**Ključni predlogi in pripombe predstavnikov gospodarstva za pametno zdravstveno reformo**

9. marca 2017

**Kakovostno zdravstvo za pošteno ceno.**

Predstavniki vseh gospodarskih organizacij želimo zdravstveno reformo. Takšno reformo, ki bo omogočila kakovostno in dostopno zdravstvo za pošteno ceno. Želimo tudi aktivno sodelovati pri pripravi celovite zdravstvene reforme. Vendar ugotavljamo, da predlog, ki je na mizi, ni celovita zdravstvena reforma. Predvsem manjka reorganizacija zdravstva.

V takšnih razmerah težko pristanemo v imenu gospodarstva, zavezancev in pacientov, ki so naši zaposleni, na večje obremenitve in večje prilive v zdravstveno blagajno, vse dokler se s celovito obravnavo in ureditvijo zdravstvene zakonodaje ne zagotovi racionalna poraba obstoječih, trenutno zbranih sredstev. Poleg zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ki je trenutno v javni obravnavi, bi reforma morala hkrati zajeti zakon o zdravstveni dejavnosti, o pacientovih pravicah, o dolgotrajni oskrbi, poklicnih boleznih, invalidskem zavarovanju, javnih zavodih, itn.   
Predvsem bi morali na mizi istočasno imeti jasno definirana merila in kriterije za mrežo zdravstvenih izvajalcev.

***S predlogom, ki ga imamo na mizi, bi država v naslednjih petih letih iz rok državljanov (iz proračuna in žepov) potegnila dodatnih več sto milijonov evrov! Ob tem ni nobenega zagotovila, da bodo zdravstvene storitve za zavarovance dostopnejše in poraba zbranih sredstev racionalnejša. Škaf še vedno zelo pušča.***

**Nov zakon ne rešuje sistemskih problemov v zdravstvu, temveč se osredotoča predvsem na dodatna finančna sredstva.**

Zakon ne rešuje problema dolgih čakalnih vrst ter vprašanja učinkovitosti organizacije dela. Zakon širi osnove za plačevanje prispevkov in uvaja novo obvezno zdravstveno nadomestilo namesto dosedanjega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. To bo izničilo že tako majhne učinke mini davčne reforme. V zakonu pogrešamo tudi rešitve za razbremenitev stroškov dela iz naslova bolniških odsotnosti v breme delodajalca.

***Zakaj bodo nekateri še dodatno obremenjeni, če smo vsi v istih čakalnih vrstah?***

**Nevarnost še višjih prispevkov za zdravstvo.**

Pri zagotavljanju finančnih virov Ministrstvo za zdravje izhaja iz predpostavke, da se obseg in vsebina zdravstvenih pravic ne bosta pomembno spreminjala. Hkrati upoštevajo uvedbo variabilnega dela nagrajevanja zdravstvenih delavcev (s ciljem skrajševanja čakalnih dob), povečanje odhodkov zaradi uvajanja novih programov (od 1,5% do 3% letno) in vrednotenje zdravstvenih programov.

Ministrstvo za zdravje pa v svojem predlogu ne upošteva nobenega od drugih možnih odhodkov iz zdravstvene blagajne ali pa znižanja prihodkov zaradi nihanj gospodarske aktivnosti. Tudi sama ministrica za finance je že pol-javno priznala, da predlagana zdravstvena reforma vodi v neizogiben dvig obvezne prispevne stopnje za zdravstvo, kar pa je za delodajalce kot tudi za vse davkoplačevalce nesprejemljivo. Zadnji rezultat pogajanj s Fidesom jasno kaže, da se s sredstvi, ki so na razpolago sedaj, nikakor ne more pokriti obveznosti, ki izhajajo iz novega dogovora. Po odzivih ostalih zaposlenih v zdravstvu pa je to šele začetek verižnega dvigovanja plač v celotnem sektorju.

***Zdravstvena reforma nima za sabo potrebnih izračunov in nobenega zagotovila, da se že tako visok obseg prispevkov za zdravstvo ne bo še dodatno dvignil.***

**Socialni partnerji so bili iz priprave zdravstvenega zakona izločeni.**

Zakon se je pripravljal v popolni tajnosti. Preko vseh organov, kjer zastopamo delodajalske interese, do osnutka zakona nismo mogli priti. Še več, medijem je bil predstavljen prej kot socialnim partnerjem. Sam predsednik vlade se je strinjal, da morajo socialni partnerji sodelovati že v fazi priprave zakonodaje, kar je zapisano tudi v novih Pravilih delovanja ESS. Po predstavitvi na ESS je bila sicer oblikovana tripartitna pogajalska skupina, vendar je ministrica v več kot 20 dneh ni niti sklicala. Še več, od nas socialnih partnerjev je raje zahtevala podpis izjave, s katero bi nas avtomatično izločila iz pogajanj, saj nihče od socialnih partnerjev ne izpolnjuje zahtevanih pogojev (že samo zaradi narave našega dela – interesno zastopanje). Tako delodajalci kot sindikati smo proti temu protestirali, tudi na Ekonomsko socialnem svetu. Ministrica pa je kot odgovor na naše proteste zgolj pisno odgovorila, da je izjavo poslala v seznanitev. Takšen netransparenten način komunikacije v demokratični državi ni sprejemljiv.

**Monopolizacija zdravstvenega zavarovanja**

***Skrbi nas, da bo predlagani monopolni položaj ZZZS poslabšal organizacijo zdravstva.***

Sobivanje javnega in zasebnega prinaša večjo učinkovitost in s tem boljši dostop ter kvaliteto zdravstvenih storitev za ljudi. Več plačnikov pomeni večjo transparentnost financiranja in kontrolo porabe sredstev.

***Skrbi nas obdavčitev pasivnih prihodkov, ki bi bili po novem predlogu med najvišjimi na svetu.***

Ukinitev dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja in nadomestitev s plačilom »zdravstvenega nadomestila« predvideva uvedbo novih finančnih obveznosti zavarovancev, torej dodatno obremenitev obdavčljivih dohodkov aktivnih in pasivnih. Nov prispevek iz neto plače, ki bo odvisen od njene višine, in ne zmanjšuje davčne osnove, je odstopanje od dosedanje prakse. Se pravi, da bomo iz plače dvakrat plačali za isti namen, enkrat iz bruto, drugič iz neto plače.  
Obremenitev pasivnih prihodkov iz kapitala, premoženja, obresti pa daje med drugim signal, da je kakršnokoli investiranje in varčevanje ljudi (tudi v obliki nakupa nepremičnin…) v Sloveniji nezaželeno in se »kaznuje« z dodatno obdavčitvijo.

***Skrbi nas predlagana večja cikličnost financiranja, ki predstavlja riziko in posledično nevzdržnost in nove obremenitve dajatev na plače.***

Nov zakon proti-cikličnost veže na obdavčitev pasivnih prihodkov. Ravno pasivni prihodki pa med vsemi v ekonomiji reagirajo najbolj pro-ciklično. Torej kaj se bo zgodilo, ko bodo ti prihodki zanihali, dodatna obremenitev plač?

**Politizacija upravljanja denarja zavarovancev.**

Pri upravljanju zavoda mora ostati ustrezna zastopanost delodajalcev kot neposrednih vplačnikov, tudi če bo edini organ upravljanja Svet zavoda. Prepričani smo, da je predlagana sestava sveta zavoda, ki naj bi imel 9 članov (5 predstavnikov zavarovancev, 3 predstavniki delodajalcev, od katerih je 1 predstavnik Vlade in še dodatno 1 predstavnik Vlade) nesprejemljiva. Ključni plačniki v to javno blagajno, delodajalci, imamo 2 predstavnika, tako kot zaposleni. Gre za prevzem nadzora nad sredstvi iz rok plačnikov v roke porabnikov. Ob tem bo vpliv Vlade oziroma politike še kako prisoten, saj lahko minister v 14 dneh od prejema sklepov Sveta zavoda zadrži izvršitev odločitve, ki jo je sprejel Svet, če oceni, da ni v skladu s sprejeto politiko. Čigavo?

***Prispevki so last zavarovancev. S kakšno pravico si jih politiki lahko prisvojijo? To je popolna politizacija sredstev zavarovancev, večine državljanov RS. Ali bi politiku zaupali svoj denar? 3 mrd € v roke ene zavarovalnice, ki bo monopolist in bo pod političnim vplivom.***

**Večji pomen direktorjev zdravstvenih zavodov**.

Na uspešnost vsake organizacije ima velik vpliv vodstvo. Sedanja organiziranost zdravstvenega sistema je glede tega zastarela: ker omejuje pooblastila vodstev zdravstvenih zavodov, je vodenje teh organizacij težje, manj učinkovito in brez ustreznih spodbud k večjim izboljšavam.

Zato pričakujemo, da bo tudi ta segment ustrezno rešen z napovedano zdravstveno reformo. In sicer tako, da bodo vpeljana osnovna načela korporativnega upravljanja, v katerem so jasne razmejene pristojnosti in odgovornosti posameznih organov. Za direktorje zdravstvenih zavodov bi to pomenilo, da prevzamejo vse normalne poslovodne naloge in da polno odgovarjajo za njihov izvajanje -  v njihovi pristojnosti bi moralo biti ne samo organiziranje dela (kot sedaj), temveč tudi izvajanje kadrovske, finančne in investicijske funkcije, nagrajevanje zaposlenih, razpolaganje s premoženjem in odločanje o izvajanju dopolnilnih dejavnosti. Cilj teh sprememb bi moral biti pospešitev razvoja zdravstvene dejavnosti, boljše izvajanje strokovnega programa dela, dvig kakovost in varnosti storitev.

Zdravstvena reforma bi morala urediti tudi problem plačne uravnilovke in določiti merila za nagrajevanje direktorjev v zdravstvu. Smiselno bi bilo uvesti individualne pogodbe in v njih jasno opredeliti odgovornosti direktorja za uspešno delovanje zavoda, kakor tudi elemente motivacije za uspešno doseganje in preseganje zastavljenih ciljev.

**Prispevek za poklicne bolezni in poškodbe pri delu.**

V predlogu zakona je določilo, ki predvideva možnost, da se obvezni prispevek delodajalca za poškodbe pri delu in poklicne bolezni, ki zdaj znaša 0,53 % bruto plače, dvigne, če na Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) odhodki za ta namen presežejo prihodke. Do sedaj to ni bilo možno. Naš očitek pa je tudi, da se ta sredstva, okoli 80 milijonov evrov letno, ne porabljajo namensko,kar je potrdilo tudi ministrstvo za zdravje,ampak za izvajanje vseh zdravstvenih programov.

Moti nas, da predlog zakona v ničemer ne razrešuje večletne pereče problematike regresnih zahtevkov ZZZS, ki jih ima ta do delodajalca v primeru poškodbe, smrti ali bolezni zavarovanca, če niso bile v celoti izpolnjene obveznosti za varnost in zdravje pri delu. Strinjamo se, da je pomembno, da delodajalci skrbijo za varno delovno okolje in pogoje dela delavcev ter njihove pravice iz delovnega razmerja, vendar pa vseh nezgod pri delu delodajalec ne more preprečiti (primer: če delavcu spodrsne na luži v delavnici, ki je nastala zaradi dežja, se to že smatra za lahko malomarnost).

Prepričani smo, da bi morala biti stopnja krivde delodajalca nižja, če gre za lahko malomarnost. Zakonodajalec bi moral omejiti odgovornost in podjetjem omogočiti, da ta riziko sploh lahko zavarujejo. Če imajo komercialne zavarovalnice limitirano višino regresnih zahtevkov, če gre za prometno nesrečo in četudi je povzročitelj alkoholizirana oseba, potem bi morali imeti to možnost tudi delodajalci. Smisel takšne rešitve je v tem, da regresni zahtevki ne ogrozijo obstoja podjetja, še posebej v primerih samozaposlenega samostojnega podjetnika, saj le-ta odgovarja za obveznosti iz poslovanja z vsem svojim osebnim premoženjem. Prepričani smo, da bi se morali regresni zahtevki kriti iz naslova prispevka za poklicne bolezni in poškodbe pri delu, torej iz teh 80 milijonov evrov, ki se jih letno nabere v zdravstveni blagajni.  
Glede na neurejeno evidenco te porabe je predlog popolnoma nesprejemljiv.

***Takšna rešitev je podobna bianco čeku: denar se ne troši namensko, ni evidence, hkrati pa bi prispevek lahko dvignili, če bi rabili več. Komu bi zaupali denar na tak način?***

**Transparentnost do davkoplačevalcev.**

Prikazovanje zneskov za zdravstvo in druge namene iz prispevkov pri plači naj bo transparentno na plačni listi, zelo vidno in zato tudi predpisano v gospodarstvu in javnem sektorju.

***Ali veste, kaj se dogaja z vašim denarjem? Ali veste, koliko od plač dajete za zdravstvo in kaj za to dobite? Ali veste, kam je zaradi afer in anomalij odtekel vaš denar?***

***Nevarnost še višjih prispevkov in beg možganov.***

Progresivni prispevek za zdravstvo je dodatna obremenitev kadrov, ki dajejo največjo dodano vrednost v podjetjih, s čemer se ponovno povečuje možnost bega možganov. Nemški sistem je, lahko bi rekli celo bolj kompleksen, a na tem delu vključuje t.i. socialno kapico. Vprašljiva pa so tudi vsa nepredvidena povečanja odhodkov zdravstvene blagajne na račun zmanjševanja čakalnih dob ali uvajanja novih programov in prevrednotenja le-teh v prihodnje, ki lahko ob večjih gospodarskih nihanjih prinesejo nadaljnje zviševanje prispevnih stopenj.