

KAJ JE IN ČESA NI PRINESEL ZZVZZ-K

ROSANA LEMUT STRLE*

UDK: 614.2(497.4)

Povzetek: V prispevku je prikazano nihanje med modelom socialnega zavarovanja in državno vodenim modelom zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja na Slovenskem. Analizirane so nekatere ne rešitve zadnje novele ZZVZZ in iz njih izpeljana teza, da zakonodajalec na področju zdravstvenega varstva in zdravstvenega varstva nima izoblikovane dolgoročne strategije, ki bi temeljila tudi na primerjalno pravnem pregledu ureditev tega področja v EU, ampak podlega parcialnim pritiskom posameznih interesnih skupin.

Ključne besede: obvezno zdravstveno zavarovanje, nacionalna zdravstvena služba, socialno zavarovanje, ZZVZZ-K, zavarovanci, nadomestila plače.

WHAT WE DID AND WHAT WE DIDN'T GET FROM THE ZZVZZ-K (HEALTH CARE AND HEALTH INSURANCE ACT)

Abstract: In the article the oscillation between the model of social insurance and stately guided model of health care and health insurance in Slovenia is presented. Some of the infelicitous solutions of the last *amendment* of the Health Care and Health Insurance Act are analyzed and a thesis – that the legislator has not formed a long-term strategy, which would be based also upon a comparative overview of this field (health care and health insurance) within the; instead he only gives in to the partial pressures of individual interest groups.

Key words: obligatory health insurance, National Health Service, social insurance, ZZVZZ-K Health Care and Health insurance Act), insurants, sickness benefit

* Rosana Lemut Strle, magistrica pravnih znanosti, namestnica Informacijskega pooblaščenca. rosana.lemut-strle@ip-rs.si. Avtorica je bila do 31.03.2009 zaposlena na Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije kot direktorica področja za obvezno zdravstveno zavarovanje. Rosana Lemut Strle, LL.M., Information Commissioner Deputy, Slovenia

1. UVOD

Socialna zavarovanja v Evropi so nastala konec 19. oziroma v začetku 20. stoletja kot posledica pospešenega tehničnega napredka in industrializacije. Ob dejstvu, da lastnikov podjetij in države socialna varnost delavcev ni skrbela, so se delavci najprej sami začeli povezovati v delavska združenja in na ta način poskušali zagotoviti minimalno socialno varnost z zavarovanjem v primeru bolezni, nesreč in izgubi zaposlitve. Da je to resnično potrebno, je politika spoznala šele v razmerah zaostrenega delavskega boja, ob številnih organiziranih stavkah in delavskih nemirih. Nemški kancler von Bismarck je zato, da bi ustavil nemire, prvi uvedel sodobno delavsko zavarovanje. Pravzaprav pa je s to potezo, kot se za pravega politika spodobi, zvito prelisičil in umiril ljudske množice, saj so bili socialni izdatki minimalni¹. Ne glede na to je šlo za revolucionarno potezo, ki je preseгла dotedanji način razmišljanja in v politiko in pravo vnesla pojem socialnega zavarovanja.

Kancler von Bismarck se je kmalu potem, bojda po sporu s cesarjem, umaknil iz javnega življenja, osnovni principi² njegovega zavarovalnega modela pa so ostali do danes.

Slovenija v skladu s svojo geografsko pozicijo in pestro zgodovino tudi na področju socialnih zavarovanj v dosedanjem razvoju beleži precej sprememb, ki nihajo med različnimi modifikacijami modela socialnega zavarovanja in modela državno organiziranega in vodenega zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja.

Zdravstveno zavarovanje v vsej Avstriji je vpeljal Franc Jožef z Zakonom od dne 30. marca 1888 o zavarovanju delavcev glede kake bolezni. Po prvi svetovni vojni in razpadu Avstro-Ogrske je bilo maja 1922 za ozemlje bivše Kraljevine SHS z Zakonom o zavarovanju delavcev za vso državo uvedeno zdravstveno zavarovanje

¹ Zavarovanci na pretežnem delu ozemlja današnje Slovenije so npr. imeli po zakonu Franca Jožefa iz marca 1888 pravico do medicinske oskrbe, porodniške pomoči, zdravil, zdravstvenih pripomočkov, omejenega zdravljenja v bolnišnici ter denarne podpore (bolniščina oz. hranarina za porodnice) in pravico do pogrebne. Denarna podpora je znašala 60% običajne mezde za največ dvajset tednov. Tedanji predpisi niso poznali npr. zdraviliškega zdravljenja kot tudi ne pravic družinskih članov. Strban, G. (2005), str. 23.

² Formalno je socialno zavarovanje definirano z naslednjimi osnovnimi elementi.: financirano je s prispevki delodajalcev in delojemalcev, participacija je obvezna (z nekaj manjšimi omejitvami), prispevki se stekajo v sklad iz katerega se financirajo pravice, presežki prihodkov se lahko investirajo, pravica zavarovanca je pogojena zgolj z vplačanimi prispevki, brez kakršnihkoli preizkusov njegovega premoženjskega stanja, prispevki in pravice so pogosto vezani na dohodek (plačo) zavarovanca. Stanovnik, T. (1998), str. 31.

kot tudi zavarovanje za poškodbe pri delu³. Med drugo svetovno vojno so Nemci in Madžari uredili zdravstveno zavarovanje po svojih predpisih, avgusta 1946 pa je bil sprejet Zakon o socialnem zavarovanju delavcev, nameščencev in uslužbencev. Nosilec zavarovanja je bil Državni zavod za socialno zavarovanje, ki je deloval pod neposrednim vodstvom in nadzorom zveznega ministrstva za delo. Februarja 1950 je začel veljavi Zakon o socialnem zavarovanju delavcev in uslužbencev in njihovih družin, ki je prinesel popolno izenačitev zavarovanih oseb in razširitev kroga oseb, ki so bile vključene v zavarovanje⁴. Izvajanje socialnega zavarovanja je postala redna funkcija državne uprave. Finančna sredstva je priskrbela država, plače delavcev niso bile obremenjene s prispevkom. Pravica do nadomestila plače je bila priznana tudi v primeru nege ožjega družinskega člana⁵. Že leta 1952 je z Uredbo o ustanovitvi zavodov za socialno zavarovanje in o začasnem gospodarjenju s sredstvi socialnega zavarovanja prišlo do nove prelomnice v organizaciji socialnega zavarovanja saj je to iz državne uprave prešlo na zavode za socialno zavarovanje. Novo novost je leta 1955 uvedel Zakon o zdravstvenem zavarovanju delavcev⁶ in uslužbencev, saj so morali zavodi za socialno zavarovanje delovati tudi na področju preventivnega zdravstvenega varstva. Prvič pa je bila tudi normativna ureditev nekaterih pravil prepuščena samoupravnim organom. V skladu s posebnim zakonom so lahko tudi kmetje od leta 1960 naprej uveljavili pravice iz zdravstvenega zavarovanja. Kot posledica spremembe ustavne ureditve SFRJ je bil 1962 najprej sprejet zvezni zakon, 1971 pa republiški Zakon o zdravstvenem zavarovanju in obveznih oblikah zdravstvenega varstva. Tega je 1974 nadomestil Zakon o zdravstvenem varstvu. Ta je enotno uredil zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje in delovanje zdravstvene službe. Med leti 1971 in 1980 so bile sprva ustanovljene komunalne skupnosti kasneje pa samoupravne interesne skupnosti za zdravstvo. Cilj ureditve je bil zagotoviti obvezno zdravstveno zavarovanje vsem skupinam prebivalstva. Obdobje med 1980 in 1990 velja za obdobje izvajanje nacionalnega zdravstvenega varstva. Zanj so značilne ideje o tem, da naj bi bil sistem zdravstvenih

³ Iz zavarovanja so bili izvzeti državni uslužbenci, rudarji, topilničarji, železničarji, osebje narodne banke, poljedelski delavci in še osebe v nekaterih drugih panogah. Strban, G. (2005); str.24.

⁴ Še vedno pa v zavarovanje niso bili vključeni kmetje, obrtniki in nekateri drugi samozaposleni. Strban, G. (2005) str. 27.

⁵ Sicer pa je bil odstotek nadomestila odvisen od dobe zavarovanja in zavarovalnega primera in ga je zavarovanec prejemal praviloma največ eno leto, le izjemoma do dve leti ali dlje. Strban, G. (2005) str. 27.

⁶ Zavarovanim osebam se je zagotavljalo t.i. osnovno in razširjeno zdravstveno varstvo: Slednje je bilo pogojeno z določeno dobo zavarovanja. Nadomestilo plače je bilo višje v primeru bolezni in ob pogoju določene dobe zavarovanja. Strban, G. (2005), str. 28.

dajatev predmet nacionalnega zdravstvenega varstva, sistem denarnih dajatev pa predmet socialnega zavarovanja⁷. Ta model je bil ukinjen leta 1990, ko je naloge prevzela Republiška uprava za zdravstveno varstvo pri Republiškem sekretariatu za zdravstvo in socialno varstvo. Delovala je do sprejema zakona o Zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju leta 1992, ki velja še danes.

Veljavni Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (v nadaljevanju: ZZZZZ) se glede na čas svoje aktualnosti zdi dokaj stabilen, vendar je tako le na videz, saj je v sedemnajsti letih doživel enajst novel⁸, vanj so neposredno posegli štirje drugi področni zakoni⁹, urejanja pravic iz zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja s posameznimi določbami posebnih zakonov z drugih področij pa je še bistveno več¹⁰. Priprava in usklajevanje zadnje novele (ZZZZ-K) je potekalo pod vodstvom dveh ministrov za zdravje in je z večjo ali manjšo intenzivnostjo trajalo tri leta. Njen rezultat lahko na kratko povzamem v ugotovitvi, da je v zdravstveno zavarovanje prinesla nove kriterije za zavarovanje po generalnih

⁷ Strban, G. (2005), str. 29.

⁸ Zakon o spremembi in dopolnitvi Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju - ZZZZZ-A (Uradni list RS, št. 13/93 z dne 12.3.1993), Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju - ZZZZZ-B (Uradni list RS, št. 9/96 z dne 16.2.1996), Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju - ZZZZZ-C (Uradni list RS, št. 29/98 z dne 10.4.1998), Zakon o dopolnitvi Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju - ZZZZZ-D (Uradni list RS, št. 6/99 z dne 29.1.1999), Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju - ZZZZZ-E (Uradni list RS, št. 99/01 z dne 7.12.2001), Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju - ZZZZZ-F (Uradni list RS, št. 60/02 z dne 10.7.2002), Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju - ZZZZZ-G (Uradni list RS, št. 126/03 z dne 18.12.2003), Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju - ZZZZZ-H (Uradni list RS, št. 76/05 z dne 12.8.2005), Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju - ZZZZZ-I (Uradni list RS, št. 38/06 z dne 11.4.2006), Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju - ZZZZZ-J (Uradni list RS, št. 91/07 z dne 8.10.2007) in Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju - ZZZZZ-K (Uradni list RS, št. 76/08 z dne 25.7.2008).

⁹ Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o prekrških - ZP-G (Uradni list RS, št. 13/93 z dne 12.3.1993), Zakon o varnosti in zdravju pri delu - ZVZD (Uradni list RS, št. 56/99 z dne 13.7.1999), Zakon o delovnih razmerjih - ZDR (Uradni list RS, št. 42/02 z dne 15.5.2002), Zakon o usklajevanju transferjev posameznikom in gospodinjstvom v Republiki Sloveniji - ZUTPG (Uradni list RS, št. 114/06 z dne 9.11.2006).

¹⁰ npr.: 17. b člen Zakona o zaposlovanju in zavarovanju za primer brezposelnosti (Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o zaposlovanju in zavarovanju za primer brezposelnosti - ZZZPB-D; Uradni list RS, št. 69/98); 43. člen Zakona o izvrševanju proračuna Republike Slovenije za leto 2006 in 2007 (Uradni list RS, št. 116/2005).

klavzulah (20. in 21. točki 15/I. člena ZZZVZ), nove pravice, razširila je obseg pravic oziroma krog upravičencev do obstoječih, v nekaterih primerih je spremenila delež bremen obveznega in dopolnilnega zavarovanja, dodala je nove kategorije zavarovancev... In vse to ob nespremenjenih finančnih virih.

Zgornja ugotovitev nas pravzaprav ne bi smela presenetiti. Zakonske rešitve so vedno odraz družbenih dejavnikov, ki narekujejo potrebo po ureditvi določenega področja in vsebino te ureditve. Tako gre tudi v tem primeru zgolj za dokaz, da živimo v družbi, katere pretežna večina članov je prepričanih, da prejmejo premalo in prispevajo preveč, da so za tisto, kar prispevajo, upravičeni do vsega, kar zmoreta farmacevtska in medicinska znanost, zaveze do njih pa so že tako prevelike. Element solidarnosti je vse bolj v ozadju. K temu nekaj prispeva tudi veljavna ureditev plačevanja prispevkov, ki v določenih primerih le-te dejansko odmerja samo v centih¹¹. Pretežno pa je takšen odnos posledica dejstva, da v resničnem življenju povprečen pacient ne občuti vseobsežnosti pravic do zdravstvenih storitev in dobre dostopnosti predvsem do specialističnih storitev, ko jih potrebuje. Tako so zavarovane osebe s sistemom, ki je sicer sledil njihovim zahtevam in deklaratorno zagotavlja vse več pravic, vse manj zadovoljne. V želji, da si vendarle zagotovijo zdravstveno varnost, sklepajo še različna dodatna oziroma vzporedna zdravstvena zavarovanja, ki jih ponujajo bodisi komercialne zdravstvene zavarovalnice ali zasebne gospodarske družbe, saj smo nekje na poti t.i. tranzicije zdravstveno dejavnost začeli pojmovati kot navadno tržno dejavnost.

Vse to (in še kaj) kaže na nujnost sprememb. Vprašanje na kakšne in na koliko sprememb smo še pripravljeni je pogojeno tudi s količino našega (ne)zadovoljstva. Če želimo radikalne spremembe, so potrebni radikalni ukrepi – reforma v organizaciji zdravstvene dejavnosti in modelu zdravstvenega zavarovanja.

2. ZZZVZ-K

Priprava novele, s katero je na koncu le malokdo zadovoljen, je vzela veliko časa. Tako pripravljavcu, Ministrstvu za zdravje, kot tudi socialnim partnerjem. V času

¹¹ Če gre za t.i. malo delo po Zakonu o preprečevanju zaposlovanja in dela na črno (Uradni list RS, št. 12/2007 – UPB1) je delodajalec delavca dolžan vključiti v socialna zavarovanja, prispevke za socialno varnost pa odmeriti in plačati od delavčeve plače, ki lahko znaša največ 50% minimalne plače, navzdol pa ni omejena. Tako bi lahko prišli do absurdne situacije, ko bi delodajalec plačilo postavil na primer le na 1 evro. Normativna ureditev sicer velja, vendar po vedenju avtorice v praksi zaenkrat še ni zaživel.

nastajanja je nekaj časa štela sedemdeset, kasneje celo osemdeset členov, kar bi bila za zakon z vsega stodvajsetimi členi resnično neobičajno obsežna prenova. Enajstega julija 2008 sprejeta novela vsebuje sedeminštirideset členov. Kakšni so bili kriteriji za izbor posameznih določb iz sicer precej širšega nabora, iz same novele ni mogoče razbrati.

Sprejeta novela je kot že navedeno določila nove kriterije za zavarovanje po generalnih klavzulah (20. in 21. točki 15./I. člena ZZZZZ), dodala nove kategorije zavarovancev, uvedla nove pravice, razširila obseg pravic oziroma krog upravičencev, v določenih primerih prenesla breme plačil razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev na državni proračun, spremenila je časovni okvir dogovarjanja med partnerji v zdravstvu, uvedla nov partnerski dogovor... Resnici na ljubo je treba priznati, da je novela prinesla tudi nekaj dobrih rešitev - npr. nov partnerski dogovor za področje medicinsko tehničnih pripomočkov, ki se zagotavljajo zavarovanim osebam v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja. To področje namreč pred tem ni bilo deležno neposrednega zakonskega urejanja, kar je v izvajanju predstavljalo vse večjo težavo. Novela je tudi razširila krog upravičencev do nadomestila za nego ožjega družinskega člana in uvedla starostni limit za vključitev v obvezno zdravstveno zavarovanje kot družinski član – otrok. Po drugi strani pa je očitno, da je bila novela nazadnje oblikovana in sprejeta prehitro, brez ustreznega razmisleka o posledicah. Določbe večinoma niso dovolj precizne in omogočajo različno razumevanje (odvisno od interesa posameznega bralca). Naj mi bo tako dovoljeno, da izpostavim nekaj po moji oceni neposrečenih rešitev.

2.1. Nove kategorije zavarovancev

2.1.1. Obsojenci in priporniki

ZZZZZ-K je z novo 22. točko prvega odstavka 15. člena zakona uvedel novo kategorijo zavarovancev - **obsojence in pripornike**¹². Ti zavarovanci imajo po novem petem odstavku 23. člena za razliko od ostalih omejeno pravico do proste izbire

¹² Nova 22. točka prvega odstavka 15. člena ZZZZZ določa, da so po tej točki zavarovani: »priporniki, ki niso zavarovanci iz drugega naslova do trenutka nastopa pripora oziroma jim zavarovanje preneha v času pripora, obsojenci na prestajanju kazni zapora, mladoletniškega zapora, mladoletniki na prestajanju vzgojnega ukrepa oddaje v prevzgojni dom, osebe, ki jim je izrečen varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu ter obvezno zdravljenje odvisnosti od alkohola in drog.«.

osebnega zdravnika ter še nekatere druge omejitve pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Razliko do polne vrednosti zdravstvenih storitev bo za te osebe kril proračun RS ne glede na njihovo premoženjsko stanje. Nov četrti odstavek 15. člena pa dovoljuje zavodom oziroma organizacijam v katerih se izvaja pripor ali kazen zapora (celo uklonilnega zapora, četudi naj bi v teh primerih ne šlo za sankcijo, temveč za prisilno sredstvo za izpolnitev obveznosti¹³), da brez soglasja pripornikov oziroma obsojencev iz 22. točke prvega odstavka 15. člena pridobijo podatek o obstoju obveznega zdravstvenega zavarovanja, zahtevajo izdajo začasnega potrdila oziroma kartice zdravstvenega zavarovanja. Pri zavarovalnicah, ki izvajajo prostovoljno zdravstveno zavarovanje, pa so upravičeni pridobiti podatek o obstoju dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja in potrdilo o tem.

Če pustimo ob strani obsojence, je podrobnejšega pregleda vsekakor vredna ureditev zdravstvenega zavarovanja pripornikov. Ker 22. točka prvega odstavka 15. člena zakona zajame le pripornike, ki niso zavarovanci iz drugega naslova do trenutka nastopa pripora oziroma jim zavarovanje preneha v času pripora, je novelo vpeljala dve vrsti pripornikov z različnim obsegom pravic:

- a) pripornike, ki imajo obvezno zdravstveno zavarovanje urejeno (npr. iz naslova opravljanja samostojne dejavnosti, upokojitve, po eni od generalnih klavzul...), lahko so nosilci zavarovanja svojih družinskih članov in uživajo neomejen obseg pravic iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja, hkrati pa so sami zavezanci za plačilo razlike do polne vrednosti storitev;
- b) pripornike, ki do nastopa pripora niso imeli urejenega obveznega zdravstvenega zavarovanja oziroma jim je le to v času pripora prenehalo (npr. prišlo je do suspenza pogodbe o zaposlitvi) in imajo omejen obseg pravic iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja, plačilo razlike do polne vrednosti storitev jim zagotavlja država, po njih ne morejo biti zavarovani družinski člani, zavod pa lahko brez njihovega soglasja preverja urejenost obveznega in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja ter pridobiva potrdila o tem.

Le domnevam lahko, da je v ozadju z vidika načela enakosti pravno sporne, z vidika izvajanja pa izjemno nerodne ureditve, želja zakonodajalca po čim manjšem odlivu sredstev iz državnega proračuna.

Prispevke za obvezno zdravstveno zavarovanje in razliko do polne vrednosti zdravstvenih storitev za zavarovance iz 22. točke prvega odstavka 15. člena namreč

¹³ Uklonilni zapor ni sankcija, ampak le sredstvo, s katerim naj se storilca prekrška, ki sam ni pripravljen prostovoljno plačati pravnomočno izrečene in izvršljive globe, prisilii k izpolnitvi te obveznosti. Prusa, M. (Pravna praksa - 2.4.2009), str.6.

krije država. Na tem mestu ne polemiziram o tem, ali je prispevek z ozirom na zdravstvena tveganja, ki jih prinaša že samo dejstvo odvzema prostosti, dovolj visok ali ne¹⁴. Pregled normativne ureditve iz informacijskega sistema Evropske komisije MISSOC¹⁵ pa kaže na dejstvo, da priporniki in obsojenci v sistemih socialnega zavarovanja niso vključeni v obvezno zdravstveno zavarovanje kot posebna kategorija zavarovancev. Priporočilo Sveta Evrope¹⁶, ki pravi, naj imajo zaporniki možnost dostopa do zdravstvenih služb v državi brez vsakršnega zapostavljanja na podlagi njihovega pravnega položaja, je Slovenija po mojem prepričanju izvrševala že dosedaj, le da je zdravstvene storitve izvajalcem neposredno plačal državni proračun. Z novo ureditvijo pa dejstvo nastopa pripora oziroma zapora lahko pomeni omejitev pravic iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja¹⁷.

2.1.2. Šolajoči se otroci do 18. leta starosti

Po novi 24. točki prvega odstavka 15. člena ZZZVZ so kot zavarovanci v obvezno zdravstveno zavarovanje vključeni **otroci do 18. leta starosti, ki se šolajo in niso zavarovani kot družinski člani**, ker njihovi starši ne skrbijo za njih oziroma ker starši ne izpolnjujejo pogojev za vključitev v obvezno zavarovanje. V skladu z Ustavo Republike Slovenije je obvezno osnovnošolsko izobraževanje¹⁸. Zakon o osnovni šoli pa določa, da traja obvezno osnovnošolsko izobraževanje devet let¹⁹. Starši morajo v prvi razred osnovne šole vpisati otroke, ki bodo v koledarskem letu, v katerem bodo začeli obiskovati šolo, dopolnili starost šest let, pričetek šolanja otroka pa se na željo staršev lahko odloži za eno leto²⁰. Ko otroci

¹⁴ Po novem tretjem odstavku 54. člena ZZZVZ se ta plačuje mesečno od osnove, ki je enaka povprečni bruto plači v Republiki Sloveniji, ki velja za mesec oktober predhodnega koledarskega leta.

¹⁵ MISSOC (Mutual System on Social Protection) je celovit prikaz sistemov socialne zaščite v EU. Prikazana je ureditev t.i. prvega stebra, zakonsko zagotovljene socialne zaščite, na pa tudi drugega in tretjega stebra, t.j. dopolnilnih in prostovoljnih zavarovanj. Pripravlja ga Direktorat za zaposlovanje, socialne zadeve in enake možnosti pri Evropski komisiji. Vzpostavljen je bil leta 1990 in je pomemben vir informacij (predvsem o zakonodaji) na področjih socialne zaščite.

¹⁶ Priporočilo Odbora ministrov Sveta Evrope št. R(2006)2 državam članicam o Evropskih zaporskih pravilih, sprejeto 11. januarja 2006 na 952. zasedanju ministrskih namestnikov.

¹⁷ Po zavarovancih iz 22. točke prvega odstavka 15. člena npr. tudi ne morejo biti zavarovani družinski člani.

¹⁸ Ustava RS (Uradni list RS, št. 33/1991) ; 57. člen.

¹⁹ Zakon o osnovni šoli (Uradni list RS, št. 81/2006 – ZOsn-UPB3); 3. člen.

²⁰ ZOsn-UPB3; 45. člen.

zaključijo obvezno devetletno šolanje, so tako stari med petnajst in šestnajst let. Nadaljnje šolanje ni obvezno, prav tako je potrebno vzeti v obzir, da se vsi, ki ne nadaljujejo šolanja, tudi ne zaposlijo. Nerešeno torej ostaja vprašanje, kako bodo v obvezno zdravstveno zavarovanje vključeni otroci med petnajstim in osemnajstim letom, katerih starši ne skrbijo zanje oziroma katerih starši ne izpolnjujejo pogojev za vključitev v obvezno zdravstveno zavarovanje (ali pa so zavarovanci po 22. točki prvega odstavka 15. člena ZZZVZ), ko bodo zaključili obvezno osnovnošolsko izobraževanje in ne bodo nadaljevali šolanja ter se tudi ne bodo zaposlili, samozaposlili...

Namen zakonodajalca, da zajame v obvezno zdravstveno zavarovanje celotno, na teritoriju Republike Slovenije prebivajočo populacijo, je očiten. Težave pri ureničenju tega namena pa predstavlja tovrstno vztrajanje pri modelu socialnega zavarovanja. Z zelo natančnim določanjem posameznih kategorij zavarovancev se namreč povečuje možnost pretiranega oženja kroga oseb, ki izpolnjujejo predpisane pogoje. S tem pa se povečuje tveganje, da se namera zakonodajalca izjalovi in določen krog oseb na koncu ne izpolnjuje nobenega od pogojev za vključitev v obvezno zdravstveno zavarovanje.

2.1.3. Spremembe generalnih klavzul

Da slovenski sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja od sistema nacionalnega varstva pravzaprav ločuje le sistem financiranja, kažeta tudi kar dve generalni klavzuli²¹ za vključitev v obvezno zdravstveno zavarovanje. Tudi generalni klavzuli sta bili z ZZZVZ-K spremenjeni. Nova dvajseta točka je postala pravna podlaga za vključitev v obvezno zdravstveno zavarovanje osebam s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki ne izpolnjujejo pogojev za zavarovanje po eni izmed točk iz prvega odstavka 15. člena ZZZVZ in si same plačujejo prispevek²². S spremembo je bil tako izpuščen pogoj »drugih prihodkov« in dodan dostavek »in si same plačujejo prispevek«. Osebi, ki se želi v zavarovanje vključiti po tej točki tako ni potrebno več zatrjevati, upravnemu organu pa ne ugotoviti, da ima druge dohodke, kar vodi v logičen zaključek, da je oseba lahko tudi brez lastnih

²¹ 20. in 21. točka prvega odstavka 15. člena ZZZVZ.

²² Do ZZZVZ-K veljavna določba 20. točke prvega odstavka 15. člena je določala, da se na tej podlagi v obvezno zdravstveno zavarovanje vključijo osebe z drugimi prihodki in s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, če niso zavarovane iz drugega naslova.

dohodkov²³, saj ne gre več za zakonski pogoj. Trši oreh za razlago in razumevanje predstavlja dostavek po katerem naj bi si te osebe same plačevale prispevek, pri čemer ni jasno, ali predstavlja dostavek nov pogoj ali le posledico dejstva vključitve v zavarovanje. Financiranje sistema socialnega zavarovanja namreč temelji ravno na plačilu prispevkov s strani zavarovancev (njihovih delodajalcev, občin, države). Tako je plačilo prispevka po mojem prepričanju razumeti v smislu posledice vključitve v zavarovanje, s tem pa sam zapis dostavka postane popolnoma nesmiseln. V nasprotnem primeru bi lahko razumeli, da smo v sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja dobili prvo kategorijo zavarovancev, ki se v sistem vključuje prostovoljno – ko in če želi plačati prispevek.

Nova enaindvajseta točka, ki je pred spremembo dajala pravno podlago za vključitev v obvezno zdravstveno zavarovanje državljanom Republike Slovenije s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki niso bili zavarovanci iz drugega naslova, pa je na zahteve občin²⁴ prinesla dohodkovne in premoženjske omejitve. Med državo in občinami že vrsto let ni soglasja o tem, kdo je dolžan poskrbeti za zdravstveno varnost teh državljanov (in ob veljavni ureditvi nositi breme prispevkov). Država je breme prevzela na občine, te pa so za vključevanje oseb v obvezno zdravstveno zavarovanje v nasprotju z zakonom določale različne dodatne pogoje. Poskus zakonodajalca, da neenako obravnava državljanov z določitvijo enotnega cenzusa prepreči, pa je povzročil nove, drugačne neenakosti. Ob veljavnem cenzusu²⁵ in znesku denarne socialne pomoči²⁶ lahko ugotovimo, da tričlanska družina, katere edini dohodek je denarna socialna pomoč presega cenzus iz 21. točke saj prejme na družinskega člana več kot 25% minimalne plače²⁷. Še slabše se izračun izide za par, katerega edini dohodek je denarna socialna pomoč.

Primer izračuna: V družini so mati, oče in otrok. Mati kot prejemnica denarne socialne pomoči prejme: 221,70 evrov + 155,19 evrov (za očeta) + 66,51 evrov (za otroka). Skupaj prejme družina 443,40 evrov na mesec. Če ta znesek razdelimo na tri, mesečni dohodek na družinskega člana znaša 147,80 evrov. Cenzus za

²³ Takšna oseba bi še vedno lahko imela npr. premoženje ali prihodke od premoženja. Res pa je, da zakon ugotavljanja premoženjskega stanja ne zahteva.

²⁴ Občine so za te osebe po 48. členu ZZZVZ zavezane plačati prispevek.

²⁵ Dohodek državljan, ki živi sam mora biti v zadnjih treh mesecih nižji od 50% minimalne plače. Dohodek državljanov, ki živijo z ožjimi ali širšimi družinskimi člani v skupnem gospodinjstvu, pa v zadnjih treh mesecih ne sme doseči 25% minimalne plače na družinskega člana.

²⁶ Od prvega julija 2008 znaša znesek denarne socialne pomoči za samsko osebo in prvo odraslo osebo v družini 221,70 evrov, za vsako naslednjo odraslo osebo v družini 155,19 evrov, za otroka 66.51 evrov in povišanje za enostarševsko družino 66.51 evrov.

²⁷ Minimalna plača od 01. avgusta 2008 znaša 589,19 evrov.

vkjučitev v obvezno zdravstveno zavarovanje po enaindvajseti točki v konkretnem primeru znaša 25% minimalne plače, t.j. 147,29 evrov mesečno na družinskega člana.

Teško je verjeti, da je zakonodajalec državljanke, ki živijo od denarne socialne pomoči, namerno izključil iz zavarovanja po enaindvajseti točki in njihovi odločitvi prepustil, ali se bodo v zavarovanje vključili po drugi generalni klavzuli (po dvajseti točki). Ne glede na to, ali je to storil namerno, nenamerno, pod pritiski občin, ali kako drugače, ni mogoče mimo dejstva, da bo nova določba negativno vplivala na sicer zgleden odstotek oseb z urejenim zdravstvenim zavarovanjem²⁸. Če nič drugega, čas za takšno spremembo (svetovna gospodarska kriza), ne bi mogel biti slabši.

2.1.4. Vmesni sklep

V sistemu obveznega socialnega zavarovanja je po moji oceni najpomembnejše prav določanje kategorij zavarovancev. Od podlage za vključitev v zavarovanje je namreč odvisna višina prispevka. Posredno je tako od zavarovalnih kategorij odvisna tudi finančna zmožnost zdravstvene blagajne, da pokrije potrebe zavarovanih oseb po zdravstvenih storitvah in denarnih dajatvah. In ne nazadnje je od določitve kategorij zavarovancev (in kroga njihovih družinskih članov) odvisno tudi naše dojemanje solidarnosti v sistemu.

Države s sistemom socialnega zavarovanja načelo solidarnosti na področju obveznega zdravstvenega zavarovanja praviloma uveljavljajo v ločenih shemah za posamezne primerljive poklicne skupine.

Tako ima Avstrija poleg sheme, ki vključuje zaposlene, še poseben podsistem za javni sektor in zaposlene na železnici, poseben podsistem za samozaposlene, za kmete in za trgovino²⁹. Podobno ima Belgija poseben podsistem za samozaposlene in mornarje³⁰. Francija posebej ureja zdravstveno zavarovanje za kmetoval-

²⁸ Konec leta 2008 je bilo po oceni Zavoda za zdravstveno zavarovanje 1.778 oseb, ki si v daljšem obdobju (eno leto) niso uredile zavarovanja. Glede na število zavarovanih oseb, ki jih je bilo 31.12.2008 2.047.054 gre za manj kot 1% vseh zavarovanih oseb. Vir: poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje za leto 2008.

²⁹ International Social Security Association - ISSA, Social Security Programs Throughout the World: Europe 2008 (2008), str. 38.

³⁰ ISSA (2008), str.50.

ce, rudarje, železničarje, zaposlene v javnem sektorju, duhovščino, mornarje in samozaposlene³¹. Nemčija iz splošnega sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja izključuje samozaposlene osebe. Posebej ureja zdravstveno zavarovanje rudarjev, umetnikov, zaposlenih v javnem sektorju in kmetov³².

Kot zapisano že v uvodu je zgodovina različnih konceptualnih ureditev zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja na ozemlju Slovenije zelo pestra. Sistem je nihal od socialnega zavarovanja do nacionalne zdravstvene službe in nazaj. Družbene razmere, ki so leta 1992 narekivale sprejem ZZVZZ v vsebini, ki jo je ta (z izjemo uvedbe doplačil) ohranil vse do danes, so bile popolnoma drugačne od sedanjih. Tako ZZVZZ v obvezno zdravstveno zavarovanje po načelu solidarnosti sili tako zaposlene (v odvisnem delovnem razmerju) kot tudi samozaposlene, kmete in lastnike kapitala³³. Takšna ureditev, ki vse navedene kategorije oseb združuje v enotno shemo obveznega zdravstvenega zavarovanja, je v Evropi edinstvena³⁴, ne pa zato tudi nujno najboljša. Domnevati gre, da je posledica razmišljanj in družbene ureditve pred osamosvojitvijo. Kakorkoli že, nesporno je, da so bila razmerja med posameznimi kategorijami zavarovancev in porazdelitev kapitala (premoženja) ob sprejemu ZZVZZ povsem drugačna kot danes.

2.2. Plačilo razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev v breme državnega proračuna

Že ZZVZZ iz leta 1992 je uvedel doplačila do polne vrednosti zdravstvenih storitev iz 2. do 6. točke prvega odstavka 23. člena. Najtežje oblike bolezni in stanj so zajete v 1. točki prvega odstavka 23. člena, potrebne zdravstvene storitve pa so v teh primerih v celoti krite iz javnih sredstev. Pri ostalih zdravstvenih storitvah naj bi zavarovane osebe pri stroških participirale. Osnovna ideja, katere namen je sicer dopolnjevanje javnih sredstev za zdravstvo z zasebnimi, sloni na odgovornosti posameznika za lastno zdravstveno stanje, na zavedanju o pomenu zmanjševanja

³¹ ISSA (2008), str. 106.

³² ISSA (2008), str.118.

³³ Na tem mestu ne odpiram problematike družinskih članov zavarovancev, ki jih je bilo konec leta 2008 _____ od tega 60 000 družinskih članov – zakoncev (oz. izvenzakonskih partnerjev). Vir: poslovno poročilo ZZKS za leto 2008.

³⁴ Po krogu oseb, vključenih v enoten sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja, je slovenski ureditvi najbližje Finska, ki pa denarne datjave zagotavlja iz sistemu socialnega zavarovanja, zdravstvene storitve pa prek sistema davkov (ne prispevkov).

tveganj za nastanek bolezni in poškodb ter s tem povezanimi stroški zdravljenja. Ta vzgojni element pa je popolnoma zbledel z uvedbo zavarovanj za doplačila³⁵. Ta so se, še posebej po ustanovitvi družbe za vzajemno zavarovanje³⁶, izvajala po načelu vzajemnosti. Posameznik, ki je imel urejeno tako obvezno zdravstveno zavarovanje kot tudi zavarovanje za doplačila, sistema konceptualno ni več občutil. Zanj je bilo vse »zastoj«, »na socialo«... Na drugi strani pa je res, da je prostovoljno zdravstveno zavarovanje za doplačila zaradi obsega doplačil povsem izgubilo značaj prostovoljnosti. Tako rekoč je postalo privesek obveznemu zdravstvenemu zavarovanju, njegov drugi, neločljivi del. To je začutil tudi zakonodajalec. Ker v sistem zavarovanja ni želel poseči, je ob dejstvu, da premije za dopolnilno zdravstveno zavarovanje za več kot 50 % presegajo najnižji prispevek za obvezno zdravstveno zavarovanje po generalnih klavzulah³⁷, naredil, kar je lahko – prevzel je breme doplačil za socialno najšibkejše.

Tako po ZZZVZ-K Republika Slovenija zagotavlja iz proračunskih sredstev razliko do polne vrednosti zdravstvenih storitev iz 2. do 6. točke 23. člena tega zakona za zavarovance in po njih zavarovane družinske člane iz prvega odstavka 15. člena tega zakona pod pogojem, da navedenih pravic nimajo zagotovljenih v celoti iz obveznega zdravstvenega zavarovanja iz drugega naslova in če izpolnjujejo pogoje za pridobitev denarne socialne pomoči³⁸.

Država je sicer v preteklosti že prevzemala nase breme plačila razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev³⁹, vendar na način, da je za upravičence plačevala premijo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Tokrat prvič plačuje dejansko

³⁵ Zavarovanje za doplačila je po izrecni zakonski določbi 1. odstavka 61. člena ZZZVZ - 1992 (01.09.1992) uvedel Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

³⁶ ZZZVZ-C (Uradni list RS, št. 29/1998) v 4. členu določa, da Zavod za zdravstveno zavarovanje za nadaljnje izvajanje prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, ki jih je do uveljavitve tega zakona uvedel in izvajal Zavod ustanovi družbo za vzajemno zavarovanje kot specializirano zavarovalnico za prostovoljna zdravstvena zavarovanja. Zavarovanci, ki imajo na dan 31. 12. 1998 sklenjene pogodbe o prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju pri zavodu, postanejo člani družbe za vzajemno zavarovanje.

³⁷ Če za izračun vzamemo najnižji prispevek za obvezno zdravstveno zavarovanje po 20. točki prvega odstavka 15. člena (dejansko izračunani prispevki so kot že navedeno lahko tudi bistveno nižji) – 14,89 evrov na mesec, ugotovimo, da je ta za 55,27% nižji od najnižje mesečne premije za dopolnilno zdravstveno zavarovanje – 23,12 evrov (ponudba Vzajemne d.v.z.).

³⁸ 15. člen ZZZVZ-K.

³⁹ 10. člen Zakona o žrtvah vojnega nasilja (Uradni list RS, št. 63/1995 s spremembami in dopolnitvami), 15. člen Zakona o vojnih veteranih ((Uradni list RS, št. 63/1995 s spremembami in dopolnitvami), 28. člen Zakona o vojnih invalidih (Uradni list RS, št. 63/1995 s spremembami in dopolnitvami).

razliko do polne vrednosti zdravstvene storitve – vrednost doplačila. Tudi takšna rešitev je legitimna in izvedljiva, bi pa od predlagatelja zakona (in zakonodajalca) terjala bistveno bolj temeljito ureditev od sprejete. Potrebno bi bilo namreč odgovoriti vsaj na vprašanja kot so:

- kdo nosi breme doplačil v primeru, ko zavarovani osebi izteče pravica v času bolnišničnega zdravljenja;
- kdo nosi breme doplačil v primeru, ko zavarovani osebi izteče pravica pred dvigom predpisanih zdravil oziroma predpisanega pripomočka v lekarni oziroma specializirani prodajalni;
- kdo nosi breme doplačil v primeru, ko pristojni center za socialno delo⁴⁰ naknadno in za nazaj ugotovi, da oseba v določenem obdobju ne bi smela biti upravičena do denarne socialne pomoči (s tem pa tudi ne upravičena do doplačil v breme države), zavarovana oseba pa je v času uveljavljanja zdravstvene storitve upravičenje izkazovala in ga tudi uveljavila;
- kako preprečiti dvojna doplačila v breme države v primeru zavarovanih oseb, ki so upravičene do denarne socialne pomoči hkrati pa uživajo pravico do doplačil na podlagi npr. Zakona o žrtvah vojnega nasilja;
- kako urediti status že sklenjenih dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj, da bi zavarovanih oseb po izteku upravičenosti do doplačil v breme države ne zadela obveznost plačila višje premije in t.i. čakalna doba⁴¹.

Ker ZZVZZ-K ni niti poskušal regulirati posledic vsaj najpogostejših življenjskih situacij, ki jih prinaša novo upravičenje do doplačil, je urejanje prepustil domišljiji in iznajdljivosti izvajalcev, kar z vidika pravne varnosti in enakih učinkov pravne ureditve za vse, ki jih ta zadeva, po mojem prepričanju nikakor ni sprejemljivo.

Gledano vsebinsko, če torej zanemarim zgoraj nanizane pomanjkljivosti ureditve, pa me osebno rešitev, po kateri plačilo razlike do polne vrednosti storitev za socialno najšibkejše prevzame država, še dodatno potrjuje v prepričanju, da je namen države vsem in v čim večji meri zagotoviti zdravstveno varstvo brez posebnih doplačil. To pa je zamisel, bistveno bližja načelom nacionalne zdravstvene službe – brezplačno zdravstveno varstvo za vse.

⁴⁰ Pravica do doplačil je vezana na ugotovitev pristojnega Centra za socialno delo, da oseba prejema denarno socialno pomoč oziroma, da oseba izpolnjuje pogoje za denarno socialno pomoč. V čem je predlagatelj v opisanih dveh situacijah videl distinkcijo, je težko komentirati. Razlikovanje domnevno temelji na tezi, da nekatere osebe kljub upravičenosti do denarne socialne pomoči le-te ne bi hotele, bi pa želele, da država zanje prevzame breme doplačil razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev.

⁴¹ Glej 62. b člen ZZVZZ.

3. KAJ V ZZVZZ-K MANJKA

Predlagatelj (in zakonodajalec) se v ZZVZZ-K ni dotaknil najbolj občutljivega področja – področja pravic. Razumeti gre okoliščino po kateri tako predlagatelj kot tudi zakonodajalec cilje postavljata v okvir svojega mandatnega obdobja. In v tem relativno kratkem obdobju si niti ne želita, kolikor pa računata na ponoven mandat, tudi ne moreta privoščiti volivcem nevšečnih potez. Po drugi strani pa drži, da je ureditev na področju socialne varnosti tudi odraz kulture določene družbe, ta pa se iz mandata v mandat vendarle ne spreminja. Potrebno jo je graditi v daljšem časovnem obdobju, in enkrat je treba začeti...

V času pogajanj o noveli med socialnimi partnerji so bile največje pozornosti deležne nameravane spremembe pri pravici do nadomestila plače za čas začasne zadržanosti od dela zaradi bolezni oziroma poškodbe in sankcijah za kršitev danih navodil za ravnanje v tem času – odvzem in zadržanje pravice do nadomestila. Naj torej v tem prispevku nekaj prostora namenim še tej temi. Po mojem mnenju je namreč prišel čas, da zakonodajalec zbere pogum, socialni partnerji pa pokažejo primerno treznost in pripravljenost na kompromis.

3.1. Nadomestilo plače

V skladu z ZZVZZ so zavarovanci na podlagi mnenja osebnega zdravnika oziroma odločitve imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije upravičeni do nadomestila plače za čas začasne zadržanosti od dela v višini⁴²:

- 100% osnove ob zadržanosti od dela zaradi poklicne bolezni, poškodbe pri delu, presaditve živega tkiva in organov v korist druge osebe, posledic dajanja krvi ter izolacije, ki jo odredi zdravnik⁴³;
- 90% osnove ob zadržanosti od dela zaradi bolezni;
- 80% osnove ob zadržanosti od dela zaradi poškodb izven dela, nege družinskega člana in spremstva, ki ga odredi zdravnik.

Breme med delodajalcem in obveznim zdravstvenim zavarovanjem je razdeljeno tako, da delodajalec plača nadomestilo za prvih trideset delovnih dni, od enaintridesetega delovnega dne dalje pa gre nadomestilo v breme obveznega zdravstve-

⁴² Glej drugi odstavek 31. člena ZZVZZ.

⁴³ Vojaški invalidi in civilni invalidi vojne imajo vedno pravico do nadomestila v višini 100% od osnove – glej tretji odstavek 31. člena ZZVZZ.

nega zavarovanja⁴⁴. Tako imenovanih čakalni dni slovenski sistem ne pozna, prav tako ni omejitev glede obdobja prejemanja nadomestila niti glede absolutne najvišje vrednosti nadomestila⁴⁵ iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Če za primerjavo pogledamo nekaj drugih ureditev (prav tako v modelu socialnega zavarovanja) lahko ugotovimo naslednje.

Avstrijski delodajalec po izteku t.i. treh čakalnih dni plačuje nadomestilo plače v višini 100% največ 12 tednov (pod določeni pogoji še dodatne štiri tedne v višini 50% plače). Obdobje prejemanja nadomestila s strani delodajalca je odvisno od delovne dobe pri njem. Ko izteče obdobje prejemanja nadomestila s strani delodajalca, nosilec zavarovanja plačuje nadomestilo v višini 50% plače (po 6 tednih se odstotek zviša na 60) z določenimi dodatki v odvisnosti od števila vzdrževanih družinskih članov še nadaljnjih 26 do 52 tednov. Obdobje prejemanja nadomestila plače v breme nosilca zavarovanja je odvisno od obdobja zavarovanja. Najvišje nadomestilo plače v breme nosilca zavarovanja znaša 75% plače zavarovanca (kot že navedeno je višina odvisna od števila vzdrževanih družinskih članov)⁴⁶.

Belgijski sistem postavlja za pridobitev pravice do nadomestila strog pogoj predhodnega zavarovanja, najmanj 120 dni dela oziroma vsaj 400 ur dela za osebe, ki delajo krajši čas od polnega in izpolnjevanje zakonskih zahtev za redno zaposlene vsaj 30 dni pred dnem začasne nezmožnosti za delo. Nadomestilo znaša 60% zavarovančeve plače, pri čemer je izračun limitiran z določeno maksimalno dnevno vrednostjo zavarovančevega zaslužka (jan. 2007 je bil določen najvišji dnevni zaslužek na 115,12 evrov). Po enaintridesetemu dnevu se višina nadomestila zniža na 55% plače, v primeru vzdrževanih družinskih članov pa ostaja v višini 60%. Razdelitev bremena med delodajalcem in nosilcem zavarovanja in število čakalnih dni variira glede na poklicne skupine (delavci, uslužbenci, samozaposleni...)⁴⁷.

V Franciji nadomestilo plače znaša 50% povprečnega dnevnega zaslužka v zadnjih treh mesecih pred začasno nezmožnostjo za delo in zavarovancu pripada za prvih trideset dni nezmožnosti za delo. Po izteku tega obdobja se nadomestilo

⁴⁴ Nadomestilo plače gre v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja že od prvega dne zadržanosti od dela zaradi presaditve živega tkiva in organov v korist druge osebe, posledic dajanja krvi, nege ožjega družinskega člana, izolacije in spremstva, ki ju odredi zdravnik ter poškodb, nastalih v okoliščinah iz 18. člena tega zakona – glej 29. člen ZZZZZ.

⁴⁵ Relativno omejitev višine določa četrti odstavek 31. člena ZZZZZ po katerem nadomestilo ne more biti manjše od zajamčene plače in ne višje od plače, ki bi jo zavarovanec dobil, če bi delal oziroma od osnove, po kateri je v času zadržanosti od dela zavarovan.

⁴⁶ ISSA (2008), str.38.

⁴⁷ ISSA (2008), str.50.

lahko zviša na 66,6% izračunane osnove, če ima zavarovanec vsaj tri vzdrževalne družinske člane. Nadomestilo se izplača po treh čakalnih dneh praviloma za največ 360 dni v obdobju treh let. V primeru kroničnih oziroma daljših bolezni je najdaljša doba prejemanja nadomestila tri leta⁴⁸.

V nemški ureditvi, ki ne pozna čakalnih dni, delodajalec plača nadomestilo v višini 100% plače za obdobje do šestih tednov, potem preide obveznost izplačila nadomestila na nosilca zavarovanja. Ta prizna zavarovancu nadomestilo v višini 70% bruto zaslužka (ne več kot 90% neto zaslužka) za obdobje največ 78 tednov v treh letih – za isto bolezen⁴⁹.

Vse od opisanih ureditev torej poznajo različne omejitve, tako glede maksimalne višine nadomestila plače, kot tudi glede obdobja upravičenosti. Ob navidezni benevolentnosti nemške ureditve ne smemo prezreti dejstva, da so iz splošnega sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja samozaposleni izključeni.

Slovenski sistem omejitev ne pozna, v isto shemo so vključeni vsi delovno aktivni zavarovanci, ne glede na dejstvo, ali so lastniki kapitala, poslovodne osebe, samostojni podjetniki, druge samozaposlene osebe (odvetniki, notarji, gledališki igralci...), javni uslužbenci ali delavci v zasebnem sektorju. Slovenski sistem ne le, da ne pozna čakalnih dni, po moji oceni se bistveno slabše v praksi kaže ureditev, po kateri za pridobitev pravice do nadomestila plače ni potreben niti en dan predhodnega zavarovanja. Tu je veliko prostora za uporabo pravice v nasprotju z njenim namenom⁵⁰, kar vse dodatno slabi občutek za solidarnost in povezanost med obvezno zdravstveno zavarovanimi osebami.

Seveda je prvenstveni namen nadomestila plače za čas začasne zadržanosti od dela v zagotovitvi socialne varnosti zavarovancu in njegovi družini. V času, ko zavarovanec ne more delati, naj bi na ta način ne trpel pomanjkanja. Po drugi strani pa je potrebno poudariti, da nadomestilo plače ni in ne more predstavljati trajnega vira prihodka. To bi bilo v nasprotju z njegovim osnovnim namenom in naravo začasne nezmožnosti za delo. Torej mora biti nadomestilo plače takšno, da sicer preprečuje socialno stisko za delo začasno nezmožnih zavarovancev in hkrati tolikšno, da je zavarovanec tudi sam motiviran za čimprejšnjo vrnitev na delo. In

⁴⁸ ISSA (2008), str. 107.

⁴⁹ ISSA (2008), str. 118.

⁵⁰ Npr. osebo, prej zavarovano kot družinski član, delodajalec (najpogosteje samostojni podjetnik), ker zbolí, se poškoduje, čaka na diagnostični pregled ali poseg, zavaruje kot svojega zaposlenega. Oseba tako pridobi pravico do nadomestila plače v odvisnosti od osnove, ki jo določita (lahko tudi zelo visoko) v pogodbi o zaposlitvi, ne glede na dejstvo, da v sistem nikoli ni prispevala ničesar.

prav v tem delu čaka po moji oceni zakonodajalca še veliko dela. »Dolgotrajna začasna nezmožnost za delo«, ko so zavarovanci z dela odsotni leto, dve, tri in več je tako stvarni kot tudi konceptualni problem slovenskega sistema zdravstvenega zavarovanja. Koliko časa namreč po naravi stvari sploh lahko traja začasna nezmožnost za delo, preden preide v trajno?

3.2. Odvzem in zadržanje nadomestila plače

Po veljavni ureditvi zavarovanec ni upravičen do nadomestila plače med začasno zadržanostjo od dela, če v tem času opravlja pridobitno delo. Izplačevanje nadomestila pa se (samo) zadrži za čas, dokler se zavarovanec ne javi, ne pride na pregled oziroma dokler se ne začne ravnati po navodilu zdravnika:

- če neopravičeno najpozneje tri dni po začetku bolezni ne obvesti delodajalca oziroma osebnega zdravnika, da je zbolel;
- če se brez opravičenega vzroka ne odzove vabilu na zdravniški pregled ali zdravniško komisijo;
- če pooblaščen zdravnik, zdravniška komisija ali nadzorni organ ugotovi, da se ne ravna po navodilih za zdravljenje ali če brez dovoljenja zdravnika odpotuje iz kraja stalnega prebivališča.

Zavarovancu se zadržano nadomestilo izplača za ves čas opravičene zadržanosti od dela⁵¹.

Opisane kršitve na kraju samem ugotavlja laični kontrolor Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, o njih pa kasneje odločajo imenovani zdravniki oziroma zdravstvena komisija. O samem odvzemu ali zadržanju nadomestil odločajo območne enote oziroma direkcija Zavoda. Zaradi nedodelane zakonske določbe so organi, ki odločajo, pri sankcioniranju izredno neučinkoviti. Ker zakon dopušča zadržanje nadomestila samo za čas »dokler se zavarovanec ne javi, ne pride na pregled oziroma dokler se ne začne ravnati po navodilu zdravnika« je tako teoretično kot tudi praktično mogoče, da se začne zavarovanec držati navodil oziroma spoštovati naloženo ravnanje že v trenutku, ko laični kontrolor potencialno kršitev šele zazna. In ker je po izrecni zakonski določbi zavarovancu potrebno nadomestilo izplačati »za ves čas opravičene zadržanosti od dela« predstavlja morebitni poskus odločanja o zadržanju nadomestila resnič-

⁵¹ Glej 35. člen ZZZVZ.

no zgolj odvečno administriranje, ki zaradi svoje popolne nesmiselnosti pri naslovniku nima in ne more imeti nobenega vzgojnega učinka. Tudi o odvzemu in zadržanju izplačevanja nadomestil plače so socialno ekonomski partnerji v okviru pogajanj oblikovali številne bolj ali manj posrečene predloge, od katerih pa nobeden ni bil povzet v končno besedilo ZZVZZ-K. Tudi ta naloga čaka predlagatelja zakona.

Kolikor namreč želi krepiati načelo solidarnosti, mora jasno izraziti tudi namero, da zlorabe pravic sankcionira.

4. ZAKLJUČEK

Zdravstvena politika je kot vsaka druga politika žal večinoma vezana na cilje v mandatnem obdobju posamezne vlade. Ker pa je zdravstvena varnost tema, ki se neogibno (slej ali prej) dotakne vsakega prebivalca, je jasno, da so lahko dobro sprejete le takšne spremembe za katere naslovniki menijo, da so potrebne in jim prinašajo korist. Naslovniki smo po svojem bistvu relativno sebični in težko sprejemamo odpovedovanje na račun drugih, zato spremembe v zdravstvenem zavarovanju potrebujejo čas. Spremembe morajo nastajati skozi proces, v katerem zakonodajalec najprej ustvari za spremembo primerno družbeno kulturo.

Še posebej v času ekonomske krize postaja jasno, da se lahko prihodnost ustvarja le s človeškimi viri, njihovo energijo in zanosom. Zdravje je velik potencial za premagovanje vsakdanjih ovir. V nasprotju s tem, pa ljudje danes prevečkrat čutimo, da nismo pomembni, da šteje le sistem, tudi če je slab. Morda bi bilo lahko drugače... Morda bi potencialnim pacientom zakonodajalec iz naslova zdravstvenega zavarovanja lahko ponudil več, če bi premislil o ustreznosti modela in organizacije zdravstvenega zavarovanja in o ustreznosti organizacije zdravstvene službe. Po številnih popravkih in spremembah Zakona o zdravstvenem zavarovanju bi bil čas za prenovo ureditve zdravstvenega zavarovanja.

VIRI

- Strban, Grega (2005): Temelji obveznega zdravstvenega zavarovanja; MISSOC (Mutual System on Social Protection);
- Priporočilo Odbora ministrov Sveta Evrope št. R(2006)2;
- Social Security Programs Throughout the World: Europe 2008 (2008);
- Ustava RS (Uradni list RS, št. 33/1991);
- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 9/92 s spremembami in dopolnitvami);
- Zakonu o preprečevanju zaposlovanja in dela na črno (Uradni list RS, št. 12/2007 – UPB1);
- Zakon o osnovni šoli (Uradni list RS, št. 81/2006 – ZOSn -UPB3);
- Zakona o zaposlovanju in zavarovanju za primer brezposelnosti;
- Zakona o izvrševanju proračuna Republike Slovenije za leto 2006 in 2007 (Uradni list RS, št. 116/2005);
- Zakon o žrtvah vojnega nasilja (Uradni list RS, št. 63/1995);
- Zakon o vojnih veteranih (Uradni list RS, št. 63/1995 s spremembami in dopolnitvami);
- Zakon o vojnih invalidih (Uradni list RS, št. 63/1995 s spremembami in dopolnitvami);
- Pruša, M. (Pravna praksa – 2.4.2009);
- Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje za leto 2008.

WHAT WE DID AND WHAT WE DIDN'T GET FROM THE ZZZZZ-K (HEALTH CARE AND HEALT INSURANCE ACT)

ROSANA LEMUT STRLE*

SUMMARY

As the Slovenian history itself, the history of health insurance in Slovenia is variegated too. From its beginnings until the present day its model has been changed several times. Even the current model of social insurance – which seems to be stable because the corresponding law has already been valid for seventeen years – oscillates with every change and supplement more in the direction of nationally managed and assured health security. The last **amendment** of the Health Care and Health Insurance Act **emerged in the conditions of tough** social dialogue; however, in the end it brought less than we expected, because it did not even try to interfere with the system of rights to medical services in the way that would make clear to the addressees to what services they are or are not entitled. On the other hand it conveyed more than we expected, because a number of new, rather unusual categories of the insurants were added to the already existing ones according to paragraph 1 of Article 15. The states with a model of social insurance that builds on the principle of solidarity among the sick and the healthy, the wealthier and the poorer stress the principle of solidarity within diverse schemes, which define the rules for comparable occupational groups. The Slovenian legislation deals with all the groups of insurants in the same way; from the retired, civil servants, employees in the private sector, sole proprietors, company members, managers, capital **owners, farmers** to the **remaining** self-employed people. How should it be possible to still bring forward the principle of solidarity in such a broad and variegated group and furthermore assure that every individual of the people taken into account will contribute as close as possible to his or her actual ability? It is difficult to answer this question. It seems as if the legislator did not think about this question and simply followed the goal to assure “the more or less free

* Rosana Lemut Strle, LL.M., Information Commissioner Deputy, Slovenia.
rosana.lemut-strle@ip-rs.si

of charge” health care for all. This amendment also completely avoided the issue of the sickness benefit for the time of a temporary inability to work. According to the valid regulation – which neither lays down any conditions regarding preceding insurance for gaining claim nor the number of waiting days, it does not even limit the amount of the benefit or its duration; it would thus be difficult to assert that the temporarily-inadequate-for-work insurants are motivated to return to work as soon as possible, because the work would ensure them an essentially higher financial standard. There is a lot of work to be still done in this area by legislator. Due to the situation, where it seems that the insurants are increasingly dissatisfied with the otherwise all-embracing obligatory health insurance, a consideration not only about the regulation of individual rights but also about the model of the obligatory health insurance is needed. Radical changes demand radical measures. Even before that happens the state has to decide, what it wants – in the light of the answer to the question, what it is capable of.