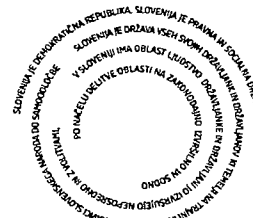




REPUBLIKA SLOVENIJA
DRŽAVNI ZBOR

Šubičeva ulica 4, 1000 Ljubljana
t: 01 478 94 00, f: 01 478 98 45, e: gp@dz-rs.si, www.dz-rs.si

Državni zbor Republike Slovenije
Skupina poslank in poslancev
(prvopodpisani Miha Kordiš)



DRŽAVNI ZBOR REPUBLIKE SLOVENIJE

Prejeto:	10-06-2020		
Šifra:	500-01/20-3811		
Povezava:			
EPA:	1205-VIII	EU:	
Sign. zn.:			
Kratika:			

Ljubljana, 10. junij 2020

Na podlagi 88. člena Ustave Republike Slovenije (Uradni list RS, št. 33/91-I, 42/97, 66/00, 24/03, 69/04, 68/06, 47/13 in 75/16), 19. člena Zakona o poslancih (Uradni list RS, št. 112/05 – uradno prečiščeno besedilo, 20/06 – ZNOJF-1, 109/08, 39/11 in 48/12) in 114. člena Poslovnika Državnega zbora (Uradni list RS, št. 92/07 – uradno prečiščeno besedilo, 105/10, 80/13 in 38/17) podpisani poslanki in poslanci vlagamo

**PREDLOG ZAKONA O DOPOLNITVI ZAKONA O ZDRAVSTVENEM VARSTVU IN
ZDRAVSTVENEM ZAVAROVANJU**

ki vam ga pošiljamo v obravnavo in sprejem po rednem postopku na podlagi 114. in 115. člena Poslovnika Državnega zbora.

Na sejah Državnega zbora in na sejah matičnega delovnega telesa bo v imenu predlagateljev sodeloval poslanec Miha Kordiš.

Prilogi:

- Predlog Zakona o spremembi Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju
- Podpisi poslank in poslancev
 - Miha Kordiš
 - Nataša Sukič

- Boštjan Koradžija
- Željko Cigler
- Primož Siter
- dr. Matej T. Vatovec
- Luka Mesec
- Violeta Tomić

PREDLOG ZAKONA O DOPOLNITVI ZAKONA O ZDRAVSTVENEM VARSTVU IN ZDRAVSTVENEM ZAVAROVANJU

I. UVOD

Slovenski javni zdravstveni sistem se je uspešno soočil s povečanimi potrebami in dodatnimi obremenitvami v času epidemije koronavirusa. Epidemija je razkrila vso bedo privatne zdravstvene dejavnosti in njene faktične neučinkovitosti. Po drugi strani pa je v pravi luči prikazala javni zdravstveni sistem, ki je edini, ki se s takimi pojavi lahko kosa, ter edini, ki lahko sistemsko in dolgoročno zagotovi kakovostne ter vsem dostopne zdravstvene storitve. V Raziskovalno-dokumentacijskem sektorju Državnega zbora so zapisali: »Trenutna kriza kaže na pomen univerzalnega zdravstvenega varstva kot ključnega elementa za stabilnost zdravstvenih sistemov«. ¹ In samo javno zdravstvo je lahko resnično univerzalno. Slovenija ima od leta 1992 t. i. bismarckov sistem financiranja zdravstva, kar pomeni, da se slednje v veliki meri financira iz prispevkov za zdravstveno zavarovanje. Tako se je leta 1992 z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju namesto proračunskega financiranja ponovno uvedlo obvezno zavarovanje, katerega nosilec je postala samostojna pravna oseba Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: Zavod). Ker slovenski javni zdravstveni sistem v pretežni meri temelji na financiranju iz prispevkov, je močno dovzeten za gospodarska nihanja in za rast brezposelnosti, torej je izredno ciklični in neodporen na krize. Poleg tega sistem, postavljen tako kot je, ne vključuje nikakršnih smiselnih varovalk, ki bi predstavljale varnostno blazino v primeru kriz. To varnostno blazino pa sistem nujno potrebuje, saj gre za zagotavljanje temeljne človekove pravice dostopa do zdravstvenih storitev, ki ne sme biti odvisna od gospodarskih ciklov. Sistem ima na ravni financiranja vsaj dve temeljni pomankljivosti.

Prva pomankljivost, ki jo odpravlja predlagana novela, je odsotnost proračunske varovalke, na podlagi katere bi se v času krize primankljaj Zavoda sofinanciral neposredno iz proračuna Republike Slovenije. Odsotnost te varovalke je v resnici anomalija, saj drugi večji sistem socialne varnosti v Sloveniji - pokojninski - tovrstno varovalko vsebuje. Tako Republika Slovenija iz proračuna in drugih virov zagotavlja ZPIZ-u sredstva, če prihodki od prispevkov za obvezno pokojninsko in invalidsko zavarovanje ne pokrijejo odhodkov. Državni proračun je v letu 2019 za pokojnine prispeval 965.000.000 evrov. Jasno je, da pokojnine ljudem pripadajo in da obstaja obveznost države, da ZPIZ-u pri izplačevanju pomaga. Zakaj to ni samoumevno, ko govorimo o zdravstveni blagajni? Zdravstvene storitve ljudje potrebujejo, prav tako kot potrebujejo pokojnine, in prav nobenega razloga ni, da tudi tu ne bi javne blagajne sofinanciral proračun. Slovenija je v Evropski uniji ena izmed držav, v kateri se bodo javni izdatki zaradi staranja populacije do leta 2060 najbolj povečali. Izdatki za zdravstvo se bodo med letoma 2010 in 2060 predvidoma povečali od 0,5 do 2,6 odstotka bruto domačega proizvoda (BDP). ² Zelo verjetno je, da bo odstotek še višji, saj je bila ocena narejena pred epidemijo koronavirusa, ki je

¹ Zdravstveni sistemi in COVID-19, Primerjalni pregled, mag. Mojca Pristavec Đogič, str. 6

² Zdravstveni sistemi, Primerjalni pregled, 1. del, mag. Andrej Erar et al.

otežila izvajanje zdravstvene dejavnosti, jo otežila in s tem tudi podražila. Proračunsko sofinanciranje bi bil edini smiseln korak, ki bi naslovil rastoče potrebe na področju zdravstva. Sistem pa je žal postavljen tako, da se finančni pritiski absorbirajo preko krčenja pravic in zniževanja odstotkov kritja iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Kar vodi k drugi največji pomanjkljivosti v financiranju zdravstvenega sistema v Sloveniji.

Druga pomanjkljivost obstoječega sistema je dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ki obstaja dobesedno kot krizni odvod, preko katerega se povečano breme financiranja zdravstvenega varstva vedno znova prenaša na posameznike, paciente in bolnike. Vsako znižanje odstotkov vrednosti, v katerih so zavarovanim osebam krite pravice do plačila zdravstvenih storitev iz 23. člena ZZVZZ, pomeni povečan delež kritja iz dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. To pa posledično vodi v dvig premij dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, v slabšanje položaja najbolj ogroženih in dejansko povečevanje neenakosti v družbi. 36 evrov za nekoga na minimalni plači in nekoga z nadpovprečno plačo namreč nikakor ni enako. Ob tem je treba dodati, da dopolnilno zavarovanje nikakor ni "prostovoljno", saj je brez njega praktično onemogočen dostop do velikega dela zdravstvenih storitev. Tako je znižanje odstotka kritja iz obveznega zavarovanja za 5 % v času ZUJF pomenilo povišanje premij, povečanje neenakosti in 88 milijonov letno več za komercialne zavarovalnice.

Ti dve sistemski pomanjkljivosti vse od leta 1992 nista bili odpravljene. Napovedane celostne reforme so ena za drugo padale v vodo, tako da smo prišli do točke, kjer se bo sistem bodisi zlomil, bodisi transformiral v nepravičen in nedostopen privatiziran servis, ki ne bo omogočal zdravstvene varnosti, kot jo je do sedaj. Edina smiselna rešitev je uvedba preprostega proračunskega kritja povečanih odhodkov Zavoda po vzoru financiranja pokojninske blagajne. To je tudi cilj tega predloga zakona.

1. OCENA STANJA IN RAZLOGI ZA SPREJEM ZAKONA

Slovenski javni zdravstveni sistem je podfinanciran in preveč odvisen od virov, torej prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje. Ob rastočih stroških zdravstvenih storitev in vse večjemu številu bolniških odsotnosti, ki gredo v breme Zavoda, se sredstva za zdravstvo bistveno ne povečujejo. Prenos nezdravstvenih storitev, ki jih plačuje Zavod, na proračun se dogaja prepočasi, ob tem pa je epidemija koronavirusa pokazala še dodatno potrebo po povečanem financiranju zdravstvenega sistema.

Podfinanciran zdravstveni sistem

Kot ugotavlja NIJZ »trend manjšanja javnih virov pri financiranju zdravstvenega varstva beležimo od leta 2010 naprej, kar neposredno vodi k večanju zasebnih virov pri financiranju zdravstvenega varstva – predvsem se je povečal delež sredstev iz naslova zavarovalnic.«³ Kot je razvidno iz spodnje tabele, vsa sredstva za zdravstvo v deležu BDP vztrajno padajo že

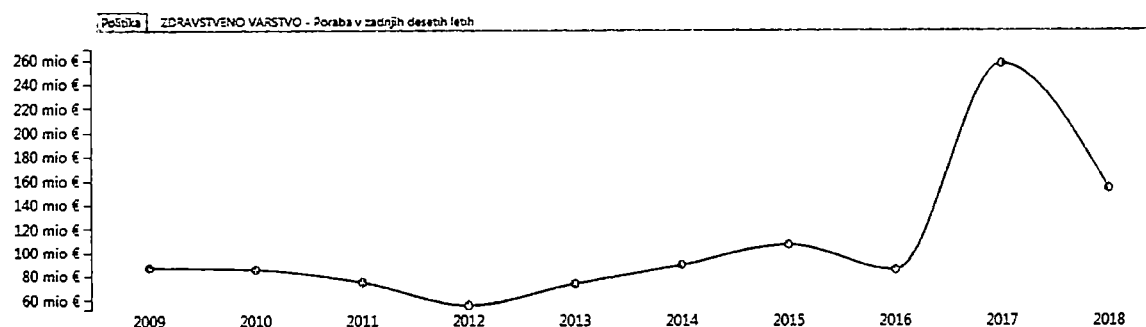
³ NIJZ: Zdravstveni statistični letopis, 9. Izdatki in viri financiranja zdravstvenega sistema, str. 3

od leta 2010. Prav tako pada delež javnih virov, ki jih namenjamo za zdravstvo. Glede na relativno rast BDP to pomeni, da za zdravstvo namenjamo vse manj.

Leto	Sredstva za zdravstvo v odstotku BDP	Javna sredstva za zdravstvo v odstotku BDP
2010	8,6	6,3
2011	8,6	6,3
2012	8,8	6,3
2013	8,8	6,3
2014	8,5	6,1
2015	8,5	6,1
2016	8,5	6,2
2017	8,2	5,9
2018	7,9	5,8

(Vir: OECD, Health expenditure and financing)⁴

Delež sredstev, ki jih za zdravstvo Slovenija namenja iz proračuna kot delež vseh sredstev za zdravstvo, je med najnižjimi v EU in znaša 4 %. Manj iz proračuna namenja zgolj Hrvaška. V obdobju od leta 1993 do vključno leta 2015 je znašal delež ministrstva za zdravje v celotnem proračunu v povprečju 0,9 odstotka državnega proračuna.⁵ V sprejetem proračunu za leto 2020 znaša delež Ministrstva za zdravje 195.741.950 evrov, kar znese 1,8 % celotnega proračuna. To je rahlo več kot v preteklih letih, a še vedno zanemarljivo. Kot je razvidno iz spodnjega grafa, so neposredna proračunska sredstva za zdravstvo izredno majhna:



⁴ Dostopno na: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA> (4.6.2020)

⁵ Računsko sodišče, Revizijsko poročilo: Organizacijski in kadrovski izzivi zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji, str. 11.

(Vir: <https://proracun.gov.si/>)

Nizko proračunsko financiranje zdravstva se je v preteklosti, žal neuspešno, poizkušalo vsaj delno popraviti. Državni zbor je namreč že v Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja« (Uradni list RS, št. 25/16) v poglavju 6.4 Solidarno, pravično in vzdržno financiranje zdravstvenega varstva kot specifični cilj določil, »s pravicami čim bolj polno obvezno zdravstveno zavarovanje, ki je očiščeno vsebin, ki vanj ne sodijo (kot npr. specializacije zdravnikov, pripravništvo ipd.)«. Kljub temu se do danes stroški specializacij, pripravništev in terciarja še niso v celoti prenesli na proračun RS. Prav nasprotno, z Zakonom o spremembah Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 66/19) je zakonodajalec določil, da se kritje razlike do celotne vrednosti financiranja pripravništva zdravstvenih delavcev in sodelavcev ter specializacij s strani Zavoda podaljša še za eno leto, v leto 2020. To je zakonodajalec storil, čeprav ne gre za ogromna sredstva, čeprav je s tem Zavod spravil v nezavidljiv položaj, čeprav v trenutku ko je Državni zbor sprejel predlog zakona niti Proračun še ni bil sprejet in čeprav sredstva za specializacije in pripravništva ne sodijo v financiranje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Stroški Zavoda ob vsem tem strmo naraščajo. Če so še leta 2010 odlivi Zavoda znašali 2 milijardi 350 milijonov evrov, so v letu 2019 ti odlivi znašali 3 milijarde 41 milijonov evrov. Da je zdravstveni sistem kronično podfinanciran in da je potrebna sistemska sprememba, je opozoril tudi Velimir Bole: »Potrebna je korekcija financiranja zdravstva. Najprej je potrebno prilagoditi dejansko financiranje formalno izkazanemu oziroma zakonsko predvidenemu. Nato je potrebno finančna sredstva za zdravstvo povečati, saj je nezadostnost sredstev ključen razlog za manjšo kvaliteto zdravstvenih storitev. Samo za vzdržnost učinkovitosti zdravstvenega sistema pri generiranju sedanjega obsega in kvalitete storitev je potrebno sredstva trajno povečati vsaj za 5%.«⁶

In nadalje:

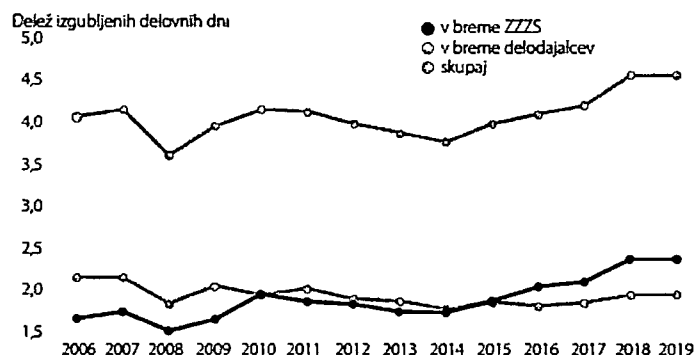
»Na dlani je, da so v Sloveniji izdatki za zdravstvo (na prebivalca) za približno 10% manjši kot na mediani evropskih držav (1859 v primerjavi z 2096), manjši so tudi od najbolj razvitih novih članic EU (Češke, Slovaške in Madžarske). Navkljub temu pa po vstopu v EU vseskozi zaostajajo v rasti za mediano evropskih držav. Tako so v razdobju po vstopu v EU zaostajali realno za približno 0.3% na leto. Ne glede na opazno pospešitev gospodarske aktivnosti, je tudi v zadnjih treh letih relativnega okrevanja gospodarstva (v Sloveniji glede na EU) omenjeno zaostajanje sredstev za zdravstvo v Sloveniji ostalo še naprej nespremenjeno.«⁷

Rast stroškov, storitev in potreb

⁶ Bole, Gospodarska gibanja 498, leto 2017 (dostopno na: <http://www.eipf.si/publikacije/gospodarska-gibanja/2017/gospodarska-gibanja-498/domet-zdravstvenega-sistema-kje-je-slovenija/>, 9.6.2020)

⁷ ibid.

Obseg programov in pravic se povečuje vsako leto. Širijo se pravice na področju cepiv, na področju medicinskih pripomočkov, na področju programov Svit in Dora, dodatna sredstva se namenjujejo tudi za skrajševanje čakalnih vrst. V letu 2019 so se dolgotrajne bolniške odsotnosti sicer ustalile, a do tega leta so vztrajno naraščale, delež izgubljenih delovnih dni v breme Zavoda pa je presegel tistega, ki gre v breme delodajalcev.



Opomba: * Podatki NIUZ za mesec december 2019 v času priprave poročila še niso bili popolni.
Vir: NIUZ, obdelava ZZZS.

Slika 8. Gibanje absentizma v Sloveniji v letih od 2006 do 2019.

(Vir: Poslovno poročilo ZZZS, 2019, str. 65)

Kot je razvidno iz zgornjega grafa, narašča število izgubljenih delovnih dni, ki gredo v breme Zavoda. Naraščajo torej bolniške odsotnosti, ki trajajo več kot 31 dni, medtem ko stagnirajo tiste, ki gredo v breme delodajalcev. Povečevanje dolgotrajnih odsotnosti in stagnacijo ali celo manjšanje kratkotrajnih lahko razumemo kot povečano discipliniranje delovne sile in povečane pritiske nanjo. Če delavci delajo bolni ali namesto bolniške koristijo letni dopust, to rezultira v hujših boleznih in dolgotrajnejših bolniških odsotnostih. Glede na stanje na trgu delovne sile lahko pričakujemo povečevanje bolniških odsotnosti v breme Zavoda in povečevanje stroškov Zavoda.

Ob tem smo na področju zdravstva soočeni še s skoraj dvakrat višjo inflacijo, kot jo beležimo na splošno. Po podatkih Vzajemne medicinska inflacija znaša okoli 4 %, medtem ko zadnja leta Zavod beleži okoli 6 % letno rast odhodkov.⁸

Kot so že leta 2016 zapisali na Ministrstvu za zdravje: »Pritiski na zdravstveni sistem se bodo nadaljevali kot posledica rastočih potreb in stroškov v času stabilizacije gospodarstva, stalnega uvajanja novih tehnologij, rastočega bremena kroničnih nenalezljivih bolezni in hitrega staranja populacije.«⁹

V analizi Ministrstva za zdravje so bile glede financiranja zdravstvenega sistema v luči krize izpostavljene sledeče ugotovitve:

⁸ Pismo poslankam in poslancem DZ RS v zvezi s predlogom Zakona o spremembah in dopolnitvah zakona o Zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-O), EPA 785-VIII, Vzajemna zdravstvena zavarovalnica d.v.z.,

⁹ Analiza zdravstvenega sistema v Sloveniji (dostopno na: https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Organizacija-zdravstvenega-varstva/Analiza-zdravstvenega-sistema-v-Sloveniji/SLO_-analiza_ZS_povzetek_in_ključne_ugotovitve_lektorirana_verzija.pdf, 5.6.2020)

1. Prispevki za zdravstveno varstvo so zelo odvisni od sprememb na trgu dela. Kriza je povzročila znatno zmanjšanje priliva ZZZS, saj je porasla nezaposlenost, upočasnila se je rast plač, povečal se je delež neaktivnih zavezancev, ki mesečno prispevajo manj, ter **nezadostnih proticikličnih ukrepov za financiranje zdravstvenega varstva.**
2. Makroekonomske napovedi kažejo, da se bo v prihodnjih letih sistem zdravstvenega varstva soočal s finančnimi pritiski. Povečevanje števila upokojujencev med drugim pomeni, da se v blagajno Zavoda prispeva manj, saj je prispevek upokojujencev nižji od tistega zaposlenih.
3. Zmanjšanje rasti prispevkov ZZZS je bilo v času krize izrazitejše kot zmanjšanje rasti davčnih prilivov v proračun – med letoma 2005 in 2013 so celotni davčni prilivi kot delež BDP porasli za 1,8 odstotne točke, medtem ko so prispevki ZZZS porasli samo za 0,3 odstotne točke. Poraba za zdravstvo v državnem in lokalnih proračunih ostaja nizka glede na primerjave v EU, čeprav se je v zadnjih letih rahlo povečala. **Skoraj vsi zdravstveni sistemi v Evropi, vključno s tistimi, ki jih tradicionalno umeščamo med sisteme socialnega zdravstvenega zavarovanja (npr. Francija, Litva, Češka), so v pomembnem deležu financirani iz proračunskih virov oziroma splošnih davkov.**
4. Izdatki za zdravstvo so tesno povezani s prispevki ZZZS, saj mora ta zagotavljati sredstva brez posojil iz proračuna RS in ne more povečevati prispevne stopnje za zdravstvo. Kljub zmanjšanim virom se vsebina in obseg storitev v zadnjih nekaj letih nista pomembno spremenila.
5. Varčevalni ukrepi ZZZS so bili sprejeti s ciljem, da se ohrani raven programov zdravstvenega varstva in dostopnost do storitev. Da bi v okviru razpoložljivih sredstev ohranili obseg storitev, so morali uporabiti tri strategije: zniževanje cen, odlog plačil ali prenos stroškov na dopolnilno zdravstveno zavarovanje.
6. Dolgoročno bo zaradi povečanih potreb in manjše rasti socialnih prispevkov nujno zagotoviti alternativne vire ali zmanjšati košarico pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (OZZ) ali konstantno zniževati cene za ohranitev obsega in kakovosti storitev.¹⁰

Iz navedenega je več kot očitno, da so potrebne korenite korekcije sistema financiranja zdravstva. Ključen in prvi korak k zagotavljanju stabilnosti financiranja in posledično zagotavljanja dostopnosti do zdravstvenega varstva mora biti prav uvedba proračunske varovalke.

Vpliv epidemije nalezljive bolezni SARS-CoV-2 (COVID-19) na poslovanje Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije

¹⁰ Povzeto po Analiza zdravstvenega sistema v Sloveniji (str. 9-10)

Epidemija koronavirusa je težave s financiranjem javnega zdravstva okrepila in naredila vidne. Vlada Republike Slovenije je z namenom omiliti posledice epidemije koronavirusa sprejela tri svežnje zakonskih ukrepov, in sicer:

1. Zakon o interventnih ukrepih za zajezitev epidemije COVID-19 in omilitev njenih posledic za državljane in gospodarstvo (Uradni list RS, št. 49/20 in 61/20, v nadaljnjem besedilu: ZIUZEOP), ki je bil sprejet 2. 4. 2020,
2. Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o interventnih ukrepih za zajezitev epidemije COVID-19 in omilitev njenih posledic za državljane in gospodarstvo (Uradni list RS, št. 61/20, v nadaljnjem besedilu: ZIUZEOP-A), ki je bil sprejet 28. 4. 2020
3. Zakon o interventnih ukrepih za omilitev in odpravo posledic epidemije COVID-19 (v nadaljnjem besedilu: ZIUOOPE), ki je bil sprejet 29. 5. 2020

Zavod je vlado že pred sprejetjem ZIUZEOP pozval, da v zakonski materiji zagotovi nemoteno poslovanje Zavoda in nemoteno poslovanje izvajalcev zdravstvene dejavnosti. Poziv je bil seveda na mestu, saj se je zaradi epidemije povečal pritisk na zdravstveni sistem tako na ravni financiranja kot na ravni izvajanja. Na ravni financiranja zato, ker je zaradi povečane brezposelnosti in čakanj na delo prišlo do izpada prispevkov. Na ravni izvajanja pa zato, ker se je kadrovsko podhranjen sistem soočil s povečanim številom bolnikov in z novimi počasnejšimi pogoji dela, ki so terjali dodatna materialna sredstva. Na ravni izvajalcev je vlada zatečeno stanje skušala popraviti šele z ZIUOOPE, kjer so v 76. člen zapisali, da se javnim zdravstvenim zavodom, ki jim je bilo onemogočeno izvajanje pogodbenih obveznosti z Zavodom izvede povračilo sredstev v višini 80 % razlike med polno vrednostjo mesečnega dogovorjenega pogodbenega programa za leto 2019 (brez ločeno zaračunljivih materialov in storitev) in realizirano vrednostjo programa v letu 2020, ki so jo izvajalci sporočili Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije v cenah za tekoče leto. Po drugi strani pa je vlada, z eno redko izjemo, popolnoma zanemarila status plačnika zdravstvenih storitev.

ZIUZEOP je v 56. členu določil, da nadomestila za bolniške odsotnosti v času trajanja ukrepov zakona oziroma najkasneje do 31. maja, od 1. dne odsotnosti naprej, krije Zavod. Določil pa je tudi, da se ta sredstva Zavodu povrnejo iz proračuna RS. To pa je tudi edini primer, ko je vlada poskrbela za dodatna sredstva Zavoda in še to zgolj v primeru zagotavljanja sredstev za z zakonom naložene nove obveznosti Zavoda, s katerimi je Zavod delodajalce razbremenil plačevanja odsotnosti. Z drugimi besedami vlada je dala zgolj toliko, kolikor je tudi vzela.¹¹ V Odloku o spremembah Odloka o okviru za pripravo proračunov sektorja država za obdobje od 2020 do 2022 (Uradni list RS, št. 67/20) vlada ni spremenila najvišjega obsega izdatkov za zdravstveno blagajno po denarnem toku. Po ocenah Zavoda bo na letni ravni izpad virov, torej prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje, znašal okoli 200.000.000 EUR,¹² temu pa je potrebno dodati še dodatne stroške za vstopne točke covid-19, dodatne materialne stroške in

¹¹ Vlada je v ta namen iz proračunskih rezerv na Ministrstvo za zdravje prerazporedila 7,4 milijona evrov za plačilo obveznosti države do Zavoda.

¹² Točka Preloma: Posledice koronavirusa za gospodarstvo, 30. april 2020 (dostopno na: <https://4d.rtvsllo.si/arhiv/tocka-preloma/174689855>, 14.5.2020)

upoštevati dejstvo, da so postopki v zdravstvu zaradi epidemije upočasnjeni. Prav tako bodo postopki zdravljenja in klinične smernice v bodoče, zaradi spremenjenih razmer, zelo verjetno spremenjeni. Po ocenah Zavoda bodo dohodki iz prispevkov letos za 205 milijonov evrov manjši in če država ne bo sprejela kakšnih ukrepov, bi jim grozilo okoli 100 milijonov evrov minusa, kar pomeni, da ne bi mogli plačati dveh tretjin decembrskega programa.¹³

Zavod se je torej znašel v položaju, kjer:

- je zaradi krize in povečane brezposelnosti prišlo do večjega izpada prihodkov,
- bo zdravstveni sistem v prihodnje potreboval bistveno več sredstev kot do sedaj, saj bo potrebno prilagoditi postopke zdravljenja novim razmeram.

Izpad prihodkov 200.000.000 evrov na letni ravni je primerljiv temu, da bi Zavod za en mesec ostal brez 2/3 dohodkov. Ob tem je treba dodati še, da je plačilo zaščitne opreme v času epidemije delno subvencionirala država, od preklica naprej¹⁴ pa bo to krito iz cen zdravstvenih storitev. Kolikšni so ti stroški za zdaj, ne ve nihče.

Pomanjkljiv sistem financiranja Zavoda

Odvisnost zdravstvenega sistema od prispevkov pomeni, da je sistem na ravni financiranja izredno ciklični. Za sistem kot je zdravstveni, kjer na ravni izvajanja praktično ni nobene cikličnosti, ampak so potrebe stalne oziroma še naraščajo, je izredno riskantno in neodgovorno praktično vse financiranje obremeniti s prispevki. Če pa se storitve ne izvajajo, je ljudem kratena osnovna pravica do zdravstvene oskrbe. Nesprejemljivi strategiji reševanja tega problema sta liberalizacija in privatizacija. Zdravstveni sistemi se ponavadi liberalizirajo in privatizirajo prav skozi uvajanje razkola med kupcem in izvajalcem. Cilj je povečati nadzor nad porabo in na drugi strani zagotoviti »avtonomijo« in »odgovornost« izvajalcev. Porabo se nadzoruje tako, da se iz javno financiranih zdravstvenih storitev začne izločati določene storitve (uvedba dveh košaric), avtonomija in odgovornost izvajalcev pa pomenita rezanje stroškov, zmanjševanje bolniških postelj, outsourcing delovne sile ipd. Če želimo v Sloveniji to preprečiti, moramo zagotoviti nemoteno financiranje Zavoda. Odvod dopolnilnega zavarovanja je nepravilčen, nesolidaren in poveča družbeno neenakost. Podobno je s krčenjem košarice pravic, ki bi jo morali - v skladu s povečevanjem potreb - v resnici širiti. Na to nas opozarja celo Evropska komisija, ki je v Poročilu o državi Slovenija 2020 zapisala, da se odhodki za zdravstvo povečujejo, financiranje pa je izrazito ciklično.¹⁵

Jasno je torej, da potrebujemo dodaten sistemski vir financiranja javnega zdravstva, ki bo stabilen in pravičen - to pa je seveda proračun RS.

¹³ <https://www.sta.si/2770621/na-odboru-za-zdravstvo-izpostavili-pomen-javnega-in-dostopnega-zdravstva?q=zzzs> (2.6.2020)

¹⁴ Vlada RS je epidemijo nalezljive bolezni SARS-CoV-2 (COVID-19) preklicala na 40. dopisni seji 14.5.2020.

¹⁵ Evropska komisija, Poročilo o državi - Slovenija 2020, stran 5.

Zakon o izvrševanju proračunov Republike Slovenije za leti 2020 in 2021 (Uradni list RS, št. 75/19 in 61/20 – ZDLGPE, v nadaljnjem besedilu: ZIPRS2021) v 62. členu sicer določa, da mora Zavod do 31. avgusta tekočega leta pristojnemu ministrstvu oddati polletno poročilo, v katerem se izkazujejo:

- podatki o sprejetem finančnem načrtu tekočega leta,
- podatki o realizaciji sprejetega finančnega načrta v obdobju januar–junij tekočega leta in
- ocena realizacije sprejetega finančnega načrta do konca tekočega leta.

Če iz ocene realizacije sprejetega finančnega načrta izhaja, da bo Zavod ob koncu tekočega leta realiziral presežek odhodkov nad prihodki, mora odgovorna oseba Zavoda polletnemu poročilu predložiti tudi sanacijski načrt, ki vsebuje ukrepe, s katerimi se finančni načrt izravna do konca tekočega leta. Gre za obliko pritiska, preko katerega se *de facto* politične odločitve prenesejo na plačnika storitev, ki ima v resnici možnost iskati dodatna sredstva zgolj z zadolževanjem iz sredstev državnega proračuna za poslovanje zavoda v okviru finančnega načrta zavoda (57. člen statuta ZZSZ) oziroma s spreminjanjem cen storitev in varčevanjem.

Izbira, pred katero je politika, je preprosta. Bodisi zagotoviti finančno stabilnost javnega zdravstvenega sistema bodisi prepustiti, da se v bodoče krčijo pravice ali prenaša dodatno breme na dopolnilno zdravstveno zavarovanje in s tem na ljudi, ki bodo morali plačevati še višje položnice. Javni zdravstveni sistem nas je zaščitil pred krizo in naša dolžnost je, da ga ohranimo in krepimo.

2. CILJI, NAČELA IN POGLAVITNE REŠITVE ZAKONA

2.1 Cilji

Predlagana novela zasleduje naslednje cilje:

- obramba solidarnega univerzalnega sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- krepitev zdravstvenega sistema,
- zagotavljanje odpornosti financiranja zdravstvenega sistema na gospodarske cikle,
- ohranitev dostopnosti do zdravstvenih storitev za vse kategorije prebivalstva,
- zagotavljanje pravice do zdravstvenega varstva iz javnih sredstev v skladu z drugim odstavkom 51. člena Ustave,
- omilitev posledic regresivnosti, nepravičnosti in neprostopoljnosti, ki jih v zdravstveni sistem vnaša prostovoljno dopolnilno zdravstveno zavarovanje.

2.2 Načela

Po drugem odstavku 50. člena Ustave RS je država dolžna skrbeti za obvezno zdravstvo zavarovanje, za njegovo urejanje in delovanje. Novela zakona sledi načelom izboljšanja, varovanja in krepitev zdravja ter univerzalnega dostopa do zdravstvenih storitev. Novela temelji na načelu socialne države, ki terja od zakonodajalca, da upošteva ekonomsko-socialni položaj vseh skupin prebivalstva, pri čemer ni dovolj upoštevanje formalne enakosti, temveč predvsem

materialne (dejanske in vsebinske) enakosti oziroma možnosti učinkovitega uresničevanje vseh pravic, ki jih ima posameznik.¹⁶

Novela sledi načelu prilagajanja prava družbenim razmeram. Razmere so se namreč z epidemijo koronavirusa močno spremenile. Rast brezposelnosti in dodatne obremenitve zdravstvenega sistema zahtevajo sistemsko spremembo v financiranju zdravstvenega varstva.

2.3 Poglavitne rešitve

Poglavitna rešitev zakona je uvedba proračunskega sofinanciranja Zavoda za zdravstveno zavarovanje v primeru, da obveznosti, ki se krijejo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, ni možno pokriti iz prispevkov zbranih iz tega zavarovanja.

3. PRILAGOJENOST UREDITVE PRAVU EU IN PRIKAZ UREDITVE V DRUGIH PRAVNIH SISTEMIH

3.1 Prilagojenost ureditve pravnemu redu Evropske unije

Predlog zakona ni predmet usklajevanja s pravnim redom EU.

3.2 Prikaz ureditve v drugih pravnih sistemih

Poznamo različne zdravstvene sisteme in različne sisteme financiranja zdravstvene dejavnosti. V grobem jih lahko razdelimo na dve skupini, in sicer:

- države z zdravstvenim sistemom financiranim iz davkov (Avstralija, Kanada, Danska, Finska, Islandija, Irska, Italija, Nova Zelandija, Norveška, Portugalska, Španija, Švedska in Združeno kraljestvo);
- države s sistemom zdravstvenega zavarovanja, ki pa se delijo na države (A) z enim plačnikom (blagajno) – Grčija, Madžarska, Koreja, Luksemburg, Poljska, Slovenija in Turčija, države (B) z večjim številom zavarovalnic (blagajn) in z avtomatsko pripadnostjo (Avstrija, Belgija, Francija, Japonska in Mehika) ter države (C) z večjim številom zavarovalnic in z možnostjo izbire zavarovalnice (Čile, Češka, Nemčija, Izrael, Nizozemska, Slovaška, Švica in ZDA) (povzeto po spletnih straneh IDB).¹⁷

3.2.1 Italija

V Italiji je sistem zdravstvenega varstva temelji na načelih univerzalne pokritosti, financiranja z uporabo splošne obdavčitve in nediskriminatornega dostopa do zdravstvenih storitev (povzeto po spletni strani Ministero della Salute, WHO/Italy in MISSOC).

¹⁶ Šturm in drugi, Komentar Ustave Republike Slovenije (2002), str. 91.

¹⁷ Zdravstveni sistemi (Obseg zdravstvenih storitev), Andrej Eror, str. 5.

Zdravstveni proračun je določen na nacionalni ravni ter je delno financiran s strani prispevkov delojemalcev in delodajalcev (čeprav je bil leta 1979 sistem zasnovan predvsem na financiranju iz splošne obdavčitve). **Vlada pa neposredno vplačuje razliko.** Sredstva se razdeljujejo deželam po vnaprej sprejeti formuli, ki je bila večkrat spremenjena. Sedanja formula je zasnovana na vrstah zdravstvene porabe, strukturi prebivalcev in prilagojena glede na ponudbo in porabo (povzeto po spletni strani Region Veneto).¹⁸

3.2.2 Švedska

Švedski javni sistem zdravstvenega varstva je večinoma financiran iz davkov. Poleg sredstev okrožnih svetov in občinskih davkov so dodaten vir financiranja sredstva državnega proračuna, sama doplačila bolnikov pa pokrivajo izredno majhen del. Pristojnost za zdravstveno varstvo si delijo centralna vlada, okrožni sveti in občine. Vloga države je določiti načela in smernice ter opredeliti politični program za zdravje in zdravstveno varstvo. To naredi s sprejemanjem področne zakonodaje ali s sklenitvijo sporazumov s Švedsko zvezo lokalnih uprav in regij (SALAR), ki zastopa okrožne svete in občine (povzeto po spletni strani Health Care in Sweeden).

Odgovornost za zagotavljanje zdravstvenega varstva je prenesena na okrožne svete oziroma regionalne svete in v nekaterih primerih na občine. Švedska zakonodaja navaja, da mora vsak okrožni svet prebivalcem zagotavljati kakovostno zdravstveno varstvo in si prizadevati za dobro zdravje celotnega prebivalstva. Okrožni sveti so odgovorni tudi za zobozdravstveno varstvo lokalnega prebivalstva do 21. leta starosti. Okrožni sveti ustanavljajo in financirajo javne bolnišnice, lahko pa tudi sklepajo sporazume z zasebnimi bolnišnicami. Občine so odgovorne za oskrbo starejših doma ali v posebni nastanitvi (povzeto po spletni strani Health Care in Sweeden in MISSOC).

Obvezni prispevki, ki jih morajo plačati delodajalci, znašajo 31,42 % zneska na plačilni listi zaposlenega (brez zgornje omejitve zneska) in pokrivajo pokojninsko zavarovanje, zdravstveno zavarovanje, zavarovanje za primer brezposelnosti in druge ukrepe na trgu dela, rentno zavarovanje za preživele, zavarovanje za starševsko varstvo, zavarovanje za primer nesreče pri delu in splošno obdavčitev plač. Prispevna stopnja delodajalca za zdravstveno zavarovanje delavca znaša 4,35 % (European Tax Handbook, 2018).¹⁹

3.2.3 Avstrija

Avstrijski zdravstveni sistem se financira s kombinacijo socialnega zavarovanja, ki je odvisno od dohodka, proračuna in privatnih neposrednih plačil. Sistem temelji na univerzalnem dostopu do zdravstvenih storitev, ne glede na starost, spol ali raso.²⁰ Pacienti, ki padejo pod določeno raven

¹⁸ ibid (str. 9-10)

¹⁹ ibid. str. 11-12

²⁰ https://www.sozialministerium.at/cms/siteEN/attachments/6/3/9/CH4129/CMS1417371984289/bmasgk_the-austrian-health-care-system_keyfacts_web.pdf, str 5 (17.7.2019)

mesečnega dohodka, so oproščeni doplačil za zdravila in za dneve bolnišnične oskrbe. Leta 2017 so odpravili doplačila za bolnišnično oskrbo otrok in mladostnikov.

3.2.4 Litva

Litvanski sistem vključuje proticiklični mehanizem, ki se uporablja za stabilizacijo financiranja socialnega zdravstvenega zavarovanja. Zdravstvena zavarovalnica akumulira rezerve, obenem pa vlada zagotavlja transferje iz proračuna za nezaposlene in ekonomsko manj dejavne. Poleg tega od leta 2007 ti transferji temeljijo na povprečni letni bruto plači, in to dve leti pred transferjem, kar pomaga preprečiti nenaden upad prispevkov za zdravstveno zavarovanje v času krize.²¹

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

Predlog zakona nima neposrednih posledic za državni proračun. Posredno pa bo državni proračun sodeloval pri stabilizaciji zdravstvene blagajne, kar bo zagotovilo stabilno financiranje in izvajanje zdravstvene dejavnosti ter posledično manj izrednih proračunskih intervencij v zdravstvo, kot je bil npr. Zakon o interventnih ukrepih za zagotovitev finančne stabilnosti javnih zdravstvenih zavodov, katerih ustanovitelj je Republika Slovenija (Uradni list RS, št. 54/17 in 16/20 – ORZIUFSZZ7).

Zakon ne bo imel posledic za druga javnofinančna sredstva.

5. DRUGE POSLEDICE, KI JIH BO IMEL SPREJEM ZAKONA

Sprejem zakona bo zagotovil sredstva za financiranje javnega zdravstvenega sistema. S tem bo zagotovil stabilnost sistema financiranja in s tem tudi sistema izvajanja zdravstvenih storitev. Državljanom in državljanom bo zagotovljen dostop do zdravstvenih storitev.

²¹ Analiza zdravstvenega sistema v Sloveniji, str. 13

II. BESEDILO ČLENOV

1. člen

V Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ, 64/17 – ZZDej-K in 36/19) se v 45. členu za drugim doda nov tretji odstavek, ki se glasi:

»Če obveznosti, sprejetih na podlagi izhodišč iz 63. člena tega zakona, drugih pravic iz obveznega zavarovanja ali drugih obveznosti, ki se krijejo iz sredstev obveznega zavarovanja, ni mogoče v celoti kriti iz teh sredstev, Republika Slovenija iz državnega proračuna tekoče zagotavlja sredstva za pokrivanje razlike med prihodki Zavoda iz prispevkov in drugih virov ter odhodki Zavoda.«

PREHODNA IN KONČNA DOLOČBA

2. člen

Ta zakon začne veljati petnajsti dan po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije.

III. OBRAZLOŽITVE

K 1. členu

Dopolnjen in spremenjen je 45. člen ZZVZZ, ki določa vire sredstev za obvezno zdravstveno zavarovanje. 45. člen v prvem odstavku določa, da se sredstva za obvezno zavarovanje zagotavljajo s prispevki, ki jih plačujejo Zavodu zavarovanci, delodajalci in drugi z zakonom določeni zavezanci. Novela zakona 45. členu doda nov tretji odstavek, ki določa, da če Zavod iz prispevkov ni zmožen pokriti obveznosti, katerih plačnik je, to stori proračun Republike Slovenije.

Zavod, pristojne zbornice, združenja zdravstvenih zavodov ter drugih zavodov in organizacij, ki opravljajo zdravstveno dejavnost, ter ministrstvo, pristojno za zdravstvo, za vsako leto dogovorijo program storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, opredelijo zmogljivosti, potrebne za njegovo izvajanje in določijo obseg sredstev. Nov tretji odstavek je zato zapisan tako, da so obveznosti Zavoda določene s 63. členom, kjer zakon vzpostavlja institut Splošnega dogovora. V primeru spremenjenih razmer ima Zavod sicer različne možnosti varčevanja, a te možnosti vse po vrsti vodijo v krčenje obsega pravic, kar ima negativne učinke na zdravstveni sistem. Krčenje pravic v primerih, ko Zavod izkazuje presežek odhodkov nad prihodki, je analogno temu, če bi npr. vsakič, ko Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje iz prispevkov ne prejme dovolj sredstev, namesto proračunskega sofinanciranja, nižali pokojnine. Država je ustanoviteljica ZZZS njena vloga pa je opredeljena v 50. členu Ustave RS, ki določa, da država ureja obvezno zdravstveno zavarovanje. Vloga države je naknadno določena v 49. členu Zakona o zavodih, ki v drugem odstavku določa, da je ustanovitelj odgovoren za obveznosti zavoda, če ni z zakonom ali aktom o ustanovitvi drugače določeno. Dopolnjen 45. člen določa, da se sredstva iz državnega proračuna Zavodu krijejo tekoče in sicer zato, ker se tudi obveznosti iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja krijejo tekoče. Tovrstno obrazložitev je svojem mnenju o predlogu zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-O, EPA 785-VIII) zagovarjal tudi Zavod.²²

K 2. členu

Člen določa začetek veljavnosti zakona.

²² Mnenje Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije z dne 14.10.2019 (Šifra: 500/01/19-49/6). K 9. členu predloga zakona ZZVZZ-O, str. 3,

IV. BESEDILO ČLENA, KI SE SPREMINJA

45. člen

Sredstva za obvezno zavarovanje se zagotavljajo s prispevki, ki jih plačujejo Zavodu zavarovanci, delodajalci in drugi s tem zakonom določeni zavezanci.

Prispevki se plačujejo od osnov, določenih s tem zakonom, po proporcionalnih stopnjah.



REPUBLIKA SLOVENIJA

DRŽAVNI ZBOR

Poslanska skupina Levica

Šubičeva ulica 4, 1000 Ljubljana

t: 01 478 96 49, f: 01 478 98 45, e: ps-levica@dz-rs.si, www.dz-rs.si



Ime in priimek	Podpis
Miha Kordiš	
Nataša Sukič	
Boštjan Korajžija	
Željko Cigler	
Primož Siter	
Dr. Matej T. Vatovec	
Luka Mesec	
Violeta Tomić	