



**REPUBLIKA SLOVENIJA
DRŽAVNI ZBOR**

Poslanci Državnega zbora

Ljubljana, 06.09. 2011

Državnega zbora Republike Slovenije
Gospod Ljubo Germič, predsednik

REPUBLIKA SLOVENIJA - DRŽAVNI ZBOR

Prejeto:	06-09-2011	
Šifra:	500-01/11-10/1	
Povezava:		
EPA:	2089-V	EU:
Sign. zn.:		
Kratika:		

Na podlagi 88. člena Ustave Republike Slovenije (Uradni list RS, št. 33/91-I, 42/97, 66/00), 19. člena Zakona o poslancih (Uradni list RS, št. 48/92, 15/94, 19/94, 44/94), 114. in 142. člena Poslovnika Državnega zbora Republike Slovenije (Uradni list RS, št. 35/2002, 60/06 in 64/07) vlagamo

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

Državnemu zboru predlagamo, da predlog zakona o spremembah in dopolnitvah obravnava po skrajšanem postopku, saj gre za manjšo spremembo zakona.

Priloga:
Podpisi poslank in poslancev

Ime in Priimek

Podpis

MILJDA SIRCA - RAVNIKAR

dr. ANDREJA ČRNAK PEGLIČ

ALOŽIJA POŽENIK

TADEJ SLATNIK

Ljubo GERMIČ

Štefan ŠOŠTAR

VILI DEŽMAN

Štefan Žangerl

Loisla GONER

Franco JURI

Franci KEC

I. NASLOV ZAKONA

PREDLOGA ZAKONA O SPREMEMBAH IN DOPOLNITVAH ZAKONA O ZDRAVSTVENEM VARSTVU IN ZDRAVSTVENEM ZAVAROVANJU (ZZVZZ)

II. UVOD

1. Ocena stanja in razlogi za sprejem zakona

Obstoječi zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-UPB3; Uradni list RS, štev. 72/06, 91/07 in 76/08) v 15. členu določa kategorije zavarovancev, ki jih razvrščamo v 25. kategorij. 20. člen zakona določa, da so otroci zavarovani kot družinski člani zavarovanca, pod pogoji kot jih določa zakon. Na podlagi obstoječega 78.a člena pa se zavarovancem in njihovim družinskim članom v času, ko nimajo poravnanih prispevkov, zadržijo njihove pravice do zdravstvenih storitev in denarnih dajatev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Do takrat lahko uveljavljajo na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja le nujno zdravljenje.

Ob eskalaciji primerov oziroma ugotovitev o neporavnanih obveznostih na področju zdravstvenega zavarovanja v praksi prihaja do primerov, ko otroci zavarovancev, katerim delodajalec ni poravnal obveznih prispevkov, ne morejo priti do zdravniške pomoči, razen v primerih, ko je le ta nujna. Na anomalije na tem področju je bil zaradi velikega števila teh primerov, opozorjen tudi urad varuha človekovih pravic. Ta je na podlagi prejetih dejstev ocenil, da zaradi neporavnanih prispevkov prihaja do oteženega ali celo preprečenega uveljavljanja otrokovih pravic, kamor sodi tudi zdravniška pomoč, ki jih zagotavlja Konvencija združenih narodov o otrokovih pravicah.

V navedbah Varuha v poročilu za leto 2010 je jasno, da nujno zdravljenje nikakor ne zagotavlja vseh zdravstvenih storitev, ki naj bi bile otroku na voljo in ki zagotavljajo njegovo zdravje in razvoj. Še bolj pomembno opozorilo pa je, da trenutna zakonodaja, otroku ne zagotavlja njegove pravice do najvišje dosegljive ravni zdravja in do storitev ustanov za zdravljenje in zdravstvene rehabilitacije, kot je to določeno v 24. členu Konvencije o otrokovih pravicah.

Kot je nadalje navedeno v letnem poročilu, imajo starši pravico in dolžnost vzdrževati, izobraževati in vzgajati svoje otroke, kot je to določeno v 54. členu ustave Republike Slovenije. Varuh človekovih pravic opozarja, da med omenjene pravice in dolžnosti spada tudi dolžnost zagotavljanja primerne zdravstvene nege in skrbi, ko jo otroci potrebujejo. Ob tem 56. člen ustave določa, da otroci uživajo posebno varstvo in skrb, zaradi česar bi morala država s svojimi mehanizmi posredovati takoj, ko se izkaže, da so te otrokove pravice in dolžnosti ogrožene zaradi ravnanja ali opustitve njihovih staršev oziroma skrbnikov. V primeru neplačevanja prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje s strani enega od staršev pa država ni posredovala in kot to določa zakon, otroku nudi le nujno zdravstveno pomoč.

Glede na ustavne določbe, ki so širše, kot so določila tega zakona, je potrebno dikcije zakona, ki med zavarovance štejejo tudi njihove otroke, ustrezno spremeniti.

Dejstvo je, da trenutna zakonska ureditev v določeni meri krši otrokom zagotovljene pravice, saj ti nimajo nikakršnega vpliva na izpolnjevanje z zakonom določenih obveznosti do obveznega zdravstvenega zavarovanja niti nimajo možnosti, da bi bili obvezno zavarovani kot posebna kategorija upravičencev.

Med drugim pa je potrebno omeniti tudi neenakost pri dostopnosti otrok do vseh zdravstvenih storitev, saj so otroci iz 24. točke 15. člena zakona zavarovani ne glede na plačilo prispevka in pod pogojem da se šolajo in niso zavarovani kot družinski člani, kar pomeni, da imajo tisti otroci, ki jih starši niso prijavi,li v obvezno zdravstveno zavarovanje več pravic kot otroci staršev, ki so otroke prijavi,li, niso pa plačali z zakonom določenega prispevka.

Vlada je na predlog ministrstva za zdravje 20. julija 2011 potrdila dokument "Nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020 "Korak naprej"", ki v poglavju "3.2. Finančna vzdržnost zagotavljanja zdravstvenega varstva" v podpoglavju "3.2.1. Redefiniranje statusa zavarovanih oseb" spreminja sistem 25 tipov zavarovancev, ki so vključeni v obvezno zdravstveno zavarovanje. V novem zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju namerava obstoječe tipe kategorij združiti v pet skupin glede na njihovo osnovno delo oziroma dejavnost, med katere kot posamezna kategorija niso vključeni otroci.

Predlagatelji smo prepričani, da je potrebno, ne glede na prihajajočo novelo ZZVZZ s strani vlade, nemudoma urediti področje zdravstvenega varstva in zavarovanja otrok, in jim na ta način omogočiti dostopnost do vseh zdravstvenih storitev ne glede na vplačilo prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje.

2. Cilji, načela in poglavitne rešitve predloga zakona

Glavni cilj predloga zakona je omogočiti popolno uveljavljanje otrokovih pravic na področju zdravja, ki poleg nujnega zdravljenja vključuje tudi druge storitve zdravljenja zdravstvenih ustanov in zdravstveno rehabilitacijo iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Rešitev so spremembe obstoječega 78. a člena, ki omejuje (razen nujnega zdravljenja) dostop do zdravstvenih storitev vsem družinskim članom, med katere sodijo tudi otroci oziroma širši družinski člani, določeni v 20. členu, kar vzpostavlja neenakost med otroci, ki so zavarovani preko svojih družinskih članov in tistimi, ki so kot zavarovanci določeni v 24. točki 15. člena. S spremembo člena za zavarovanceve otroke in otroke, ki so z odločbo pristojnega organa nameščeni v družino z namenom posvojitve; pastorko, ki jih zavarovanec preživlja, vnuko, brate, sestre in druge otroke brez staršev, ki jih je zavarovanec vzel k sebi in jih preživlja, ob pogojih, ki jih določa zakon za otroke; **ne velja** določba o zadrževanju njihovih pravic do zdravstvenih storitev, razen nujnega zdravljenja. Ne glede na neporavnane obveznosti plačevanja prispevkov s strani zavarovancev (staršev in ostalih skrbnikov), imajo vsi otroci pravice do vseh zdravstvenih storitev iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Osnovno načelo je zagotoviti uveljavitev vseh otrokovih pravic, kot to izhaja iz sprejete Konvencije Združenih narodov o otrokovih pravicah, za njihovo zdravje in

razvoj; torej zagotavljanje najvišje dosegljive ravni zdravja in storitev ustanov za zdravljenje in zdravstveno rehabilitacijo.

3. Ocena finančnih posledic predloga zakona za državni proračun in druga javna finančna sredstva

Predlog zakona ne bo imel finančnih posledic za državni proračun in druga javna finančna sredstva, saj so otroci danes preko svojih staršev oziroma skrbnikov (zavarovancev v okviru osnovnega zdravstvenega zavarovanja) zdravstveno zavarovani.

Proračun Slovenije že v okviru trenutno veljavne zakonodaje za zavarovane osebe z nižjimi dohodki zagotavlja kritje plačila razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev za socialno ogrožene kategorije njihovih otrok in s tem posledično njihovih otrok.

Za zavezance, ki svojih obveznosti plačevanja prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje niso plačali, po trenutno veljavnem zakonu pripada pravica do nujnega zdravljenja, kar velja tudi za njihove otroke. Število otrok, ki so trenutno upravičeni zgolj do nujnega zdravljenja je sicer na srečo zanemarljivo, zato dodatna proračunska sredstva niso potrebna.

Otroci iz 24. točke prvega odstavka 15. člena zakona pa so zavarovani ne glede na plačilo prispevka in pod pogojem, da se šolajo in niso zavarovani kot družinski člani.

4. Navedba, da so sredstva za izvajanje zakona v državnem proračunu zagotovljena

Za izvajanje zakona dodatna sredstva iz proračuna ne bodo potrebna.

5. Prikaz ureditve v drugih pravnih sistemih in prilagojenost predlagane ureditve pravu Evropske unije

Predlagana ureditev v tem zakonu ni predmet usklajevanja s pravom Evropske unije. Zakonodaja s področja zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja je v večji meri predmet nacionalne zakonodaje.

V državah Evropske unije se zdravstvena in z njo povezana socialna varnost zagotavljata na dva osnovna načina: s sistemom nacionalne zdravstvene službe in sistemom socialnega (obveznega) zdravstvenega zavarovanja. Temelj obeh je načelo solidarnosti, ki predpostavlja, da vsak član skupnosti po svojih ekonomskih zmožnostih prispeva k pokrivanju stroškov zdravljenja vsem članom (solidarnostne) skupnosti oziroma državljanom, ko ali če ga potrebujejo.

Slovenijo uvrščamo med države s socialnim zdravstvenim zavarovanjem (»Bismarckov« model), ki ga imajo države, kot so Nemčija, Avstrija, Nizozemska, Francija, Belgija, Luksemburg. Ta model uveljavljajo tudi v večini novih članic Evropske unije, čeprav so med njimi tudi sistemi, ki so v večji meri povezani z državnimi oziroma proračunskimi načini upravljanja zdravstvenega varstva. Države

Evropske unije, kjer so v veljavi nacionalne zdravstvene službe (»Beveridgov« model), so Velika Britanija, Irska, Švedska, Finska, Danska, Španija, Portugalska, Italija in Grčija.

Nemčija

Nemčija je domovina socialnega zdravstvenega zavarovanja, imenovanega tudi Bismarckov model zdravstvenega zavarovanja. V začetku svojega nastajanja (ob koncu 19. stoletja) je bilo to le delavsko zavarovanje, šele pozneje pa se je razširilo na obrtnike in druge samozaposlene ter nekatere druge kategorije zavarovanih oseb. Ker je bilo v samih začetkih javno zavarovanje zgolj delavsko, se lastniki podjetij in tovarn, njihovi direktorji in premožnejši zaposleni niso mogli vključiti v takšno zavarovanje. Takrat so smatrali, da imajo te osebe dovolj dohodka, da si lahko same zagotovijo ustrezno zdravstveno varnost z lastnimi sredstvi in pri tem ne potrebujejo solidarnostne pomoči drugih. Izključeni iz zakonskega, obveznega zavarovanja so bili tudi uradniki in javni uslužbenci, saj jim je vse stroške zdravljenja zagotavljala država (dežele) neposredno iz proračunskih sredstev.

Danes zaposleni z dohodkom nad določenim zneskom lahko sklenejo nadomestno prostovoljno zdravstveno zavarovanje, ki se izvaja po podobnih tehničnih osnovah kot življenjska zavarovanja. Zanj se odločajo predvsem mladi, ker je premija za starejše bistveno višja kot v zakonskem obveznem zavarovanju. Za ta zavarovanja veljajo tudi posebna pravila, ki varujejo interese zavarovalcev, zavarovancev in upravičencev kakor tudi pravila, ki omogočajo medgeneracijsko solidarnost in s katerimi država varuje javni interes.

Avstrija

Avstrija ima sicer socialno zdravstveno zavarovanje, ki pa ima nekatere posebne ureditve. Vsi prebivalci so sicer vključeni v obvezno zdravstveno zavarovanje, a pri različnih nosilcih socialnih zavarovanj. Pravice zavarovancev so opredeljene v zakonu, deloma pa jih urejajo tudi statuti bolniških blagajn. To velja predvsem za postopke in načine uveljavljanja pravic zavarovanih oseb. Zavarovanje se financira s prispevki delodajalcev in zavarovancev, deloma pa tudi s sredstvi zveznega in deželnih proračunov in občin.

Irska

Irska ima specifično in svojstveno ureditev zdravstvenega varstva. Zakon daje vsem prebivalcem pravico do zdravstvenega varstva. Socialno šibkejši prejmejo posebno kartico, s katero uveljavljajo svoje potrebe po zdravstvenih storitvah v javni zdravstveni službi z minimalnimi doplačili ali celo brez njih. Ostali prebivalci imajo možnost izbire med javnim sistemom in privatnim zavarovanjem, pri čemer je javno »zavarovanje« posnetek organizacije angleške Nacionalne zdravstvene službe (NHS). Ob uveljavljanju pravic v javnem zavarovanju so zavarovanci dolžni plačati določen znesek doplačil za zobozdravstvene storitve, zdravila ter bolnišnično zdravljenje in jih morajo uveljavljati le v javnih (državnih) zmogljivostih. Ta del se financira iz proračuna, v katerega vplačujejo vsi davčni zavezanci.

6. Druge posledice, ki jih bo imel sprejem zakona

Zakon ne bo imel drugih posledic.

III. BESEDILO ČLENOV

1. člen

V Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-UPB3; Uradni list RS, številki 72/06, 91/07 in 76/08) se v 78. a členu doda novi drugi odstavek, ki se glasi:

"Ne glede na prejšnji odstavek, se družinskim članom iz 2. podtočke "a" točke in 1. in 2. podtočke "b" točke prvega odstavka 20. člena tega zakona, v času ko njihovi družinski člani, po katerih so zavarovani, nimajo poravnanih obveznosti plačevanja prispevkov, ne zadržijo njihove pravice do zdravstvenih storitev."

Doda se novi tretji odstavek, ki se glasi:

"Ne glede na določbe 60. člena tega zakona Zavod plačilo zdravstvenih storitev oziroma prispevek iz 3. točke 46. člena tega zakona za družinske člane iz prejšnjega odstavka odpiše, delno odpiše, odloži ali dovoli obročno odplačilo skladno s tem zakonom . Postopek za odpis, delni odpis, odlog ali obročno odplačilo začne Zavod po uradni dolžnosti."

V drugem odstavku, ki postane četrti odstavek, se besedilo "prejšnjega odstavka" nadomesti z besedilom "prvega odstavka tega člena".

KONČNA DOLOČBA

2. člen

Ta zakon začne veljati 15 dni po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije.

IV. OBRAZLOŽITEV ČLENOV

K 1. členu

Obstoječi 78. a člen omejuje (razen nujnega zdravljenja) dostop do zdravstvenih storitev vsem družinskim članom, med katere sodijo tudi otroci oziroma širši družinski člani, določeni v 20. členu. S tem se po eni strani vzpostavlja neenakost med otroci, ki so zavarovani preko svojih družinskih članov in tistimi, ki so kot zavarovanci določeni v 24. točki 15. člena. Poleg tega pa smo predlagatelji tega zakona prepričani, da otroci ne smejo biti podvrženi vplačilom oziroma ne-vplačilom prispevkov zavarovancev, v večini s strani delojemalcev, saj jim kot takim pripadajo vse storitve v okviru zdravstvenega varstva. Zato s spremembo člena za zavarovančeve otroke in otroke, ki so z odločbo pristojnega organa nameščeni v družino z namenom posvojitve; pastorko, ki jih zavarovanec preživlja, vnuke, brate, sestre in druge otroke brez staršev, ki jih je zavarovanec vzel k sebi in jih preživlja, ob pogojih, ki jih določa za zakon za otroke; ne velja določba o zadrževanju njihovih pravic do zdravstvenih storitev, razen nujnega zdravljenja. Ne glede na neporavnane obveznosti plačevanja prispevkov s strani zavarovancev, imajo vsi naštetih pravice do vseh zdravstvenih storitev iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Ne glede na določbe 60. člena tega zakona Zavod plačilo zdravstvenih storitev oziroma prispevek iz 3. točke 46. člena tega zakona za družinske člane oziroma otroke odpiše, delno odpiše, odloži ali dovoli obročno odplačilo skladno s tem zakonom. Postopek za odpis, delni odpis, odlog ali obročno odplačilo začne Zavod po uradni dolžnosti.

K 2. členu

Določa veljavnost zakona in sicer začne zakon veljati 15 dan po objavi v Uradnem listu republike Slovenije.

V. ČLEN, KI SE SPREMINJA**78.a člen**

Zavarovancem iz 4., 5., 6., 7., 8., 11., 12., 13., 14. in 20. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona ter njihovim družinskim članom se v času, ko nimajo poravnanih obveznosti plačevanja prispevkov, zadržijo njihove pravice do zdravstvenih storitev in denarnih dajatev iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja. Do takrat lahko uveljavljajo na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja le nujno zdravljenje.

Obseg pravic do nujnega zdravljenja iz prejšnjega odstavka določi zavod v svojih aktih.