so določeni način in roki za odmero zdravstvenega nadomestila za obdobje 12 mesecev, vendar pa **predlog zakona ne predvideva možnosti spremembe bistvenih okoliščin zavezanca za plačilo zdravstvenega zavarovanja** (npr. zmanjšanje mesečnih dohodkov zaradi izgube zaposlitve). Glede na navedeno predlagamo dopolnitev besedila člena, ki bi zavezancem v takih primerih omogočala vložitev vloge za spremembo odmerjenega nadomestila.

K 212. členu:

Z drugim odstavkom člena je določeno, da v svet ZZZS ne morejo biti imenovani predstavniki izvajalcev zdravstvene dejavnosti in predstavniki pogodbenih partnerjev oziroma njihovih združenj. **Menimo, da je tako določilo diskriminatorno, saj ZZZS sodeluje v upravljanju več javnih zavodov preko svojih predstavnikov v njihovih svetih.** Menimo, da gre v obeh primerih za navzkrižje interesov. Glede na to se z določilom člena strinjamo, pod pogojem, da se tudi predstavniki ZZZS umaknejo iz svetov javnih zdravstvenih zavodov.

K 224. členu:

Glede na predlagano besedilo bo ZZZS enostransko opredelil t.i. »Program izvajanja zdravstvenih storitev«, čemur ostro nasprotujemo. Kot omenjeno v uvodnem delu, **tovrstna določila dajejo ZZZS zakonsko pooblastilo za samovoljno odločanje, kar je nesprejemljivo. Pri opredeljevanju programa izvajanja zdravstvenih storitev morajo imeti možnost sodelovanja vsi deležniki: predstavniki pristojnega ministrstva, ZZZS in predstavniki interesnih združenj oziroma zbornic** na podoben način, kot pri obstoječem Splošnem dogovoru. Glede na pristojnost za določanje mreže zdravstvene dejavnosti na primarni ravni **bi morale možnost sodelovanja imeti tudi lokalne skupnosti in civilna združenja.**

K 226. členu:

Iz določila petega odstavka izhaja, da v primeru, ko ZZZS ugotovi, da izvajalci v mreži javne zdravstvene službe daljše obdobje ne morejo zagotoviti izvajanja storitev, to sporoči pristojnemu organu lokalne skupnosti (v primeru programa na primarni ravni) ter da se na tej osnovi lahko sprejme koncesijski akt. Navedeno **besedilo v nasprotju z veljavnim Zakonom o zdravstveni dejavnosti lokalni skupnosti jemlje pristojnost, da samostojno odloča o mreži in izvajalcih zdravstvene dejavnosti na primarni ravni, in jo prenaša na ZZZS, kar je nedopustno in nezakonito.**

K 226. in 227. členu:

Iz besedila členov izhaja, da ZZZS na podlagi izhodišč in prioritet ministrstva za spremembe ali enkratno povečanje storitev ali programov izvede povpraševanje pri izvajalcih v mreži javne zdravstvene službe. Menimo, da je tako **povpraševanje upravičeno in smiselno le pri javnih zavodih, zato predlagamo ustrezno dopolnitev besedila.** Če gre za povečanje storitev ali programov **na primarni zdravstveni ravni, smo za določitev izvajalca (javni zavod ali koncesionar) pristojne lokalne skupnosti in ne ZZZS,** kar je prav tako potrebno vključiti v besedilo člena.

Iz drugega odstavka 227. člena izhaja, da program izvajanja zdravstvenih storitev med drugim vsebuje tudi določila za znižanje vrednosti pogodbe, v kolikor izvajalec storitev ali programov ne izvaja z zaposlenimi. Tako **določilo je krivično do izvajalcev, saj so le-ti zaradi opravičenih odsotnosti zaposlenih (npr. primeri bolezni, poroda in poškodb izven dela ali primeri poškodb pri delu in poklicnih boleznih) včasih primorani sklepati pogodbe z drugimi zdravstvenimi delavci ali izvajalci.** Glede na navedeno predlagamo ustrezno dopolnitev besedila osme alineje drugega odstavka člena.

K 228. členu:

Besedilo člena določa, da lahko ZZZS v primeru zmanjšanja prihodkov ali povečanja odhodkov izvajalcem zniža cene za do 3 % v posameznem letu, čemur ostro nasprotujemo. Tako **določilo daje ZZZS neupravičeno prednost v pogodbenem razmerju z izvajalci storitev oziroma programov**. Če se izkaže, da izvajalci lahko opravijo storitve po nižji ceni, naj temu ustrezno sklenejo pogodbe v znižanih zneskih, v nasprotnem primeru pa ni razloga niti upravičenja za takšno zniževanje pogodbenih vrednosti. Krivično je, da bi s takimi določili zavod lahko zmanjšal odhodke, medtem ko bi bili izvajalci storitev postavljeni pred dejstvo, da njihov prihodek ne bo pokrival vseh stroškov. V nasprotju z določili 227. člena, kjer so opredeljene možnosti sankcioniranja izvajalcev v primeru neizvedenih programov oziroma možnosti ZZZS da odpove pogodbo, pa **s tem členom niso predvidene tudi sankcije zoper ZZZS v primeru zmanjšanja ali zaostanka plačil za izvedene storitve oziroma programe**.

K 229. členu:

Iz besedila drugega odstavka člena izhaja, da se s pogodbo, ki jo ZZZS ponudi v sklenitev izbranemu izvajalcu v mreži javne zdravstvene službe, opredeli tudi »rok za izvedbo storitev«. Navedeno **določilo je po našem mnenju nepotrebno**. Rok za izvedbo zdravstvenih storitev je lahko le obdobje veljavnosti pogodbe oziroma koledarsko leto (ni mogoče npr. opredeliti, da se do 31. 3. izvede 20 operacij kile ali opravi 1.000 obiskov pri splošnem zdravniku – dejansko število je odvisno od števila obolelih), če pa je glede na vrsto zdravstvene storitve to potrebno, se časovna obdobja lahko podrobneje opredelijo v posamezni pogodbi.

K 230. členu:

V skladu z določili člena se v primeru, ko izvajalec v osmih dneh od prejema ponujene pogodbe ne podpiše, šteje, da odstopa od sklenitve pogodbe in da izstopa iz mreže javne zdravstvene službe, ZZZS pa v tem primeru program praviloma dodeli drugemu izvajalcu.

Z navedenim določilom se ZZZS dodeljujejo izjemne zakonske pristojnosti, zato mu ostro nasprotujemo. O izstopu iz mreže javne zdravstvene službe zaradi zavrnitve podpisa pogodbe bi v primeru, če gre za izvajalca na primarni ravni zdravstvene dejavnosti, morale biti obveščene občine kot ustanoviteljice javnih zavodov oziroma kot koncedenti. O tem, kdo bo prevzel program izvajalca, ki je izstopil iz mreže (javni zavod ali koncesionar) na primarni ravni, glede na obstoječi Zakon o zdravstveni dejavnosti odločajo zgolj občine.

K 298. členu:

Besedilo člena določa, da lahko ZZZS zahteva povračilo škode tudi neposredno od zavarovanca v primerih, ko je povzročil dejanja, ki imajo za posledico njegovo poškodbo, bolezen ali okvaro zdravja, četudi je tak primer pokrit z zavarovanjem po tem zakonu. V primerjavi z občutno povečanimi finančnimi obveznostmi zavarovancev iz naslova plačil za obvezno zavarovanje **dajejo taka določila možnost ZZZS-ju za vložitev zahtevka za skorajda vsa dejanja zavarovancev** (npr. padec s kolesom; prečkanje cestišča pri zeleni luči, ko voznik avtomobila spregleda pešca; zvin gležnja pri hoji; uživanje nezdrave hrane; izpostavljenost stresu, itd.), **zato temu ostro nasprotujemo** in predlagamo smiselne opredelitve regresnih zahtevkov.

K 315. členu:

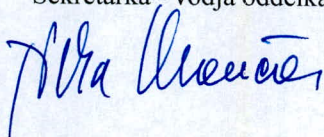
V skladu z določili člena bi ZZZS v svoji zbirki podatkov vodil **tudi podatke o zdravstvenih stanjih zavarovanih oseb in stroških njihove zdravstvene oskrbe, čemur ostro nasprotujemo**, saj ni razlogov za vodenje takih osebnih podatkov. Menimo, da ima ZZZS do takih podatkov pravico npr. v primerih obravnavanja pritožb, predlogov za čezmejno zdravstveno oskrbo, daljše nezmožnosti za delo ali podobno, ne pa v vseh primerih. S tako zbranimi podatki bi se lahko tudi manipuliralo oziroma bi bili lahko zlorabljeni za načrtovanje novih lestvic in kriterijev za prispevke in oblikovanje košaric v škodo zavarovancev. Z vsemi tovrstnimi postopki bi se tudi temeljito zamajala osrednja solidarnostna podlaga slovenskega zdravstvenega zavarovanja.

Kot poudarjeno v uvodnem delu, nasprotujemo temu, da se predlog tako pomembnega zakona daje v javno razpravo v nasprotju s pravili in standardi s področja priprave predpisov, brez vseh zahtevanih vsebin. Svoje mnenje in pripombe k posameznim členom smo lahko oblikovali le na osnovi predvidevanj oziroma ugibanja, kaj naj bi določila nekaterih členov pomenila, saj ni pojasnil, ki bi v primerih dvomov bila v pomoč. Nepojmljivo je predvideno tolikšno zvišanje vplačil v zdravstveno blagajno ob hkratnem izjemnem krčenju pravic zavarovancev. Kolikšno bo v resnici krčenje pravic, ni mogoče točno opredeliti, saj so »košarice storitev« iz predloga v celoti izpuščene in prepuščene opredelitvi ZZZS. Enostavno povedano bomo vsi zavezanci za zavarovanje plačevali več, ne vemo pa, kaj bomo plačevali oziroma kaj bomo za vplačila sploh dobili. ZZZS naj bi očitno bil tisti, ki bo povsem samostojno in neodvisno razpolagal z eno največjih javnih blagajn v državi in določal, katere pravice nam bo priznal in katerih ne.

Predlagamo, da se besedilo predloga zakona oblikuje v sodelovanju z vsemi deležniki (pristojno ministrstvo, ZZZS, izvajalci storitev, lokalne skupnosti, interesna združenja in zbornice ter civilna družba), saj bi po našem mnenju le na tak način prišli do spodobnega zakona.

Lepo pozdravljeni,

Pripravila:
Tilka Klančar
Sekretarka - vodja oddelka



Župan
Zoran Janković

