

Predvidene novosti v obveznem zdravstvenem zavarovanju

Grega Strban*

UDK: 368.9:349

Povzetek: *DLje časa prevladuje prepričanje, da spreminjanje obstoječega Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ) ne more več slediti spremenjenim razmerjem v družbi. Sprejeti je treba nov zakon. Osnutek ZZVZZ-1 je pripravljen in naj bi bil kmalu vložen v parlamentarno razpravo, kjer se posamezne rešitve lahko še spremenijo. Prispevek analizira osnutek zakona z vidika novih splošnih določb, ki vsebujejo tudi temeljna načela, preoblikovanja kroga zavarovanih oseb, določnejše pravne opredelitve pravic in novega načina urejanja odnosov z izvajalci zdravstvene dejavnosti. Poudarjeno je, da nekateri pravkar spremenjeni zakoni, npr. o zdravstveni dejavnosti in o pacientovih pravicah urejajo tudi snov obveznega zdravstvenega zavarovanja. Posebna pozornost je namenjena pravu EU in njegovi nedavni razlagi s strani naših socialnih sodišč (različnih stopenj), ki so s svojimi (ne)prepričljivimi odločitvami v javnosti dvignila nemalo prahu.*

Ključne besede: *obvezno zdravstveno zavarovanje, zdravstvo, zdravstvena dejavnost, pacientove pravice, socialno sodišče*

Foreseen Novelties in the Mandatory Health Insurance

Abstract: *For some time now it is believed that modification of the current Health care and health insurance act could no longer follow the changed relations in the society. New act should be passed. A draft of such an act was prepared and should soon face the parliamentary discussion, where certain solutions might still be modified. The present article analyses the draft act from the perspective of introductory norms, containing also*

* Grega Strban, doktor pravnih znanosti, profesor in prodekan na Pravni fakulteti Univerze v Ljubljani

grega.strban@pf.uni-lj.si

Grega Strban, PhD, Professor and Vice Dean at the Faculty of Law, University of Ljubljana, Slovenia

basic principles of health care and health insurance, modified scope of insured persons, more legally precise definitions of rights, and new shape of relations with health care providers. It is emphasised that certain recent modification of other legislative acts, such as on health care provision or patients' rights may also influence mandatory health insurance. Special attention is devoted to the EU law and its latest construction by the Slovenian social courts (of distinct instances), which have raised quite some uneasiness and interest also in general public.

Key words: *mandatory health insurance, health system, healthcare activities, patients' rights, social court*

1. UVODNA RAZMIŠLJANJA

O prenovi obveznega zdravstvenega zavarovanja se razpravlja že dlje časa.¹ Nekaj sprememb je tudi obstoječi Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ)² že doživel in prav je tako. Sistem socialne varnosti, vključno z obveznim zdravstvenim zavarovanjem mora slediti spremenjenim razmerjem v družbi, kar je odraz pravne države. Iz tega poudarka našega ustavnega sodišča³ lahko razberemo, da sistem socialne varnosti ne sme biti rigiden, celo robusten, odporen na vsa dogajanja v družbi.⁴ Tedaj lahko sistem kot tak sicer obstane, pravno, ekonomsko in socialno pa so lahko v slabšem položaju ljudje v sistemu, torej zavarovanci. Zato je nujna razprava o prilagoditvah sistema socialne varnosti, vključno z obveznim zdravstvenim zavarovanjem, saj se razmerja v družbi nenehno spreminjajo, v zadnjem času morda celo hitreje kot kdajkoli prej. Že nekaj časa dozoreva prepričanje, da spreminjanje obstoječega zakona ne zadostuje več in je zato treba sprejeti nov zakon.⁵ V času priprave tega prispevka

¹ Glej npr. G. Strban, 2005.

² ZZVZZ, Uradni list RS, št. 9/92, zadnja sprememba ZZVZZ-M, Uradni list RS, št. 91/13.

³ Načelo prilagajanja prava družbenim razmerjem kot eno izmed načel pravne države je poudarjeno npr. v odločitvah U-I-69/03, SI:USRS:2005:U.I.69.03, Uradni list RS, št. 100/2005 in OdlUS XIV, 75; U-I-239/14, Up-1169/12, SI:USRS:2015:U.I.239.14, Uradni list RS, št. 30/2015; U-I-186/12, SI:USRS:2013:U.I.186.12, Uradni list RS, št. 25/2013 in OdlUS XX, 3.

⁴ OECD je bolj fleksibilne in robustne pokojninske sisteme zagovarjal v povezavi s pokojninsko reformo, predvsem uveljavitvijo navideznih pokojninskih računov. Več G. Strban, 2009, str. 10.

⁵ O razlogih za sprejem novega zakona G. Strban, 2016, str. 585.

je Ministrstvo za zdravje Vladi predložilo končno različico osnutka ZZVZZ-1, ki upošteva tudi pripombe iz javne razprave. Gotovo pa to ni zadnja različica, saj jo čaka še zakonodajni postopek s parlamentarno razpravo.

V nadaljevanju bodo kritično predstavljene nekatere predvidene zakonodajne novosti v obveznem zdravstvenem zavarovanju. Poleg tega je še posebej zanimivo opazovati in analizirati ne-zakonodajne posege v obvezno zdravstveno zavarovanje. Te lahko povzroči Sodišče EU, ki mu bolj ali manj sledi tudi zakonodajalec EU, pa tudi naš zakonodajalec, in predvsem naša socialna sodišča (različnih stopenj), ki razlagajo pravna pravila našega prava in prava EU ter jih s tem tudi sooblikujejo.

2. BISTVENE NOVOSTI OSNUTKA ZZVZZ-1

ZZVZZ je eden pomembnejših zakonov za uresničevanje mednarodne in ustavne temeljne človekove pravice do socialne varnosti ob nastanku bolezni ali poškodbe (in za njuno preprečevanje) in pravice do zdravja oz. zdravstvenega varstva.⁶ Poleg tega je v zdravstvu mnogo različnih interesov in ideoloških prepričanj, ki vplivajo na oblikovanje zdravstvenega sistema v posamezni državi. Kljub temu je nedvomna dolžnost države zagotoviti vse oblike dostopa do visokokakovostnih zdravstvenih storitev vsem prebivalcem in ekonomsko aktivnim osebam na njenem ozemlju.⁷ Med pomembnejšimi vrstami dostopa so ekonomski, časovni, geografski, postopkovni in informacijski dostop do zdravstvenih storitev. V nadaljevanju so analizirane nekatere predvidene novosti v obveznem zdravstvenem zavarovanju, predvsem v splošnih določbah, opredelitvi kroga zavarovanih oseb, opredelitve pravic in urejanja odnosov z izvajalci zdravstvene dejavnosti.

⁶ Glej 22. in 25. člen Splošne deklaracije človekovih pravic, 9. in 12. člen Mednarodnega pakta o ekonomskih, socialnih in kulturnih pravicah – MPESKP (ratificirala ga je SFRJ leta 1971, Slovenijo zavezuje od leta 1992 na podlagi Akta o notifikaciji nasledstva glede konvencij OZN in konvencij, sprejetih v mednarodni agenciji za atomsko energijo), 11., 12. in 13. člen spremenjene Evropske socialne listine (ESL), Uradni list RS – Mednarodne pogodbe, št. 7/99, 34. in 35. člen Listine temeljnih pravic EU, C 83/389, 30.3.2010, 50. in 51. člen naše Ustave, Uradni list RS, št. 33/91-I do 75/16.

⁷ Communication from the Commission, Working together, working better: A new framework for the open coordination of social protection and inclusion policies in the European Union. COM(2005) 706 final, Brussels, 22 December 2005. Communication from the Commission, A renewed commitment to social Europe: Reinforcing the Open Method of Coordination for Social Protection and Social Inclusion COM(2008) 418 final, Brussels, 2 July 2008.

Posebna pozornost je posvečena vplivu prava EU in predvsem naših socialnih sodišč na razvoj obveznega zdravstvenega zavarovanja.

2.1. Dopolnitev splošnih določb

2.1.1. Opredelitve nekaterih pojmov

Osnutek ZZVZZ-1 med drugim uvaja opredelitve nekaterih pogosteje uporabljenih pojmov. Pri tovrstnih opredelitvah je zmeraj vprašanje, koliko jih naj bo in kako obsežne naj bodo, da ne bi že z opredelitvami posegali v posamezna pravna pravila. Značilnost osnutka ZZVZZ-1 je, da je teh opredelitev veliko, kar okoli sto. Med njimi so lahko koristne, npr. opredelitev standardne in nestandardne storitve, osebnega, napotnega in pristojnega zdravnika, ali novo predlaganega zdravstvenega doplačila (ki naj bi nadomestilo premijo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja).

Nekatere opredelitve so lahko bolj splošne. Med njimi so npr. opredelitev določenih dejavnosti, kot so fizioterapija, blažilna (paliativna) oskrba, patronažna dejavnost, javno zdravje ali promocija zdravja,⁸ ali organov Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), ali splošnih pojmov, npr. neenakosti v zdravju, nekaterih pravnih aktov ali pravnega reda EU, tujca, skrbnika ali prijavljenega prebivališče. Njihova dodana vrednost je zato v osnutku ZZVZZ-1 lahko vprašljiva.

Poleg tega, bi pričakovali nekatere opredelitve, ki jih osnutek ZZVZZ-1 ne vsebuje. Tako je recimo zelo splošno, ne pravno, temveč socialno politično opredeljeno zdravje.⁹ Seveda vsako nasprotje ali nedoseganje tako široke opredelitve zdravja ne more predstavljati bolezní v socialnopravnem smislu. Bolezen in poškodba bi morali biti opredeljeni kot motnja v delovanju človeškega telesa (torej funkcionalna opredelitev), ki povzroči potrebo po medicinski oskrbi oziroma (samostojno ali sočasno) povzroči nezmožnost za delo.¹⁰

⁸ Nekateri od omenjenih pojmov bi morda bolj sodili v zakon o zdravstveni dejavnosti.

⁹ Opredelitev je povzeta iz preambule ustave Svetovne zdravstvene organizacije, kjer je zdravje ne le odsotnost bolezní ali poškodbe, temveč stanje popolnega telesnega, duševnega in socialnega blagostanja.

¹⁰ G. Strban, 2005, str. 176.

2.1.2. Splošna in posebna temeljna načela

V osnutku ZZVZZ-1 so opredelivi zdravstvenega varstva dodana temeljna načela in cilji zdravstvenega varstva. To temelji na načelih univerzalnosti, solidarnosti, enakosti, dostopnosti, kakovosti in na posameznika osredotočene zdravstvene obravnave. Načela praviloma predstavljajo duh, smisel zakona in so lahko pomemben razlagalni pripomoček izvajalcem zakona pri oblikovanju pravne (tudi sodne) prakse. Morda bolj pomembno je, kako so temeljna načela izpeljana v celotnem zakonu. Recimo, načelo univerzalnosti je osredotočeno na krog zavarovanih oseb, ne pa tudi na financiranje (kjer bi se lahko upoštevali vsi prihodki).

Slednjemu je namenjeno predvsem načelo solidarnosti, pri katerem se poudarja dolžnost prispevanja za zdravstveno zavarovanje v skladu z ekonomskimi zmogljivostmi. Po eni strani je vprašanje, ali je to načelo dosledno izpeljano v zakonu, saj ni predvideno prispevanje od vseh prihodkov in v enakem odstotku za vse skupine zavarovanih oseb. Po drugi strani je tudi načelo solidarnosti lahko širše. Z njegovim nasprotjem, načelom samoodgovornosti (ki sicer v osnutku ZZVZZ-1 ni posebej omenjeno) lahko pomembno oblikuje opredelitev socialnega tveganja (in nastalega zdravstvenega primera) bolezni in poškodbe, pa tudi tako imenovane košarice pravic obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Načelo enakosti med drugim poudarja enako dostopnost, uporabo in kakovost razpoložljivih zdravstvenih storitev za enake zdravstvene potrebe, ne glede na osebne okoliščine. Osnutek ZZVZZ-1 nekatere tudi izrecno omenja in med njimi je sposobnost plačila. S tem sta jasno ločeni prispevna in dajatvena stran socialnozavarovalnega razmerja. Pri delavcih tudi v obstoječem ZZVZZ plačilo prispevkov ni pogoj uveljavljanja pravic do zdravstvenih storitev. To je odraz načela zaupanja, saj prispevke od bruto plače odtegne delodajalec, doda svoj del prispevka in celoten prispevek odvede finančni upravi. Delavci tako niso ne v vlogi dolžnika, ne v vlogi upnika pri plačevanju prispevkov. Drugače velja za samozaposlene in z njimi izenačene osebe.¹¹ Njim se pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja zadržijo (izjema je nujno zdravljenje), dokler prispevki (tudi za nazaj) niso plačani. Ta pogoj je za veliko samozaposlenih oseb zelo strog in jim dejansko onemogoča dostop do celovitega zdravstvenega varstva. Opustitev pravnega instituta zadržanja pravic seveda ne pomeni, da samozaposlenim ne bo treba plačevati prispevkov. Nasprotno, če prispevkov ne bodo

¹¹ Glej znameniti 78.a člen ZZVZZ.

plačali, je možna izvršba in v skrajnem primeru uvedba stečajnega postopka (ali drugih postopkov zaradi insolventnosti).

To je poudarjeno tudi v posebnih načelih obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki so poleg splošnih načel zapisana v osnutku ZZVZZ-1. Med njimi je načelo obveznosti, ki poudarja dolžnost plačila prispevkov in zdravstvenega doplačila. Izpostavljena so tudi načela solidarnosti, nepridobitnosti, javnosti, zaščite pravic in zaščite javnega interesa, stalnega napredka kakovosti ter gospodarnosti in učinkovitosti. Zgoraj že omenjeno načelo solidarnosti dopolnjuje solidarnost na strani prispevanja s solidarnostjo tudi na dajatveni strani socialnopravnega razmerja. Prispevke za obvezno zdravstveno zavarovanja namreč plačujejo zavarovanci in drugi zavezanci sorazmerno s svojimi materialnimi možnostmi, zdravstvene pravice pa uveljavljajo glede na potrebe svojega zdravstvenega stanja (in ne morebiti glede na višino vplačanih prispevkov ali poznanstva izvajalca zdravstvene dejavnosti). Poleg tega je izpostavljena tako imenovana horizontalna solidarnost med moškimi in ženskami, bolnimi in zdravimi zavarovanci, ne glede na njihove osebne okoliščine (kar je sicer že omenjeno v splošnem načelu enakosti).

Med pomembnejšimi je načelo nepridobitnosti, saj namen izvajanja obveznega zdravstvenega zavarovanja in zdravstvene dejavnosti, ki se iz njega financira, ne sme biti ustvarjanje dobička.¹² Morebitni presežek mora tako ostati znotraj obveznega zdravstvenega zavarovanja. Drugače je lahko z zasebnimi zdravstvenimi zavarovanji, ki se ponujajo na trgu in za katera lahko velja drugačen (manj javno- in bolj gospodarsko-) pravni režim. Med posebnimi načeli je to omenjeno z razmejitvijo med obveznim in prostovoljnimi zavarovanji ter delno povezano z načelom obveznosti, saj s sklenitvijo prostovoljnega zavarovanja oseba ni izločena iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Če pa je oseba za iste storitve (vzporedno) zasebno zavarovana, je to lahko v korist obveznega zavarovanja, saj se s tem to zavarovanje razbremeni določenih stroškov in čakalnih vrst.

Načelo zaščite pravic in zaščite javnega interesa je bolj postopkovno načelo.¹³ Zavarovane osebe ne smejo uveljavljati pravic v škodo drugih, s čemer je izražen tudi javni interes, kot interes določene skupine. Hkrati mora ZZS zavarovane

¹² Glej tudi predlagane spremembe 3. člena Zakona o zdravstveni dejavnosti (ZZDej), ki ga je Državni zbor sicer sprejel (kot ZZDej-K, na seji 19.9.2017), a poteka zbiranje podpisov izvajalcev zdravstvene dejavnosti za naknadni zakonodajni referendum.

¹³ Primerjaj z načelom varstva pravic strank in varstva javnih koristi, zapisanega v Zakonu o splošnem upravnem postopku (ZUP), Uradni list RS, št. 80/99 do 82/13.

osebe obvestiti o pravicah in obveznostih iz obveznega zdravstvenega zavarovanja ter možnostjo njihovega uveljavljanja. To bo lahko storil na lastno pobudo ali na zahtevo posamezne zavarovane osebe.

Poleg načela stalnega napredka kakovosti je izpostavljeno tudi načelo gospodarnosti in učinkovitosti. Pri tem ima načelo gospodarnosti prednost pred načelom učinkovitosti, vsaj v njegovem delu, to je ekonomičnosti. Storitve morajo biti takšne, da je z njimi mogoče doseči enega od ciljev zdravljenja (bolezen ali poškodbo prepoznati, pozdraviti, preprečiti poslabšanje ali lajšati tegobe), zadostne, smotrne in gospodarne, po drugi strani pa ne smejo prestopiti meje potrebnega. Te nedoločne pravne pojme bo morala napolniti (sodna) praksa, ob pomoči pravne literature.¹⁴ Šele med enako gospodarnimi in učinkovitimi je mogoče izbrati cenejšo storitev. Neučinkovite storitve, četudi trenutno najcenejše, so seveda najdražje, saj z njimi ni mogoče doseči cilja zdravljenja.

2.1.3. Dolžnost države

Podobno kot v sedanjem ZZVZZ je tudi v osnutku ZZVZZ-1 predvidena dolžnost države na področju zdravstvenega varstva. Drugače od obstoječe ureditve¹⁵ naj bi država zagotavljala sredstva tudi za izobraževalno in raziskovalno dejavnost izvajalcev zdravstvene dejavnosti na terciarni ravni zdravstvene dejavnosti, plače in druge prejemke iz delovnega razmerja pripravnikov in specializantov v mreži javne zdravstvene službe. Prevladal je argument, da ni dolžnost solidarne skupnosti obveznega zdravstvenega zavarovanja financirati usposabljanja zdravnikov. To mora biti zagotovljeno znotraj sistema zdravstvene dejavnosti (zdravniške službe) in ne sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja. Prav tako lahko ugotovimo, da ni določeno, da bodo pripravniki in specializanti v mreži javne zdravstvene službe tudi kdaj kasneje (ko ne bodo več pripravniki in specializanti) sodelovali pri oskrbi zavarovanih oseb. Financiranje s strani države je bolj interesno nevtralnno, kar lahko koristi tako zavarovanim osebam, kot izvajalcem zdravstvene dejavnosti.

¹⁴ G. Strban, 2005, str. 194.

¹⁵ Glej 25. člen Zakona o zdravniški službi (ZZdrS), Ur. l. 98/99 do 40/17.

2.2. Preoblikovanje kroga zavarovanih oseb

Krog obvezno zdravstveno zavarovanih oseb je v osnutku ZZVZZ-1 posodobljen, določen je tudi prednostni vrstni red zavarovana, če bi se pri isti zavarovani osebi stekle okoliščine dveh ali več podlag zavarovanja (npr. delavca in družinskega člana). Bolj podrobno je predpisan tudi postopek prijave in ugotavljanja lastnosti zavarovane osebe.

Tudi osnutek ZZVZZ-1, podobno kot veljavni ZZVZZ, razlikuje med zavarovanci in njihovimi družinskimi člani, katerih zavarovanje je prispevanja prosto. Kljub temu uvaja nekatere novosti. Tako naj bi bili otroci zavarovani na samostojni pravni podlagi, torej kot zavarovanci, a še zmeraj brez plačevanja prispevkov, kar je odraz horizontalne solidarnosti.

V obstoječi ureditvi je predpisan zelo strog pogoj stalnega prebivališča za zavarovanje vseh družinskih članov.¹⁶ To je lahko v nasprotju s pravom EU, saj morajo imeti vsi delavci pri nas enake socialne in davčne ugodnosti¹⁷ in v nasprotju z mednarodnim pravom, saj morajo biti v prispevnih sistemih vsi zavarovanci enako obravnavani.¹⁸ To je bilo spoznano kmalu po sprejetju ZZVZZ in praksa je bila spremenjena s stališčem vlade,¹⁹ v katerem je določeno, da za ožje družinske člane zadostuje dovoljenje za začasno prebivanje. Rezultat je lahko pravilen a ukrep pravno nevzdržen, saj stališče vlade(!) ne more spremeniti zakonske določbe.

Osnutek ZZVZZ-1 to pomanjkljivost odpravlja. Določa, da za otroke zadostuje prijavljeno prebivališče. Otroci naj bi bili še zmeraj zavarovani stopničasto, torej odvisno od starosti. Vsi otroci do 18 leta (seveda manj, če prej sklenejo pogodbo o zaposlitvi in postanejo zavarovanci s plačilom prispevka, v skladu s prednostnim redom, ali sklenejo zakonsko ali partnersko zvezo), a najdlje do 26. leta, po tej starosti pa če so nezmožni za delo.

Vprašanj zavarovanja otrok je več. Med njimi, ali je določba primerna za otroke, ki so vpisani v študijske programe, ki trajajo dlje časa in jih težko zaključijo do te starosti. Vprašanje je tudi ali naj bo določen le pogoj prijavljenega prebivališča, brez pravne vezi z (ne)zavarovanimi starši. Morda to odraža nekoliko paternalni-

¹⁶ Glej 20. člen ZZVZZ.

¹⁷ Glej 7. člen Uredbe (EU) 492/2011 o prostem gibanju delavcev v Uniji, UL L 141/1, 27.5.2011.

¹⁸ Glej 68. člen Konvencije MOD št. 102 o minimalnih standardih socialne varnosti.

¹⁹ Številka 500-06/95-1/1-8, Ljubljana, dne 2. marca 1995.

stični pristop države do zavarovanja (domačih in tujih) otrok, saj sicer iz starševske skrbi za otroke izhaja, da morajo urediti obvezno zdravstveno zavarovanje tudi zanje. Vez s starši bo lahko pomembna pri čezmejnih dejanskih stanjih, ko bodo starši zavarovani v eni državi, otroci pa upravičeni do zdravstvenih storitev v drugi (na račun prve države).

Ob preoblikovanju zavarovanja otrok in opustitvi zavarovanja širokega kroga družinskih članov (z določenim prehodnim obdobjem), ostaja družinsko zavarovanje namenjeno le zavarovančevemu partnerju. V sedanji ureditvi velja, da je lahko zakonec (tudi zunajzakonski partner in razvezani zakonec s pravico do preživnine), ki (začasno) prebiva v Sloveniji zavarovan kot družinski član brez dodatnih pogojev. Vprašanje je, ali je v skladu z načelom solidarnosti družinsko zavarovanje zakonca, brez upoštevanja njegovega pravnega in ekonomskega položaja. Družinsko zavarovanje je bolj sprejemljivo pri zavarovanju otrok in zavarovančevega zakonca, ki za otroke skrbi. Gre za posebno obliko izravnave družinskega bremena, izravnave ekonomskih obremenitev zaradi varstva in vzgoje otrok med družinami z otroci in tistimi brez njih. V kolikor se takšna izravnava opravlja v pravu obveznega zdravstvenega zavarovanja, je omejena na zavarovalno skupnost. V mnogih evropskih državah je mogoče opaziti tendenco, opredeliti omenjeno izravnavo kot nalogo celotne skupnosti in ne le ožje, zavarovalne skupnosti. Tako se pojavljajo predlogi, da bi z izravnavo družinskih bremen finančno obremenili celotno družbeno skupnost (državo) in ne le posamezne zavarovalne skupnosti. Kljub temu je v nemški sodni praksi ugotovljeno, da izravnava družinskih bremen, ki se nanašajo na otroke v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja ni v nasprotju z ustavo. Zakonodajalec ima namreč široko polje presoje in različne možnosti oblikovanja družinske izravnave.²⁰

Ni namreč videti posebnega razloga in potrebe, da bi brez dodatnih pogojev zavarovalno skupnost zavezali k solidarni izravnavi. V primeru, ko se zakonec prostovoljno odpove pridobitni dejavnosti in plačilu na podlagi dela, iz katerega bi se sicer lahko financirala zavarovalna zaščita (plačevali prispevki), mora biti prejemanje dajatev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja zaznano kot nesolidarno. Družinsko zavarovani zakonec namreč ni storil vsega, kar bi lahko, da bi s svojimi močmi ustrezno okrepil solidarno skupnost. Kljub temu, je zavarovanje družinskih članov posledica dolgotrajne tradicije in le-te igrajo v pravu socialnih zavarovanj prav posebno vlogo. Osnutek ZZVZZ-1 te pomisleke upošteva in do-

²⁰ Več o odločitvah nemškega Zveznega Ustavnega sodišča B. Schulin, 1994, str. 196.

loča izvedeno zavarovanje zakonca, vendar določa dodatne pogoje zavarovanja zakonca oz. partnerja. Ob skrbi za otroke sta alternativno določena pogoja vpis v evidenco brezposelnih oseb (in torej aktivno iskanje zaposlitve) ali nezmožnost za delo (npr. zaradi starosti ali invalidnosti). Tako naj ne bi bilo več možno, da bi se zakonec odločil biti neaktiven in bi bil hkrati v krogu solidarnosti z ostalimi zavarovanimi osebami. Poleg tega so izenačeni zunajzakonski partnerji in partnerji iz neskljenjene partnerske zveze.²¹ Za oboje velja najmanj dvoletno trajanje zunajzakonske skupnosti ali neskljenjene partnerske zveze (ali obstoj skupnega otroka). To že sedaj urejajo Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Pravila OZZ),²² čeprav gre pretežno za zakonsko snov.²³

2.3. Določnejša opredelitev pravic

2.3.1. (Ne)opredelitev socialnega tveganja

Tako veljavni ZZVZZ kot osnutek ZZVZZ-1 ne opredeljujeta bolezni ali poškodbe,²⁴ ob nastanku katerih naj se zagotavljajo pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. To naj bi bilo ločeno na zavarovanje za splošna tveganja in na zavarovanje za poklicna tveganja, poškodbe pri delu in poklicne bolezni, ki je v nekaterih državah in mednarodnem pravu samostojno socialno tveganje.²⁵ Pri tem se tudi osnutek ZZVZZ-1 sklicuje na opredelitev v pokojninskem in invalidskem zavarovanju. Če obstajajo skupne opredelitve, bi jih veljalo zapisati skupaj, ali pa oblikovati posebno zavarovanje za poškodbe pri delu in poklicne bolezni.

Opredelitev bolezni je pomembna za zagotavljanje enakega obravnavanja zavarovanih oseb pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti in ločitev javne in zasebne odgovornosti za zdravje. Tako osnutek ZZVZZ-1 predvideva določene izključitve

²¹ Glej Zakon o partnerski zvezi (ZPZ), Ur. l. RS, št. 33/16.

²² Pravila OZZ, Uradni list RS, št. 79/94 do 85/14.

²³ Glej 10. člen Pravil OZZ.

²⁴ Zgoraj pri opredelitvah je bilo že omenjeno, da sta lahko bolezen in poškodba opredeljeni kot motnja v delovanju človeškega telesa (torej funkcionalna opredelitev), ki povzroči potrebo po medicinski oskrbi oziroma (samostojno ali sočasno) povzroči nezmožnost za delo.

²⁵ Glej ureditev npr. v Franciji, Nemčiji ali Avstriji (www.missoc.org, oktober 2017) in VI. del Konvencije MOD št. 102 o minimalnih standardih socialne varnosti. M. Novak, P. Končar, A. Bubnov-Škoberne, Anjuta (ur.) et al., 2006, str. 385.

iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Kot v obstoječi ureditvi,²⁶ naj bi v polje samoodgovornosti sodile npr. storitve estetskih operacij, ki niso medicinsko pogojene in storitve ob streznitvi (akutnem alkoholnem opoju). Samopoškodba bi bila izključena le, če si jo nekdo povzroči z namenom pridobitve koristi. Izključene pa bi bile tudi medicinsko nepotrebne storitve in bolnišnična obravnava, ko zanj ni več medicinske indikacije in je možen odpust v domačo ali domsko oskrbo. S tem je razmejeno tudi med socialnima tveganjema bolezni ali poškodbe na eni in odvisnosti od oskrbe drugega na drugi strani. Svoji bi lahko namreč prekomerno uporabljali oddelke neakutne bolnišnične obravnave, namesto dražje oskrbe na ali v domu.

Med predlogi, ki so bili v javni razpravi, so bile omenjene tudi vse posledice neudeležbe pri obveznem cepljenju. Kasneje je bil predlog opuščen, saj je treba obveznost celjenja in posledico morebitne neudeležbe urediti v drugih zakonih.²⁷ Poleg tega je bil opuščen predlog izločitve iz obveznega zdravstvenega zavarovanja posledic povzročenih pri storitvi kaznivega dejanja. Morda nekoliko tipično slovensko so bile predvsem izpostavljene storitve zdravljenja pri prometnih nesrečah, ki bi jih povzročil alkoholiziran voznik (s čimer bi lahko povzročil tudi kaznivo dejanje nevarne vožnje v cestnem prometu).²⁸

2.3.2. Zakonska opredelitev pravic do zdravstvenih storitev

Ena večjih pomanjkljivosti obstoječe ureditve je, da zakon pravic zavarovanih oseb, predvsem pravic do zdravstvenih storitev, pravno abstraktno ne opredeljuje. Določa le razmejitve med načeloma solidarnosti in samoodgovornosti, saj pravice razmejuje zgolj glede na višino doplačila. Nekatere obvezno zdravstveno zavarovanje krije v celoti, druge le v višini 10 odstotkov.²⁹

Podrobneje je vsebina (obseg) pravic do zdravstvenih storitev opredeljena v Pravilih OZZ. Ta deloma samostojno določajo pravice in obveznosti zavarovanih oseb. Pravila so po svoji pravni naravi splošni (podzakonski) pravni akt, izdan za izvrševanje javnega pooblastila. Naše Ustavno sodišče je večkrat ugotovilo, da

²⁶ Glej 25. člen Pravil OZZ.

²⁷ Glej 53.a in naslednje člene Zakona o nalezljivih boleznih – ZNB, Uradni list RS, št. 69/95 do 33/06.

²⁸ Glej 324. člen Kazenskega zakonika (KZ-1), Uradni list RS, št. 55/08 do 27/17.

²⁹ Glej 23. člen ZZZV in Sklep o določitvi odstotkov vrednosti zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju, Uradni list RS, št. 1/13.

podzakonski pravni akt ne sme spremeniti ali samostojno urediti pravic in obveznosti. Zakonsko normo lahko razčleni le do te mere, da s tem sam ne opredeljuje pravic in obveznosti ter da zlasti z zakonom urejenih pravic in obveznosti ne zožuje.³⁰ Sistem pravic in predvsem njihove omejitve lahko torej ureja le zakon.

Zakonske določbe se lahko s podzakonskimi akti dopolnjujejo le toliko, da z dopolnjevanjem udejanjajo smisel zakonske norme iz katere izhajajo. To pomeni, da morajo imeti izvajalci javnih pooblastil za svoje normiranje v zakonu izrecno določen ali iz njega vsaj ugotovljiv okvir in podlago. Tak podzakonski akt ne sme v vsebinskem smislu določati ničesar brez zakonske podlage in zunaj vsebinskih okvirov. Zato je na novo določanje pravic in obveznosti v skladu z načeloma demokratične in pravne države pridržano ustavi in zakonu.³¹

Ustavno sodišče je v nekaterih svojih odločitvah na tovrstno pomanjkanje demokratične legitimacije v stvarnem pomenu gledalo zelo formalno. Npr. leta 2014³² je odločalo o pravici do zdravljenja v tujini, za katero je ZZVZZ tedaj določal le, da jo obvezno zdravstveno zavarovanje krije v višini najmanj 90 odstotkov. Ustavno sodišče je poudarilo, da do uveljavitve ZZVZZ-M zakon ni določal pogojev, ki bi omejevali to pravico, prav tako pa tudi ne načina oziroma postopka, v katerem naj bi se odločilo o utemeljenosti zdravljenja v tujini. Pri tem je nekoliko spregledalo namen 26. člena ZZVZZ, ki pooblašča ZZS, da v soglasju z ministrom za zdravje določi natančnejši obseg zdravstvenih storitev iz celotnega prvega odstavka 23. člena (torej tudi zdravljenje v tujini), natančnejši postopek uveljavljanja pravic, standarde in normative teh storitev. V tem delu obrazložitve Ustavnega sodišča ni najbolj prepričljiva, saj sta v ZZVZZ izrecno določena (ali vsaj ugotovljiva) ovir in podlaga za normativno dejavnost ZZS kot izvajalca javnega pooblastila.

Vendar je Ustavno sodišče tudi ugotovilo, da ZZS na podlagi izvršilne klavzule iz 26. člena ZZVZZ »niti ni mogel biti pooblaščen«, ker bi bilo tako pooblastilo v neskladju z 51. členom Ustave. Sodišče je torej ugotovilo, da niti 26. člen ZZVZZ ni pooblaščal ZZS, da s Pravili OZZ določi pogoje, pod katerimi se ustavna pravica do zdravstvenega varstva lahko uveljavlja v tujini, niti da določi način, na katerega se lahko uveljavlja. To je namreč zakonska snov in urejanje je pridržano

³⁰ Odločba Ustavnega sodišča U-I-125/97, 24.6.1998.

³¹ Odločitve Ustavnega sodišča, ki jih povzema B. Kresal v Šturm, et al., str. 554 in 555. K. Kresal Šoltes, 1999, str. 322 ugotavlja, da velja v domači ureditvi popolna uveljavitev legalitetnega načela. Pri normativni funkciji je nosilec torej vezan na ustavo in zakone.

³² Up-1303/11, U-I-25/14, 21.3.2014, SI:USRS:2014:Up.1303.11.

zakonu. Ker so Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja urejala pogoje za plačilo zdravstvenih storitev v tujini izvorno,³³ so bila v neskladju z ustavnima pravicama do zdravstvenega varstva in socialne varnosti.

Odločitev Ustavnega sodišča je bila nekoliko bolj formalna, saj tudi tedaj ni obstajala neomejena pravica do zdravljenja v tujini, torej tudi za storitve, ki niso pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja pri nas (npr. helikopterski prevoz). Šlo je namreč za uveljavljanje pravic iz slovenskega obveznega zdravstvenega zavarovanja (za naše zavarovance) v tujini. Tudi s to odločitvijo se je pojavilo vprašanje smiselnosti Pravil OZZ, če pooblastilo iz 26. člena ZZVZZ za njihov obstoj ne zadostuje.

Pripravlavec osnutka ZZVZZ-1 je razloge Ustavnega sodišča in pravne teorije³⁴ upošteval. Izhaja iz spoznanja, da je treba pravice in njihove omejitve urediti v zakonu, podzakonskemu urejanju pa prepustiti določbe o konkretnih strokovnih, medicinskih in tehničnih vprašanjih, ki niso primerna za zakonsko urejanje.

Tako je predvideno, da naj bi bile pravice do zdravstvenih storitev sprva našete, v nadaljnjih določbah ZZVZZ-1 pa tudi pravno abstraktno opredeljene. Zavarovana oseba naj bi imela pravice do preventivnih zdravstvenih storitev, storitev zdravljenja, storitev rehabilitacije, storitev zdravstvene nege, storitev blažilne (paliativne) oskrbe, zdravil in živil za posebne zdravstvene namene, medicinskih in drugih pripomočkov ter reševalnih prevozov. Vanje naj bi bile vključene tudi zobozdravstvene in lekarniške storitve.³⁵

Nadaljnja členitev pravic iz medicinskega vidika, ki bo lahko brez zakonskih sprememb spremljala tudi razvoj medicinske znanosti in bo dejansko omogočala izvajanje zakona, naj bi bila določena v Seznamu zdravstvenih storitev (tudi zdravil, živil in pripomočkov). Z njim naj bi se določil natančnejši način izvrševanja pravice do zdravstvenih storitev in natančnejšo opredelitev standardnih zdravstvenih storitev.³⁶

Pri tem velja opozoriti, da je določanje standardov (zobo)zdravstvenih storitev, zdravil, živil in pripomočkov eno pomembnejših pravnih in dejanskih vprašanj.

³³ Glej 135. člen Pravil OZZ.

³⁴ G. Strban, 2005, str. 225.

³⁵ Glej tudi Zakon o lekarniški dejavnosti (ZLD-1), Uradni list RS, št. 85/16.

³⁶ Primerjaj npr. z belgijskim seznamom (nomenklaturo) zdravstvenih storitev <http://www.riziv.fgov.be/fr/nomenclature/Pages/default.aspx#.Wf9yjYiDOUI>, <http://ondpanon.riziv.fgov.be/SSPWebApplicationPublic/fr/Public/ProductSearch>, oktober 2017.

Zakon lahko določi standard le pravno abstraktno, recimo, da morajo biti zdravstvene storitve visoke kakovosti in v skladu z mednarodnim standardom zdravstvenih storitev, kot je npr. to storilo Sodišče EU.³⁷ Zakonodajalec bi moral tudi opredeliti način določitve standarda, torej kdo in v katerem postopku ga določa. Opisovanje npr. standardnih materialov zobnih zalivk ali nadomestkov bi zakonsko besedilo preveč obremenjevalo in standard petrificiralo (okamenelo), kar bi s potekom časa lahko vodilo do podstandardnih storitev. Standard se mora namreč razvijati z razvojem medicinske stroke.

Poleg tega osnutek ZZVZZ-1 predvideva tudi izjemno odobritev zdravstvene storitve, zdravila, živila ali pripomočka, ki (še) ni na Seznamu, če je mogoče pričakovati pomembne medicinske izboljšave pri zavarovani osebi. O tem bi morala odločati posebna komisija na sedežu ZZZS, ki bi lahko vodila enotno prakso v celotni državi in razbremenila strokovne delavce v območnih enotah težkih odločitev v lokalnem okolju.

Ena bistvenih novosti osnutka ZZVZZ-1 je, da ukinja doplačila, kot jih poznamo v veljavni ureditvi. Že leta 2011 je zdravstvena politika spoznala, da so doplačila nepravična, saj so določena v enaki višini za vse (bolj obremenjujejo osebe z nižjimi dohodki) in spodbujajo izvajanje medicinsko nepotrebnih zdravstvenih storitev.³⁸ Predvideno je bilo povečanje obsega zdravstvenih storitev z odpravo doplačil in s tem dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.³⁹ Hkrati naj bi uvedli novo prisilno dajatev v obliki »splošne participacije«, odvisne od posameznikovega dohodka, ki naj ne bi bila ne davek ne prispevek. To idejo posebne dajatve predvideva tudi osnutek ZZVZZ-1, ki jo poimenuje zdravstveno doplačilo. Kljub poimenovanju, bi dajatev ohranila naravo prispevka. Prednost je lahko, da se pri določitvi osnove za njeno plačevanje upoštevajo vsi prihodki posameznika. Vendar je lahko pomanjkljivost, da naj bi se plačevala iz neto prihodkov in bila manj progresivna od prispevne stopnje, saj naj bi bila določena kapica pri osnovi

³⁷ Sodišče EU je zahtevo, da je zdravljenje „običajno v zadevnih strokovnih krogih“ zdravljenja razlagalo tako, da dovoljenja (za zdravljenje v tujini) ni mogoče zavrniti, ko je zdravljenje zadostno preizkusila in odobrila mednarodna (in ne le nizozemska) medicinska znanost. S tem je nekoliko poenotilo (harmoniziralo) standard zdravstvenih storitev, ki ni odvisen zgolj od razvoja domače medicinske stroke. C-157/99 *Smits and Peerbooms*, EU:C:2001:404. Primerjaj s 4. členom Zakona o pacientovih pravicah (ZPacP), ki omenja razvitosti zdravstvenega sistema v Republiki Sloveniji.

³⁸ Ministrstvo za zdravje RS, Nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020, stran 11. G. Strban, 2005, stran 208. O doplačilih G. Strban, 2014, str. 1.

³⁹ Ministrstvo za zdravje RS, Nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020 – Korak naprej, stran 10.

in najvišji višini takšnega doplačila. Pravno primerneje bi bilo razširiti prispevno osnovo in (morebiti) povišati prispevno stopnjo.

2.3.3. Neenotna ureditev postopka uveljavljanja pravic

Osnutek ZZVZZ-1 predvideva nekoliko več določb o uveljavljanju pravic do zdravstvenih storitev od sedanjega ZZVZZ. Kljub temu se predvsem omejuje na postopkovno pravico do izbire osebnega zdravnika in njegove nadaljnje napotitve na zdravljenje na sekundarni ali terciarni ravni.

Postopek uveljavljanja pravic do zdravstvenih storitev tako ostaja neenotno urejen, saj naj bi ga poleg ZZVZZ-1 še naprej urejal tudi Zakon o pacientovih pravicah (ZacP).⁴⁰ Ta sicer v prvem členu določa, da pravice iz zdravstvenega zavarovanja in način njihovega uveljavljanja določa poseben zakon. Kljub temu ZPacP ureja tudi (vsebinske in postopkovne) pravice socialno zavarovanih oseb.⁴¹

Četudi ZPacP v opredelitvah ne razlikuje med socialno zavarovanim in zasebnim pacientom, se pri urejanju vsebine posameznih pravic večkrat sklicuje na ureditev obveznega zdravstvenega zavarovanja ali na mrežo javne zdravstvene službe (ki se financira iz obveznega zdravstvenega zavarovanja). Tudi s tem poudarja različen pravni položaj socialno zavarovanega in zasebnega pacienta.

S spremembami ZPacP v letu 2017 je predvsem poudarjena pravica do spoštovanja pacientovega časa. Pacient naj bi bil obravnavan čim hitreje, izvajalec zdravstvene dejavnosti pa mora delo organizirati tako, da čakalni čas ne presega 30 minut. To velja le v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe, saj čakalnih vrst pri povsem zasebnem (neposredno plačljivem) uveljavljanju zdravstvenih storitev praviloma ni. Pri socialno zavarovanih pacientih, ki uveljavljajo pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe, je uvrstitev na čakalni seznam odvisna od stopnje nujnosti.⁴² Novela ZPacP podrobneje določa tudi vodenja čakalnega seznama in nove možnosti naročanja. Omenjene določbe so seveda pomembne za socialno zavarovane osebe, ko uveljavljajo pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

⁴⁰ Uradni list RS, št. 15/08 in 55/2017.

⁴¹ G. Strban, 2009, str. 249.

⁴² Poleg stopenj nujnosti redno, hitro in nujno, ZPacP (14.b člen) uvaja tudi stopnjo zelo hitro.

2.3.4. Pravice do denarnih dajatev

Pomembnejša novost, ki je bila predstavljena v javni razpravi je omejitev pravice do denarnega nadomestila iz obveznega zdravstvenega zavarovanja pri istem zdravstvenem stanju na največ eno leto (ali leto in pol v dveh letih). Podobno omejitev poznajo vse evropske države⁴³ (razen Bolgarije in trenutno Slovenije).⁴⁴

Pri tem je predvsem pomembna ureditev pravnega položaja zavarovane osebe, ki zaradi trajanja bolezni ali poškodbe (in ko ni subjektivnih razlogov podaljševanja) ne more biti v slabšem pravnem in ekonomskem položaju. Pri nezmožnosti za delo naj bi razlikovali ne le med začasno (bolezen ali poškodba) in trajno (invalidnost) nezmožnostjo za delo, temveč naj bi poznali tudi trajnejšo nezmožnost za delo.⁴⁵ Recimo, po enem letu začasne nezmožnosti za delo in prejemanja denarnega nadomestila iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, naj bi nadomestilo izplačeval Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje (ZPIZ). Pri tem naj bi nadomestilo ostalo v nezmanjšanem obsegu vsaj še določen čas, do ugotovitve morebitne trajne nezmožnosti za delo.

Predlog zahteva odlično sodelovanje (in priznavanje ocen nezmožnosti za delo) ZZZS in ZPIZ. Npr. v belgijski ureditvi obstaja en inštitut za nezmožnost za delo (fr. *Institut national d'assurance maladie-invalidité* –INAMI, fl. *Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering* – RIZIV).⁴⁶ Smisel predloga je v tem, da obvezno zdravstveno zavarovanje krije kratkotrajno nezmožnost za delo s kratkotrajnimi dajatvami, medtem ko pokojninsko in invalidsko zavarovanje pokriva dalj časa trajajoče nezmožnosti za delo in zagotavlja trajne(jše) dajatve. Argumenti, da tega sedaj ne počnemo in da bo treba prilagoditi izvajanje v praksi, seveda ne morejo prepričati zakonodajalca proti uvedbi omenjenega predloga.

Osnutek ZZVZZ-1 ohranja dolžnost delodajalcev izplačevati denarno nadomestilo v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja. V skladu z odločitvijo našega Ustavnega sodišča in z Zakonom o delovnih razmerjih (ZDR-1),⁴⁷ ZZZS izplača nadomestilo neposredno delavcu le v izjemnih primerih. Med njimi je recimo ne-likvidnost ali blokada računa, uvedba stečajnega postopka ali izbris delodajalca.

⁴³ Glej www.missoc.org, oktober 2017.

⁴⁴ S. Spasova, D. Bouget and B. Vanhercke, 2016, str. 13.

⁴⁵ Mimogrede, tudi invalidnost ni nujno trajna, temveč je lahko trajnejša, saj se spreminjanje invalidnosti lahko spremlja in invalidnost ponovno ugotavlja (94. člen ZPIZ-2).

⁴⁶ Glej <http://www.riziv.fgov.be>, oktober 2017.

⁴⁷ ZDR-1, Uradni list RS, št. 21/13 do 52/16.

Pravilno je, da delodajalec ne sme imeti možnosti izbora kateremu delavcu bi nadomestilo izplačal in katerega bi poslal na ZZZS, kjer postopek ugotavljanja upravičenosti in osnove za izplačilo lahko traja dlje časa.

Zakonodajalec bi sicer lahko bil pogumnejši in bi (z določenim prehodnim obdobjem) določil neposredno izplačilo ZZZS v vseh primerih. Seveda bi morali tedaj vsi delodajalci pošiljati podatke o vseh osnovah (plačah) ZZZS, ki bi o tem vodil evidenco. V obdobju velikih baz podatkov in predvsem njihovega upravljanja, to (v ne tako daljni prihodnosti) ne bi smela biti nepremostljiva ovira.

3. UREJANJE ODNOSOV Z IZVAJALCI

Iz celotnega poglavja o partnerskih odnosih med ZZZS in izvajalci zdravstvene dejavnosti obstoječega ZZVZZ jasno izhaja, da slovenski sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja temelji na zagotavljanju zdravstvenih storitev, zdravil, živil, in pripomočkov v naravi (*in natura*), ne pa na povrnitvi stroškov nakupa takšnih storitev in stvari.⁴⁸

Kljub temu se ugotavlja, da je postopek partnerskega dogovarjanja neučinkovit, saj se partnerji v tem postopku (ZZZS, izvajalci zdravstvene dejavnosti in država) le s težavo dogovorijo o vseh zadevah (predvsem programu in ceni). Poleg tega je postopek reševanja sporov z arbitražo in predvsem z vladno določitvijo (država je namreč eden od partnerjev) sporen in bi bilo bolje predpisati rešitev v (kolektivnem) socialnem sporu.⁴⁹

Osnutek ZZVZZ-1 predlaga drugačno rešitev, ki naj bo postopek pospešila in bolj prilagodila potrebam zavarovanih oseb. Posebej trd oreh je lahko ugotavljanje dejanskih potreb zavarovanih oseb, pri čemer naj bi bili v pomoč določeni kazalniki (npr. epidemiološki in demografski) in vrednotenje zdravstvenih tehnologij. Nato bi se ugotovile zmožnosti izvajalcev zdravstvenih storitev in ZZZS naj bi nastopal kot aktivni kupec zdravstvenih storitev. Torej partnerska razmerja naj bi nadomestila kupoprodajna razmerja. Partnerska so seveda lahko bolj

⁴⁸ ZZVZZ v 23. členu morda nekoliko zavajajoče govori, da je zavarovanim osebam zagotovljeno plačilo zdravstvenih storitev. Seveda jih ZZZS ne plača zavarovanim osebam, temveč neposredno izvajalcem zdravstvene dejavnosti. To izhaja iz ZZVZZ (63. člen in naslednji), pa tudi ZZDej in ZPacP, ki govorita o mreži (izvajalcev) javne zdravstvene službe.

⁴⁹ Več G. Strban, 2005, str. 234.

demokratska, vendar je pri nas včasih res težava pogovarjati se in predvsem se dogovoriti v korist zavarovanih oseb.

4. VPLIV PRAVA EU IN NAŠIH SOCIALNIH SODIŠČ NA RAZVOJ OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

Na razvoj obveznega zdravstvenega zavarovanja ne vpliva samo naš zakonodajalec (predvsem s spreminjanjem ZZVZZ oziroma morebitnim sprejemom novega ZZVZZ-1 in drugimi zakoni, ki posegajo v ureditev obveznega zdravstvenega zavarovanja). Nanj vpliva tudi pravo EU in odločitve sodišč (sodišča EU in naših socialnih sodišč različnih stopenj). Zato je nujno in posebej zanimivo spremljati tudi ta razvoj.

Za osebo, zavarovano v slovenskem obveznem zdravstvenem zavarovanju obstaja več pravnih podlag zdravljenja v tujini.⁵⁰ Prva je ureditev v slovenskem pravu, ki lahko enostransko določi⁵¹ pravice mobilnih zavarovancev. Druga temelji na mednarodnem pravu dvostranskih in večstranskih sporazumov o socialni varnosti.

Dve pravni podlagi (torej skupaj tretja in četrta) sta urejeni v pravu Evropske unije (EU). To ureja povezovanje (koordinacijo) sistemov socialne varnosti z Uredbo (ES) 883/2004.⁵² Uredba temelji na svobodi gibanja državljanov Unije in države članice so dolžne sodelovati v korist zavarovanih oseb. Predvsem, če zavarovana oseba potrebuje zdravstvene storitve v drugi državi članici, jih lahko uveljavi v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe z Evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja. Hkrati, če država ne more pravočasno zagotoviti enakih ali enako učinkovitih zdravstvenih storitev v svoji ureditvi, mora napotiti zavarovano osebo na zdravljenje v drugo državo članico. Pri nas zavarovana oseba lahko torej v tujem (javnem) sistemu socialne varnosti uveljavi pravico iz domačega (npr. slovenskega) obveznega zdravstvenega zavarovanja. Naša država krije vse stroške zdravljenja neposredno, po cenah v tuji državi, povrne pa tudi potne stroške.

⁵⁰ Izčrpno G. Stiban (ur.) et al., 2017, str. 32.

⁵¹ Glej 4. odstavek 12. člena spremenjene ESL, ki nalaga državam pogodbenicam, da zagotovijo socialno varnost mobilnih oseb ne le s sklepanjem ustreznih dvostranskih ali večstranskih sporazumov, temveč tudi »z drugimi sredstvi«, med katere sodi tudi enostransko določeno (notranje) pravo posamezne pogodbenice.

⁵² Uredba (ES) 883/2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti, UL L 166/1, 30.4.2004, s kasnejšimi spremembami (zadnja prečiščena različica 11.4.2017) in izvedbena Uredba (ES) 9874/2009, L 284/1, 30.10.2009.

Drugače je, ko oseba ne potuje v drugo državo članico kot zavarovana oseba, temveč kot kupec zdravstvenih storitev na podlagi prostega pretoka storitev. Tedaj velja drugačen pravni režim, oblikovan s strani Sodišča EU in urejen v Direktivi 2011/24/EU. Oseba kot potrošnik v drugi državi članici kupi zdravstveno storitev pri kateremkoli priznanem (licenciranem, dovoljenem) izvajalcu zdravstvene dejavnosti (v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe ali zunaj nje) in zahteva povrnitev stroškov pri domačem nosilcu (npr. našem ZZZS). Ta možnost pa ni neomejena, saj lahko zahteva povrnitev zgolj stroškov zdravljenja (ne pa tudi poti), za tiste zdravstvene storitve, ki so pravica v državi zavarovanja in po ceni v tej državi (npr. Sloveniji). Brez napotitve lahko zahteva povrnitev le za stroške nekaterih ambulantnih storitev, ne pa tudi zahtevnejših ambulantnih in stacionarnih (bolnišničnih) storitev.

Med obema omenjenima pravnima režimoma v EU obstaja pomembna razlika. Uredba je namreč zavezujoča v celoti in se neposredno uporablja v vseh državah članicah. Drugače je z direktivo, ki je zavezujoča glede cilja, ki ga je treba doseči, vendar prepušča nacionalnim organom izbiro oblike in metod. Zato je treba direktivo v določenem roku prenesti v notranje pravo države članice.⁵³ Naš zakonodajalec je to storil z dopolnitvijo ZZVZZ.⁵⁴ Zato je treba primarno uporabiti določbe ZZVZZ. Napačno je lahko neposredno sklicevanje na (po presoji pisca izbrane) odločitve Sodišča EU in njihovo (pretežno) kodifikacijo v Direktivi 2011/24/EU. Časovno zadnje in neposredno uporabljivo je nacionalno pravo (torej ZZVZZ).

Hkrati je skupna značilnost Uredbe (ES) 883/2004 in Direktive 2011/24/EU, da ju je mogoče uporabiti le pri zdravljenju v tujini, torej pri čezmejnih dejanskih stanjih. Direktiva v 1. členu izrecno določa, da sama »ne vpliva na zakone in predpise držav članic o organizaciji in financiranju zdravstvenega varstva v primerih, ki niso povezani s čezmejnimi zdravstvenimi varstvom. Nobena določba te direktive ne obvezuje države članice k povrniti stroškov zdravstvenega varstva, ki ga zagotavljajo izvajalci zdravstvenega varstva s sedežem na njenem ozemlju, če ti izvajalci niso vključeni v sistem socialne varnosti ali sistem javnega zdravstva te države članice.« Naš zakonodajalec slednje imenuje mreža izvajalcev javne zdravstvene službe.

⁵³ Glej 288. člen Pogodbe o delovanju EU, UL C 202, 7 junij 2016 (prečiščeno besedilo).

⁵⁴ Glej dopolnitev ZZVZZ-M, Uradni list RS, št. 91/2013.

Večkrat se pojavlja vprašanje, ali ta ureditev ne postavlja v slabši položaj zavarovancev, katerih pravni položaj je omejen zgolj na pravno ureditev ene države članice (npr. Slovenije). Vendar je to presoja nacionalnega zakonodajalca. Omenjeni Uredba in Direktiva sta blizu mednarodnemu zasebnemu pravu, ki s kolizijskimi normami določa, katero pravo naj se uporabi. Tudi v tem primeru gre za več pravnih režimov. Tako kot Uredbe ni mogoče uporabiti za zdravljenje pri povsem zasebnem izvajalcu zdravstvene dejavnosti v drugi državi članici, tudi Direktive ni mogoče uporabiti pri povsem notranjih dejanskih stanjih (torej zdravljenju v Sloveniji). Kot omenjeno, je to v polju proste presoje nacionalnega zakonodajalca.

Zdi se, da naše socialno sodišče v nekaterih nedavnih odločitvah išče možnosti, kako bi omogočilo povrnitev stroškov (iz javnih sredstev, torej obveznega zdravstvenega zavarovanja) tudi osebam, ki so prejele zdravstveno storitev pri povsem zasebnem izvajalcu zdravstvene dejavnosti. Pri tem je treba poudariti, da obstajata tudi znotraj našega zdravstvenega prava, dva pravna režima. En je mreža izvajalcev javne zdravstvene službe, financirana iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Vanjo so vključeni tako javni izvajalci in zasebniki s koncesijo. Država mora upoštevajoč zdravstvene potrebe prebivalstva to mrežo določiti in zanjo skrbeti. V tem primeru gre za socialno tveganje bolezni ali poškodbe in socialno zavarovana oseba ima pravico do zdravstvenih storitev iz sistema socialne varnosti.

Drugi pravni režim je zaseben. Oseba nastopa kot samoplačnik in zdravstvene storitve lahko kupi pri povsem zasebnem izvajalcu zdravstvene dejavnosti, torej zasebniku brez koncesije (ali pri izvajalcih, ki so sicer v mreži javne zdravstvene službe, a jim je dovoljeno opravljati tudi samoplačniške storitve).⁵⁵ V tem primeru se zdravstvena dejavnost opravlja na trgu in jo mora oseba plačati (ali biti zanjo zasebno zavarovana).

Ločitev med javnim in zasebnim pravnim režimom poudarja tudi naša Ustava. V 51. členu⁵⁶ določa, da ima vsakdo pravico do zdravstvenega varstva (beri zdravstvenih storitev) pod pogoji, ki jih določa zakon. Še več, zakon določa pravice

⁵⁵ V nekaterih državah članicah to ni dopustno oz. lahko izvajalec opravlja zasebno zdravstveno dejavnost le v delu, za katerega ne opravlja javne zdravstvene službe. Oboje hkrati lahko namreč vodi v usmerjanje pacientov iz javne v zasebno zdravstveno dejavnost pri istem izvajalcu. G. Strban (ur.), et al., 2017, str. 73.

⁵⁶ Na katerega se je tudi naše socialno sodišče že sklicevalo, npr. v zadevi VI PS 904/206, 15.2.2017 v povezavi z Psp 153/2017, 25.5.2017, ali III Ps 406/2016.

do zdravstvenega varstva iz javnih sredstev. Z nasprotnim razlogovanjem (*argumentum a contrario*) je jasno, da poleg zdravstvenega varstva iz javnih sredstev obstaja tudi zdravstveno varstvo iz zasebnih sredstev, s čimer sta jasno zarisana oba pravna režima zagotavljanja zdravstvenih storitev (z vidika pacientov), oziroma izvajanja zdravstvene dejavnosti (z vidika izvajalcev).

Zato je nekoliko nerazumno, da se je naše socialno sodišče ukvarjalo z vprašanjem dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti pri povrnitvi stroškov iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.⁵⁷ Zdravstvena dejavnost je dejavnost posebnega pomena za vsako družbo in jo vsaka država posebej ureja. Tako morajo imeti vsi zdravniki (in nekateri drugi zdravstveni poklici) licenco,⁵⁸ zdravstveno dejavnost pa lahko domače in tuje pravne in fizične osebe opravljajo na podlagi dovoljenja ministrstva za zdravje, če izpolnjujejo pogoje iz Zakona o zdravstveni dejavnosti (ZZDej).⁵⁹ S tem, ko je socialno sodišče ugotavljalo obstoj dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti, kar naj bi zadostovalo za povrnitev stroškov iz javnih sredstev (obveznega zdravstvenega zavarovanja) je pomešalo oba pravna režima opravljanja zdravstvene dejavnosti, torej zasebnega in javnega.⁶⁰

Pri tem je Višje delovno in socialno sodišče pravilno poudarilo, da zavarovana oseba nima pravice do povračila stroškov zdravljenja, če so bile storitve opravljene v samoplačniški ambulanti, torej v zasebnem opravljanju zdravstvene dejavnosti. Jasno je ločilo med licenco, dovoljenjem in »morebitno koncesijsko pogodbo«. Šele slednja omogoča vključitev zasebnih izvajalcev v mrežo javne zdravstvene službe.⁶¹

Kot že omenjeno, iz celotne slovenske ureditve izhaja, da ZZZS zagotavlja zdravstvene storitve v naravi (*in natura*), kar izhaja iz celotnega poglavja ZZZS o urejanju partnerskih odnosov nosilca zavarovanja z izvajalci zdravstvene dejavnosti.

⁵⁷ Glej sodbo V Ps 1609/2015, 28.12.2016 (kjer dovoljenja ni bilo).

⁵⁸ Licenca kot pogoj za opravljanje zdravniške službe je javna listina, ki dokazuje strokovno usposobljenost zdravnika za samostojno opravljanje zdravniške službe na določenem strokovnem področju (torej ne glede na to, ali zdravniško službo opravlja v javni mreži ali kot popolni zasebnik). Glej 10., 18.a, 33. in naslednje člene Zakona o zdravniški službi – ZzdrS, Uradni list RS, št. 98/99 do 40/17 in Pravilnik o zdravniških licencah, Uradni list RS, št. 48/15.

⁵⁹ Glej 3. člen ZZDej, Uradni list RS, št. 9/92 do 14/13.

⁶⁰ V sodbi III PS 71/2017 je socialno sodišče s klicajem »(!)« poudarilo, da licenca in dovoljenje obstajata. Zakaj je to storilo ni povsem jasno, saj od tega ni bila odvisna odločitev o glavni stvari (povrnitvi stroškov iz obveznega zdravstvenega zavarovanja).

⁶¹ Višje sodišče je poudarilo, da izvajalka ni imela dovoljenja za delo, kaj šele morebitne koncesijske pogodbe, zato povračilo stroškov iz obveznega zdravstvenega zavarovanja seveda ni mogoče. Psp 118/2017, 22.6.2017.

Šele, ko ZZZS z javnimi zavodi in zasebniki s koncesijo sklene pogodbe, so vključeni v mrežo javne zdravstvene službe, ki jo jasno določata ZPacP in ZZDej. Brez vsakršnega dvoma slovenski sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja ne temelji na načelu povrnitve stroškov, kot to recimo poznajo v Franciji, Belgiji in Luksemburgu.⁶² Zato določb o (primarni) povrnitvi stroškov ZZVZZ ne vsebuje, saj ta pravica ne obstaja.⁶³ Socialno sodišče je v eni zadnjih odločitev zato napačno izpeljalo sklep, da ZZVZZ ne ureja pogojev povračila stroškov zdravstvenih storitev in da zato obstaja pravna praznina.⁶⁴

Še več, kot argument je uporabilo načelo enakosti, ki naj bi bilo kršeno glede na kraj opravljene storitve. Razlogi za to stališče ne morejo prepričati. Načelo enakosti ne more biti uporabljeno golo, torej brez povezave s katero od ustavnih pravic in katero od osebnih okoliščin. Hkrati diskriminatornosti, kot neutemeljenega neenakega obravnavanja, pri omejevanju dostopa do povsem zasebnih izvajalcev v naši ureditvi, ni mogoče zaznati. Pomemben razlikovalni element je ravno mednarodni. Kot zgoraj že pojasnjeno, je mogoče pravo EU uporabiti le pri čezmejnih dejanskih stanjih. Pravo EU (vsaj omenjeni Uredba (ES) 883/2004 in Direktiva 2011/24/EU) pa v ničemer ne posega v notranjo pravno ureditev in pravni položaj oseb, za katero velja le slovensko pravo.

Če naj bi po našem pravu res veljalo, da ko je izdana napotnica pacienta, ni mogoče več omejevati kje lahko uveljavi zdravstvene storitve in ima povsem prosto izbiro doma in v tujini, potem bi lahko zdravstvene storitve uveljavil recimo tudi v ZDA ali katerikoli državi, seveda na račun našega obveznega zdravstvenega zavarovanja. Do takšnega sklepa pa ne moremo priti s prav nobeno metodo razlage. Iz celotnega zdravstvenega sistema pri nas in namenske (teleološke) razlage je jasna razmejitev med javnim in zasebnim izvajanjem zdravstvene dejavnosti.

To izhaja tudi iz ustaljene sodne prakse Višjega delovnega in socialnega sodišča, ki bo v omenjenem in podobnih primerih verjetno še odločalo. Doslej je konsistentno razlagalo, da imamo v Sloveniji uveljavljen sistem javne mreže in omejen krog izvajalcev, ki bi zdravstvene storitve izvajali v breme obveznega

⁶² Glej www.missoc.org, oktober 2017.

⁶³ Nekoliko neroden zapis, da je zavarovanim osebam zagotovljeno plačilo zdravstvenih storitev (23. člen ZZVZZ) je že bil pojasnjen in ga ni mogoče šteti za celoten sistem povrnitve stroškov. Zapisan je namreč v poglavju o vsebinskih (materialnih) pravicah in ne v poglavju o urejanju odnosov z izvajalci ali poglavju o uveljavljanju pravic. G. Strban, 2005, str. 37. V naši ureditvi obstaja le tako imenovana sekundarna povrnitev stroškov, torej le v primeru nujnega zdravljenja pri povsem zasebnem izvajalcu. *Ibid.*, str. 40.

⁶⁴ Sodba III PS 406/2016, 16.6.2016. Glej tudi III Ps 71/2017, 18.5.2017.

zdravstvenega zavarovanja in da je javni sistem zdravstva ločen od zasebnega zdravstva.⁶⁵ Do konkurence pravnih režimov pride le v primeru mednarodnega elementa, na kar je sicer v (v tej zadevi)⁶⁶ pravilno opozorilo že prvostopenjsko socialno sodišče. Vsaka odločitev za javno ali zasebno ali čezmejno zdravljenje je, z določenimi omejitvami, v polju proste presoje posameznika in povzroči različne pravne posledice.⁶⁷ Pravica do prostega izbora izvajalca pa ima poseben pomen le za socialno zavarovane osebe (in samo ta je urejena v ZZVZZ), saj ji nasproti stoji dolžnost izvajalca socialno zavarovano osebo tudi sprejeti.⁶⁸ V času od sprejema omenjene odločitve višjega sodišča se pravo ni spremenilo, zato ni pravnega razloga, da ne bi enako veljalo tudi v prihodnje.

5. ZAKLJUČNE MISLI

Sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja kot osrednji steber zagotavljanja zdravstvenih storitev, ostaja tudi po predvidenih novostih zelo sestavljen. Ureja ga več zakonov, ki jih je treba razlagati medsebojno skladno in namensko (teleološko).

Pomembne novosti se obetajo tako v poudarjenih temeljnih načelih obveznega zdravstvenega zavarovanja, kot tudi pri opredelitvi kroga zavarovanih oseb in predvsem določnejši opredelitvi pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zdi se, da naše socialno sodišče (vsaj v nekaterih odločitvah) prehitava zakonodajalca in precej aktivistično razlaga zakonske določbe. Recimo, če povrnitev stroškov zdravljenja pri povsem zasebnih izvajalcih v Sloveniji ni predpisana, še ne pomeni, da gre za pravno praznino (in da bi morala obstajati). Takšne razlage ne ponuja ne mednarodno pravo, ne pravo EU, ne naše nacionalno pravo. Morda ni predpisana, zato ker ne obstaja.

⁶⁵ Psp 153/2017, 25.5.2017, v povezavi z VI Ps 904/2016, 15.2.2017.

⁶⁶ Ibid.

⁶⁷ Zato je napačna ugotovitev socialnega sodišča v zadevi III Ps71/2017, da je izbira izvajalca (povsem) prosta. Pravico do proste izbire je poudarilo tudi naše Ustavno sodišče (U.I.125/97, Sl:USRS:1998:U.I.125.97, Uradni list RS, št. 51/98 in OdlUS VII, 139), vendar je treba odločitev razumeti v smislu, da različna izbira lahko povzroči različne pravne posledice. V zadevi je šlo namreč za napotnico, ki jo je izdal povsem zasebni izvajalec zdravstvene dejavnosti (za zdravljenje v javni mreži) in ne za obratno situacijo, ko bi nekdo z napotnico želel k povsem zasebnemu izvajalcu.

⁶⁸ Več G. Strban, 2004, str. 27.

Seveda pa se lahko naš zakonodajalec (in v skladu z načelom delitve oblasti le on) odloči, da bo predvidel (omejeno) povrnitev stroškov zdravljenja pri povsem zasebnih izvajalcih (kot so to recimo storili v Avstriji ali Nemčiji).⁶⁹

Tako kot v drugih državah, tudi pri nas obstaja (in je nujna) delitev na javno in zasebno zdravstvo. Prvo se financira iz javnih sredstev (obveznega zdravstvenega zavarovanja), drugo je bolj podvrženo tržnim načelom. Zdravstvo je posebno in tržna načela ne delujejo, saj povpraševanje (po vseh vrstah zdravstvenih storitev) zmeraj presega ponudbo. Zato mora zakonodajalec oblikovati mrežo javne zdravstvene službe (v katero vključi javne zavode in zasebnike s koncesijo), z upoštevanjem zdravstvenih potreb prebivalstva. Dolžnost države je namreč omogočiti enak in pravičen dostop (*equitable access*)⁷⁰ do visokokakovostnih zdravstvenih storitev vsem.

LITERATURA

Kresal, Barbara, v Šturm, Lovro et al.: Komentar Ustave Republike Slovenije, Fakulteta za podiplomske državne in evropske študije, 2002

Kresal-Šoltes, Katarina: Normativna funkcija nosilca obveznega zdravstvenega zavarovanja in načelo zakonitosti, Podjetje in delo, št. 2/1999, str. 311-327.

Novak, Mitja (ur.), Končar, Polonca (ur.), Bubnov-Škoberne, Anjuta (ur.), et al., Konvencije Mednarodne organizacije dela: s komentarjem. GV založba, Ljubljana 2006.

Schulin, Bertram: Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Band 1, Krankenversicherungsrecht, Verlag C. H. Beck, München, 1994.

Spasova S., Bouget D. and Vanhercke B. (2016) Sick pay and sickness benefit schemes in the European Union, Background report for the Social Protection Committee's In-depth Review on sickness benefits (17 October 2016), European Social Policy Network (ESPN), Brussels, European Commission.

Strban, Grega: Cost sharing for Health and Long-term Care Benefits in Kind, MISSOC Analysis 2014/1, MISSOC Secretariat, For the European Commission, DG Employment, Social Affairs & Inclusion, 2014, str. 1-39.

Strban, Grega (ed.); Berki, Gabriella; Carrascosa Bermejo, Dolores; Van Overmeiren, Filip: Access to healthcare in cross-border situations, Analytical Report 2016, Report prepared for the European Commission, FreSsco, 2017, str. 1-101.

Strban, Grega: Pravica do izbire osebnega zdravnika. Delavci in delodajalci, št. 1/2004, str. 27-48.

Strban, Grega: Pravna vprašanja predvidenih reform pokojninskega zavarovanja, Pravna praksa-PP, št. 46/2009, str. 9-11.

⁶⁹ G. Strban (ur.) et al., 2017, str. 59, 73, 81, 85.

⁷⁰ Glej 3. člen Konvencije o človekovih pravicah v zvezi z biomedicino (Oviedska konvencija), Uradni list RS – Mednarodne pogodbe, št. 17/98.

Strban, Grega: Prenova obveznega zdravstvenega zavarovanja – zadostujejo spremembe obstoječega zakona ali je nujen sprejem novega?, Delavci in delodajalci, št. 4/2016, str. 585-607.

Strban Grega: Temelji obveznega zdravstvenega zavarovanja, Cankarjeva založba, Ljubljana, 2005.

Strban, Grega: Vpliv posebnega urejanja pacientovih pravic na postopek uveljavljanja pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, Delavci in delodajalci, št. 2-3/2009, str. 249-270.

Foreseen Novelties in the Mandatory Health Insurance

Grega Strban*

Summary

The law of social security, including mandatory health insurance has to follow the modified societal relations. It is a reflection of the constitutional principle of the state governed by the rule of law. It should not be robust and insensitive to the developments in the society. In such case, the system might survive, but the affected persons might end up in worse legal, social and economic situation. Therefore, legal adjustments are required. It is believed that mere modifications of the present Health Care and Health Insurance Act (ZZVZZ) could no longer suffice and a new act (ZZVZZ-1) has to be passed.

The Ministry of health has introduced the first draft of the ZZVZZ-1, which was subject of analysis of the present article. It should introduce certain definitions. Some might be useful for understating and construing the act, but some are more general and the question of their necessity might arise. Moreover, some definitions might be missing. If there is (more socio-political) definition of health, for mandatory health insurance, legal definition of disease might be even more important.

For the first time the act should introduce basic principles of healthcare and health insurance. They are universality, solidarity, equality, accessibility, quality and services tailored to the individual needs. The basic principles might sound convincing, but what is crucial is, how these principles are followed through in the text of the entire legislative act.

The scope of insured persons is modernised and priority order of insurance is clearly set. Moreover, all children shall be insured in their own capacity and not as family members. The latter remained partners of an insured person, with certain additional limitations. For family members registered residence should suffice. At the moment, the legislative act requires permanent residence, which might be too strict for family members of a migrant worker (who shall enjoy equal

* Grega Strban, PhD, Professor and Vice Dean at the Faculty of Law, University of Ljubljana, Slovenia
grega.strban@pf.uni-lj.si

social and fiscal advantages as other workers). Therefore, the government has decided that registered residence is enough. The solution might be correct, but the means are legally inadmissible (position of the government can hardly modify the rules of the legislative act).

What is still not foreseen in the drafted legislative proposal is the definition of a disease. It is a social risk at the occurrence of which benefits (in kind and in cash) have to be provided.

Nevertheless, the rights of socially insured persons should be more concretely defined in a legally abstract manner. Hence, the decisions of the Slovenian Constitutional Court and legal theory, which have argued that the rights and their limitations have to be regulated in the legislative act, are being taken into account. Rules and regulations may contain professional medical and technical legal norms, which are not suitable for regulation in legislative acts.

Therefore, the ZZVZZ-1 should enumerate and regulate the rights to benefits in cash and in kind. Among the latter are the rights to preventive healthcare, curative medical treatment, rehabilitative services, care and palliative care, pharmaceuticals, medical aids and urgent transport (ambulance) services. They shall include medical and dental services as well as services of pharmacies. More concretely, the List of healthcare services (also pharmaceuticals and aids) should be determined by the health insurance carrier. Further development of services in rules and regulations could then, from the medical perspective, follow the developments of medical science and practice, without modifications of the legislative act itself.

Slightly more provisions on procedure on how to receive healthcare should be prescribed. However, the procedure remains regulated in more legislative acts, next to ZZVZZ-1 also in the Patients' rights act. Hence the new ZZVZZ-1 should be limited to the free choice of a physician and further referral to medical specialists at the secondary and tertiary level of medical activities.

One of the novelties among the cash benefits should be limitation of the sickness cash benefit to one year or one and a half years in two years. Slovenia seems to be one of only two countries (next to Bulgaria), where sickness cash benefit is not limited in time.

The relations between the health insurance carrier and healthcare providers should be newly shaped as well. Partners' negotiations seem to be ineffective and many decisions are taken by the arbitration or even the government. The

carrier should assume the role of an active buyer of healthcare, after analysing the healthcare needs and providers' capacities, but without negotiations, as it is the case today.

Special attention is devoted to the influences of EU law and the decisions of the Slovenian social courts of law, also construing the EU law in concrete cases. There are many legal bases for cross-border healthcare. It should be distinguished between coordination of social security systems (Regulation (EC) 883/2004) and free movement of (health) services (Directive 2011/24/EU). It seems that the Slovenian social courts of law have rather recently used the free movement arguments also to open access to purely private healthcare providers from the funds of mandatory health insurance. They have argued that the law should regulate reimbursement of costs in purely internal situations and have filled the assumed legal void themselves. However, EU law on free movement of services becomes applicable only in cross-border situations. Maybe, the law is silent on such internal reimbursement of costs, because such right does not exist in purely national legal situations (under no legal basis, national, EU or international law). The decisions of the higher and Supreme court were clear so far and will have to clarify the matter also in these cases.

The proposed ZZVZZ-1 is still to face the parliamentary discussion and will be probably further modified in the process. In any case, it is the duty of the State to guarantee equal and equitable access to high quality healthcare to everyone.