

IZZIVI OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA: Iskanje ravnovesja med javno in zasebno odgovornostjo za zdravje

Grega Strban*

UDK: 349.3:368.942:614.2

Povzetek: Obvezno zdravstveno zavarovanje se že nekaj časa sooča z izzivi, saj bi ga bilo treba ves čas prilagajati nenehno spreminjajočim se razmerjem v družbi. Prispevek se osredotoča na izzive, ki so povezani z iskanjem ravnovesja med javno in zasebno odgovornostjo za zdravje, tako v naši državi kot v EU. Analizirane so vrste in namen delitve stroškov (doplačil), ki razmejujejo med javnim in zasebnim plačilom zdravstvenih storitev, in predstavljene morebitne alternativne možnosti. Podobno vprašanje se postavlja pri pravici do denarnega nadomestila, ki ga posameznik lahko izterja od delodajalca ali ZZSZ. V pravi EU je posebej izraženo napeto razmerje med socialnimi pravicami in ekonomskimi svoboščinami notranjega trga pri pravici do zdravljenja v tujini, kot jo ureja Direktiva 2011/24/EU, dodatna vprašanja pa postavlja nedavna odločitev našega Ustavnega sodišča.

Ključne besede: socialna varnost, obvezno zdravstveno zavarovanje, javna in zasebna odgovornost za zdravje, doplačila zdravstvenih storitev, pravica do zdravljenja v tujini

CHALLENGES OF MANDATORY HEALTH INSURANCE: Finding a balance between public and private responsibility for health

Abstract: Mandatory health insurance in Slovenia is already for some time facing challenges. It should be adjusted to ever changing relations in the society. The present paper tackles the challenges related to finding the appropriate balance between public and private responsibility for health,

* Grega Strban, doktor pravnih znanosti, profesor na Pravni fakulteti Univerze v Ljubljani
grega.strban@pf.uni-lj.si
Grega Strban, PhD, Professor at the Faculty of Law, University of Ljubljana, Slovenia

in Slovenia and within the EU. Typology and purpose of cost sharing arrangements for health care is being analysed and some alternatives proposed. Questions of delimiting between public and private responsibility emerge also with payment of the sickness cash benefit, which may be claimed from the employer or from mandatory health insurance carrier. Especially in the EU the very tense relation between social rights and internal market (economic) freedoms when claiming health care in another member state is presented. It is emphasised that this is even more the case after adoption of the Directive 2011/24/EU and the recent decision of the Slovenian Constitutional Court.

Key words: social security, mandatory health insurance, public and private responsibility for health, cost sharing for health care, right to healthcare abroad

1. UVODNE MISLI

Zdravje je med najvišjimi vrednotami vsakega posameznika in vsake družbe.¹ Nepogrešljivo je za njun obstoj in svoboden razvoj. Zato je zagotovitev vseh vrst dostopa do zdravstvenih storitev² ne le v zasebnem interesu posameznika, temveč tudi v javnem interesu.

Pravica do zdravja je urejena že v mednarodnem pravu.³ Priznanje te pravice seveda ne pomeni, da imamo ljudje pravico biti zdravi. Niti posamezniki niti države ne morejo zagotoviti določenega zdravja. To je pogojeno s posameznikovimi dednimi značilnostmi, okoljem in deloma modificirano z zdravstvenimi storitvami, ki so odvisne od razmejitve med odgovornostjo države in posameznika za njihovo zagotavljanje. Pravica do zdravja je po svoji vsebini zelo široka in zajema tudi pravico do zdravstvenega varstva, ki jo ureja tudi naša Ustava.⁴ Ta določa, da

¹ Socialna pravičnost in ustrezna socialna zaščita, visoka raven zaščite človeškega zdravja, kot tudi solidarnost (med generacijami) so med vrednotami in cilji Evropske unije (EU).

² Več o geografskem, ekonomskem, časovnem, informacijskem in postopkovnem dostopu G. Strban, 2005, str. 86.

³ Mednarodni pakt o ekonomskih kulturnih in socialnih pravicah v 12. členu zavezuje države priznati vsakomur pravico do zdravja. V 11. členu spremenjene Evropske socialno listine (Uradni list RS-MP, št. 7/99) je urejena pravica do zaščite zdravja. Glej tudi 25. člen Splošne deklaracije človekovih pravic.

⁴ Glej 51. člen Ustave RS, Uradni list RS, št. 33/91-I do 47/13.

ima vsakdo pravico do zdravstvenega varstva. Kljub temu prepušča zakonskemu urejanju določitev obsega pravice do zdravstvenega varstva iz javnih sredstev. S tem poudarja, da se zdravstveno varstvo lahko financira tudi iz zasebnih sredstev in s tem nakazuje na razmejitev odgovornosti za zdravje (in tudi produktivnosti v družbi) med javno- in zasebnopravnimi subjekti.

Omenjena razmejitev predstavlja eno temeljnih vprašanj sodobnega prava socialne varnosti. Pomembno je ugotoviti, kje so meje solidarnosti in kje se začne samoodgovornost. Torej, do kod sega dolžnost pravnih subjektov javnega prava (države, lokalnih skupnosti in javnih zavodov) skrbeti za zdravje in kje se prične dolžnost pravnih subjektov zasebnega prava (med njimi posameznika, njegove družine, njegovega delodajalca in zasebnih zavarovanj, ki jih posameznik lahko sklene).

Do pred nekaj leti je bilo mogoče opazovati trend vse večje socializacije (deprivatizacije) posameznih tveganj, tudi v primeru izpada dohodka in povečanih stroškov zaradi bolezni ali poškodbe. V zadnjem času pa smo priča drugačnemu razvoju, saj se vse bolj poudarja privatizacija tveganj in večja odgovornost posameznika. Načelo pravne države zahteva, da se sistem zdravstvenega varstva prilagaja spremenjenim razmerjem v družbi. Tako kot se vsebina pravice do zdravja spreminja v času in prostoru, se lahko spreminja tudi odgovornost za zdravje. Že v času sprejemanja prvih modernih socialnih zavarovanj konec 19. stoletja v Nemčiji, je bila razmejitev med javnimi in zasebnimi zdravstvenimi zavarovanji predmet obsežne razprave.⁵ Pri tem se postavlja vprašanje, ali je zmanjševanje odgovornosti države in prenašanje odgovornosti na posameznika (kar smo poznali pred oblikovanjem sodobnih sistemov socialne varnosti) res najbolj ustrezna rešitev.

Tudi pri nas je razprava o primernem ravnovesju med javno in zasebno odgovornostjo za zdravje v ospredju družbenega dogajanja. O prenovi obveznega zdravstvenega zavarovanja se razpravlja že več let, mnogi ministri za zdravje pa so, predvsem zaradi sestavljenosti snovi in različnih interesov posameznih družbenih skupin, predčasno končali svoj mandat.⁶

⁵ U. Becker, 2005, str. 4.

⁶ Tako je npr. ministrica Alenka Trop Skaza v začetku letošnjega leta odstopila že po dobrem mesecu dni. Mimogrede, tudi v ZDA je ministrica za zdravje Kathleen Sebelius zaradi težav pri uveljavitvi zakona o zaščiti pacientov in dostopni zdravstveni oskrbi (ang. *Patient Protection and Affordable Care Act* –PPACA, bolj znanem kot *Affordable Care Act*, ali kar *Obamacare*) odstopila v začetku letošnjega aprila (http://en.wikipedia.org/wiki/Kathleen_Sebelius, maj 2014).

Ločiti je mogoče več ravni, kjer se prepletata javna in zasebna odgovornost za zdravje. To lahko opazujemo tako pri oblikovanju solidarne skupnosti obveznega zdravstvenega zavarovanja (kdo je vanjo vključen in za kakšno ceno), upravljanju tega zavarovanja (tako glede pravne oblike nosilca zavarovanja, kot tudi sodelovanja različnih skupin v samoupravnih organih javnih zavodov), financiranja in obsega pravic (tako glede tega katere pravice so v tako imenovani košarici pravic kot tudi v kakšnem obsegu so krite).

Razmejitev med javnim in zasebnim obstaja ne le pri obveznem zdravstvenem zavarovanju, temveč tudi pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti. Osrednje vprašanje je, ali je zasebno izvajanje zdravstvene dejavnosti v javnem interesu, torej interesu socialno zavarovanih pacientov. V vseh primerih verjetno ne bo, saj zasebni izvajalci zasledujejo tudi posamičen, zasebni interes. Obstoj zasebnih izvajalcev je lahko upravičen, ko zasebna infrastruktura že obstaja, ali ko se zdravstvene storitve in stvari v istih prostorih lahko ponujajo tudi na trgu, kot npr. zdraviliško zdravljenje. Samo tedaj je primerneje kot graditi nove in ločene zmogljivosti, uporabiti obstoječe in v oskrbo socialno zavarovanih oseb vključiti tudi zasebne izvajalce.⁷

Analiza vseh omenjenih področij bi presegla okvire tega prispevka. Zato se ta osredotoča le na nekatere izbrane teme. Med njimi so iskanje ravnovesja med javno in zasebno odgovornostjo za zdravje v naši pravni ureditvi, za katero so značilna obsežna doplačila zdravstvenih storitev in v kateri je nekoliko spremenjeno uveljavljanje pravice do denarnega nadomestila. Poleg tega se omenjeno ravnovesje išče tudi v pravu Evropske unije (EU), predvsem z razširitvijo pravice do zdravljenja v drugi državi članici in tudi sicer v tujini (na podlagi nedavne odločbe našega ustavnega sodišča).

⁷ Zasebni izvajalci pa bi morali zdravstveno dejavnost opravljati nedobičkonosno. Tudi v nekaterih drugih državah so zasebni izvajalci dobro organizirani pri varovanju svojega (zasebnega) interesa. H. Sodan, 1997.

2. RAZMERJE MED JAVNO IN ZASEBNO ODGOVORNOSTJO NA NACIONALNI RAVNI

2.1. Delitev stroškov zdravstvenih storitev

Nekateri mednarodni instrumenti⁸ in dokumenti Evropske unije (EU)⁹ omenjajo možnost delitve stroškov (v angleščini imenovan *cost sharing*) zdravstvenih storitev med sistemom socialne varnosti, natančneje obveznim zdravstvenim zavarovanjem ali nacionalno zdravstveno službo in posameznikom. Pri tem različnih oblik delitve stroškov ne omenjajo, zgolj izjemoma pa so določeni minimalni standardi za doplačila zdravstvenih storitev. Zato je pomembno raziskati različne oblike doplačil in predvsem njihov namen.

2.1.1. Različne vrste zasebnih plačil

Običajno se v literaturi razlikuje med različnimi oblikami delitve stroškov zdravstvenih storitev.¹⁰ Plačila posameznika (ang. tudi *out-of-pocket payments*) je mogoče razčleniti na neposredna plačila, neformalna plačila in formalno (pravno urejeno) delitev stroškov.¹¹ Neposredna plačila so potrebna za storitve, ki jih obvezno zdravstveno zavarovanje ne krije, npr. storitve povsem zasebnih (zobo)zdravnikov in nerazvrščenih zdravil. Tedaj je odgovornost izključno v domeni vsakega posameznika. Nakup zasebnih zdravstvenih storitev se v posameznih državah spodbuja z davčnimi olajšavami, ki so lahko precej obsežne.¹²

⁸ Npr. konvenciji Mednarodne organizacije dela (MOD) št 24 in 25 o zdravstvenem zavarovanju v industriji / kmetijstvu (člena 4. obeh konvencij), Konvencija 102 o minimalnih standardih socialne varnosti (10. člen), Konvencija 130 o zdravstveni oskrbi in denarnem nadomestilu (17. člen). Glej, Novak et al., 2006 in www.ilo.org, maj 2014. Najbolj podroben je Evropski kodeks o socialni varnosti in predvsem njegov Protokol (ki določa najvišje odstotke delitve stroškov), Uradni list RS-MP, št. 29/03 (Protokola naša država ni ratificirala).

⁹ Predvsem v dokumentih, ki urejajo (socialno) odprto metodo koordinacije.

¹⁰ E. Mossialos, A. Dixon A., 2002, str. 22, E. Schokkaert, C. van de Voorde C., 2011, str. 330.

¹¹ Ugotavlja se, da velja pravilo bolj kot je država revna, več je plačil posameznikov. P. Gottret, G. Schieber, 2006, str. 4. O razmerah na Hrvaškem M. Mastilica, J. Božikov, 1999, in o razmerah na Madžarskem P. Baji., M. Pavlova, L. Gulcsi in W. Groot, 2012.

¹² E. Mossialos, A. Dixon, 2002, str. 22.

Neformalna plačila za zdravstvene storitve se pojavijo tedaj, ko so te sicer zagotovljene iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, vendar se kljub temu zahteva dodatno plačilo (ali pa je to ponujeno s strani pacienta ali pričakovano s strani izvajalca zdravstvene dejavnosti).¹³ Vzrok neformalnih plačil (pred opravljeno ali po opravljeni storitvi) je lahko v nezadostnih sredstvih obveznega zdravstvenega zavarovanja, nizkih plačah zdravnikov,¹⁴ želja po večjem nadzoru nad izvajalci (zdravnik je odgovoren neposredno pacientu), ali običajih v posamezni državi (ali delu države). Neformalna plačila so lahko prepovedana in predstavljajo dejanje korupcije, lahko pa tudi kaznivo dejanje.¹⁵ Sprememba neformalnih plačil v formalne oblike delitve stroškov zdravstvenih storitev zahteva spoštovanje predpisov s strani izvajalcev zdravstvene dejavnosti (ki so lahko ob določen zaslužek)¹⁶ in pacientov. Poleg tega mora biti deležna široke javne podpore, kar pa ni enostavno doseči v vseh državah.

Formalna delitev stroškov obstaja za zdravstvene storitve, ki jih obvezno zdravstveno zavarovanje ne krije v celoti. Urejena je lahko na več načinov. V literaturi se ločuje med so-zavarovanjem, doplačili, dodatnimi plačili in lastno začetno udeležbo. So-zavarovanje (ang. *co-insurance*) je med bolj preprostimi oblikami delitve stroškov. Pacient je dolžan plačati določen odstotek zdravstvene storitve (npr. deset odstotkov). Dražja kot je, več bo dejansko moral plačati. Zaradi tega so lahko v slabšem položaju osebe, ki potrebujejo dražje zdravstvene storitve.

Pri doplačilih (ang. *co-payments*) se namesto dela stroškov zdravstvene storitve zahteva plačilo določenega pavšala (npr. nekaj evrov), ki ni odvisna od cene zdravstvene storitve. Doplačila so višja, če posameznik potrebuje več zdravstvenih storitev ali določeno zdravstveno storitev večkrat. Omeniti je treba, da se pri nas izraz doplačila uporablja širše in ne obsega le pavšalnih zneskov, temveč vključuje tudi so-zavarovanje.¹⁷

¹³ E. Schokkaert, C. van de Voorde, 2011, str. 346.

¹⁴ Npr. na Madžarskem neformalna plačila niso bila le tolerirana, temveč so bila vključena v izračun plač zdravnikov in obdavčena (oz. vsaj obstajala je davčna obveznost). P. Ga I, et al., 2011, str. 48.

¹⁵ O ukrepih v Bolgariji npr. M. Rohova, 2014. V Latviji je od leta 2009 sprejemanje neformalnih plačil kaznivo dejanje, čeprav je bilo kazenskih ovadb relativno malo. U. Mitenbergs, str. 74.

¹⁶ Pri nekaterih izvajalcih je lahko neformalnih plačil več kot pri drugih. Na Madžarskem in v Litvi jih je več pri bolnišničnem zdravljenju in manj pri ambulantnem. P.Ga I et al., 2011, str. 48. L. Murauskiene, et al., 2013, str. 13.

¹⁷ G. Strban, 2005, str. 208.

Pri dodatnih plačilih (ang. *extra billing*) pacient ne krije dela stroškov zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, temveč tiste, z zdravstvenimi storitvami povezane stroške, ki jih to zavarovanje ne pokrije (npr. za določen nadstandard). Lastna začetna udeležba (ang. *deductible amounts*) zahteva od pacienta plačilo celotnega zneska zdravstvene storitve, vendar samo do določene meje. Nad njo krije stroške zdravstvenih storitev obvezno zdravstveno zavarovanje. Omenjeni način delitve stroškov zdravstvenih storitev, ki ga poznajo npr. na Nizozemskem in v Švici, postavlja v boljši pravni in socialni položaj (v primerjavi z drugimi oblikami delitve stroškov) predvsem tiste paciente, ki pogosteje potrebujejo zdravstvene storitve.

Uporaba omenjenih izrazov pa v vseh državah ni enotna. Pogosto se za različne oblike delitve stroškov (tudi v drugih državah) uporablja izraz doplačila.

2.1.2. Namen delitve stroškov zdravstvenih storitev

S predpisovanjem delitve stroškov zdravstvenih storitev želi zakonodajalec zagotoviti večjo obveščenost zavarovanih oseb o cenah zdravstvenih storitev in zmanjšanje izdatkov nosilca obveznega zdravstvenega zavarovanja. S povečanjem stroškov za socialno zavarovane paciente naj bi se preprečilo prekomerno uveljavljanje pravic do zdravstvenih storitev.¹⁸ Nekateri avtorji omenjajo kot cilj delitve stroškov tudi zbiranje dodatnih sredstev, ki naj bi bila namenjena razširitvi obsega pravic do zdravstvenih storitev, predvsem ko druge oblike financiranja (predvsem prispevki in davki) niso na voljo.¹⁹ Ta cilj se lahko omenja predvsem v času ekonomske recesije, ko države krčijo sredstva za socialno varnost in je ta potrebno pridobiti iz drugih virov, če se želi zagotoviti, da so dražje storitve zdravljenja na razpolago pacientom. Pri tem velja omeniti posebnost slovenske ureditve, saj določa doplačila za večino dajatev zdravljenja, torej za zdravniško in bolnišnično zdravljenje, zdravila, obvezilni material, medicinsko-tehnične pripomočke in medicinsko rehabilitacijo.²⁰

V to, ali so omenjeni cilji zmeraj v celoti doseženi, gre dvomiti. Ko pacienti plačujejo del stroškov zdravstvenih storitev se bolj zavedajo višine teh stroškov, kot

¹⁸ J. Van Langendonck 1997, p. 347.

¹⁹ Robinson R., op. cit., p. 163.

²⁰ Več G. Strban, 2005, str. 209.

cen zdravstvenih storitev. Delitev stroškov je tudi v nasprotju s spodbujanjem preventivnih zdravstvenih storitev, saj lahko odvrtaajo zavarovane osebe od obiska zdravnika, ko je zdravstvena težava relativno majhna. Ta se lahko razvije v resno zdravstveno stanje in zahteva dražje zdravljenje nekoliko kasneje²¹ (tudi zato v naši ureditvi ni doplačil za preventivne storitve). Poleg tega v državah kjer poznajo dopolnilno zdravstveno zavarovanje za delitev stroškov (npr. v Franciji, Belgiji, ali pri nas zavarovanje za doplačila), se zavarovane osebe bolj zavedajo višine mesečne premije, ki jo morajo plačati zasebnim zdravstvenim zavarovalnicam kot celotnih stroškov zdravstvenih storitev.

Doseganje ciljev zmanjšanja stroškov zdravstvenih storitev in zbiranja več sredstev za izvajanje zdravstvene dejavnosti je odvisno od številnih predpostavk, predvsem elastičnosti ponudbe. Pri tem je jasno, da če je dosežen prvi cilj (zmanjšano uveljavljanje pravic do zdravstvenih storitev), je težko doseči drugega (povečanje sredstev, ki naj bi se zbrala z delitvijo stroškov). Cilj zbrati več sredstev temelji predvsem na domnevi, da je povpraševanje po zdravstvenih storitvah neelastično, torej da se kljub delitvi stroškov, obseg uveljavljanja pravic do zdravstvenih storitev ne bo zmanjšal (zmanjšanje je mogoče pričakovati le v kratkem obdobju po uvedbi ali povečanju delitve stroškov).²² Poleg tega lahko pacienti želijo uveljavljati dražje storitve, za katere so doplačila nižja (npr. bolnišnično namesto ambulantnega zdravljenja). S tem se ne zmanjšajo stroški zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Tudi če bi se ti stroški zmanjšali pa se ne zmanjšajo skupni stroški zdravstvenih storitev. Del stroškov je preprosto preveljen na gospodinjstva ali posamezne zavarovane osebe. Skupni izdatki se zmanjšajo le v primeru, če omenjena prevalitev bremena dejansko povzroči zmanjšanje porabe, kar pa je daleč od gotovosti.²³

2.1.3. Delitev stroškov in dostop do zdravstvenih storitev

Pri delitvi stroškov zdravstvenih storitev med obvezno zdravstveno zavarovanje in socialno zavarovano osebo se zmeraj postavlja vprašanje dostopa do zdravstvenih storitev. Zdravstvene storitve morajo biti (ekonomsko) dostopne za vse

²¹ J. Van Langendonck J., 1997, str. 348.

²² Mossialos E., Dixon A., 2002, str. 22.

²³ Van Langendonck, 1997, str. 347.

paciente v pravični ureditvi (pravičen dostop),²⁴ kar je težje doseči pri obsežnejši prevalitvi stroškov na zavarovane osebe.

Pomemben argument proti delitvi stroškov je, da ni mogoče najti pravične formule, ki bi na sprejemljiv način razdelila stroške med gospodinjstvi, ki potrebujejo dajatve. Delitev mora plačati vsaka zavarovana oseba sama. Pri omejevanju vseh vrst pravic z delitvijo stroškov se postavlja vprašanje dostopa do same pravice. Delitev stroškov namreč ni določeno sorazmerno z dohodkovnim ali premoženjskim stanjem zavarovane osebe ali njene družine, zato so v slabšem pravnem položaju osebe z nizkimi dohodki (in slabšim zdravstvenim stanjem). Prav tako se postavlja zavarovance z več odraslimi odvisnimi družinskimi člani v slabši položaj, saj so doplačila potrebna za vsako zavarovano osebo. Poleg tega so lahko veliko breme za kronične bolnike (četudi so skupna doplačila letno omejena).

Podobno težavo lahko predstavljajo zasebna zdravstvena zavarovanja za delitev stroškov (dopolnilno zdravstveno zavarovanje), pri katerih so premije za vse zavarovance, ne glede na njihove prihodke, spol, starost in število družinskih članov. Tako so lahko tudi v primeru prostovoljnega zavarovanja za doplačila pravice nedostopne osebam z nižjimi dohodki oziroma s slabšim premoženjskim stanjem in tistim z več družinskimi člani. Omenjene skupine zavarovanih oseb se kljub enakim pravilom doplačil in prostovoljnega zavarovanja dejansko postavlja v slabši pravni položaj. Omejuje ali celo onemogoči se jim dostop do posamezne pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, kar je lahko tudi ustavno sporno.²⁵

V Sloveniji in drugih (predvsem evropskih) državah velja prepričanje, da ekonomsko breme ne sme biti pretirano in nesorazmerno za osebe, ki imajo manj sredstev (in so slabšega zdravstvenega stanja).²⁶ Da bi se omogočil enak ekonomski in s tem pravičen dostop do zdravstvenih storitev, so potrebne številne izjeme od delitve stroškov. Določene skupine so lahko izvzete ali pa je delitev stroškov zanje predpisana v manjšem obsegu. Med njimi so določene skupine oseb, recimo starejši, prejemniki socialnih pomoči, žrtve vojn,²⁷ invalidne ali

²⁴ Dolžnost držav zagotoviti pravično dostopnost (ang. equitable access) zdravstvenega varstva ustrezne kakovosti je npr. predpisana v Konvenciji o človekovih pravicah v zvezi z biomedicino, Uradni list RS-MP, št. 17/98.

²⁵ G. Strban, 2005, str. 211.

²⁶ E. Schokkaert, C. van de Voorde, 2011, str. 339.

²⁷ Za slovensko ureditev glej 24. člen Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, Uradni list RS, št. 9/92 do 91/13.

kronično bolne osebe. Določeni so lahko tudi najvišji zneski doplačil v posameznem obdobju.²⁸ S tem se poudarjata vertikalna solidarnost (med osebami z višjimi in nižjimi dohodki) in horizontalna solidarnost (med kronično bolnimi in tistimi, ki to niso).

Ne zgolj uvedba delitve stroškov zdravstvenih storitev (predvsem v obliki so-zavarovanja, torej delitve stroškov kot jo poznamo v naši ureditvi), temveč tudi številne izjeme lahko predstavljajo zelo drag in zapleten mehanizem. Pri tem morajo biti upravni stroški nižji od vsote, ki je zbrana z delitvijo stroškov. Za učinkovito upravljanje delitve stroškov in vseh izjem, je potrebno premagati številne upravne, informacijske, ekonomske in politične ovire.²⁹ Zato se postavlja vprašanje, ali je zgoraj omenjene cilje mogoče doseči z drugimi sredstvi, torej, ali obstajajo alternative delitvi stroškov.

2.1.4. Možne alternative pri delitvi stroškov zdravstvenih storitev

Pri delitvi stroškov zdravstvenih storitev si je kot edino pravično formulo mogoče predstavljati znesek finančne soudeležbe zavarovanih oseb, ki se ga izračuna kot odstotek dohodka gospodinjstva ali posameznika (podobno kot pri plačevanju prispevkov za socialno varnost). Samo to bi bilo v skladu z načelom prispevanja po svojih ekonomskih zmožnostih in prejemanja glede na potrebo zdravstvenega stanja. Zato bi bilo primerno ukiniti sistem doplačil, kot ga trenutno poznamo v naši ureditvi, brez uvedbe posebne (obvezne) dajatve zavarovanih oseb.

Uporabiti bi bilo mogoče druge ukrepe, ki bi lahko dosegli cilje delitve stroškov zdravstvenih storitev, torej zavedanja, da zdravstvene storitve stanejo, usmerjanja povpraševanja (preprečevanje prekomernega in nepotrebne uveljavljanja pravic do zdravstvenih storitev) in nadziranja izdatkov ter zbiranja dodatnih sredstev za izvajanje zdravstvene dejavnosti.

Zavedanje o ceni zdravljenja je mogoče (bolj učinkovito) doseči z izdajanjem zbirnih računov za zdravstvene storitve, podobno kot za zdravila. Iz njih bi bila razvidna cena celotnega zdravljenja in delež, ki ga krije obvezno zdravstveno zavarovanje.

²⁸ Podrobno www.missoc.org, maj 2014.

²⁹ E. Mossialos, A. Dixon, 2002, str. 23.

Uveljavljanje pravic do zdravstvenih storitev (usmerjanje povpraševanja) je mogoče in treba nadzirati z drugimi vzvodi, ki niso nujno na strani zavarovanih oseb, temveč na strani izvajalcev zdravstvene dejavnosti. Mogoče je izboljšati koordinacijo zdravljenja na različnih ravneh (predvsem na primarni in sekundarni ravni) zdravstvene dejavnosti (brez podvajanja storitev)³⁰ in okrepiti vlogo izbranega osebnega zdravnika kot vratarja v svet zdravstvenih storitev.³¹ Izvajalci zdravstvene dejavnosti tudi ne bi smeli predpisovati prekomernih zdravstvenih storitev in bolnišnično zdravljenje bi moralo biti *ultima ratio* ukrep.³²

Obstajajo tudi druge možnosti nadziranja izdatkov zdravljenja. Pri nas bi bilo nujno pravno abstraktno urediti pravice do zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v zakonu,³³ predpisati bi bilo mogoče zapoved gospodarnosti, ki naj bo vodilo izvajalcem zdravstvene dejavnosti pri opravljanju zdravstvenih storitev. Stroške je mogoče omejevati tudi z nadzorom plač (in plačila kot takega) izvajalcev zdravstvene dejavnosti, mehanizmi za zniževanje cen zdravil, ki so tudi pri nas številni,³⁴ osrednjim naročanjem medicinskega blaga ipd.³⁵

Dodatna sredstva bi bilo mogoče zbrati recimo z razširitvijo prispevne osnove na vse prihodke (saj je pri bolj aktivnih osebah tudi možnost obolenj večja),³⁶ uvedbo posebnih, namenskih davkov (npr. na prekomerno sladkane pijače), kar bi bilo bolj pravično kot zbiranje sredstev neposredno od (bolnih) zavarovanih oseb. Seveda je najprej treba ugotoviti ali prihodkov res primanjkuje ali ne bi bilo mogoče že z obstoječimi sredstvi izboljšati sistem zdravstvenega varstva. Argumenta, da bo oskrba boljša, če bodo socialno zavarovane osebe v večji

³⁰ V številnih državah bi bilo mogoče izboljšati tudi koordinacijo med zdravstvenimi in socialnimi storitvami.

³¹ G. Strban, 2005, str. 260. Tudi v državah, kjer ni obveznosti izbrati osebnega zdravnika, se zavarovane osebe spodbuja k uveljavljanju pravic pri istem zdravniku splošne/družinske medicine z drugimi (finančnimi) ukrepi, npr. v Belgiji, Franciji, Nemčiji in Švici. OECD, 2010, str. 73.

³² H. Engel, Y. Jorens, *op. cit.*, p. 13. Npr. socialno zavarovani pacient nima pravice do specialističnega pregleda (oziroma do napotnice zanj), če to ni medicinsko indicirano in nasprotuje odločitvi *lege artis*.

³³ Glej tudi nedavno odločitev našega Ustavnega sodišča v zadevi Up-1303/11, U-I-25/14, z dne 21.3.2014, ki poudarja, da je določitev pogojev uveljavljanja pravice do zdravstvenega varstva in način izvrševanja pravice izrecno pridržana zakonu.

³⁴ Med njimi določanje seznama medsebojno primerljivih in zamenljivih (generičnih) zdravil, določanje terapevtskih skupin zdravil, in sodelovanje s proizvajalci zdravil.

³⁵ OECD, 2010, str. 57 in naslednje.

³⁶ G. Strban, 2009, str. 1705.

meri udeležene pri delitvi stroškov zdravstvenih storitev, ni mogoče sprejeti.³⁷ Pomembna je učinkovita uporaba obstoječih sredstev. Delitev stroškov ne pove ničesar o kakovosti zdravstvenih storitev in samo visokokakovostne zdravstvene storitve so lahko plačane iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Vsak cent porabljen za nekakovostne storitve je cent porabljen preveč.³⁸

Alternative so lahko tudi zmanjševanje potreb po zdravstvenih storitvah, s spodbujanjem zdravega načina življenja in uveljavljanjem pravic do preventivnih zdravstvenih storitev. Odprava delitve stroškov praviloma izboljša dostop do zdravstvenih storitev osebam z nižjimi prihodki in slabšim zdravstvenim stanjem. Pri tem se ugotavlja, da je treba ukinitve delitve stroškov skrbno načrtovati³⁹ in da so nekatere države to že storile (med njimi recimo Nemčija).⁴⁰

2.2. Uveljavljanje pravice do denarnega nadomestila

Naloga socialne varnosti je zagotavljanje varnosti dohodka ne le v primeru povečanih stroškov (npr. zaradi zdravljenja), temveč tudi v primeru izpada dohodka, ko posameznik zaradi bolezni ali poškodbe ni zmožen za delo. Denarno nadomestilo zato predstavlja enega od dveh stebrov obveznega zdravstvenega zavarovanja (poleg zdravstvenih storitev in stvari).⁴¹

³⁷ E. Schokkaert, C. van de Voorde, 2011, str. 337.

³⁸ J. van Langendonck, 1997, str. 353. Glej tudi OECD, 2013.

³⁹ Več B. McPake et al., 2011;26, str. ii104–ii117.

⁴⁰ Znani so primeri Afriških držav. F. Morestin, V. Ridde, 2009. V Nemčiji so z začetkom leta 2013 ukinili delitev stroškov v obliki tako imenovanega *Praxisgebühr* (plačilo 10 evrov za prvi obisk pri zdravniku v posameznem četrtletju, z nekaterimi izjemami). Ugotovili so, da takšna delitev stroškov obiskov pri zdravniku bistveno ne zmanjšuje, so pa manj obiskov zabeležili pri osebah z nižjimi dohodki. Hkrati je šlo za breme tako pacientov kot tudi (upravno breme) zdravnikov in prihodek je bil relativno nizek (le odstotek vseh izdatkov za zdravstvene storitve). *Beschlussempfehlung und Bericht des Bundestagsausschusses für Gesundheit*, Bundestags-Drucksache 17/11396, 7 November 2012. Več o posebnem zakonu s katerim je bila ukinjena delitev stroškov (nem. Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen) na <http://www.bmg.bund.de/ministerium/presse/pressemitteilungen/2012-04/bundestag-ende-der-praxisgebuehr.html>, april 2014.

⁴¹ Nekatere druge denarne dajatve, kot sta pogrebna in posmrtnina od začetka leta 2014 niso več pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. V nekoliko spremenjeni obliki sta bili pravici do pogrebne in posmrtnine preneseni v sistem (izrednih) denarnih socialnih pomoči. Delno sta spremenjena krog upravičencev obseg pravic. Glej nova člena 34.a in 34.b Zakona o socialnovarstvenih prejemkih (ZSVarPre), Uradni list RS, št. 61/10 do 99/13.

Poleg dolžnosti nosilca obveznega zdravstvenega zavarovanja lahko (prilagojena) dolžnost izplačevanja nadomestila plače bremeni tudi zavarovančevega delodajalca. Določbe delovnega prava in prava socialne varnosti (obveznega zdravstvenega zavarovanja) so v tem delu tesno povezane. Gre za razmejitev med zasebno (delodajalčevo) in javno (obveznega zdravstvenega zavarovanja) odgovornostjo zagotavljati nepretrganost dohodka, s čimer se omogoča socialna vključenost.

Delodajalec je dolžan določen čas izplačevati nadomestilo plače. Glavni obveznosti sinalagmatičnega delovnega razmerja sta delo in plačilo.⁴² Strogo formalno bi lahko neizpolnitev delavčeve obveznosti (dela) lahko vodilo v neizpolnitev delodajalčeve obveznosti (plačila).⁴³ Delavčeve odsotnosti namreč ni mogoče pripisati motnji na strani delodajalca, temveč na strani delavca. Vendar pa nanj ni mogoče prevesti posledic, ki zaradi tega nastanejo. Ker bi tovrstno neizpolnjevanje pogodbe o zaposlitvi pripeljalo delavca v težak ekonomski in socialni položaj, se tudi pri nas s prisilnimi (kogentnimi) predpisi nalaga delodajalcu dolžnost nadaljevati z izplačilom plače določen čas odsotnosti delavca od dela zaradi bolezni ali poškodbe.⁴⁴

Po preteku določenega časa delavčeve odsotnosti zaradi bolezni ali poškodbe (praviloma 30 delovnih dni)⁴⁵ se denarno nadomestilo izplačuje iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Tudi v tem primeru gre za dvostransko, sinalagmatično pravno razmerje zavarovalne zaščite v zameno za prispevke. Oblikuje se med zavarovancem (prispevke plačuje tudi delodajalec) in nosilcem zavarovanja. Imenujemo ga socialno zavarovalno razmerje.

Vendar tudi v primeru daljše odsotnosti, ko se denarno nadomestilo izplačuje iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, obstaja dolžnost delodajalca izplačati denarno nadomestilo svojemu delavcu. To stori v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja in od Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) zahteva refundacijo.⁴⁶

⁴² Glej 31. in 42. člen ZDR.

⁴³ O odstopu od civilističnega načela vzajemnosti, glej tudi B. Kresal, 2002, str. 494.

⁴⁴ Glej 137. člen ZDR-1, Uradni list RS, št. 21/13 in 78/13 - popr. Primerjalno o dolžnosti delodajalca nadaljevati z izplačilom (bolniške) plače na www.missoc.org, maj 2014.

⁴⁵ Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) pa v določenih primerih izplačuje denarno nadomestilo že od prve dne odsotnosti. Glej 29. člen ZZVZZ.

⁴⁶ Glej odstavek 137. člena ZDR-1 in 229. člen Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja, Uradni list RS, št. 79/94 do 25/14.

Glede vprašanja delodajalčeve obveznosti je pomembna odločitev našega Ustavnega sodišča v zadevi Up-794/11 z dne 21. februarja 2013.⁴⁷ Ugotovilo je, da pravno stališče, po katerem lahko zavarovanec nadomestilo plače zaradi zadržanosti od dela zaradi bolezni za čas od 31. dne zadržanosti od dela dalje uveljavlja le od delodajalca, od ZZZS pa ne (ker zato ni pravne podlage), pomeni nedopusten poseg v ustavno pravico do socialne varnosti. Poudarilo je, da zanikanje izplačila navedenega nadomestila pomeni zanikanje ustavno zajamčenega jedra pravice, ki zavarovancu ob izpolnitvi zakonskih pogojev (določenih v ZZZVZ in ZDR-1) zagotavlja določeno dohodkovno in s tem socialno varnost v času, ko je nezmožen za delo zaradi bolezni. Odločitev je pričakovana, saj izhaja iz že omenjenega socialno zavarovalnega razmerja.

V tem duhu je bila oblikovana določba ZDR-1, ki nalaga ZZZS neposredno plačilo denarnega nadomestila delavcu. To lahko zahtevata delodajalec ali delavec sam.⁴⁸ Pri tem je predpisan pomemben pogoj, in sicer, da delodajalec delavcem (ne le posameznemu delavcu) ni izplačal plač in nadomestil plač v zakonsko določenem oziroma pogodbeno dogovorjenem roku. Iz te določbe jasno izhaja, da delodajalčeva dolžnost izplačevati plačo v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja ni ukinjena. Možnost neposrednega uveljavljanja pravice do denarnega nadomestila obstaja le v izrednih primerih kot je recimo insolventnost delodajalca.⁴⁹

Delodajalec se ne more samovoljno odločiti, da se z delavcem v primeru začasne odsotnosti zaradi bolezni ali poškodbe ne bo ukvarjal in ga napotiti na ZZZS, kjer naj bolni ali poškodovani delavec sam išče pravico. Še zmeraj ima delodajalec vse podatke, ki so pomembni za ugotovitev obsega denarnega nadomestila in vseh prilog k vlogi (npr. pisni obračun) delavec sam ne more ustvariti. Možna rešitev bi bila tudi, da delodajalec pripravi obračun, ga pošlje na ZZZS in ta neposredno izplača denarno nadomestilo delavcu. Pri tem bi bila potrebna odlična povezava med delodajalci in ZZZS, slednji pa bi verjetno v svoje evidence moral vključiti nekaj več podatkov (npr. o bančnih računih delavcev, o katerih ima lahko najbolj ažurne podatke prav delodajalec).

⁴⁷ Objavljena v Uradnem listu RS, št. 24/13.

⁴⁸ Glej 10. odstavek ZDR-1, ki je konkretiziran v novem 229.a členu Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja.

⁴⁹ Podobno v odločbi ZZZS št. 1803-1256/2013-LJ/4, z dne 8. januarja 2014.

3. RAZMERJE MED JAVNO IN ZASEBNO ODGOVORNOSTJO PRI ZDRAVLJENJU V TUJINI

3.1. Pravo EU

Pravica do zdravljenja v tujini je bila tudi pri nas že izčrpno analizirana.⁵⁰ Vprašanje javne in zasebne odgovornosti za zdravje je postalo ponovno nekoliko bolj aktualno z uveljavitvijo Direktive 2011/24/EU o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu,⁵¹ ki je v pretežni meri kodificirala odločitve Sodišča EU.

Tako obstajata vsaj dve poti, v skladu s katerima lahko socialno zavarovana oseba uveljavlja pravice do zdravstvenih storitev v drugi državi članici EU. Ena poudarja dogovor med državami članicami o povezovanju sistemov socialne varnosti. Sprejeta je bila v obliki uredbe, in sicer Uredbe 883/2004/ES o koordinaciji sistemov socialne varnosti.⁵² Ta določa pravico do zdravljenja v drugi državi članici, ko oseba

- a) prebiva v državi, ki ni pristojna za njeno socialno varnost,
- b) je v drugi državi iz nemedicinskih razlogov (npr kot turist ali poslovno) in se pokaže potreba po zdravstvenih storitvah (ki jih lahko uveljavi z Evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja) in ko
- c) potuje v drugo državo članico z namenom pridobiti zdravstvene storitve. Nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja v domači (pristojni) državi mora pred odhodom izdati izrecno dovoljenje (avtorizacijo ali napotitev) za zdravljenje v tujini. To mora biti izdano, če je pravica do zdravstvene storitve pravica po zakonodaji domače (pristojne) države, vendar ob upoštevanju trenutnega zdravstvenega stanja in verjetnega poteka bolezni ne more biti zagotovljena v običajno potrebnem času.⁵³ Ko je dovoljenje izdano lahko zavarovana oseba potuje v drugo državo članico z namenom zdravljenja, nosilec v domači (pristojni) državi pa poravna stroške tujemu izvajalcu zdravstvene dejavnosti v skladu s pravili (in v višini), ki veljajo v državi opravljene

⁵⁰ Npr. G. Strban, 2013, isti 2009 in 2005.

⁵¹ UL L 88/45, z dne 4. aprila 2011. Rok za njeno implementacijo v pravni red držav članic je potekel 25. oktobra 2013. Slovenija jo je implementirala s spremembo ZZVZZ, in sicer ZZVZZ-M, Uradni list RS, št. 91/13.

⁵² UL L 166, z dne 30. aprila 2004, s kasnejšimi spremembami in izvedbena Uredba 987/2009/ES, UL L 284, z dne 30. oktobra 2009.

⁵³ Glej tudi 44.b člen ZZVZZ.

zdravstvene storitve. Gre za način zagotavljanja zdravstvenih storitev v naravi v drugi državi članici EU.

Drugo pot predstavlja Direktiva 2011/24/EU.⁵⁴ Ne glede na to, ali direktiva velja za vse zdravstvene storitve na notranjem trgu ali le za načrtovano zdravljenje,⁵⁵ lahko zavarovana oseba v drugi državi članici koristi vse zdravstvene storitve, do katerih ima pravico v naši ureditvi, s povrnitvijo stroškov od ZZVS. Ta je dolžan povrniti stroške zdravljenja v drugi državi članici le v višini, kot bi plačal domačim izvajalcem, kar je lahko zaradi obsežnih doplačil malo v primerjavi z dejanskimi stroški.

Poleg tega cene zdravljenja niso poenotene in se lahko razlikujejo tako med državami, kot tudi znotraj države (za socialno zavarovane in zasebne paciente). Le izjemoma je dopustno omejiti režim povrnitve stroškov in predpisati predhodno napotitev, če je ta potrebna in sorazmerna, o njej pa obveščena Evropska komisija. To je možno samo pri bolnišničnih storitvah, uporabi drage medicinske opreme, posebnem tveganju, ali konkretnih pomislekih glede kakovosti in varnosti oskrbe pri določenem izvajalcu. Tudi tedaj je odobritev zdravljenja v tujini lahko zavrnjena le, če je enaka zdravstvena storitev pravočasno zagotovljena pri nas.⁵⁶

Čeprav naj bi imela napotitev na zdravljenje v drugo državo članico v skladu z Uredbo 883/2004/ES prednost, lahko pacient namesto tega prosto izbere pot uveljavljanja pravic po Direktivi 2011/24/EU.⁵⁷

Ko pacient izbere pot direktive in se odpravi v drugo državo članico kupiti zdravstvene storitve in stvari, zapusti področje (koordinacije) socialne varnosti in se podredi pravu notranjega trga. Njegov položaj je spremenjen iz socialno zavarovane osebe v položaj potrošnika. Sam mora plačati zdravstvene storitve, lahko po višjih cenah, tistih, ki veljajo za zasebne paciente. Pri tem lahko celo

⁵⁴ Zmeraj pa obstaja še tretja pot, in sicer če bi sodišče drugače razlagalo določbe primarnega prava EU.

⁵⁵ Mnenja so deljena. Primerjaj Strban, 2013, str. 398 in Guidance note of the Commission services on the relationship between Regulations (EC) Nos 883/2004 and 987/2009 on the coordination of social security systems and Directive 2011/24/EU on the application of patients' rights in cross border healthcare, Note from the Commission of 21 May 2012 (AC 246/12). Dodatek je bil sprejet 28. maja 2013, ki utrjuje stališče Komisije.

⁵⁶ Glej člene 44.c do 44.e ZZVZZ. Minister za zdravje je izdal Odredbo o seznamu zdravstvenih storitev, za katere se zahteva predhodna odobritev, Uradni list RS, št. 6/14.

⁵⁷ V skladu z 8. členom (3. odstavkom) Direktive 2011/24/EU država članica odobri predhodno odobritev v skladu z navedeno uredbo, razen če pacient ne zahteva drugače.

kupi storitve in stvari pri zasebnih izvajalcih zdravstvene dejavnosti, ki sicer niso vključeni v oskrbo socialno zavarovanih oseb v državi zdravljenja. Kot socialno zavarovani pacient bo ponovno obravnavan šele po prihodu v (domačo) državo (državo, kjer je zavarovan), ko bo vložil zahtevek za povrnitev stroškov pri nosilcu obveznega zdravstvenega zavarovanja (pri nas ZZSZ).

V primeru izbire poti uveljavljanja pravice do zdravljenja v drugi državi članici po Direktivi 2011/24/EU je odgovornost za zdravje bolj na strani posameznika, kot če bi te pravice uveljavljal v skladu z Uredbo 883/2004/ES. Bolj kot gre za zasebno odgovornost, bolj so lahko socialno zavarovane osebe postavljene v neenak pravni položaj.

Enake pravice do izbire zdravljenja v tujini namreč ni, če morajo pacienti imeti dovolj denarja, da jo lahko uveljavijo. Storitve bodo morali plačali in nato zahtevati omejeno povrnitev stroškov. Nekateri bodo prišli do zdravljenja mimo čakalne vrste, saj bodo ambulantne storitve, ali bolj učinkovito metodo zdravljenja v drugi državi članici lahko uveljavljali tudi pri zasebnem izvajalcu (brez koncesije, česar doma ne morejo). Do omejenih sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja bodo prišli prej in podaljšali čakalno vrsto za ostale. ZZSZ bo moral dogovoriti manj obsežen program z domačimi izvajalci in hraniti sredstva za povrnitev stroškov zavarovancem, ki bodo uveljavljali pravico do prostega pretoka (zdravstvenih) storitev.

3.2. Slovensko pravo

Pravica do zdravljenja v tujini lahko države članice zmeraj uredijo bolj ugodno (z manj omejitvami) kot v pravu EU. Tudi naš ZZVZZ omenja pravico do zdravljenja v tujini,⁵⁸ podrobneje pa jo urejajo Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Urejanje v Pravilih že dlje časa velja kot sporno.⁵⁹ Pravila so po svoji pravni naravi splošni (podzakonski) pravni akt, izdan za izvrševanje javnega pooblastila. Ta pa 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

⁵⁸ Glej 2. točko 1. odstavka 23. člena ZZVZZ.

⁵⁹ A. Bubnov-Škoberne, 2002, str. 65. G. Strban, 2005, str. 151.

ter da zlasti z zakonom urejenih pravic in obveznosti ne zožuje.⁶⁰ V Pravila sodijo določbe o konkretnih strokovnih, medicinskih in tehničnih vprašanjih, ki niso primerna za zakonsko urejanje.

To je (ponovno) ugotovilo tudi naše Ustavno sodišče v zadevi Up-1303/11, U-I-25/14, z dne 21.3.2014. ZZVZZ obvezno zdravstveno zavarovanim osebam zagotavlja plačilo zdravstvenih storitev v višini najmanj 90-odstotne vrednosti zdravljenja v tujini. 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. Sodišče je ugotovilo, da niti 26. člen ZZVZZ ni pooblašчал ZZS, da s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja določi pogoje, pod katerimi se ustavna pravica do zdravstvenega varstva lahko uveljavlja v tujini, niti da določi način, na katerega se lahko uveljavlja.⁶¹ To je namreč zakonska snov in urejanje je pridržano zakonu. Ker so Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja urejala pogoje za plačilo zdravstvenih storitev v tujini izvirno,⁶² so bila v neskladju z ustavnima pravicama do zdravstvenega varstva in socialne varnosti.

Zaradi te odločitve se postavljajo številna vprašanja. Med njimi je vprašanje, ali je do sprejema ZZVZZ-M obstajala neomejena pravica do zdravljenja v tujini, torej tudi za storitve, ki niso pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja pri nas (npr. helikopterski prevoz). Verjetno zakonske določbe o pravici do zdravljenja v tujini ni mogoče tako široko razlagati, saj je vendar zapisana v ZZVZZ, ki ureja obvezno zdravstveno zavarovanje pri nas in le v okviru teh pravic (ki sicer res niso najboljše zakonsko določene) lahko obstaja pravica do zdravljenja v tujini (to pravilo velja tudi v pravu EU, ne glede na uporabljen pravni instrument). Poleg tega je lahko sporno, ali je treba zadeve ki so še v reševanju pri ZZS in predvsem pri socialnem sodišču rešiti drugače, kot vse (že pravnomočno) odločene zadeve pred sprejemom odločitve Ustavnega sodišča, kar bi lahko povzročilo

⁶⁰ Odločba Ustavnega sodišča U-I-125/97, 24.6.1998.

⁶¹ Čeprav je treba hkrati ugotoviti, da 26. člen ZZVZZ 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) okvir 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.

⁶² Glej 135. člen Pravil.

nove neenakosti. Nekoliko širše se lahko pojavi vprašanje veljavnosti številnih določb pravil, ki urejajo krog zavarovanih oseb, obseg pravic in postopek njihovega uveljavljanja, če pooblastilo iz 26. člena ZZVZZ ne zadostuje.

Odločbo ustavnega sodišča (ki je nekoliko formalne narave) je seveda treba upoštevati in zakonodajalec bi se moral takoj lotiti urejanja pravil iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v zakonu.

4. ZAKLJUČNE UGOTOVITVE

Države (in lokalne skupnosti) so zmeraj soočene s temeljno dilemo, koliko odgovornosti za zdravje prebivalstva naj prevzamejo same in koliko naj jo prepustijo posameznikom, njihovim družinam in delodajalcem. Najti pravo ravnovesje ni lahka naloga, saj lahko povzroči razmejitev oziroma sourejanje javnega in zasebnega tudi ideološka razhajanja.

Zdi se, da se pri nas in v Evropski uniji kaže nagnjenost k vse večji zasebni odgovornosti za zdravje. Pri nas je bila delitev stroškov zdravstvenih storitev (s tako imenovanimi doplačili) povečana z ukrepi za uravnoteženje javnih financ, čeprav je nesporno, da prizadenejo najbolj ranljive člane družbe. Večja vloga delavcev se poudarja tudi pri denarnem nadomestilu. V Evropski uniji se izrazito kaže napeto razmerje med socialnimi pravicami in ekonomskimi svoboščinami notranjega trga. Tudi zdravniške organizacije nakazujejo podporo podobni spremembi našega obveznega zdravstvenega zavarovanja, kot izhaja iz zahtev po povrnitvi stroškov zdravljenja v tujini.

Pri tem je treba ugotoviti, da v nekaterih drugih državah obstaja nasproten trend, recimo v Nemčiji so ukinili doplačila. Celo ZDA kot vzor zasebne odgovornosti za zdravje se s tako imenovano »obamacare« reformo zdravstvenega varstva oddaljujejo od zasebne odgovornosti in poudarjajo javno odgovornost za zdravje.

Še posebej v času recesije ni dopustno prevaliti odgovornosti za zdravje na posameznike in njihove družine (tako glede zdravstvenih storitev, denarnega nadomestila in zdravljenja v tujini), saj je sami ne zmorejo nositi. Treba je razmišljati o drugih ukrepih, predvsem zagotavljanju učinkovite in kakovostne, dobro povezane (koordinirane) zdravstvene oskrbe (s sredstvi, ki so na voljo).

Izziv je torej najti pravo ravnovesje med javno in zasebno odgovornostjo za zdravje. Pri tem ne gre pozabiti, da zdravstvena dejavnost ni tržna dejavnost (zdravje

je pomembno tako za posameznika kot celotno družbo). Da bi se vključilo več zasebne odgovornosti, tudi z več zasebnimi izvajalci zdravstvene dejavnosti je treba opraviti test javnega interesa. Šele, če je zasebno v javnem interesu, je lahko za državo (in druge pravne subjekte javnega prava) sprejemljivo.

LITERATURA

- Becker, Ulrich, German Health and Long-Term Care Insurance: Legal Aspects, v: The Role of Private Actors, Max Planck Institute for Foreign and International Social Law, Volume 1, July 2005, str. 3-17.
- Bubnov Škoberne, Anjuta: Pravica do zdravstvenega varstva in pravica do zdravstvenih storitev, Pravniki, št. 1-3/2002, str. 51-79.
- Baji, Petra, Pavlova, Milena, Gulcsi, L., Groot, Wim: Changes in Equity in Out-of-pocket Payments during the Period of Health Care Reforms: Evidence from Hungary, International Journal for Equity in Health 2012, 11:36.
- Gaál, Péter, et al.: European observatory on Health Systems and Policies, Out of pocket payments, Hungary, 2011.
- Gottret, Pablo, Schieber, George: Health Financing Revisited, A Practitioner's Guide, The World Bank 2006.
- Kresal, Barbara, Kresal Šoltes, Katarina, Senčur Peček, Darja: Zakon o delovnih razmerjih s komentarjem in stvarnim kazalom, Primath, Ljubljana, 2002.
- Van Langendonck, Jef: Health care between efficiency and quality, v: Bosco, A and Hutsebaut M (eds), Social Protection in Europe, Facing up to Changes and Challenges, ETUC-ETUI, 1997.
- Engel, Heike, Jorens, Yves, MISSOC Info 2/2005 Health Care: User Charges-Introduction, www.missoc.org, maj 2014.
- Mastilica, Miroslav, Božikov, Jadranka: Out-of-Pocket Payments for Health Care in Croatia: Implications for Equity, Croatian Medical Journal, št. 2/1999.
- Mitenbergs, Uldis, et al.: Latvia: Health system review, Health Systems in Transition, 2012.
- Morestin, Florence, Ridde, Valéry: The abolition of user fees for health services in Africa Lessons from the literature, Université de Montréal, 2009.
- Mossialos, Elias, Dixon, Anna: Funding health care: an Introduction, v: Mossialos E. et al. (eds), Funding health care options for Europe, WHO 2002.
- Murauskienė, Liubovė, et al.: European observatory on Health Systems and Policies, Out of pocket payments, Lithuania, 2013.
- Novak, Mitja et al.: Konvencije MOD s komentarjem, GV Založba, Ljubljana 2006.
- OECD: Value for Money in Health Spending, OECD 2010.
- OECD: Strengthening Health Information Infrastructure for Health Care Quality Governance: Good Practices, New Opportunities and Data Privacy Protection Challenges, OECD Publishing, 2013.
- McPake, Barbara, et al.: Removing user fees: learning from international experience to support the process, Health Policy and Planning, Oxford University Press in association with the London

School of Hygiene and Tropical Medicine, 2011;26.

Rohova, Maria: New measures against informal payments, Health Systems in Transition, <http://www.hspm.org/countries/bulgaria22042013/countrypage.aspx>, april 2014.

Schokkaert Erik, van de Voorde, Carine: User Charges, v: Glied S., Smith P. C.(Eds.), The Oxford Handbook of Health Economics, Oxford University Press, 2011.

Sodan, Helge: Freie Berufe als Leistungserbringer im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, Ein verfassungs- und verwaltungsrechtlicher Beitrag zum Umbau des Sozialstaates, Mohr Siebeck, Tübingen, 1997.

Strban, Grega: Globalizacija in prost pretok zdravstvenih storitev. V: Štiblar, Franjo (ur.), Kranjc, Janez (ur.): Pravni vidiki slovenske samobitnosti leto po vstopu v EU, Pravna fakulteta, Ljubljana, 2005, str. 169-190.

Strban, Grega: Izzivi prava socialne varnosti: Recesija – priložnost za »prave« spremembe? Podjetje in delo, št. 6-7/2009, str. 1698–1706.

Strban, Grega: Patient mobility in the European Union: between social security coordination and free movement of services, ERA Forum, Journal of the Academy of European Law, Springer, Vol. 14, 2013, Nr. 3, str. 391-407.

Strban, Grega: Pravica do zdravljenja v drugi državi članici EU, Pravna praksa-PP, letn. 28, 2009, št. 11, str. 54-56.

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

CHALLENGES OF MANDATORY HEALTH INSURANCE: Finding a balance between public and private responsibility for health

Grega Strban*

SUMMARY

Mandatory health insurance should be regularly adjusted to ever changing relations in the society. At the same time an appropriate balance between public and private responsibility for health should be agreed upon. It is without a doubt that good health is in interest of both, individual him/herself and the society as a whole.

One of the examples of this shared responsibility is relating to the scope of health care financed out of mandatory health insurance and cost sharing by insured persons. Distinctive notions are applied to the various cost sharing arrangements, sometimes intentionally and sometimes indiscriminately. 'Out-of-pocket payments' is an expression often used in the broadest sense to include direct payments, informal payments and formal cost sharing. It is recognised that as far as the private share of spending is concerned, the poorer the country the larger the amount that is out of pocket. It is recognised that out-of-pocket expenditure presents the most inequitable source of health care financing. Out-of-pocket payments are less significant in some high income countries (where there are less informal payments and cost sharing is being reduced or abolished, like in Germany). Therefore cost sharing might not be the best social policy option and alternatives for awareness raising, reducing usage of some services and increasing revenue should be considered.

Public and private responsibility for health is shown also with sickness cash benefit. The duty to provide it is divided between employers and social insurance carrier. However, it might be questionable whether employers should be relieved of all the duties when the sickness cash benefit is paid by the health insurance car-

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

rier. It should not be the duty of the sick worker to seek the benefit alone. S/he should be supported by the employer as well as the health insurance carrier.

Also in the law of the European Union the tense relation between social rights and internal market (economic) freedoms is well visible. It is even more emphasised with the codification of case law of the Court of Justice of the EU in the Directive 2011/24/EU on the application of patients' rights in cross-border healthcare.

When a patient goes to another member state to purchase healthcare (services and goods), he leaves the framework of the social security (coordination) law and enters the law of the internal market. His status of socially insured person is transformed into the position of an economic subject - a consumer. He will have to pay healthcare costs in advance according to local tariffs (possibly for private, not socially insured patients), and could decide to visit purely private providers. Such a patient will be treated as a socially insured person again only when submitting his/her application for reimbursement of healthcare costs to the social security institution in the member state of affiliation.

Private elements of claiming health care in another country have been emphasised also by the recent decision of the Slovenian Constitutional Court. It found that the legislative right to medical treatment abroad is not limited. Limitations in the administrative rules and regulations are against the constitution. The decision has limited effects, since the legislative act has already been amended at the end of 2013. Nevertheless, it may still cause some inequalities between those, whose claim has already been finally decided and those with still pending cases.

It is argued that especially in the times of economic crisis, the responsibility for health should not overburden individuals and their families. It might be a burden that they are not able to carry. Other measures of effective, well-coordinated and high quality health care should be considered instead, of course within the limits of available resources.

It is always a challenge finding the most appropriate balance between public and private responsibility for health. Health (and health care) should not be perceived as a private market responsibility. Whenever private elements are attracted to social health insurance and provision of health care for socially insured patients, a so called public interest test should be performed. For the State and other public law governed legal subjects, private elements should only be acceptable, if they can stand such test.