

Franc Kangler
državni svetnik

Številka: 500-01-7/2019/4

Ljubljana, 2. 10. 2019

Gospod
Alojz Kovšca
predsednik
Državnega sveta Republike Slovenije

Na podlagi 68. člena Poslovnika Državnega sveta (Uradni list RS, št. 70/08, 73/09, 101/10, 6/14 in 26/15) vlagam:

- Pobudo za sprejem Predloga zakona o spremembi in dopolnitvi Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju

Franc Kangler, l.r.

Priloga:

- Predlog zakona

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

I. UVOD

1. OCENA STANJA IN RAZLOGI ZA SPREJEM ZAKONA

Veljavni zakon v uvodnem členu določa, da ureja sistem zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, določa nosilce družbene skrbi za zdravje in njihove naloge, zdravstveno varstvo v zvezi z delom in delovnim okoljem, ureja odnose med zdravstvenim zavarovanjem in zdravstvenimi zavodi ter uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja. Zdravstveno varstvo po tem zakonu obsega sistem družbenih, skupinskih in individualnih aktivnosti, ukrepov in storitev za krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, zgodnje odkrivanje, pravočasno zdravljenje, nego in rehabilitacijo zbolelih in poškodovanih. Zakon določa pravico posameznika do najvišje možne stopnje zdravja, na drugi strani pa določa dolžnost države, da z raznimi ukrepi politike ustvarja pogoje za uresničevanje zdravstvenega varstva in nalog pri krepitvi, ohranitvi in povrnitvi zdravja ter usklajuje delovanje in razvoj vseh področij s cilji zdravstvenega varstva.

Pravica do človekovega zdravja in življenja je v veljavnih civiliziranih pravnih sistemih ena temeljnih človekovih pravic, ki se je skozi zgodovino pojavljala v različnih pravno veljavnih oblikah, določbah in aktih. Skupno vodilo aktom, ki to pravico urejajo, pa je nedotakljivost in varovanje človekovega življenja. Slednje se (med drugim) zagotavlja s primerno in zadostno zdravstveno oskrbo ljudi. V novejšem času, ko je medicina močno napredovala, so na trgu dostopna zdravila za zdravljenje najhujših bolezni, to so zdravila, za katera si pred leti človeštvo ni moglo niti predstavljati, da bodo nekoč odkrita in dostopna. V posledici navedenega je seveda mogoče močno zmanjšati umrljivost ljudi kot posledico težke, neozdravljive bolezni. Mnoge bolezni, ki so bile še nedolgo nazaj neozdravljive, so z odkritji novih zdravil postale ozdravljive. Ker pa so to zdravila, ki so na svetovnem trgu sicer dostopna, vendar po vrtoglavih cenah, ki si jih le malokdo lahko privošči, je seveda stanje takšno, da ljudje še vedno umirajo za težko ozdravljivimi boleznimi, kljub temu da so zdravila zanje že na voljo. Tako so dejansko nekatere že ozdravljive bolezni, za povprečnega človeka, še vedno neozdravljive.

Primerov, ko se za bolnike s težko ozdravljivimi boleznimi zbirajo sredstva prek raznih akcij, v katerih z donacijami in drugimi gestami sodeluje tako slovenska kot širša javnost, je v Republiki Sloveniji vedno več. Seveda je to ozko povezano s tem, da je vedno več do nedavnega neozdravljivih bolezni z novo odkritimi zdravili postalo ozdravljivih.

Da bi država zagotovila spoštovanje temeljnih ustavnih načel in človekovih pravic, to je pravice do socialne varnosti in pravice do zdravstvenega varstva, je treba zakonsko določiti finančno pomoč države v takih zdravstveno težkih primerih, ko so za nabavo zdravila za zdravljenje človeka potrebna visoka finančna sredstva, ki jih ljudje navadno sami ne morejo zagotoviti, vendar pa je od tega, ali bo bolnik konkretno zdravilo prejel ali ne, odvisno njegovo življenje. To se določa s predlaganim zakonom, ki ureja posameznikovo pravico do zdravstvenega varstva.

Predlog zakona predvideva manj zahtevne spremembe zakona, zato se na podlagi 142. člena Poslovnika Državnega zbora (Uradni list RS, št. 92/07 – uradno prečiščeno besedilo, 105/10, 80/13 in 38/17) predlaga obravnavo zakona po skrajšanem postopku.

2. CILJI, NAČELA IN POGLAVITNE REŠITVE ZAKONA

2.1. Cilji

Temeljni cilj, h kateremu teži predlagani zakon, je uveljavitev pravne podlage, po kateri se bo najbolj zdravstveno ranljivim prebivalcem Slovenije zagotovila potrebna zdravstvena oskrba. In sicer gre za primere diagnosticiranih težko ozdravljivih bolezni, ko so zdravila sicer dostopna na svetovnem zdravstvenem trgu, vendar cenovno tako visoko ovrednotena, da jih brez finančne pomoči države izkustveno povprečno situiranemu državljanu ni mogoče zagotoviti. Od dobave in uporabe zdravila pa je odvisno človekovo življenje.

2.2. Načela

Predlagani zakon sledi temeljnim ustavnim načelom in človekovim pravicam na področju zdravja. Zagotavlja spoštovanje 50. člena Ustave Republike Slovenije, ki določa pravico do socialne varnosti ter 51. člena Ustave Republike Slovenije, ki določa pravico do zdravstvenega varstva. Država ureja obvezno zdravstveno zavarovanje ter skrbi za njegovo delovanje. Vsakdo ima pravico do zdravstvenega varstva pod pogoji, ki jih določa zakon. Zakon določa pravice do zdravstvenega varstva iz javnih sredstev.

Prav tako se s predlogom zakona sledi načelom Splošne deklaracije človekovih pravic, vezanih na človekovo pravico do življenja in zdravja. V 3. členu je določeno, da ima vsakdo pravico do življenja. V 25. členu pa, da ima vsakdo pravico do takšne življenjske ravni, ki zagotavlja njemu in njegovi družini zdravja in blaginje, vključno s hrano, obleko, stanovanjem, zdravniško oskrbo in socialnimi storitvami.

2.3. Poglavitne rešitve

S predlaganim zakonom se dodaja nova izjema v 24. člen obstoječega zakona, in sicer se plačilo zdravstvenih storitev poleg vojaških invalidov in civilnih invalidov vojne v celoti zagotavlja tudi za ljudi z izrednimi bolezenskimi diagnozami, ko zdravilo za zdravljenje bolezni ni uvrščeno na pozitivno listo oziroma ni registrirano v Republiki Sloveniji. Sredstva nad ravnijo obveznega zavarovanja zagotavlja Republika Slovenija iz proračuna. Pogoj za slednje je, da skupščina Zavoda za zdravstveno zavarovanje na predlog direktorja Zavoda za zdravstveno zavarovanje za ta namen sprejme ustrezno odločitev.

3. OCENA FINANČNIH POSLEDIC PREDLOGA ZAKONA NA DRŽAVNI PRORAČUN IN DRUGA JAVNA FINANČNA SREDSTVA

Ocene finančnih posledic za državni proračun in druga finančna sredstva v trenutku sprejemanja predlaganega zakona ni mogoče navesti, saj število primerov, ki jih predlagani zakon zajema trenutno ni znano oziroma se bodo sredstva zagotavljala v

vsakokrat veljavnem proračunu, glede na dejansko stanje oziroma število zadevnih zdravstvenih primerov.

4. NAVEDBA, DA SO SREDSTVA ZA IZVAJANJE ZAKONA V DRŽAVNEM PRORAČUNU ZAGOTOVLJENA, ČE PREDLOG ZAKONA PREDVIDEVA PORABO PRORAČUNSKIH SREDSTEV V OBDOBJU, ZA KATERO JE BIL DRŽAVNI PRORAČUN ŽE SPREJET

Zakon ne predvideva porabe proračunskih sredstev za leto 2019. Sredstva v proračunu za leto 2020 in naprej pa bodo predmet priprav in sprejema.

5. PRIKAZ UREDITVE V DRUGIH PRAVNIH SISTEMIH IN PRILAGOJENOSTI PREDLAGANE UREDITVE PRAVU EVROPSKE UNIJE

Vsebina zakona ni predmet usklajevanja s pravom EU.

5.1. Avstrija

Avstrijsko zdravstvo se financira pretežno na osnovi socialnega modela zdravstvenega zavarovanja in se pri vzpostavljanju strukturnih osnov za dolgoročno finančno vzdržnost tega sistema sooča z vsemi prednostmi in slabostmi tega modela. V zadnjem desetletju so bile v Avstriji najpomembnejše strategije za obvladovanje izdatkov za zdravstveno varstvo naslednje:

- reorganizacija financiranja in vzpostavljanje planskih ciljev (glede zmogljivosti) na področju bolnišnične dejavnosti,
- nadzor nad temeljnimi skupinami stroškov (bolnišnice, zdravila, medicinski pripomočki in oprema idr.),
- spremembe na področju prenašanja bremen plačevanja stroškov na posameznike («cost-sharing»),
- (re)organizacija sistema dolgotrajne oskrbe.

5.2. Nemčija

Kljub dejstvu, da Nemčija med vsemi evropskimi državami namenja največji delež sredstev za zdravstvo, je tudi »zgodovina« zdravstvenih reform v tej državi zelo dolga. Posebnost Nemčije pri tem je predvsem dejstvo, da do nedavnega država (zvezna vlada) skladno z načelom avtonomnosti posameznih udeležencev v sistemu socialnega zdravstvenega zavarovanja, kjer bolniki oz. zavarovanci svojo zdravstveno varnost uveljavljajo v neposrednih stikih s »svojo« bolniško blagajno, ambulantnim zdravnikom in bolnišnicami, ni močneje posegala s »krčenjem« ali neposrednim zniževanjem stroškov. Zato so bile dosedanje reforme večinoma usmerjene v spremembe na področju organizacije oziroma izvajanja zdravstvenih programov, manj pa v samo financiranje zdravstvenega varstva:

- uvajanje »sektorskih« proračunov in/ali proračunov posameznih izvajalcev (vključno z omejevanjem kapacitet, npr. števila ambulantnih zdravnikov),
- posebni pristopi k uvajanju in upravljanju dragih medicinskih tehnologij,
- nadzor nad stroški,
- vrsta ukrepov na področju (novih) zdravil,
- obsežna in številna (do)plačila za različne vrste storitev (vključno z zdravili),
- prestrukturiranje pravic na zasebne (prostovoljne) zavarovalnice (npr. določenih pravic na področju zobozdravstva odraslih prebivalcev 1997).

V zadnjem času pa se problemov večje učinkovitosti Nemčija skuša lotiti z obširno strukturno reformo tudi na področju financiranja.

5.3. Francija

V Franciji so se z različnimi zdravstvenimi reformami že zelo zgodaj odzvali na zmanjšane stopnje gospodarske rasti (v sredini sedemdesetih let), spremembe v zaposlenosti prebivalstva (posebej v osemdesetih in devetdesetih letih) in hiter razvoj novih zdravil ter medicinskih tehnologij. Značilni so bili »celoviti pristopi«, ki so poleg ekonomskih ciljev skušali v ospredje reform postaviti tudi številne socialne (dostop, zaščita posebnih skupin bolnikov, pravice bolnikov idr.) in zdravstvene cilje (javno zdravje, upravljanje kakovosti). Za reforme v Franciji so bili pomembni predvsem naslednji strukturni ukrepi:

- iskanje primernejših virov za financiranje zdravstvenega varstva (predvsem rast deleža prispevkov delodajalcev, sofinanciranje s strani države),
- rast deleža (do)plačil oz. ravni vrednosti storitev, do katere blagajne povrnejo plačane storitve, in večja vloga zasebnih neprofitnih (»mutualities«) in profitnih zavarovalnic pri pokrivanju posameznih plačil,
- nadzor nad različnimi oblikami stroškov,
- izboljšave na področju planiranja in standardizacije bolnišničnih zmogljivosti,
- vezava rasti sredstev za zdravstveno varstvo na stopnjo inflacije, vzpostavljanje ciljnih budžetov za bolnišnično dejavnost, spremembe na področju povračil, dograditev informacijskega sistema za bolj učinkovito poslovanje in drugi ukrepi za stabilizacijo izdatkov za zdravstveno varstvo.

6. DRUGE POSLEDICE, KI JIH BO IMEL SPREJEM ZAKONA

Zakon bo imel izjemno pozitivne posledice pri uveljavljanju temeljne človekove pravice, to je pravica do zdravja, s tem ko širi nabor izjem, za katere se v celoti zagotavlja plačilo zdravstvenih storitev tudi nad ravni obveznega zavarovanja iz proračuna Republike Slovenije. Poudariti gre, da zakon predvideva širjenje tega nabora s posebej hudimi zdravstvenimi primeri, ko je pomoč države pri zdravljenju oziroma nabavi zdravila nujna za življenje človeka.

7. NAVEDBA PREDSTAVNIKA PREDLAGATELJA, KI BO SODELOVAL PRI DELU DRŽAVNEGA ZBORA IN DELOVNIH TELES

Pri delu Državnega zbora Republike Slovenije in njegovih delovnih teles bo na strani predlagatelja sodeloval državni svetnik Franc Kangler.

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 prvi odstavek 24. člena spremeni tako, da se glasi:

»Ne glede na določbe 23. člena tega zakona se zagotavlja plačilo zdravstvenih storitev v celoti vojaškim invalidom in civilnim invalidom vojne ter v primerih, ko na predlog direktorja Zavoda, skupščina Zavoda odloči, da se zagotavlja plačilo zdravstvenih storitev v celoti v izrednih bolezenskih primerih, v katerih je ogroženo življenje posameznika, zdravilo za zdravljenje bolezni pa ni na pozitivni listi oziroma ni registrirano v Republiki Sloveniji, s tem da razliko nad ravnijo obveznega zavarovanja zagotavlja Republika Slovenija iz proračuna.«.

2. člen

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

III. OBRAZLOŽITEV ČLENOV

K 1. členu

Veljavni Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju v prvem odstavku 24. člena določa izjemo od 23. člena, ki določa zagotavljanje sredstev Zavoda iz obveznega zavarovanja za zdravstvene storitve v celoti oziroma v ustreznem odstotnem deležu. S predlagano spremembo člena se bo plačilo zdravstvenih storitev v celoti zagotavljalo ne le vojaškim invalidom in civilnim vojnim invalidom, temveč tudi za ljudi z izrednimi bolezenskimi diagnozami, ko zdravilo za zdravljenje bolezni ni uvrščeno na pozitivno listo oziroma ni registrirano v Republiki Sloveniji. Ostaja določilo, da v vseh primerih po tem členu razliko nad ravnijo obveznega zdravstvenega zavarovanja zagotavlja Republika Slovenija iz vsakokrat veljavnega proračuna.

K 2. členu

Člen določa začetek veljavnosti in uporabe predlaganega zakona.

IV. BESEDILO ČLENA, KI SE SPREMINJA

24. člen

Ne glede na določbe 23. člena tega zakona se zagotavlja plačilo zdravstvenih storitev v celoti vojaškim invalidom in civilnim invalidom vojne, s tem da razliko nad ravnijo obveznega zavarovanja zagotavlja Republika Slovenija iz proračuna.

Republika Slovenija zagotavlja iz proračunskih sredstev razliko do polne vrednosti zdravstvenih storitev iz 2. do 6. točke 23. člena tega zakona za zavarovance iz 22. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona. Organ, zavod oziroma organizacija, v kateri so te osebe, o tem obvesti zavod, ki v evidenci o zavarovanih osebah vodi podatek o upravičenosti do kritja polne vrednosti zdravstvenih storitev.

Republika Slovenija zagotavlja iz proračunskih sredstev razliko do polne vrednosti zdravstvenih storitev iz 2. do 6. točke prvega odstavka 23. člena tega zakona za zavarovance iz prvega odstavka 15. člena tega zakona in po njih zavarovane družinske člane, če jim je priznana pravica do kritja razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev po zakonu, ki ureja uveljavljanje pravic iz javnih sredstev, pod pogojem, da navedenih pravic nimajo zagotovljenih v celoti iz obveznega zdravstvenega zavarovanja ali drugega naslova. Ministrstvo, pristojno za socialne zadeve, obvesti o številki, datumu in obdobju veljavnosti odločbe o priznanju pravice do kritja razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev za posameznega upravičenca, zavod, ki te podatke vodi v evidenci zavarovanih oseb.

Zavod na podlagi obvestila iz drugega in tretjega odstavka tega člena zagotovi podatek o upravičenosti do kritja razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev v sistemu dostopa do podatkov evidence zavarovanih oseb s kartico zdravstvenega zavarovanja. Na podlagi prejetih obračunov izvajalcev zdravstvenih storitev, računov za zdravila in medicinske pripomočke izvaja nadzor, vodi evidenco in zagotavlja tekoča plačila. Proračun Republike Slovenije povrne zavodu sredstva dvakrat na leto na podlagi zbirnega računa, h kateremu da soglasje ministrstvo, pristojno za zdravje.