

Prenova obveznega zdravstvenega zavarovanja – zadostujejo spremembe obstoječega zakona ali je nujen sprejem novega?

Grega Strban*

UDK: 349:368.042(497.4)

Povzetek: Starost zakona ne pove veliko o njegovi vsebini. Zato argument, da je treba sprejeti nov zakon, ker je obstoječi star, ne vzdrži, še posebej, če je ta večkrat noveliran. Bolj pomembno je, ali vsebina zakona še ustreza spremenjenim razmerjem v družbi. Dejavniki, ki vplivajo na spreminjanje zakona so notranji in zunanji. Med prve štejemo dve vrsti vplivov, in sicer zaznane pomanjkljivosti v sistemu obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki jih je zakonodajalec z normativnimi posegi primerno uredil in nezaznane oziroma neurejene pomanjkljivosti v tem sistemu. Med zunanje dejavnike štejemo vplive zunaj obveznega zdravstvenega zavarovanja, predvsem v obliki odločitev našega Ustavnega sodišča in pravnega reda EU. Prednosti posameznih sprememb so, da uredijo določeno manjšo notranje zaključeno celoto hitro in brez poseganja v celoten sistem. Dolgoročno pa je pomembnejša celovita prenova v novem zakonu. Ta omogoča celovito razpravo in celovitejšo ureditev tako obveznega zdravstvenega zavarovanja kot celotnega sistema socialne varnosti.

Gljučne besede: socialna varnost, notranji in zunanji dejavniki, obvezno zdravstveno zavarovanje, prenova

Modernising Mandatory Health Insurance – Is It Enough to Amend the Existing Law or is it Necessary to Adopt a New One?

Abstract: The age of the legislative act cannot be an indicator of its content. Therefore, the argument that a new law has to be passed because the existing one is old cannot be convincing, especially if it has been amended many times. It is far more important that the content of

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

grega.strban@pf.uni-lj.si

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

the law still reflects the ever-changing relations in the society. Influences for modifying the law may be internal and external. Among first are the acknowledged and legally regulated deficiencies and those who are not detected or regulated. External influences are the ones outside of mandatory health insurance, especially in the form of Constitutional Court decisions and EU law. Advantages of incremental changes are that smaller units can be amended rather fast, without discussing the entire system. In the long run, more comprehensive modernisation in a new legislative act may be even more important. It enables thorough debate and more comprehensive regulation of mandatory health insurance and the entire social security system.

Key words: *social security, internal and external influences, mandatory health insurance, modernisation*

1. UVODNE MISLI

Temeljna človekova pravica do socialne varnosti v primeru bolezni ali poškodbe se v naši ureditvi uresničuje predvsem z obveznim zdravstvenim zavarovanjem. Večkrat se poudarja, da je bil zakon, ki ga ureja, torej Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ), sprejet že leta 1992,¹ od tedaj pa le delno noveliran. Nazadnje je bil dopolnjen z določbami o zdravljenju v tujini.² Gre za enega redkih še veljavnih zakonov s področja socialne varnosti, sprejetih v obdobju takoj po slovenski osamosvojitvi v začetku 90-tih let prejšnjega stoletja. Večina ostalih zakonov je bila nadomeščena z novimi.³

¹ Uradni list RS, št. 9/1992.

² Uradni list RS, št. 91/2013.

³ Npr. novejši so Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju, ZPIZ-2 iz konca leta 2012 (Uradni list RS, št. 96/2012 do 102/2015), Zakon o urejanju trga dela, ZUTD iz leta 2010 (Uradni list RS, št. 80/2010 do 100/2013), Zakon o starševskem varstvu in družinskih prejemkih, ZSDP-1 iz leta 2014 (Uradni list RS, št. 26/2014 in 90/2015), delno tudi Zakon o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev, ZUPJS iz leta 2010 (Uradni list RS, št. 62/2010 do 90/2015), istega leta je bil sprejet tudi Zakon o socialno varstvenih prejemkih, ZSVarPre (Uradni list RS, št. 61/2010 do 90/2015). Le socialnovarstvene storitve so ostale urejene v Zakonu o socialnem varstvu, ZSV iz leta 1992 (Uradni list RS, št. 54/1992, nazadnje spremenjen 39/2016).

Vendar zgolj dejstvo, da je zakon nekoliko starejši samo po sebi še ne upravičuje sprejema novega.⁴ Poleg tega je bil ZZVZZ tudi večkrat spremenjen in dopolnjen. Zato vprašanje ustreznosti ZZVZZ ne more biti zgolj formalno povezano z njegovo starostjo, temveč je treba njegove določbe vsebinsko (materialno, kakovostno) presojati in ugotavljati ali še ustrezajo današnjemu času in stanju razvoja naše (slovenske in evropske) družbe.

Razlogi za sprejem novega zakona lahko izvirajo iz mednarodnega (in nadnacionalnega) prava, z gledovanja po tujih ureditvah oziroma spremenjenih razmerjih v družbi. Slovenijo kot uveljavljeno članico mednarodnih združenj zavezujejo norme Mednarodne organizacije dela (MOD),⁵ Sveta Evrope in Evropske Unije (EU). V okviru slednje Listina temeljnih pravic EU zagotavlja pravice do socialne varnosti, socialne pomoči in varstva zdravja, EU pa spodbuja spremembe sistemov socialne varnosti tudi s tako imenovano odprto metodo koordinacije. Države naj bi s spremembami svoje zakonodaje dosegle cilje enakega (in pravičnega) dopusta do visokokakovostnih zdravstvenih storitev v finančno vzdržnem sistemu.⁶

Najpomembnejši razlogi za sprejem novega zakona morajo biti vsebinske narave. Ugotoviti je mogoče, da se razmerja v družbi nenehno spreminjajo in da so se od sprejema ZZVZZ do danes družbena razmerja toliko spremenila, da jim mora s svojo normativno dejavnostjo slediti tudi zakonodajalec. Pri tem je mogoče omeniti nekatere demografske dejavnike, kot so staranje prebivalstva in relativno nizka stopnja rodnosti.⁷ Pričakovana življenjska doba ob rojstvu se v razvitih državah, med katere spada tudi Slovenija, zvišuje,⁸ s čimer se povečuje delež

⁴ Npr. tudi pravila avstrijskega Občega državlanskega zakonika (ODZ, sprejet leta 1811) so se zelo dolgo uporabljala na slovenskem ozemlju (nekatera tudi po osamosvojitvi Slovenije).

⁵ Več o mednarodnopravnih omejitvah pri zakonskem urejanju pravic in dolžnosti v obveznem zdravstvenem zavarovanju G. Strban, 2005/1, str. 811.

⁶ Communication from the Commission, Working together, working better: A new framework for the open coordination of social protection and inclusion policies in the European Union. COM(2005) 706 final, Brussels, 22 December 2005. Communication from the Commission, A renewed commitment to social Europe: Reinforcing the Open Method of Coordination for Social Protection and Social Inclusion COM(2008) 418 final, Brussels, 2 July 2008.

⁷ Naravni prirast je bil od leta 2006 do 2014 sicer pozitiven, a je v letu 2015 in 2016 (začasni podatki) ponovno negativen (-1,4 oz. -1,2). Stopnja rodnosti pa se giblje okoli 1,5 (1,58 v letu 2014 in 1,57 v letu 2015, čeprav bi za obnovo prebivalstva morala biti malenkost čez 2). Statistični urad Republike Slovenije (www.stat.si, oktober 2016).

⁸ Dečki, rojeni v letu 2015, lahko pričakujejo, da bodo (ob nespremenjenih razmerah, v povprečju) dočakali skoraj 78 let starosti, deklice pa skoraj 84 let starosti. Statistični urad Republike Slovenije (www.stat.si, oktober 2016).

starejših oseb. Tudi pričakovana življenjska doba oseb, starejših od 65 let, se viša.⁹ Oboje lahko štejejo k uspehom medicinskega in tehničnega napredka, boljše izobraženosti, s tem povezanega višjega življenjskega standarda in vse bolj zdravega načina življenja. Vendar lahko doseganje višje starosti in sodoben, hiter in bolj tvegani način življenja, tudi zaradi razvoja možnosti informiranja in komuniciranja, predstavljata nova tveganja, ki jih je treba upoštevati tudi pri oblikovanju obveznega zdravstvenega zavarovanja. To je tesno povezano tudi z zavarovanjem za dolgotrajno oskrbo.

Temu je treba dodati gospodarsko okrevanje po večletnem upadanju gospodarske aktivnosti in spremenjene oblike skupnega življenja. Večgeneracijska gospodinjstva, ki bi lahko sama poskrbela za bolne družinske člane, so vse bolj redka. Več je enoosebnih gospodinjstev in manjših (nuklearnih in enostarševskih) družin, tudi pari ali (zunaj)zakonske skupnosti brez otrok in istospolna partnerstva niso več posebnost.¹⁰ Poleg tega se spodbuja mobilnost ne le znotraj države, temveč tudi znotraj EU, kar lahko vpliva na možnosti zdravljenja v tujini.

Tudi naše Ustavno sodišče ugotavlja, da je načelo prilagajanja prava družbenim razmerjem eno izmed načel pravne države.¹¹ Načelo ali argument pravne države je zelo širok, vsebinsko raznolik in notranje razčlenjen argument.¹² V naši Ustavi je povezan z načelom ali argumentom socialne države, ki ni le programska norma, temveč zavezujoč državni cilj, ki zavezuje predvsem zakonodajalca. Socialna pravna država je, drugače kot (anglosaška) država blaginje, normativna socialna država. S pravnimi instrumenti in znotraj meja prava mora skrbeti za človeka vreden obstoj. Če zakonodajalec ne sledi spremenjenim razmerjem v družbi, lahko pride do nesorazmerij v sistemu socialne varnosti, ko se lahko nekaterim zagotavlja nesorazmerno več ugodnosti (npr. zakoncem brez družinskih obveznosti, ki se odločijo biti neaktivni in so lahko zavarovani kot družinski člani), drugim pa

⁹ Moški pri 65. letih starosti so v letu 2010 lahko pričakovali, da bodo v povprečju živeli še vsaj 17,5 let, ženske pa vsaj še 21 let. Statistični urad Republike Slovenije (www.stat.si, oktober 2015).

¹⁰ Zato nekoliko preseneča odločitev našega ustavnega sodišča, ki je dovolilo referendum o spremembah zakona o zakonski zvezi in družinskih razmerjih, s katerim je predvidena izenačitev istospolnih partnerstev z zakonsko zvezo. Odločitev U-II-1/15, SI:USRS:2015:U.II.1.15. Področje nekoliko bolj sodobno ureja nedavno sprejeti Zakon o partnerski zvezi, ZPZ, Uradni list RS, št. 33/2016.

¹¹ U-I-216/99, SI:USRS:2002:U.I.216.99, ali U-I-69/03, SI:USRS:2005:U.I.69.03, ali U-I-239/14, Up-1169/12, SI:USRS:2015:U.I.239.14.

¹² Ustavno sodišče ga je doslej zelo dinamično interpretiralo in izluščilo podnačela, kot so zaupanje v pravo, pravna varnost, določnost predpisov, sorazmernost in druga. Več M. Pavčnik, 2004, str. 130.

nesorazmerno manj (npr. zaradi obsežnega sistema doplačil in manjših prihodkov, lahko pride do preobremenitve sistema socialnih pomoči).

Razlog za sprejem novega zakona (in ne le dopolnjevanje obstoječega) je lahko tudi povečanje preglednosti (transparentnosti) zakonske ureditve. Področje zdravstvenega varstva je urejeno v več zakonih. Poleg ZZVZZ so bili sprejeti posebni zakoni, ki urejajo področja zdravil, medicinskih pripomočkov, zdravstvene dejavnosti (znotraj katere poseben zakon ureja zdravniško službo), pacientove pravice, prispevke za socialno varnost, uveljavljanja pravic iz javnih sredstev. Tovrstno urejanje pa lahko povečuje nepreglednost ureditve, sicer notranje za ključenega pravnega področja.

V nadaljevanju so analizirani nekateri notranji in zunanji dejavniki, ki vplivajo na prenovo obveznega zdravstvenega zavarovanja. Pred zaključnimi ugotovitvami so analizirane prednosti in pomanjkljivosti posamičnih sprememb ter prednosti in pomanjkljivosti celovitejšega urejanja v novem zakonu.

2. DEJAVNIKI, KI VPLIVAJO NA SPREMEMBE

Dejavniki, ki vplivajo na spreminjanje sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja, so lahko z vidika tega zavarovanja, notranji ali zunanji.

2.1. Notranji dejavniki

Med notranje dejavnike lahko štejemo dve vrsti vplivov. Prva so lahko zaznane pomanjkljivosti v sistemu obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki jih je zakonodajalec z normativnimi posegi primerno uredil. Druga so nezaznane oziroma neurejene pomanjkljivosti v sistemu obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Zaznane in urejene pomanjkljivosti

Primer je lahko odprava življenja v skupnem gospodinjstvu z zavarovancem, ki je bilo določeno kot pogoj za pridobitev pravice do denarnega nadomestila zaradi nege ožjega družinskega člana.¹³ Na to je opozorila tudi Varuhinja človekovih

¹³ Glej 30. člen ZZVZZ v različici iz leta 2008.

pravic v zahtevi za oceno ustavnosti.¹⁴ Trdila je, da je ureditev v tedanjem ZZVZZ breme nege obolelega otroka prevailila le na tistega od staršev, ki je živel z otrokom v skupnem gospodinjstvu, drugega od staršev pa brez utemeljenih razlogov postavlja v neenakopraven položaj (subjektivno gledano lahko tudi privilegiran, predvsem z upoštevanjem dolžne starševske skrbi).¹⁵ Poleg tega ni bila povsem jasna vsebina pojma skupnega gospodinjstva. Edino merilo je bilo formalno, in sicer prijava stalnega prebivališča na istem naslovu.¹⁶ Zakonodajalec je določbo ZZVZZ spremenil in odpravil pogoj življenja v skupnem gospodinjstvu¹⁷ (še preden je Ustavno sodišče sprejelo vsebinsko odločitev).¹⁸ Pravica pripada zavarovancu za nego ožjega družinskega člana, pri čemer ostaja vprašanje primerne opredelitve ožjih družinskih članov odprto. Pogoj zavarovanja vseh družinskih članov je namreč stalno prebivališče v Sloveniji. Ta pogoj pa je bil, vsebinsko sicer primerno, a pravno nedopustno, omiljen s stališčem vlade.¹⁹

Neustreznost ureditve sankcioniranja otrok nekaterih neplačnikov prispevkov je bila prav tako zaznana kot neprimerna. V naši ureditvi je namreč veljala sankcija za neplačilo prispevkov za nekatere skupine zavarovancev (samozaposlene osebe in druge, ki same plačujejo prispevek) in vse njihove družinske člane.²⁰ V času neporavnanih obveznosti se je vsem zadržalo izvajanje zdravstvenih storitev in izplačevanje denarnega nadomestila, kar pa naj ne bi bilo pravično do otrok, ki za odločitve svojih staršev ne morejo odgovarjati. Zato so bili z novelo ZZVZZ²¹ iz tega režima izključeni otroci, za katere zadržanje pravic ne velja. Težava pa osta-

¹⁴ Republika Slovenija, Varuh človekovih pravic, Zahteva za oceno ustavnosti, št. 3.4 -31 / 2008 -2 –DOL, z dne 10. 6. 2008 (spodaj Zahteva).

¹⁵ Točka II Zahteva.

¹⁶ Zdi se, da Ministrstvo za notranje zadeve za ugotovitev življenja v skupnem gospodinjstvu ugotavlja s prijavo stalnega prebivališča ali izjavo o spremembi pripadnosti gospodinjstvu. Več na http://www.mnz.gov.si/si/mnz_za_vas/osebni_dokumenti_in_prebivalisce/prijava_in_odjava_prebivalisca/gospodinjstva_skupnost/, oktober 2016.

¹⁷ Glej spremembo ZZVZZ-K, Uradni list RS, št. 76/2008.

¹⁸ Zadeva št. U-I-163/08, SI:USRS:2008:U.I.163.08.

¹⁹ Problem je tako samo navidezno rešen s stališčem Vlade RS, št. 500-06/95-1/1-8, z dne 2. marca 1995. To določa, da za ožje družinske člane tujca zadostuje prijava začasnega prebivališča. Hkrati je bilo ministrstvo za zdravje (tedaj zdravstvo) pozvano naj čim prej pripravi ustrezno spremembo ZZVZZ. Takšno pravno nevzdržno (in verjetno protiustavno) stanje, ko se določba zakona spreminja s stališčem vlade je treba čim prej sanirati. Priložnost za to je tudi ob sprejemu novega zakona. Pravno primerneje in v skladu z načelom enakosti bi bilo zamenjati pogoj stalnega prebivališča s pogojem običajnega bivališča v državi.

²⁰ Glej 78.a člen ZZVZZ.

²¹ ZZVZZ-L, Uradni list RS, št. 87/2011.

ja za zavarovance neplačnike in ostale njihove družinske člane. Ti imajo v času neporavnanih obveznosti le pravico do nujnega zdravljenja. Vprašanje pa je, v čigavo breme. Pravno nevzdržno je določiti, da stroške nujnega zdravljenja krije solidarna skupnost obveznega zdravstvenega zavarovanja. S takšno ureditvijo se namreč ta prekomerno obremenjuje. V času neplačevanja prispevkov, bi jim morala nujno zdravljenje v širšem, državno financiranem sistemu zdravstvenega varstva zagotoviti država. Na povsem enaki podlagi kot drugim osebam, ki niso vključene v sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja. Nerealno je namreč pričakovati, da se bo samozaposlenim (in njim podobnim skupinam) poslovanje v kratkem tako izboljšalo, da bodo lahko ne samo tekoče poravnali prispevke, temveč plačali ves dolg (prispevke z zamudnimi obrestmi) za nazaj. ZZVZZ namreč zahteva »poravnavo obveznosti plačevanja prispevkov«, torej celotnega dolga.

Primerneje je ohraniti načelo zagotavljanja zdravstvenih dajatev v naravi brez pogojevanja s plačilom prispevkov in prispevke izterjati po redni pravni (tudi sodni) poti. Razlikovanje med dolgovi (dobaviteljem blaga in storitev na eni strani in Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije - ZZZS na drugi) ni primerno. Če lahko gre zaradi enih poslovnih subjektov v stečaj, gre lahko tudi zaradi drugih. Pri tem je vprašanje, ali je primerno urejen odpust obveznosti v osebnem stečaju, saj za prispevke odpust ne velja.²² Vprašanje je, ali bo dolžnik sploh še lahko kdaj zavarovanec za polni obseg pravic (ne le nujno zdravljenje).

(Ne)zaznane in neurejene pomanjkljivosti

Notranji dejavniki spreminjanja sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja so tudi zakonodajno nezaznane in neurejene pomanjkljivosti sistema, čeprav se v literaturi o njih razpravlja. Te segajo od opredelitve socialnih primerov, zakonske opredelitve in omejitve pravic, do financiranja sistema.

Oblikovanje socialnega primera bolezni ali poškodbe je temeljnega pomena tako za zavarovano osebo, kot za izvajalca zdravstvene dejavnosti. Zavarovana oseba šele z nastankom socialnega primera (ali namenom njegove preprečitve, ko gre za program preventivnih storitev) pridobi pravico do zdravstvenih storitev, stvari in denarnih dajatev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Šele tedaj jih lahko

²² Glej 408. člen Zakona o finančnem poslovanju, postopkih zaradi insolventnosti in prisilnem prenehanju - ZFPPIPP (Uradni list RS, št. 126/2007, zadnja sprememba 27/2016).

uveljavlja in šele tedaj jih izvajalec mora zagotoviti. Le tako se omogoča enak dostop do zdravljenja vsem zavarovanim osebam ob enakem zdravstvenem stanju.

Potrebna je pravna, ne socialno-politična opredelitev.²³ Še več, potrebna je socialnopravna, ne morebiti kazenskopravna²⁴ ali civilnopravna.²⁵ ZZZZZ namreč bolezni in poškodbe pravno abstraktno ne opredeljuje, prav tako je celovito ne opredeljuje sodna praksa. Ta lahko socialni primer bolezni opredeli kot telesno ali duševno motnjo, poškodbo pa kot telesno motnjo v delovanju človeškega telesa, ki vključuje nenadno delovanje zunanje sile, nenadne gibe ali večje obremenitve telesa. Namen obveznega zdravstvenega zavarovanja ni pokrivanje vsakega z boleznijo ali poškodbo povezanega tveganja, temveč prevzem tistih bremen, ki jih posameznik ne more nositi sam. Zato zavarovalni primer bolezni ne nastopi že s samo motnjo v delovanju človeškega telesa, temveč šele, ko bolezen zahteva medicinsko oskrbo oziroma povzroči nezmožnost za delo.²⁶ Seveda morajo biti primeri zlorab, recimo samopovzročitve bolezni (npr. ko starši namenoma okužijo otroka z otroško boleznijo, da bi jo čim prej preživel) ali poškodbe, zunaj kroga solidarnosti in s tem obveznega zdravstvenega zavarovanja. Tedaj sta zdravljenje in nadomeščanje izpadlega dohodka v domeni samoodgovornosti povzročitelja.

Znotraj sistema socialne varnosti je nujno primera bolezni in poškodbe razmejiti od ostalih socialnih primerov, čeprav sta z njimi lahko povezana (npr. zagotavljanje zdravstvenih storitev prejemnikom starostne pokojnine, tedaj se primarnemu socialnemu primeru starosti pridruži sekundarni socialni primer bolezni). Ločiti ju je treba od socialnega primera invalidnosti, ki je trajna, ali vsaj trajnejša, prirojena ali pridobljena telesna ali duševna motnja v delovanju človeškega telesa, ki je ni mogoče odpraviti z zdravljenjem in medicinsko rehabilitacijo, povzroči pa lahko delno ali popolno nezmožnost za izobraževanje, delo ali samostojno življenje. Čeprav tudi invalidnost predstavlja motnjo v delovanju človeškega telesa, mora biti ta, za razliko od bolezni, trajna ali trajnejša. Zato je treba natančno določiti, kdaj je treba začeti postopek ugotavljanja invalidnosti (bolne osebe) in

²³ Kot recimo nasprotje zdravja kot ga opredeljuje preambula Ustave Svetovne zdravstvene organizacije. Zdravje ni le odsotnost bolezni ali poškodbe, temveč stanje popolnega telesnega, duševnega in socialnega blagostanja, www.who.int, Oktober 20165.

²⁴ Glej 122. do 124. člen (lahka, huda in posebno huda telesna poškodba) Kazenskega zakonika, KZ-1, Uradni list RS, št. 55/2008 do 38/2016).

²⁵ Recimo odškodninska odgovornost za povzročitev bolezni ali poškodbe (telesne bolečine, duševne bolečine zaradi zmanjšanja življenjske aktivnosti in skazenosti, strah). A. Berger Škrk, 2010.

²⁶ G. Strban, 2005/2, str. 174.

preprečevati, da bi zelo dolgo (večletno) zdravljenje onemogočalo ugotavljanje invalidnosti. Usklajeno je treba določiti, kdaj se zagotavljajo pravice iz obveznega zdravstvenega in kdaj iz invalidskega zavarovanja.

Tudi pri bolezni in poškodbi je potrebna oskrba zavarovane osebe, podobno kot pri odvisnosti od oskrbe drugega. V tem primeru se lahko celo pojavi tako imenovana medikalizacija dolgotrajne oskrbe, ko oseba ne bo iskala pomoči v sistemu dolgotrajne oskrbe (in socialnem varstvu), temveč v stacionarni oskrbi v bolnišnici. Tudi v slovenski ureditvi poznamo pravico (iz obveznega zdravstvenega zavarovanja) do podaljšane, neakutne bolnišnične obravnave.²⁷ Potreba po organizirani strokovni oskrbi se kaže tudi z ustanovitvijo posebne, negovalne bolnišnice, delujoče v okviru Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana. V negovalni bolnišnici ni v ospredju intenzivno zdravniško zdravljenje, temveč zdravstvena nega osebe, pri kateri je akutno zdravljenje zaključeno, potrebne oskrbe pa doma ali v socialnovarstvenem zavodu še ni mogoče zagotoviti. Oskrba v negovalni bolnišnici je torej le kratkotrajne narave.

Odvisnost od oskrbe drugega je treba ločiti od bolezni ali poškodbe (povezane z delom ali ne). Pri slednjih gre praviloma za kratkotrajno telesno ali duševno motnjo v delovanju človeškega telesa, zaradi česar je potrebna medicinska oskrba ali nadomestilo izpadlega dohodka. Samostojnost bolne ali poškodovane osebe pri dnevni opravi ni nujno zmanjšana (npr. jemanje zdravil ob nezmanjšani zmožnosti za delo). Odvisnost od oskrbe drugega mora trajati vsaj določen daljši čas (praviloma najmanj šest mesecev), pri čemer mora biti izražena potreba po bolj intenzivni (nemedicinski) obliki oskrbe, da jo je mogoče opredeliti kot socialno tveganje in zagotavljati dajatve iz sistema socialne varnosti.²⁸

Dejstvo, da se hkrati z novim zakonom, ki bo urejal obvezno zdravstveno zavarovanje pripravlja tudi zakon o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju (morda pa tudi zakon o osebni asistenci in zakon o socialni vključenosti), je treba upoštevati tudi pri preoblikovanju obveznega zdravstvenega zavarovanja. To velja še posebej, če bo ZZZS nosilec obeh socialnih zavarovanj (zdravstvenega in za dolgotrajno oskrbo, s čimer bi se izognili dodatnim stroškom novega nosilca).

²⁷ Glej 37. člen Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2016, št. 1720-1/2016, 19.5.2016. Podrobnosti so urejene v področnem dogovoru za bolnišnice (Priloga BOL II/b, predvsem v 6. in 7. členu).

²⁸ G. Strban, 2012, str. 211.

Morda najpomembnejša kritika obstoječe ureditve je, da zakon (ZZVZZ) pravic do zdravstvenih storitev (in stvari, npr. zdravil in medicinskih pripomočkov) kot enega od dveh temeljev obveznega zdravstvenega zavarovanja (poleg denarnega nadomestila) sistematično pravno ne ureja. Nekatere storitve omenja zgolj v povezavi z njihovim financiranjem.²⁹ Zavarovana oseba iz zakona ne more razbrati katere pravice do zdravstvenih storitev ima. Vrste in obseg pravic ugotovi šele s pomočjo avtonomnih in drugih podzakonskih aktov, sprejetih na podlagi ZZVZZ in drugih zakonov. Pri tem so najboljšejeješa Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Pravila).³⁰

V skladu z Zakonom o zdravstveni dejavnosti (ZZDej)³¹ določa (obrnava in potrjuje) konkretno vsebino in obseg zdravstvenih storitev Zdravstveni svet kot najvišji strokovno usklajevalni organ na področju zdravstvenega varstva. Ta s strokovnega vidika oblikuje vsebino zdravstvenih programov,³² tudi program preventive, kot pravico, ki se v celoti krije iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.³³ S posebnim sklepom so določeni odstotki vrednosti zdravstvenih storitev, ki jih krije ZZS.³⁴ Obseg pravic in s tem njihovo omejitev bi seveda moral določiti zakon.

Nekatere pravice določa Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP),³⁵ denimo pravico do preprečevanja in lajšanja trpljenja, ki vsebuje tudi upravičenje (pravico) do blažilne (paliativne) oskrbe.³⁶ Čeprav ZPacP določa, da pravice do zdravstvenih storitev in postopke njihovega uveljavljanja ureja poseben zakon, bi bilo nedopustno razlagati, da imajo pravico do preprečevanja in lajšanja trpljenja le pacienti, ki storitve blažilne (paliativne) oskrbe sami plačajo. Gre za pravico iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki se v dogovoru z ZZS že uresničuje.³⁷ Vse pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja bi moral določati en zakon.

Zakon mora pravno abstraktno določiti vrsto in obseg (»košarico«) vseh pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki naj bodo dostopne vsem zavarovanim osebam. Natančnejša vsebina pravic bi tako še zmeraj ostala v domeni medicine

²⁹ Glej 23. do 27. člen ZZVZZ.

³⁰ Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja, Uradni list RS, št. 79/1994 do 85/2014.

³¹ ZZDej, Uradni list RS, št. 9/1992 do 14/2013.

³² Glej 75. člen ZZDej in Pravilnik o Zdravstvenem svetu, Uradni list RS, št. 88/2001 do 48/2012.

³³ Glej 23. člen ZZVZZ.

³⁴ Sklep o določitvi odstotkov vrednosti zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju, Uradni list RS, št. 1/2013.

³⁵ Uradni list RS, št. 15/2008.

³⁶ Glej 39. člen ZPacP.

³⁷ Splošni dogovor za pogodbeno leto 2016 (23. člen).

in zdravnikov. Poleg tega je tak seznam nujen za določitev vsebine pravic, ki se zagotavljajo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Če tega nimamo, bo moral ZZS kriti stroške vseh posegov v tujini, ki predstavljajo mednarodni standard medicinske stroke (*lege artis*) in se ne izvajajo pri nas,³⁸ kar bi morali ugotovljani za vsak konkreten primer (in ne kaj se na splošno pri nas lahko izvede).

Eno pomembnejših omejitev pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja predstavljajo doplačila zdravstvenih storitev in stvari, pri katerih se že dlje časa postavlja vprašanje smiselnosti njihovega določanja.³⁹ Predvsem se omejuje ali celo onemogoča dostop do posamezne pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja osebam z nižjimi prihodki. Zato je lahko tovrstna, posredna diskriminacija na podlagi gmotnega stanja v nasprotju z ustavnimi načeli socialne države, enakosti, socialne varnosti in zdravstvenega varstva vseh. Tudi Oviedska konvencija poudarja pravičen dostop (ang. *equitable access*) do zdravstvenih storitev.⁴⁰ Zato bi bilo dobro doplačila ukiniti, kar je pravno seveda dopustno.⁴¹ Doplačila so ukinile tudi nekatere države, recimo Nemčija leta 2013.⁴²

Namesto doplačil bi bilo mogoče razširiti prispevno osnovo in zvišati prispevno stopnjo.⁴³ Del finančnega bremena pa bi morala prevzeti država iz proračuna,

³⁸ Sodišče EU je standard zdravstvenih storitev znotraj EU v določeni meri poenotilo (harmoniziralo). Storitve morajo biti zadostno preskušene in uveljavljene v *mednarodni medicinski znanosti* in ne zgolj domačih poklicnih krogih. Odločitev Sodišča EU v zadevi C-157/99 *Geraets-Smits/Peerbooms*, EU:C:2001:404. O metodah zdravljenja glej predvsem odločitev v zadevi C-173/09 *Elchinov*, EU:C:2010:581.

³⁹ Ministrstvo za zdravje RS, Nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020, Ljubljana, 11. februarja 2011, str. 11.

⁴⁰ Glej 3. člen Konvencije o varstvu človekovih pravic in dostojanstva človeškega bitja v zvezi z uporabo biologije in medicine: Konvencija o človekovih pravicah v zvezi z biomedicino, Oviedo, 4.4.1997, Uradni list RS - MP, št. 17/1998.

⁴¹ Če zakonodajalec lahko doplačila uvede, jih lahko tudi ukine. S tem odpade pravna podlaga (kavza) pogodb o dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju. Odpor zasebnih zavarovalnic je lahko pričakovan, saj izgubijo določen zavarovalni proizvod, vendar jim hkrati omogoči, da se usmerijo k drugim proizvodom.

⁴² Ugotovljeno je bilo, da doplačila niso bistveno zmanjšala obiskov pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti, da pa so bili tisti z nižjim dohodki ovirani pri dostopu do zdravstvenih storitev. Poleg tega je prestavljalo doplačilo administrativno breme za paciente in zdravnike, prihodek (približno odstotek izdatkov obveznega zdravstvenega zavarovanja) pa ni upravičeval koristi. G. Strban, 2014/1, str. 37.

⁴³ Pri nas je prispevna stopnja 12,92% (6,36 zavarovanec in 6,56 delodajalec, ki plačuje tudi 0,53% za poškodbe pri delu in poklicne bolezni), denimo v Nemčiji 14,60% (plačujeta jo paritetno delavec in delodajalec), v Franciji je prispevna stopnja 13,89% (od tega delavec 0,75%, delodajalec pa 13,14%). Obe, Nemčija in Francija poznata posebno zavarovanje za poškodbe pri delu in poklicne bolezni (financira samo delodajalec). Hrvaška 15% (delodajalec

recimo za določene skupine oseb (npr. prejemnike denarne socialne pomoči) in določene storitve (npr. preventivne zdravstvene storitve in specializacije zdravnikov, tudi raziskovalno dejavnost).

Pri tem omejevanje ali odprava doplačil za storitve iz »košarice pravic« obveznega zdravstvenega zavarovanja sama po sebi ne sme voditi v zmanjševanje njihovega števila (manj pravic, pa te v celoti plačane). S tem bi ponovno (morda še bolj) obremenili posamezne zavarovane osebe in njihove družine, saj bi storitve zunaj »košarice« morale plačati v celoti ali se zanje dodatno zasebno zavarovati.

2.2 Zunanji dejavniki

Med zunanje dejavnike lahko štejemo vplive zunaj obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ti se kažejo v obliki odločitev nekaterih organov, npr. našega Ustavnega sodišča in kot vplivi prava Evropske unije (EU) na oblikovanje slovenskega sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Odločitve našega Ustavnega sodišča

Urejanje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v Pravilih že dlje časa velja kot sporno.⁴⁴ 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 ter da zlasti z zakonom urejenih pravic in obveznosti ne zožuje.⁴⁵ V Pravila sodijo določbe o konkretnih strokovnih, medicinskih in tehničnih vprašanjih, ki niso primerna za zakonsko urejanje.⁴⁶

To je ponovno ugotovilo tudi naše Ustavno sodišč, tokrat pri pravici do zdravljenja v tujini.⁴⁷ 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

na plačo, ta plačuje dodatno 0,5% za poškodbe pri delu in poklicne bolezni, hkrati se plačuje 20% za pokojninsko in invalidsko zavarovanje od plače, torej zavarovanec – oboje kaže na enotni pomen prispevkov za socialno varnost). MISSOC tabele, www.missoc.org, oktober 2016.

⁴⁴ A. Bubnov-Škoberne, 2002, str. 65. G. Strban, 2005/2, str. 151.

⁴⁵ Odločba Ustavnega sodišča U-I-125/97, Sl:USRS:1998:U.I.125.97.

⁴⁶ G. Strban, DD 2014/2.

⁴⁷ Glej 2. točko 1. odstavka 23. člena ZZVZZ in odločitev Up-1303/11, U-I-25/14, Sl:USRS:2014:Up.1303.11.

postopka, v katerem naj bi se odločilo o utemeljenosti zdravljenja v tujini. Sodišče je ugotovilo, da niti 26. ZZVZZ ni pooblašča ZZS, da s Pravili določi pogoje, pod katerimi se ustavna pravica do zdravstvenega varstva lahko uveljavlja v tujini, niti da določi način, na katerega se lahko uveljavlja.⁴⁸ 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,⁴⁹ so bila v neskladju z ustavnima pravicama do zdravstvenega varstva in socialne varnosti.

Zaradi te, nekoliko bolj formalne kot vsebinske odločitve se postavljajo številna vprašanja. Med njimi, 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 lahko obstaja pravica do zdravljenja v tujini (to pravilo velja tudi v pravu EU, ne glede na uporabljen pravni instrument, ki ureja čezmejno zdravljenje). 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 nove neenakosti. Odločitev ima časovno omejen vpliv, saj je zakonodajalec pravico do zdravljenja v tujini z ZZVZZ-M dovolj podrobno uredil v ZZVZZ.

Bolj sporna je lahko odločitev našega Ustavnega sodišča, ki omogoča zavarovanim osebam dostop tudi do nepogodbenih zdravnikov izvajalcev zdravstvene dejavnosti. Ustavno sodišče je namreč ugotovilo, da imajo pacienti pravico do proste izbire, ki obsega tudi »prosto izbiro med zdravnikom oziroma zdravstvenim zavodom iz javne zdravstvene mreže in med zdravnikom oziroma zavodom iz zasebne zdravstvene dejavnosti«.⁵⁰ Vsebinska tedaj veljave določbe 47. člena ZZDej naj bi bila tudi izbiranje med javno in zasebno zdravstveno dejavnostjo,

⁴⁸ 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.

⁴⁹ Glej 135. člen Pravil.

⁵⁰ Odločba Ustavnega sodišča U-I-125/97, SI:USRS:1998:U.I.125.97.

zato so bila Pravila, ki so izbiro zavarovanih oseb omogočala samo na podlagi napotnice izbranega osebnega zdravnika, v nasprotju z Ustavo.

Pri tem ni sporno, da lahko posameznik izbira med javnimi (v javni lasti ali v zasebni lasti in s pogodbo z ZZZS) in povsem zasebnimi izvajalci (brez pogodbe z ZZZS) zdravstvene dejavnosti. Vendar so pravne posledice takšne odločitve različne. Če nekdo izbere povsem zasebnega izvajalca, ta storitev ne more opraviti za račun obveznega zdravstvenega zavarovanja. Tega tudi omenjena odločitev Ustavnega sodišča ne omogoča. Bistvo odločitve je namreč, da če oseba nima izbranega osebnega zdravnika, ima lahko z zasebno, tako imenovano »belo« napotnico dostop do javnega specialista na sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti.

Odločitev Ustavnega sodišča je bila sprejeta pred uveljavitvijo ZPacP, ki je v tem delu razveljavil ZZDej. Zato bi se lahko vprašali, ali je sploh še aktualna, tudi zato, ker ZPacP izrecno pravi, da pravice iz (obveznega) zdravstvenega zavarovanja in način njihovega uveljavljanja določa poseben zakon. Kljub temu je šele maja 2015 (kar 17 let po sprejemu odločitve Ustavnega sodišča) ZZZS izdal podrobnejše navodilo ravnanja izvajalcem zdravstvene dejavnosti.⁵¹ Napotnica izbranega osebnega zdravnika in bela napotnica zasebnega izvajalca morata vsebovati bistveno podobne podatke. Poleg tega zavarovana oseba ne more imeti izbranih dveh zdravnikov na primarni ravni. Če ima izbranega osebnega zdravnika, storitev na sekundarni ravni ne more uveljavljati na podlagi bele napotnice zasebnega izvajalca. Poleg tega, če bi belo napotnico izdal zasebni izvajalec na sekundarni ravni, mora napotnico ali belo napotnico izdati izvajalec na primarni ravni (če je ne, gre le za strokovno mnenje v postopku nadaljnega zdravljenja). S tem se želi preprečiti preskakovanje primarne ravni. Čeprav zasebni izvajalec na primarni ravni ni nujno zmeraj isti, tako kot je to praviloma izbrani osebni zdravnik. Zato zasebni izvajalec ne more učinkovito izvajati vseh nalog, recimo dokumentacijske funkcije, kot to mora izbrani osebni zdravnik. Poleg tega lahko napotni zdravnik pri javnem izvajalcu odkloni sprejem bele napotnice, če predhodno niso bile opravljene vse potrebne storitve, mora pa jo odkloniti, če ima zavarovana oseba poleg zasebnega izvajalca izbranega še osebnega zdravnika, ki je vratar v svet javnih zdravstvenih storitev.⁵²

⁵¹ ZZZS, št. 180-123/2014-DI/25, Ljubljana, dne 25. 5. 2015.

⁵² O vlogi izbranega osebnega zdravnika G. Strban, 2004.

Zdi se, da Ustavno sodišče na zelo formalen način, zgolj z razveljavitvijo Pravil, postopno liberalizira trg zdravstvenih storitev. Podobno je mogoče ugotoviti za pravo EU, še posebej po uveljavitvi Direktive 2011/24/EU, ki sodi na področje prostega pretoka storitev, tudi zdravstvenih.

Pravo EU

Za zdravljenje v drugi državi članici EU obstaja več pravnih podlag. Med njimi so enostranski ukrepi nacionalnega zakonodajalca, ki lahko ne glede na ureditev v drugi državi (torej brez vzajemnosti) in bolj ugodno od zavezujočim mednarodnih in nadržavnih norm, omogoči zdravljenje v tujini.⁵³ Druga možnost je zdravljenje v drugi državi članici na podlagi Uredbe (ES) 883/2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti.⁵⁴ V skladu z Uredbo je mogoče nenačrtovano zdravljenje v tujini, in sicer na podlagi evropske kartice zdravstvenega zavarovanja, načrtovano pa le na podlagi napotitve ZZS. Tretja možnost je pot Pogodbe o delovanju EU (kot jo razlaga Sodišče EU) in Direktive 2011/24/EU o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu.⁵⁵ Tedaj potrošnik (pacient) kupi zdravstvene storitve v drugi državi članici in zahteva povrnitev stroškov v domači državi, praviloma brez predhodne odobritve.⁵⁶ Ta je možna izjemoma in pri nas je jasno določeno, kdaj je predhodna odobritev tudi po Direktivi potrebna.⁵⁷

Vpliv Direktive na naš sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja je predvsem v dveh smereh. Prvi je določitev »košarice« pravic. Povrnitev stroškov zdravljenja je v skladu z Direktivo mogoče zahtevati le za tiste storitve, ki so znotraj kataloga (»košarice«) pravic v državi članici zavarovanja, brez prekoračitve dejanskih stroškov zdravljenja.⁵⁸ Težava lahko nastopi, če katalog pravic ni pravno določeno opredeljen. Zgolj dejstvo, da določene storitve pri nas morda ne opravljamo

⁵³ Glej 23. člen Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ), Uradni list RS, št. 9/1992 do 91/13, Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja, Uradni list RS, št. 79/94 do 25/14 in nedavno sprejeto odločbo našega Ustavnega sodišča v zadevi Up-1303/11 in U-I-25/14, 21. 3. 2014, Uradni list RS, št. 25/14.

⁵⁴ UL L 166, 30 4. 2004 (s kasnejšimi spremembami).

⁵⁵ UL L 88, 4. 4. 2011.

⁵⁶ Podrobno G. Strban, 2014/3, str.99.

⁵⁷ Odredba o seznamu zdravstvenih storitev, za katere se zahteva predhodna odobritev, Uradni list RS, št. 6/2014.

⁵⁸ Glej 32. točko preambule in 7. člen Direktive 2011/24/EU.

oziroma ne financiramo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, še ne pomeni, da je zunaj kataloga pravic tega zavarovanja.⁵⁹

Druga smer vpliva je vprašanje omogočanja plačevanja iz obveznega zdravstvenega zavarovanja tudi tistih zdravstvenih storitev, ki jih izvajajo povsem zasebni izvajalci zdravstvene dejavnosti. Eno temeljnih vprašanj, ki pridobiva na pomenu,⁶⁰ je vprašanje obrnjene diskriminacije. Ta lahko nastane, ko je pravni položaj državljanov Unije omejen na pravo samo ene države članice. Če se ne giblje znotraj unije, ne more uporabiti prava EU (ne pravil koordinacije sistemov socialne varnosti ne pravil prostega pretoka storitev) za pridobitev zdravljenja v drugi državi članici. Praviloma je mogoče uporabiti le notranje pravo države članice,⁶¹ ki pa se lahko izkaže za manj ugodno rešitev, kot če bi uporabili pravo EU.⁶²

Pacient, ki se želi zdraviti v drugi državi članici na podlagi Direktive 2011/24/EU, se lahko prosto odloča,⁶³ ali bo obiskal izvajalca zdravstvene dejavnosti, ki je vključen v mrežo javne zdravstvene službe, ali pa zasebnika, ki vanjo ni vključen. Omejitve, kot so čakalne dobe, lahko obstajajo pri izvajalcih v javni mreži, ne pa tudi pri zasebnikih. Pri slednjih je lahko obravnavan takoj in opravljeno storitev tudi sam plača. Vendar bo zaradi določb Direktive 2011/24/EU lahko zahteval povrnitev stroškov iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v domači državi. Pacient, za katerega veljajo le nacionalni (slovenski) predpisi, nima možnosti obravnave pri povsem zasebnih izvajalcih zdravstvene dejavnosti (na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja).

Ureditev, ki v slabši pravni položaj postavlja določeno skupino (nemobilnih) državljanov EU, je lahko v nasprotju s pravom EU, saj onemogoča enak dostop do zdravstvenih storitev vseh državljanov EU.⁶⁴ Sedanje stanje je lahko tudi v nasprotju z našim pravom, saj razlikuje na podlagi gmotnega stanja pri dostopu do zdravstvenih storitev. Vprašanje je, ali je res treba spremeniti razmerja med ZZS in izvajalci zdravstvene dejavnosti, pri čemer pa različni »košarici« pravic

⁵⁹ Glej odločitev Sodišča EU v zadevi C-173/09 *Elchinov*, EU:C:2010:581.

⁶⁰ Y. Jorens, B. Spiegel (ur.), 2013, str. 11, 17, 27, 50-51.

⁶¹ C-175/78 *Saunders*, EU:C:1979:88.

⁶² H. Verschueren, 2009, str. 99, G. Strban, 2011, str. 91.

⁶³ Vprašanje, ali je odločitev povsem prosta in informirana, saj lahko izvajalci v tujini usmerjajo paciente k zasebnim storitvam, še posebej, če isti izvajalci izvajajo javne in zasebne storitve (primer so lahko turistične ambulante na Hrvaškem). G. Strban et al. 2016.

⁶⁴ G. Strban, 2014/3.

nista sprejemljivi, saj izrazito v slabši položaj postavljata zavarovance z nižjimi dohodki.⁶⁵

Nekatere države so se odločile povrniti del stroškov povsem zasebnih, nepogodbenih izvajalcev zdravstvene dejavnosti (enako doma in v tujini). Povrnitev je lahko omejena na 80 odstotkov cene v mreži javne zdravstvene službe v domači državi (npr. v Avstriji in Nemčiji). Razlika, ki jo mora kriti potrošnik (zavarovana oseba) sam je praviloma več kot 20 odstotkov, saj povsem zasebne izvajalce ne zavezujejo dogovori v javnem sistemu o kakovosti in predvsem oceni storitev za obvezno zdravstveno zavarovanje (torej cena ni nujno 100 ampak je lahko 120 ali več). To pa je ponovno izrazito v korist oseb z višjimi dohodki. Zanimivo vprašanje je, kako nizka je lahko povrnitev stroškov zdravljenja pri povsem zasebnih izvajalcih, recimo namesto 80, le 60, 40 ali 20 odstotkov (zanimiva razprava se je razvila na Nizozemskem, kjer je bil argument, da je lahko odstotek tudi nič, in sicer za nepogodbene izvajalce doma in v tujini, kjer praviloma ni pogodbenih).⁶⁶

Mogoč bi bil tudi argument, da ni treba ničesar spremeniti, saj gre za dva pravna režima, domačega in EU. Potrošnik pač izbere zanj bolj ugodno pravo, podobno kot recimo pri mednarodnem zasebnem pravu.

3. PREDNOSTI IN POMANJKLJIVOSTI POSAMIČNIH SPREMOMB IN DOPOLNITEV OBSTOJEČEGA ZAKONA

Veliko zakonov je po sprejetju in uveljavitvi spremenjenih in dopolnjenih, tudi ZZZV. Razlog je lahko, da določena zakonska snov sprva ni bila urejena ali da ni bilo mogoče predvideti vseh pravnih posledic, ali da so se te pokazale kot nezaželene (npr. izključitev otrok neplačnikov prispevkov). Prednost je lahko, da se uredi določen del ali manjša notranje zaključena celota, brez poseganja v celoten sistem oziroma področje, ki ga ureja ZZZV. Tedaj je nova pravila mogoče sprejeti relativno hitro, s čemer se zakonodajalec lahko takoj odzove na določene notranje ali zunanje dejavnike.

Po drugi strani je lahko pomanjkljivost posamičnih sprememb in dopolnitev ZZZV, da ne omogočajo razprave o sistemu obveznega zdravstvenega zavarovanja ali širšem sistemu zdravstvenega varstva (vključno z zasebnimi zdra-

⁶⁵ Zdravniška zbornica Slovenije et al., 2014, str. 4.

⁶⁶ Od tega so iz političnih (ne pravnih) razlogov odstopili. G. Strban, 2016.

vtvenimi zavarovanji in izvajanjem zdravstvene dejavnosti). Prav tako ni mogoče ugotoviti vseh povezav z ostalimi socialnimi zavarovanji in znotraj celotnega sistema socialne varnosti.

Posamična določba, ki ne upošteva sistema lahko negativno vpliva na nespremenjene dele. Še posebej nepregledno je, če se zakoni spreminjajo z drugimi zakoni (npr. urejanje denarnega nadomestila v primeru bolezni brezposelne osebe) ali če se uporabijo neprimerni pravni instrumenti (npr. stališče vlade). Problematično je lahko uvajanje sistemsko vprašljivih rešitev, kot recimo posebne dajatve, ki ne bi bila ne davek ne prispevek.

4. PREDNOSTI IN POMANJKLJIVOSTI CELOVITEJŠE PRENOVE V NOVEM ZAKONU

Celovitejša prenova in sprejem novega zakona ima lahko pomembno prednost, in sicer omogoča celovito razpravo in celovito ureditev. Tako je lahko vprašanje, kaj naj novi zakon sploh ureja, naj bo to zdravstveno varstvo in (javno in zasebno) zdravstveno zavarovanje kot sedaj, ali je obvezno zdravstveno zavarovanje. Dobrodošel bi bil poseben zakon o socialnem zavarovanju, kjer bi lahko skupne značilnosti uredili na enem mestu, v posameznih delih pa le posebnosti posameznih socialnih zavarovanj. Neprimerno je, da se ZZVZZ sklicuje na zakon o pokojninskem invalidskem zavarovanju, ki ureja prirejeno (in ne nadrejeno vrsto socialnega zavarovanja).⁶⁷

Tudi znotraj sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja bi bilo celovito urejanje primerno, brez drobljenja na številne zakone in podzakonske akte. Jasno bi bilo treba opredeliti socialna zdravstvena tveganja, pravice do storitvenih, stvarnih in denarnih dajatev (katerih prekomerno omejevanje lahko vodi v škodljiv »prezentizem«)⁶⁸ in predvsem postopek njihovega uveljavljanja doma in v tujini. Postopkov, predvsem neformalnih je preveč, ti pa tudi niso procesna predpostavka sodnega varstva. Tudi postopek uveljavljanja pravic v drugi državi članici

⁶⁷ Npr. pri zavarovanju kmetov (kjer socialno politiko kmetov vodi minister pristojen za kmetijstvo) ali opredelitvi poklicne bolezni in poškodbe pri delu. Glej 15., 16. in 19. člen ZZVZZ.

⁶⁸ Družbeno nezaželen je prekomeren »absentizem«, ko zdravi ljudje iz navideznih medicinskih razlogov izostanejo iz dela. Prav tako ni zaželen prekomeren »presentizem«, ko bolni ljudje iz različnih razlogov (bojazni pred izgubo zaposlitve, ali zaradi finančne nagrade zaradi neodsotnosti) delajo bolni in poškodovani.

je treba primerno urediti, saj bo v prihodnje pod drobnogledom organov EU. Hkrati je treba urediti bolj raznoliko financiranje in odgovornost vseh udeležениh, tudi izvajalcev zdravstvene dejavnosti.

Hkrati lahko celovitejša prenova in sprejemanje novega zakona kaže določene pomanjkljivosti. Te so predvsem dolgotrajnejši postopek sprejemanja zakona, saj je udeležениh več različnih interesov (npr. zavarovanih oseb in ZZSZ, izvajalcev zdravstvene dejavnosti, zasebnih zavarovalnic). Lahko se celo zgodi, da ne pride do soglasja in zakon ni sprejet.

5. ZAKLJUČNE UGOTOVITVE

Zdi se, da je dozorelo prepričanje, da je treba sprejeti nov zakon, ki bo urejal obvezno zdravstveno zavarovanje. Pri tem ni pomemben argument, da je zakon star in da zato potrebujemo novega. Pomembnejše je, da je potrebnih več sprememb, ki jih ni mogoče več urejati posamično. Razmerja v družbi so se toliko spremenila, da je treba celovito urediti pravna razmerja znotraj obveznega zdravstvenega zavarovanja in do drugih socialnih zavarovanj, predvsem zavarovanja za dolgotrajno oskrbo.

Poleg tega številni, predvsem zunanji dejavniki zagovarjajo več zasebne iniciative, tudi pri uveljavljanju pravic do zdravstvenih storitev in stvari. Čeprav je morda občutek nadzora večji, če storitev neposredno plačamo, je lahko pomembna ovira, da storitve niso več (geografsko, ekonomsko in časovno) dostopne vsem oziroma ne več vsem v enakem obsegu in enake kakovosti.

Socialno ni nekaj slabega ali celo preživetega in ga ni mogoče enačiti s socialističnim. Je v vrhu prioritete vsake družbe. Če želi pravo socialne varnosti doseči svoj cilj, so spremembe, tudi obveznega zdravstvenega zavarovanja, nujne. Vprašanje je le, kako naj bo oblikovano prenovljeno obvezno zdravstveno zavarovanje, da bo lahko doseglo svoj cilj. Ta je zagotoviti pravičen dostop do kakovostnih zdravstvenih storitev vsem zavarovanim osebam in nadomestiti izpadli dohodek v primeru bolezni ali poškodbe.

Čas je za sprejem novega zakona, vendar morajo biti spremembe parametrične, prilagojene spremenjenim razmerjem v družbi. Slovenski sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja je v temelju dobro zasnovan in, kljub določenim pomanjkljivostim, tudi dobro deluje. Zato strukturne reforme niso ne potrebne

ne zaželeno (npr. z več košaricami, pri čemer bi eno ponovno financirali sami, z enakim prispevkom, ki najbolj prizadene tiste z najmanj razpoložljivimi sredstvi).

Poudariti velja, da obvezno zdravstveno zavarovanje ni samo eden izmed virov financiranja zdravstvene dejavnosti. Je sistem, ki mora zagotavljati pravico do socialne varnosti v primeru bolezni in poškodbe. V času upadanja gospodarske aktivnosti so se socialne pravice (tudi iz obveznega zdravstvenega zavarovanja) zmanjševale, čeprav bi jih tedaj potrebovali več. Ob ponovni rasti gospodarske aktivnosti mora zato biti prednostna naloga oblikovati ustrezen sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja in socialne varnosti, za katerega bi bilo pristojno eno ministrstvo, ki bi lahko celoviteje urejalo socialne pravice in pravna razmerja, v katerih se zagotavljajo.

LITERATURA

- Berger Škrk, Alenka: Denarna odškodnina za nepremoženjsko škodo, Zbirka sodne prakse in uvodna pojasnila, GV Založba, Ljubljana 2010.
- Jorens, Yves (ed.); Spiegel, Bernhard (ed.); Jean-Claude Fillon, Grega Strban: Key challenges for the social security coordination Regulations in the perspective of 2020, Think Tank report 2013, Gent 2013, str. 1-64.
- Pavčnik, Marjan: Argument pravne države, Pravniki 59 (2004) 4-6, str. 129-139.
- Strban, Grega: Pravica do izbire osebnega zdravnika. Delavci in delodajalci, 2004, št. 1, str. 27-48.
- Strban, Grega: Social security of EU migrants – an interplay between the Union and national laws, Faculty of Law, University of Budapest 2011, str. 81-101.
- Strban, Grega: Odvisnost od oskrbe drugega – novo socialno tveganje?, Zbornik znanstvenih razprav, Letn. LXXII, 2012, str. 211-240.
- Strban, Grega (2014/1): Cost sharing for Health and Long-term Care Benefits in Kind, MISSOC Analysis 2014, 39 str.
- Strban, Grega (2014/2): Izzivi obveznega zdravstvenega zavarovanja: Iskanje ravnovesja med javno in zasebno odgovornostjo za zdravje, Delavci in delodajalci, 2014, št. 2-3, str. 343-365.
- Strban, Grega (2014/3): Razmerje med pravico do zdravljenja v tujini in pravico do zdravljenja v domači državi, v: Suzana Kraljič, Jelka Reberšek Gorišek, Vesna Rijavec (ur.), Medicina in pravo, Sodobne dileme III, Univerza v Mariboru, Pravna fakulteta, Maribor 2014, str. 91-110.
- Strban, Grega (2005/1): Mednarodnopravne omejitve pri zakonskem urejanju pravic in dolžnosti v obveznem zdravstvenem zavarovanju, Podjetje in delo, letn. 31, 2005, št. 5, str. 811-835.
- Strban Grega: Temelji obveznega zdravstvenega zavarovanja, Cankarjeva založba, Ljubljana 2005.
- Strban, Grega (ur.); Berki, Gabriella; Carrascosa, Dolores; Van Overmeiren, Filip: FreSsco Analytical Report 2016, Access to healthcare in cross-border situations, EU 2016.

- Verschueren, Herwig: Reverse Discrimination: An Unsolvable Problem, v: Minderhoud, P., Trimikliniotis, N. (Eds.), Rethinking the free movement of workers: the European challenges ahead, Wolf Legal Publishers, Nijmegen 2009, str. 99-118.
- Zdravniška zbornica Slovenije, Slovensko zdravniško društvo, FIDES, Strokovno združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije: Strateške usmeritve slovenskega zdravstva za izhod iz krize, Ljubljana 2014.

Modernising Mandatory Health Insurance – Is it enough to Amend the Existing Law or is it Necessary to Adopt a New One?

Grega Strban*

Summary

In Slovenia, fundamental social right to social security in case of sickness or injury is guaranteed by mandatory health insurance. It is regulated by the Healthcare and health insurance act (*Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – ZZVZZ*), passed in 1992. It is one of the few social security legislative acts from the period after Slovenia declared independence, although it has been amended many times. Therefore, the question of adequacy of the law cannot be merely formal, related to its age. It has to be substantively tested whether its provisions are still suitable for the current state of development of our (Slovenian and European) society.

Reasons for modifying the law may stem from international (and supranational) law, comparing developments in other legal systems, and and the changes of social relations. Among internal influences for amending the ZZVZZ were abolishing the condition of common household when recognising the right to care of immediate family member. Moreover, excluding the rights of children if self-employed parents are not paying social security contributions was perceived as unjust. Next to the established shortcomings of the mandatory health insurance that were remedied, there is a number of unrecognised or unregulated deficiencies, despite the discussions in legal literature. They range from determining the social risks of sickness or injury in social security law (and not use definitions from other legal fields), legal definition of rights and their limitations, to financing of mandatory health insurance.

External influences may arise either from the national constitutional court or the EU law. Regulating legislative substance in the Rules of mandatory health insurance is highly debated and often found to be against the Slovenian Constitution, according to which rights and obligations have to be regulated by the legislative

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

act. Therefore, the Constitutional Court annulled certain provisions of the Rules, mainly for formal reasons, not paying attention to the substance. For instance, it has established that as long as the limitations of the right to cross-border health care were not regulated by the ZZVZZ (as of November 2013), insured persons enjoyed unlimited right to cross-border healthcare. It was not even limited by the “basket” of rights of Slovenian mandatory health insurance, although all EU legal instruments do limit the right to cross-border healthcare to the scope of benefits in the Member State of insurance (or affiliation).

Controversial is also the decision of the Constitutional court, which allows access of insured persons to non-contracted healthcare providers. They too may refer patients to public secondary and tertiary healthcare specialists. There is no doubt that a patient is welcome to make a free (and informed) choice between public and purely private healthcare providers. However, legal consequences of such choice differ.

It appears that the Slovenian Constitutional Court is liberalising healthcare market by applying a very formal way (for formal reasons annulling the Rules of mandatory health insurance). Similar observation could be made for EU law, especially after the enforcement of the Directive 2011/24/EU on the application of patients' rights in cross-border healthcare. It is a legal instrument in the field of free movement of (health) services and not in the field of coordination of social security systems.

When discussing all mentioned influences, the legislator may decide to continue with incremental changes or embark on the preparation of a new legislative proposal. The advantages of incremental changes may be that smaller units can be amended rather fast, without discussing the entire system. In the long run, a more comprehensive modernisation in a new legislative act may be even more important. It would enable an in-depth debate and a more comprehensive regulation of mandatory health insurance and the entire social security system.

It might be time for a new legislative act in Slovenia. However, a parametric and not a structural reform would be in order, since the present system is well designed and functions without major flaws. With structural reforms, some are promoting privatisation of healthcare and hence the risk of sickness or injury. However, the right to social security and the right to healthcare has to be guaranteed by the state. It has to be concerned with providing equal and equitable (geographical, financial and timely) access to high quality healthcare for everyone.