

Dostop do zdravstvenih storitev in medicinskih stvari

Grega Strban*

UDK: 349.3:61
364-787.9

Povzetek: Številni politični in pravni dokumenti poudarjajo pomen dostopa do visokokakovostnih zdravstvenih storitev in medicinskih stvari. Te so pomembne ne le za obstoj in svoboden razvoj vsake osebe, temveč človeške družbe kot take. Na doseganje najvišje možne ravni zdravja vpliva tudi učinkovito organizirana mreža javne zdravstvene službe, ki mora zagotavljati vse vrste dostopa do zdravstvenega varstva. Geografski dostop mora zagotoviti ne le bližino izvajalca zdravstvene dejavnosti, temveč tudi kakovostno in varno obravnavo. Časovni dostop mora biti presojan individualno in ne upravno. Enako pomemben je ekonomski dostop, da si zdravstveno varstvo lahko privoščimo. Postopkovni dostop mora zagotoviti organe in postopek uveljavljanja in varstva pravic, informacijski dostop pa popolno informiranost tako pacientov, kot tudi izvajalcev zdravstvene dejavnosti. Vse obravnavane vrste dostopa pripomorejo k pravičnejši dostopnosti do zdravstvenega varstva in na vseh področjih so možne izboljšave.

Ključne besede: dostop do zdravstvenega varstva, zdravstvene storitve, medicinske stvari, obvezno zdravstveno zavarovanje, socialna varnost

Access to Medical Services and Medicinal Goods

Abstract: Numerous political and legal documents emphasise the importance of access to high quality medical services and medicinal goods. They are important not only for ensuring existence and free development of every individual, but of society as such. To enable highest attainable standard of health a well-functioning public healthcare

* Grega Strban, redni profesor in predstojnik Katedre za delovno in socialno pravo na Pravni fakulteti Univerze v Ljubljani in znanstveni svetnik (Senior Research Associate) na Pravni fakulteti Univerze v Johannesburgu.

grega.strban@pf.uni-lj.si

Grega Strban, PhD, Full Professor and Head of Labour and Social Law Department at the Faculty of Law, University of Ljubljana and Senior Research Associate at the University of Johannesburg.

system is required. It should provide for all kinds of access to healthcare. Geographical access shall provide not only for proximity of a healthcare provider, but also its quality and safety. Timely access has to be evaluated individually and not administratively. Essential is also economic access, making healthcare affordable. Procedural access has to guarantee bodies and available procedures to enforce and protect the rights. Informational access shall provide for well-informed patients and healthcare providers. All research fields provide for more equitable access to healthcare and in all aspects further improvement is desirable.

Key words: *access to healthcare, medical services, medicinal goods, mandatory health insurance, social security*

1. POMEN DOSTOPA

Dostop do zdravstvenih storitev in medicinskih stvari, kot so zdravila in medicinski pripomočki, je temeljnega pomena za preprečevanje, zgodnje odkrivanje in zdravljenje bolezni, poškodbe, poškodbe pri delu in poklicne bolezni ter pomoči v nosečnosti in ob rojstvu otroka. Z njim se uresničuje mednarodna in ustavna pravica do socialne varnosti, ki preprečuje ali odpravlja posledice zdravstvenih socialnih primerov.¹

Zato je zagotavljanje ustreznega dostopa do zdravstvenih storitev in medicinskih stvari pomembno v političnem delovanju držav in mednarodnih skupnosti. V okviru OZN Agende 2030 za trajnostni razvoj² so se vse države zavezale, da bodo do leta 2030 poskušale doseči univerzalno zdravstveno varstvo, vključno z zaščito pred finančnimi tveganji, dostopom do kakovostnih temeljnih zdravstvenih storitev in dostopom do varnih, učinkovitih, kakovostnih in cenovno dostopnih temeljnih zdravil in cepiv za vse. Tako je bila leta 2019 sprejeta Politična deklaracija srečanja na visoki ravni o univerzalnem zdravstvenem varstvu.³ Države priznavajo, da univerzalno zdravstveno varstvo pomeni, da imajo vsi ljudje, brez razlikovanja, dostop do nacionalno določenih potrebnih promocijskih,

¹ O opredelitvah bolezni in drugih socialnih primerov obveznega zdravstvenega zavarovanja, Strban, 2005, str. 174.

² Glej Resolucijo, ki jo je sprejela Generalna skupščina OZN 25. septembra 2015, A/RES/70/1.

³ Sicer je vsaka deklaracija politična in ne pravna. Glej Resolucijo, ki jo je sprejela Generalna skupščina OZN 10. oktobra 2019, A/RES/74/2.

preventivnih, kurativnih, rehabilitacijskih in blažilnih zdravstvenih storitev ter nujna, varna, cenovno dostopna, učinkovita in kakovostna zdravila in cepiva. Pridobitev zdravstvenih storitev in medicinskih stvari uporabnikov in uporabnic ne sme izpostavljati finančnim težavam, s posebno pozornostjo na revnih, ranljivih in marginaliziranih skupinah prebivalstva.⁴ Tudi cilji trajnostnega razvoja OZN poudarjajo zagotavljanje zdravega življenja in spodbujanje blagostanja za vse pri vseh starostih.⁵

Dostop do visokokakovostnih zdravstvenih storitev in medicinskih stvari v vzdržnem sistemu poudarjajo tudi dokumenti EU.⁶ Spodbujanju bolj socialne Unije je namenjen Evropski steber socialnih pravic. Vodila stebra so zapisana v obliki dvajsetih načel, ki naj zagotavljajo bolj pravični in vključujoči Uniji, polni priložnosti. Na podlagi teh načel je Evropska komisija sprejela akcijski načrt in nekaj nadaljnjih dokumentov.⁷ Med načeli najdemo tudi zdravstveno varstvo.⁸ Določena je pravica vsakogar do pravočasnega, cenovno dostopnega in kakovostnega preventivnega in kurativnega zdravstvenega varstva.⁹

Medtem, ko je dostop do zdravstvenih storitev in medicinskih stvari poudarjen v političnih in pravno nezavezujočih aktih, je iz pravnega vidika enako pomembno vprašanje njegove pravne uresničitve. Na mednarodni ravni pravico do zdravja določa Mednarodni pakt o ekonomskih, socialnih in kulturnih pravicah, ki daje prednost javnemu zdravstvu.¹⁰ Države podpisnice morajo namreč sprejeti določene ukrepe za zagotovitev najvišje dosegljive ravni telesnega in duševnega zdravja.¹¹ Podobno obveznost držav zagotoviti možnost uživanja najvišjega

⁴ Glej 9. točko Politične deklaracije o univerzalnem zdravstvenem varstvu. Dostop do zdravstvenih storitev se omenja tudi v nekaterih drugih točkah, denimo v povezavi z nosečnostjo, invalidnostjo, varnostjo in zdravjem pri delu, tudi časovno in informacijsko dostopnostjo.

⁵ Glej 3. cilj: Dobro zdravje in blagostanje (<https://sdgs.un.org/goals>).

⁶ Glej 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. 12. 2005. Poudarjeno zavezo vsebuje 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. 7. 2008.

⁷ Npr. Priporočilo o dostopu delavcev in samozaposlenih oseb do socialne zaščite (2019/C 387/01).

⁸ Glej 16. načelo Evropskega stebra socialnih pravic.

⁹ Na tej podlagi je bilo sprejeto sporočilo Komisije o načrtu za premagovanje raka in celovitem pristopu k duševnemu zdravju (<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1606&langId=en>).

¹⁰ Tomaševski, 1995, str. 125.

¹¹ Glej 12. člen Mednarodnega pakta o ekonomskih, socialnih in kulturnih pravicah, Uradni list SFRJ - MP, št. 7/71 in Akt o notifikaciji nasledstva, Uradni list RS-MP, št. 9/92.

dosegljivega zdravstvenega standarda lahko zasledimo tudi pri pravici do varstva zdravja, vsebovani v Evropski socialni listini.¹²

EU priznava in spoštuje pravico do socialne varnosti, med drugim, v primeru bolezni in poškodbe pri delu. Posebna pravica je namenjena varovanju zdravja. Vsakdo ima namreč pravico do preventivnega zdravstvenega varstva in do zdravniške oskrbe v skladu s pogoji, ki jih določajo nacionalne zakonodaje in običaji. Pri opredeljevanju in izvajanju vseh politik in dejavnosti Unije, se zagotavlja visoka raven varovanja zdravja ljudi.¹³ Čeprav je Listina Unije o temeljih pravicah pravno zavezujoč akt, ne razširja področja uporabe prava Unije preko pristojnosti Unije niti ne ustvarja novih pristojnosti ali nalog Unije in ne spreminja pristojnosti in nalog, opredeljenih v Pogodbah. Bolj določna je sekundarna zakonodaja, predvsem koordinacijski uredbi in direktiva o čezmejnem zdravstvenem varstvu.¹⁴ Sodelovanje javnih zdravstvenih sistemov ali čezmejno nakupovanje zdravstvenih storitev in medicinskih stvari z (omejeno) povrnitvijo stroškov je mogoče le pri pravicah, ki jih zagotavlja nacionalna zakonodaja.

Tako so v naši pravni ureditvi pomembne določbe ustave in nekaterih zakonov. Ustavna pravica do socialne varnosti se pri nas uresničuje predvsem s socialnimi zavarovanji, med katere že ustava všteva obvezno zdravstveno zavarovanje. Hkrati določa, da gre za socialna zavarovanja, za katera veljajo značilnosti prispevnega financiranja in samouprave zbranih sredstev.¹⁵ Ureditev nacionalne zdravstvene službe ali dolžnosti vključitve v zasebna zdravstvena zavarovanja, bi bilo v nasprotju z našo ustavo. Zato so bile primerjave z nekaterimi državami, npr. estonsko ali finsko ureditvijo, neprimerne.¹⁶

Ustava poleg pravice do socialne varnosti kot človekovo pravico priznava tudi pravico do zdravstvenega varstva. Zaradi ustavne neopredelitve pojma zdravstvenega varstva je ta subjektivna ustavna pravica prav tako omejena na zakonsko ureditev (zakonski pridržek). Pravico do zdravstvenega varstva pravna teorija opredeljuje kot pravico do dostopa do visokokakovostnih zdravstvenih storitev in medicinskih stvari, ki je lahko ekonomske, geografske, časovne,

¹² Glej 11. točko prvega dela in 11. člen spremenjene Evropske socialne listine, Uradni list RS - MP, št. 7/99.

¹³ Glej 34. in 35. člen Listine EU o temeljih pravicah, UL C 326, 26. 10. 2012.

¹⁴ Izčrпно, Strban, 2023, str. 332.

¹⁵ Glej 50. člen Ustave RS, Uradni list RS št. 33/91-I in nasl.

¹⁶ O pasteh primerjanja sistemov socialne varnosti, Strban, 2022, str. 207.

ekonomske, postopkovne in informacijske narave.¹⁷ Ustava pri tem poudarja pomen zdravstvenega varstva iz javnih sredstev, saj mora to urediti zakonodajalec. V nadaljevanju so raziskane različne vrste dostopa do zdravstvenih storitev in medicinskih stvari, predvsem v slovenski pravni ureditvi.

2. GEOGRAFSKI DOSTOP

Geografski vidik dostopa do zdravstvenih storitev in medicinskih stvari zahteva, da so te v razumnem telesnem dosegu za vse obvezno zdravstveno zavarovane osebe. Ko razlike v krajevni razporeditvi zdravstvenih ustanov pomenijo, da del populacije ne more uresničiti pravic do zdravstvenih storitev in medicinskih stvari, sta lahko prizadeti ustavni pravici do socialne varnosti in do zdravstvenega varstva.

Zdi se, da imamo v Sloveniji zadostno število izvajalcev. Vendar je hkrati vprašanje, ali mora biti zdravstveni dom v vsaki občini in splošna bolnišnica v vsakem mestu ali večjem kraju. Deluje namreč 59 zdravstvenih domov in 26 bolnišnic.¹⁸ Pri tem niso vključeni zasebni izvajalci in nekatere zasebne bolnišnice.¹⁹ Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej)²⁰ opredeljuje pogoje za splošne in specialne bolnišnice. Tako je splošna bolnišnica zdravstveni zavod za zdravljenje več vrst bolezni, ki ima specialistično ambulantno dejavnost in posteljne zmogljivosti najmanj za področje interne medicine, kirurgije, pediatrije in ginekologije ali porodniške dejavnosti. Specialna bolnišnica pa je zdravstveni zavod za specialistično ambulantno in bolnišnično zdravljenje določene bolezni oziroma določene skupine prebivalcev, ki mora izpolnjevati vse pogoje za bolnišnico, le

¹⁷ Primerjaj Leenen, 1999, str. 34.

¹⁸ Glej [https://zdrzz.si/Clani_in_clanstvo/](https://e-uprava.gov.si/drzava-in-druzba/javni-sektor/zdravstvo.html#eyJmaWx0ZXJzljp7-lmdydxBhljpbli0iXSwicG9zdGEiOlsiLTEiXSwib2Zmc2V0ljpbliAiXSwic2VudGluZWxfdHlwZSI6WyJvayJdLCJzZW50aW5lYF9zdGF0dXMiOlsiY2siXSwiaXNfyWpheCI6WyxlI19LCjVzMzZzXQRQYWdlIjpbMTgzNI19. Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije navaja, da ima med člani 58 zdravstvenih domov in 27 bolnišnic (<a href=)).

¹⁹ Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) v letu 2022 sklenil pogodbe za 1.072,5 splošnih zdravnic in zdravnikov v javnih zavodih in 361,6 le-teh pri zasebnikih. Poleg tega je sklenil pogodbe za 672,0 zobozdravnic in zobozdravnikov pri javnih zavodih in 549,3 pri zasebnikih. Prav tako je sklenil pogodbe za 1.227,4 specialistov v ambulantni dejavnosti pri javnih zavodih in 320,5 pri zasebnikih. Letno poročilo ZZZS 2022, Ljubljana, aprila 2023, str. 37 in 46 (pogodbene javne in zasebne bolnišnice).

²⁰ ZZDej, Uradni list RS. št. 9/92 in nasl.

da ima posteljne, diagnostične in druge zmogljivosti prilagojene svojemu namenu. Med bolnišnicami je 10 splošnih bolnišnic, ostale so specialne, namenjene predvsem zdravljenju določenih bolezni (npr. onkološka, ortopedska in več psihiatričnih bolnišnic) ali posameznih skupin prebivalstva (npr. žensk ali otrok).²¹ Temu je treba dodati še dva univerzitetna klinična centra.²²

Večje število splošnih bolnišnic lahko nakazuje na to, da nekatere opravijo več določenih storitev in druge manj. Pri tistih, ki jih opravijo manj, je lahko vprašanje, ali še lahko zagotavljajo kakovostno in varno zdravstveno oskrbo. Podobno se lahko pojavlja vprašanje pri manj obremenjenih urgentnih centrih, kjer lahko dežurajo zdravnice in zdravniki, ki določenih postopkov urgentne medicine ne opravljajo dovolj pogosto in so izidi zdravljenja lahko slabši.²³ Izidi zdravljenja pa so pomembno merilo kakovosti. Poleg njih lahko merimo tudi strukturno in postopkovno kakovost.²⁴

Če kakovost in varnost pacientov nista v celoti zagotovljeni, lahko pride tudi do kršitve Zakona o pacientovih pravicah (ZPacP).²⁵ Kakovostna zdravstvena obravnava je namreč tista, ki dosledno dosega izide zdravljenja, ki so primerljivi s standardi ali najboljšimi praksami, ob upoštevanju temeljnih načel kakovosti, kot so uspešnost, varnost, pravočasnost, nepretrganost, učinkovitost, enakopravnost in osredotočenje na pacienta. Čeprav je varnost del kakovosti, jo ZPacP omenja posebej. Varna zdravstvena obravnava namreč preprečuje škodo za pacienta v zvezi s samim zdravljenjem in v zvezi z okoliščinami telesne varnosti bivanja ali zadrževanja pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti.²⁶

²¹ Glej <https://www.gov.si teme/mreza-javne-zdravstvene-sluzbe/>.

²² Dejavnost klinik, kliničnih inštitutov ali kliničnih oddelkov obsega znanstvenoraziskovalno in vzgojnoizobraževalno delo za medicinsko fakulteto in druge visoke in višje šole ter opravljanje najzahtevnejših zdravstvenih storitev na ambulantni ali bolnišnični način, ki jih zaradi strokovne, kadrovske, tehnološke in organizacijske zahtevnosti ni možno niti ni smotno opravljati na nižjih ravneh (17. člen ZZDej).

²³ V tem primeru bi bile boljše visoko usposobljene mobilne enote in večji urgentni centri, z rutiniranimi izvajalci.

²⁴ Strban, 2005, str. 236. Glej tudi Prevolnik-Rupel et. al, 2022.

²⁵ ZPacP, Uradni list RS. št. 15/08 in nasl.

²⁶ Glej 11. člen ZPacP.

3. ČASOVNI DOSTOP

Četudi je izvajalec zdravstvene dejavnosti geografsko blizu, še ne pomeni, da nam bo takoj na voljo. Zato je pomemben tudi časovni dostop do zdravstvenih storitev in medicinskih stvari. To pomeni, da morajo biti zdravstvene storitve in medicinske stvari upravičencem zagotovljene v razumnem roku in ne šele po prekomerno dolgi čakalni dobi. Več določb ZPacP je namenjeno prav pravici do spoštovanja pacientovega časa.²⁷ Ta ni mišljena kot negativna pravica, da se pacientu pusti dovolj časa za samoozdravitev, temveč kot pozitivna pravica skrajševanja čakalnih dob, če so te predolge.

Izvajalci zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe morajo voditi elektronski čakalni seznam za vse zdravstvene storitve, pri katerih obstaja čakalna doba, in sicer po skupinah zdravstvenih storitev v posamezni enoti.²⁸ Naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah je namenjen poseben pravilnik.²⁹ Ta določa najdaljše dopustne čakalne dobe za različne stopnje nujnosti. Za stopnjo nujnosti redno je čakalna doba praviloma do šest mesecev od predložitve napotne listine. Omejitev glede najdaljše dopustne čakalne dobe pa ne velja za pacienta, ki želi, da se zdravstvena storitev opravi pri točno določenem zdravstvenem delavcu ali zdravstvenem sodelavcu.³⁰ Tedaj je za dolgo čakalno dobo odgovoren sam.

Na časovni dostop do zdravstvenih storitev in medicinskih stvari pa ne vpliva le slovensko pravo, temveč tudi pravo EU. Sodišče EU je namreč ugotovilo, da upravno predpisane čakalne dobe ne zadostujejo, saj morajo biti določene individualno, prilagojeno posameznemu pacientu. Objektivna medicinska presoja posameznega primera mora obsegati pacientovo zdravstveno stanje, medicinsko zgodovino in verjeten potek bolezni, stopnjo bolečine oziroma stopnjo invalidnosti.³¹ Če država članica ne more pravočasno zagotoviti enakih ali enako učinkovitih zdravstvenih storitev v svoji ureditvi, mora zavarovano osebo napotiti na zdravljenje v drugo državo članico. Pri nas zavarovana oseba lahko torej v tujem javnem sistemu socialne varnosti uveljavi pravico iz domačega (slovenskega)

²⁷ Glej 14. in nasl. člene ZPacP.

²⁸ Glej 15. člen ZPacP. Ločeno je treba voditi čakalni seznam pacientov, ki želijo, da se storitev opravi zunaj mreže javne zdravstvene službe. Glej tudi <https://cakalnedobe.ezdrav.si/>.

²⁹ Pravilnik o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah, Uradni list RS, št. 3/18 in nasl.

³⁰ Ibid., 9. in 10. člen Pravilnika.

³¹ Odločitev v zadevi C-372/04 - *Watts*, 16. 5. 2006, EU:C:2006:325

obveznega zdravstvenega zavarovanja. Pri tem krije ZZZS vse stroške zdravljenja neposredno, po cenah v tuji državi, povrne pa tudi potne stroške.³²

Napotitev na zdravljenje v tujino je obvezna le, če v celotni državi ni izvajalca, ki bi enako ali enako učinkovito storitev lahko opravil pravočasno. Zato omenjeni pravilnik v primeru preseganja najdaljše dopustne čakalne dobe nalaga dolžnost izvajalcu zdravstvene dejavnosti pacientu predlagati izvedbo zdravstvene storitve pri drugem izvajalcu z dopustno čakalno dobo, pri čemer pacienta seznani z možnostmi in načini pridobivanja informacij o terminih pri drugem izvajalcu. Šele, kadar drugega izvajalca z dopustno čakalno dobo v Sloveniji ni, izvajalec pacientu posreduje informacijo o nacionalni kontaktni točki za čezmejno zdravstveno varstvo pri ZZZS.³³

Ta je bila ustanovljena na podlagi Direktive 2011/24/EU.³⁴ Tudi Direktiva daje prednost sodelovanju javnih sistemov zdravstvenega varstva pred prostim pretokom zdravstvenih storitev in medicinskih stvari, na katerem sicer temelji. Določa namreč, da mora država članica zdravstvenega zavarovanja, ob zahtevku za odobritev zdravljenja v tujini, preveriti, ali so izpolnjeni pogoji iz Uredbe (ES) 883/2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti.³⁵ Če so, zagotovi predhodno odobritev v skladu z navedeno uredbo. To ne velja le, če pacient zahteva drugače, torej izrecno zahteva predhodno odobritev za (napotitev na) zdravljenje v tujini po Direktivi.³⁶

Predhodna odobritev po Uredbi je pravilo, medtem, ko predstavlja po Direktivi izjemo, ki mora biti posebej urejena, da lahko velja. Tudi če je urejena, lahko velja samo za specializirano in drago medicinsko opremo in bolnišnično zdravljenje, ne pa tudi za vse ambulantne storitve. Presojanje o odobritvi zdravljenja v tujini je različno po Uredbi in po Direktivi. Po slednji je vse manj argumentov za zavrnitev tovrstnega zdravljenja.³⁷ Tudi stroški se povrnejo samo do višine cen zdravstvenih storitev pri nas.³⁸

³² Strban, 2017, str. 464.

³³ Glej 10. člen omenjenega Pravilnika o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah.

³⁴ Direktiva 2011/24/EU o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu, UL L 88, 4. 4. 2011.

³⁵ UL L 200, 7. 6. 2004.

³⁶ Glej 3. odstavek 8. člena Direktive 2011/24/EU.

³⁷ Glej odločitev Sodišča EU v zadevi C-243/19 - *Veselibas ministrija*, 29. 10. 2020, EU:C:2020:872.

³⁸ Več o razmerju med Uredbo (ES) 883/2004 in Direktivo 2011/24/EU Strban, 2023, str. 332.

Čakalne dobe lahko torej predstavljajo oviro časovnemu dostopu do zdravstvenih storitev in medicinskih stvari, kar velja za mnoge države članice. Pri nas smo se jih lotili z zagotavljanjem dodanih finančnih sredstev, kar pa samo po sebi ne more zadostovati (in kot smo videli, ne deluje).³⁹ Bolj pomembno je ustrezno in usposobljeno upravljanje javnih zdravstvenih zavodov, spoštovanje določb o omejitvah dela zdravnikov⁴⁰ in konkurenčne prepovedi.⁴¹ Ni primerno, da se opravi manj storitev pri plačilu delovnega časa (znotraj delovnega razmerja) in več, ko je plačilo po storitvah (na trgu).⁴² Morda bi bolje kot uvajanje norme (standardov in normativov) za delo zdravstvenih delavcev in sodelavcev, določanje časovnih standardov, v okviru katerih morajo imeti zavarovane osebe dostop do zdravstvenih storitev in medicinskih stvari.⁴³

4. EKONOMSKI DOSTOP

Brez ustreznega sistema financiranja, ki odpravlja ekonomske ovire dostopa do zdravstvenih storitev in medicinskih stvari, lahko mnogi, še posebej revnejši prebivalci trpijo. Hkrati trpi tudi družba kot celota, saj je dostop vsakogar do zdravstvenih storitev in medicinskih stvari pomemben dejavnik vitalnosti družbe. Pri tem gre lahko za financiranje iz javnih sredstev, proračuna in obveznega zdravstvenega zavarovanja, ali zasebnih sredstev, zasebnega zavarovanja in neposrednih plačil izvajalcem zdravstvene dejavnosti, ali kombinacijo naštetih.⁴⁴

Pomembna omejitev pri oblikovanju sistema socialne varnosti vsebuje Konvencija MOD št. 102 o minimalnih standardih socialne varnosti, ki poudarja kolektivno financiranje z davki oziroma prispevki. Da bi še lahko govorili o socialnem zavarovanju, zavarovane osebe ne smejo biti obremenjene z več kot polovičnim

³⁹ Glej npr. <https://www.rtvsl.si/zdravje/besic-loredan-o-interventnem-zakonu-ukrepi-bodo-stali-500-milijonov-evrov/633307>. O podaljšanju čakalnih dob npr. <https://necenzurirano.si/clanek/aktualno/zapuscina-besica-loredana-cakalne-dobe-so-ob-vseh-milijonih-se-daljse-1094428>.

⁴⁰ Glej predvsem 52. člen in nasl. ZZDej, Zakon o zdravniški službi (ZZDrS), Uradni list RS, št. 98/99 in nasl., Kolektivno pogodbo za zdravnike in zobozdravnike v Republiki Sloveniji, Uradni list RS, št. 14/94 in nasl. ter Kolektivno pogodbo za dejavnost zdravstva in socialnega varstva Slovenije, Uradni list RS, št. 15/94 in nasl.

⁴¹ Glej 39. člen Zakona o delovnih razmerjih (ZDR-1), Uradni list RS, št. 21/13 in nasl.

⁴² Primerjaj npr. z odvetniki, ki so lahko bodisi samozaposleni bodisi zaposleni pri odvetniku. Glej 11. točko 1. odstavka 30. člena Zakona o odvetništvu (ZOdv), Uradni list RS, št. 18/93 in nasl.

⁴³ Primerjaj s časovnimi standardi v sodstvu, https://www.sodisce.si/sodna_uprava/casovni_standardi/.

⁴⁴ Strban, 2005, str. 61.

financiranjem obveznega zdravstvenega zavarovanja. V nasprotnem primeru bi lahko prevladale značilnosti zasebnega zdravstvenega zavarovanja.⁴⁵

Vprašanje je lahko, v kakšnem razmerju naj bosta načeli solidarnosti in samoodgovornosti. Torej do katere mere naj bodo udeležene pri financiranju zdravstvene dejavnosti zavarovane osebe same, z neposrednimi doplačili ali zasebnim zavarovanjem zanje. To je bilo v Sloveniji do konca leta 2023 precej razširjeno. Z doplačili se praviloma zasledujeta dva cilja. En je zagotavljati večjo obveščenost zavarovanih oseb o cenah zdravstvenih storitev in medicinskih stvari, drugi pa zmanjšanje izdatkov obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ali je oba mogoče doseči z doplačili, je mogoče dvomiti.⁴⁶

Z njimi se sicer zmanjša stroške obveznega zdravstvenega zavarovanja, vendar ne nujno tudi skupnih stroškov zdravstvenih storitev in medicinskih stvari. Del stroškov je enostavno preveljen na gospodinjstva ali posamezne zavarovane osebe. Skupni izdatki se zmanjšajo le v primeru, če omenjena prevelitev bremena dejansko povzroči zmanjšanje porabe, kar pa je daleč od gotovosti.⁴⁷

Doplačila pri posameznih skupinah oseb bistveno ne vplivajo na porabo, saj je lahko uveljavljanje posameznih pravic do zdravstvenih storitev in medicinskih stvari pretežno neodvisno od višine doplačil. Uveljavljamo jih, ko jih potrebujemo. Zgodi se lahko tudi, da bodo zavarovane osebe prešle na druge, dražje zdravstvene storitve in medicinske stvari, samo zaradi manjšega doplačila. Denimo, če je za ambulantno zdravljenje doplačilo višje, bodo zavarovane osebe lahko težile k več bolnišničnim storitvam. Hkrati je mogoče opaziti učinek obratne spodbude. Storitve pri katerih je potrebno doplačati več, lahko (zgolj) slovijo kot bolj kakovostne ali bolj učinkovite in bo zato poraba večja, čeprav so višja doplačila običajno določena za manj pomembne zdravstvene storitve in medicinske stvari. Tudi občutek neposrednega nadzora izvajalca zdravstvene dejavnosti je lahko večji pri neposrednem plačilu. Zmanjšajo se lahko želene ali celo temeljne storitve, medtem, ko po nepotrebnih storitvah še zmeraj povprašujejo osebe, ki jim ni mar za višjo ceno.

Pomemben argument proti doplačilom je, da ni pravične formule, ki bi razdelila stroške na sprejemljiv način med gospodinjstvi, ki potrebujejo zdravstvene storitve in medicinske stvari. Doplačila v klasični obliki (kot razlika do polne vrednosti ali fiksni znesek) mora plačati vsaka zavarovana oseba sama. Zato se postavlja

⁴⁵ Glej 71. člen Konvencije MOD št. 102. Novak et al., str. 377.

⁴⁶ Strban, 2005, str. 208.

⁴⁷ Van Langendonck, 1997, str. 347.

vprašanje ekonomskega dostopa do zdravstvenih storitev in medicinskih stvari. Doplačila niso določena sorazmerno z dohodkovnim ali premoženjskim stanjem zavarovane osebe ali njene družine, zato so v slabšem pravnem položaju osebe z nizkimi dohodki. 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). Poleg letnih omejitev je treba urediti tudi izjeme za posamezne skupine oseb, denimo otroke, starejše, invalidne osebe, kar lahko pomembno zaplete sistem.

Zavarovana oseba se je lahko pri nas izognila neposrednemu plačilu doplačil s sklenitvijo zasebnega, prostovoljnega zavarovanja. Vendar tudi dopolnilno zavarovanje ni bilo primerno urejeno. Premije so bile enake za vse zavarovance in zavarovanke v isti starostni skupini, ne glede na njihove prihodke in število družinskih članov. Tako so bile lahko tudi v primeru prostovoljnega zavarovanja za doplačila pravice nedostopne osebam z nižjimi dohodki oziroma s slabšim premoženjskim stanjem in tistim z več družinskih članov. Podobni pomisleki veljajo tudi za participacijo kot posebno obliko neposredne ekonomske soudeležbe zavarovanih oseb, ki so jo v Nemčiji že pred časom ukinili.

Zaradi navedenih razlogov proti doplačilom jih je naš zakonodajalec letos na nek način ukinil. Pravzaprav je ukinil zasebna zavarovanja za doplačila, ko so zavarovalnice želele povišati premijo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. To premijo je zakonodajalec zgolj spremenil v prispevek, brez odprave zgoraj omenjenih pomanjkljivosti. Čeprav je vsak prispevek za socialno varnost,⁴⁸ ali bolje za socialna zavarovanja, obvezen, je zakonodajalec novi prispevek v Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ)⁴⁹ poimenoval kot obvezni zdravstveni prispevek.⁵⁰ Ta se plačuje poleg že določenih prispevkov, in sicer v zakonsko določeni višini 35 eurov za posamezni koledarski mesec ne glede na število dni zavarovanja v koledarskem mesecu. Znesek, ki naj bi se sicer od leta 2025 uskladil enkrat letno,⁵¹ je podoben tistemu, ki smo ga plačevali pred napovedano podražitvijo premij dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.⁵²

⁴⁸ Glej Zakon o prispevkih za socialno varnost (ZPSV), Uradni list, RS, št. 5/96 in nasl.

⁴⁹ Uradni list RS, št. 9/92 in nasl.

⁵⁰ Glej 48. člen ZZVZZ, spremenjen z ZZVZZ-T, Uradni list RS, št. 78/23.

⁵¹ Glej 23. člen ZZVZZ-T.

⁵² Podrobneje naj bi bil urejen v Zakonu o nujnih ukrepih na področju zdravstvenega varstva, EVA: 2023-2711-0137, ki ga je v javno razpravo novembra 2023 poslalo ministrstvo za zdravje.

Tako imenovani obvezni zdravstveni prispevek ni v celoti odpravil slabosti doplačil in zasebnega zavarovanja zanje. Pravzaprav je odpravil samo dopolnilno zavarovanje, s čimer se bodo vsa zbrana sredstva porabila za zdravstvene storitve in medicinske stvari in ne za poslovanje in dobiček zasebnih zavarovalnic. Ni pa (še) odpravil socialne nepravičnosti doplačil. Še zmeraj bodo ta dodatni, pavšalni prispevek občutili bolj tisti z nižjimi, kot tisti z višjimi prihodki.

Vprašanje je tudi, ali se ne bo porušilo bolj ali manj paritetno financiranje obveznega zdravstvenega zavarovanja. Delodajalci namreč plačujejo prispevek po stopnji 6,56 in delavci po stopnji 6,36 odstotka.⁵³ Če bi novi, pavšalni prispevek v določeni skupini oseb pomenil, da plačajo delavci več kot delodajalci (in država), bi lahko bila kršena zgoraj že omenjena določba Konvencije MOD št. 102. Zato bi bilo nujno določiti tudi zagotavljanje sredstev za obvezno zdravstveno zavarovanja neposredno iz proračuna. Šele tedaj bi bilo zbiranje sredstev tripartitno in bi lahko imela država neposredno možnost sodelovati pri upravljanju tako zbranih sredstev. V takšnem (predlaganem enotirnem) samoupravnem organu bi država lahko nastopala kot oblast, ne samo kot delodajalec, kot sedaj. Brez neposrednega sofinanciranja države, bi bilo njeno večjo vlogo pri upravljanju zbranih sredstev težko upravičiti.

Ekonomske dostop do zdravstvenih storitev in medicinskih stvari je mogoče izboljšati ne le s povečanim zbiranjem sredstev v obliki sorazmernega prispevka ali socialno usmerjenega davka, npr. na sladkane pijače (ali kupčkanjem iz ene postavke na drugo)⁵⁴ in izboljšanim upravljanjem z njimi, temveč tudi pri razdeljevanju tako zbranih sredstev. Posodobiti bi morali modele financiranja zdravstvene dejavnosti (določiti nova merila za pavšale kot sta glavarina ali skupine primerljivih primerov-SPP) in uvesti zapoved gospodarnosti izvajanja zdravstvene dejavnosti.

Ta določa, da morajo biti zdravstvene storitve in medicinske stvari po eni strani zadostne, smotrne in gospodarne, po drugi strani pa ne smejo prestopiti meje potrebnega. S tem se določi maksima ravnanja izvajalcem zdravstvene dejavnosti. Tako dajatev, ki za uspeh zdravljenja, niso potrebne ali so negospodarne,

⁵³ Glej 11. člen ZPSV. Delodajalci plačujejo tudi 0,53 prispevka za poškodbe pri delu in poklicne bolezni v obvezno zdravstveno zavarovanje (12. člen ZPSV).

⁵⁴ Npr., da bi proračun prevzel financiranje določenih dajatev, npr. preventivnih ali zdravljenj za napredno zdravljenje, določenih skupin oseb, npr. otrok, določenih izobraževalnih in raziskovalnih nalog, npr. terciarne zdravstvene dejavnosti, morda celo absenzizem, kot socialno odškodnino, ker država ni sposobna skrajšati čakalnih dob in zmanjšati čakalnih vrst.

zavarovana oseba ne more (upravičeno) zahtevati, zdravnik (ali drug izvajalec) ne izvesti, nosilec pa ne plačati.⁵⁵ Poleg tega mora ZZZS izvajati ne le obračunski, temveč tudi vsebinski, strokovni nadzor gospodarnega izvajanja zdravstvenih storitev in medicinskih stvari. Hkrati je treba spoštovati določbe o delu zdravnikov v mreži javne zdravstvene službe, za katero lahko velja poseben pravni režim.

Ekonomski dostop je poleg omenjenih ukrepov mogoče izboljšati tudi s ciljanim obveščanjem, npr. izdajo računov za vse zdravstvene storitve in medicinske stvari, kjer je zapisan znesek, ki ga krije obvezno zdravstveno zavarovanje. To denimo že obstaja pri lekarnah in naravnih zdraviliščih. Obveščenost zavarovanih oseb je boljša kot z doplačili, sploh, če obstaja možnost zavarovanja zanje. Smotnejšo porabo sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja je mogoče doseči tudi z brezšivnim zdravstvenim varstvom med različnimi ravni zdravstvene dejavnosti, vsaj pri nekaterih storitvah.⁵⁶

5. POSTOPKOVNI DOSTOP

Postopkovni dostop predpostavlja obstoj organov in predvideni postopek uveljavljanja in varstva pravic do zdravstvenih storitev in medicinskih stvari. Formalno pravo je namenjeno varnosti in nedvoumnosti pri oblikovanju, uporabi in uveljavitvi materialno pravnih določb, ki vsebinsko urejajo zdravstvene storitve in medicinske stvari. S tem bistveno vpliva na pravni položaj obvezno zdravstveno zavarovanih oseb. Materialnemu pravu daje na razpolago organizacijski in postopkovni podsistem, da lahko uresniči svoj namen. Brez formalnega prava materialnega prava ni mogoče udejanjiti.

Uveljavljanje in varstvo socialnih pravic, določenih z mednarodnimi pravnimi akti, ustavo in zakoni, predstavlja eno od osrednjih vprašanj demokratične države. Pri uveljavljanju posameznih pravic so enakega pomena kot zagotovitev pravic v materialnem smislu, tudi ustavne in zakonske postopkovne možnosti njihovega uveljavljanja. Obvezno zdravstveno zavarovani osebi (stranki v postopku) neprimeren, posebnostim subjektov in vsebini socialnih pravic neprilagojen postopek, ob še tako ugodni materialni zakonodaji preprečuje hiter dostop do

⁵⁵ Strban, 2005, str. 194.

⁵⁶ Strban, 2014, str. 20.

pravice. V skrajnem primeru lahko celo prepreči uveljavitev pravice same, kar močno vpliva na stopnjo pravne (procesne) varnosti.

V formalno pravo uvrščamo pravna pravila in pravna načela, ki urejajo stroj pravnih oseb (organizacijsko pravo) in postopek, v katerem se pravice in dolžnosti oblikujejo, uporabljajo in varujejo (tudi prisilno izvršujejo). Medtem, ko je organizacijsko pravo mogoče videti kot statičen del formalnega prava, cilja postopkovno pravo na njegov dinamičen vidik. Določa namreč potek ravnanj, pot, ki naj omogoči pravilen prehod abstraktne pravne norme v dejansko življenjsko situacijo, kar pomeni neposredno uveljavitev pravice posameznika ali posameznice.⁵⁷

Pomen postopkovnega prava socialne varnosti je v tem, da omogoča hiter, enostaven, učinkovit in nediskriminatoren dostop do socialnih pravic z ustrezno ureditvijo pravnih poti njihovega varstva, če se oseba z odločitvijo o pravici ali dolžnosti iz socialnopravnega razmerja ne strinja.⁵⁸

Večkrat je bilo ugotovljeno, da je postopek uveljavljanja pravic do zdravstvenih storitev in medicinskih stvari urejen v številnih pravnih aktih, zaradi česar je premalo pregleden in pravno premalo določen.⁵⁹ Čeprav ZZVZZ določa, da se za postopek, v katerem se odloča o pravicah iz obveznega zdravstvenega zavarovanja subsidiarno uporablja zakon o splošnem upravnem postopku,⁶⁰ nimajo vsi izvajalci zdravstvene dejavnosti izpita iz Zakona o splošnem upravnem postopku (ZUP).⁶¹ Posebnost je v tem, da odločajo strokovno in ne upravno.

V naši ureditvi je prvi korak v postopku uveljavljanja pravic do zdravstvenih storitev in medicinskih stvari izbira osebnega zdravnika.⁶² Težava se lahko pojavi, ko ni na voljo dovolj zdravnikov, ki bi jih lahko socialno zavarovani pacienti izbrali. Specializacija družinske medicine se spodbuja tudi z boljšim plačilom,⁶³ a izvajalcev še zmeraj primanjkuje. Ko so bile v začetku leta 2023 ustanovljene tako imenovane ambulate za neopredeljene,⁶⁴ se je pokazalo, da je interes za

⁵⁷ Bubnov Škoberne, Strban, 2010, str. 65.

⁵⁸ Podobno Kresal Šoltes, 2007, str. 118. Glej tudi Kresal Šoltes, 2006, str. 183 in Strban, Kogej, 2023, str. 411-430.

⁵⁹ Strban, 2009, str. 249.

⁶⁰ Glej 85. člen ZZVZZ.

⁶¹ ZUP, Uradni list, RS, št. 80/99 in nasl.

⁶² Več Strban, 2004, str. 27.

⁶³ Glej 35. člen Zakona o nujnih ukrepih za zaježitev širjenja in blaženja posledic nalezljive bolezni COVID-19 na področju zdravstva, Uradni list RS, št. 141/22.

⁶⁴ Glej <https://www.gov.si/novice/2023-01-12-pricetek-delovanja-ambulant-za-neopredeljene-zavarovane-osebe/>

delo v njih (tudi zaradi povišanega plačila) dober.⁶⁵ Ne primanjkuje pa lahko le specialistov splošne medicine, temveč tudi ginekologov ali zobozdravnikov, ki jih prav tako lahko izberemo kot osebne zdravnike.

Tedaj lahko pride do motnje v preskrbi. Če v državi ne bi bilo na voljo dovolj zdravnikov osnovne zdravstvene dejavnosti, ki bi jih lahko izbrali, bi lahko šli k zdravniku v tujino.⁶⁶ Morda bi celo lahko obiskali zasebnega zdravnika, podobno kot v primeru nujnega zdravljenja,⁶⁷ in zahtevali sekundarno povrnitev stroškov.⁶⁸

Takšna motnja in ponujene rešitve pa težave ne odpravljajo dolgotrajno, temveč le začasno. Zato bi bilo treba preveriti način plačila zdravnikov osnovne zdravstvene dejavnosti. Sedaj so plačani po storitvah in pavšalu po glavi. Tovrstna glavarina pa ni določena po osebi, temveč po različnih, mestoma zastarelih merilih. Uteži, za določitev glavarinskih količnikov ne bi smele upoštevati le starosti zavarovanih oseb, temveč številna druga objektivna in subjektivna merila, npr. izvajanje vseh preventivnih storitev, območje na katerem živijo, navade in razvade.

Podrobneje bi bilo treba urediti postopek varstva pravic, saj je sedanjí postopek kršitve pacientovih pravic neučinkovit.⁶⁹ Poleg tega je pravica do drugega mnenja sicer posodobljena in mogoča na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti. Vendar pa naj bi to pravico v mreži javne zdravstvene službe (torej, iz obveznega zdravstvenega zavarovanja) urejal poseben zakon. Čeprav je bil ZPacP posodobljen, pa se to hkrati ni zgodilo z ZZVZZ. Torej je pravica do drugega mnenja za obvezno zdravstveno zavarovane osebe pravno votla. Imamo jo, vendar njena vsebina ni nikjer določena.

⁶⁵ Dejavnost ambulate za neopredeljene je plačana v pavšalnem znesku. Strošek izplačevalca (to je za javni zdravstveni zavod) po podjemni pogodbi na uro znaša za: zdravnika 121 EUR, tehnika zdravstvene nege 54 EUR, zdravstveno administrativnega sodelavca 27 EUR. Ministrstvo za zdravje, organiziranje ambulant za neopredeljene zavarovane osebe, št. 160-102/2022/2, z dne 29. 12. 2022. Glej tudi 16. člen Zakona o nujnih ukrepih za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema, Uradni list RS, št. 100/22 in nasl.

⁶⁶ ZZVZZ (44. c člen) sicer nekoliko sporno izključuje celotno osnovno zdravstveno dejavnost iz pravice do zdravljenja v tujini. V tem primeru bi že ZZS moral napotiti zavarovane osebe na zdravljenje v tujino.

⁶⁷ Glej 129. člen Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja, Uradni list RS, št. 79/94 in nasl. Ta določa, da ima zavarovana oseba na zasebnem ali službenem potovanju v tujini pravico do nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči, razen če pravni red EU ali meddržavna pogodba ne določata drugače.

⁶⁸ Strban, 2005, str. 38.

⁶⁹ Člen 47 in nasl. ZPacP.

Nobena od možnosti, ki jih ponuja ZPacP ne pomenijo procesne predpostavke za sodno varstvo v socialnem sporu. Tožbo lahko vloži vsaka zavarovana oseba, ki se z odločitvijo kateregakoli zdravnika ne strinja. Neposrečena posebnost socialnega spora pa je, da se subsidiarno uporablja Zakon o pravnem postopku (ZPP),⁷⁰ čeprav si nasproti ne stojita enakovredni strani, saj se v predsodnem postopku subsidiarno uporablja ZUP.

Postopkovni dostop do zdravstvenih storitev in medicinskih stvari bi vsekakor zahteval bolj podrobno in posebno ureditev.

6. INFORMACIJSKI DOSTOP

Informacijski dostop do zdravstvenih storitev in medicinskih stvari predpostavlja pravilno in popolno informiranost upravičencev o svojih pravicah. Vprašanje je, kako se je v praksi temu mogoče čimbolj približati, saj je verjetno utopično pričakovati, da bi bili vsi udeleženci popolno informirani o vseh medicinskih, pravnih, ekonomskih, socialnih in drugih vidikih opravljenih zdravstvenih storitev in prejetih medicinskih stvari. Zdravstveni sistemi v posamezni državi, sestavljeni iz javnega in zasebnega zdravstvenega varstva, ki vključuje obvezna, zakonska in prostovoljna, pogodbeno zdravstvena zavarovanja je lahko nepoučenim osebam težje razumljiv.

Zato je pomembno informiranje predvsem obvezno zdravstveno zavarovanih oseb. ZZVZZ zato med strokovnimi nalogami ZZSZ določa dajanje pravne in druge strokovne pomoči zavarovanim osebam.⁷¹ Poleg tega je treba informirati tudi izvajalce zdravstvene dejavnosti in delodajalce kot prijavitelje in plačnike zdravstvenih prispevkov. Najpogostejše iskane informacije ZZSZ objavlja v spletnem seznamu vprašanj in odgovorov za zavarovane osebe, za izvajalce zdravstvenih storitev in dobavitelje medicinskih pripomočkov in za zavezanca za prijavo in za prispevek.⁷²

V nekaterih ureditvah potrebujejo izvajalci zdravstvene dejavnosti poleg veljavne licence tudi dovoljenje za opravljanje javne zdravstvene službe. Poznati

⁷⁰ ZPP, Uradni list RS, št. 26/99 in nasl.

⁷¹ Glej 76. člen ZZVZZ in 14. točko 2. odstavek 9. člena Statuta ZZSZ, Uradni list RS, št. 87/01 in 1/02 – popr.

⁷² Glej <https://www.zzs.si/informacije/>.

morajo namreč sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja in ustrezno (tudi elektronsko) komunicirati z nosilcem tega zavarovanja (pri nas ZZSZ) in zavarovanimi osebami.⁷³ To velja za vse možne pravne in komunikacijske poti. Ministrstvo za zdravje je sicer nedavno predstavilo predlog zakona o zdravstvenem informacijskem sistemu oziroma zakon o digitalizaciji zdravstva,⁷⁴ ki pa ga je nato umaknilo. Predvidena je bila uvedba centralnega zdravstvenega informacijskega sistema (CeZIS), ki bi zagotavljal urejene, enkrat zapisane podatke o pacientu v elektronskem zdravstvenem zapisu (kar bi omogočilo brezšivno zdravstveno varstvo in preprečevalo podvajanje v čakalnih seznamih), kibernetsko varnost v sodobnih podatkovnih centrih, urejeno licenciranje programske opreme in sledenje naprednim novim rešitvam v dobro pacientov in zdravstvenega osebja.⁷⁵ Pacienti sicer že imamo na voljo dostop do nekaterih podatkov s pomočjo aplikacije zVEM.⁷⁶ Vendar ta ni popolna, vsi podatki se ne zapisujejo in včasih tudi ni dostopna.

Digitalizacija je sicer dobrodošla, saj lahko zagotavlja pacientom in izvajalcem zdravstvene dejavnosti takojšen dostop do informacij. Pri tem mora biti zbiranje in obdelovanje podatkov natančno določen in predvsem mora biti predpisano, kdo sme dostopati do tako zbranih podatkov. Zdravstveni podatki so namreč posebej občutljivi osebni podatki.⁷⁷ Do njih smejo dostopati zdravniki v postopku zdravljenja, ostali (tudi zdravniki) pa potrebujejo soglasje pacienta.⁷⁸

Boljšo povezanost zdravstvenih podatkov spodbuja tudi EU. Predlog Uredbe o evropskem zdravstvenem podatkovnem prostoru⁷⁹ naj bi predstavljal temelj Evropske zdravstvene unije. Posameznikom naj bi omogočil nadzor nad lastnimi zdravstvenimi podatki (primarna uporaba). Hkrati naj bi podpiral njihovo uporabo za boljše izvajanje zdravstvene dejavnosti, raziskovanje, inovacije in politične usmeritve (sekundarna uporaba).⁸⁰

⁷³ Strban, 2005. str. 238.

⁷⁴ Predlog z dne 4. 4. 2023, EVA: 2023-2711-0078.

⁷⁵ Glej <https://www.uradni-list.si/novice/pogled/kaj-bo-prinesel-zakon-o-digitalizaciji-zdravstva>.

⁷⁶ Glej <https://zvem.ezdrav.si/portal/gost>.

⁷⁷ Glej npr. Evropske smernice za zdravstvene delavce o zaupnosti in zasebnosti v zdravstvu, https://www.ip-rs.si/fileadmin/user_upload/Pdf/Evropske_smernice_za_zdravstvene.pdf.

⁷⁸ Strban, Gradišek, Balažic, 2011, str. 775.

⁷⁹ Strasbourg, 3. 5. 2022, COM(2022) 197 final.

⁸⁰ Več na https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space_en.

Pri informacijskem dostopu do zdravstvenih storitev in medicinskih stvari je ena večjih težav asimetrija informacij. Izvajalci zdravstvene dejavnosti so medicinski in zdravstveni strokovnjaki, medtem, ko pacienti običajno niso. Zato odločitev za posamezno zdravstveno storitev ali medicinsko stvar ali soglasje k njima ni zmeraj popolnoma informirano, čeprav ima pacient pravico biti obveščen in dejavno sodelovati pri izbiri načina zdravljenja.⁸¹ Še več, paciente se lahko usmerja ne le k določenim (bolje plačanim, a ne nujno gospodarnim) zdravstvenim storitvam, temveč tudi iz javne v zasebno zdravstveno varstvo. To je mogoče tedaj, ko lahko isti izvajalec zdravstvene dejavnosti to opravlja kot javno ali kot zasebno dejavnost, torej v mreži javne zdravstvene službe in zunaj nje. Zato nekatere države omejujejo izvajalce, ki lahko opravljajo zdravstveno dejavnost le bodisi v mreži, bodisi zunaj nje.⁸² Če lahko del časa opravljajo javno, del pa zasebno, se lahko pojavi nagnjenje usmerjanja pacientov v zasebno zdravstveno dejavnost, s takojšnjim, lahko višjim plačilom kot v mreži javne zdravstvene službe, kjer so cene in standardi vnaprej dogovorjeni.

Usmerjanje pacientov je lahko še bolj izrazito pri čezmejnem zdravstvenem varstvu, saj nam je tuj sistem običajno še manj poznan od domačega.⁸³ Tuji izvajalci zdravstvene dejavnosti pa lahko raje kot evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja za potrebne zdravstvene storitve (v okviru povezovanja sistemov socialne varnosti v EU) sprejemajo katero od plačilnih kartic. Tedaj morajo pacienti zahtevati povrnitev stroškov zdravljenja v državi svojega zavarovanja, če je nujno lahko po Uredbi (ES) 883/2004, sicer po Direktivi 2011/24/EU, ki temelji na prostem pretoku blaga in storitev. Usmerjanje pacientov je opazno tudi v turističnih krajih, recimo sosednji Hrvaški. Tam lahko javni zdravstveni domovi ustanovijo zasebno turistično ambulanto. Ta lahko deluje celo znotraj prostorov zdravstvenega doma ali v hotelu, običajno z upokojenimi zdravniki ali zdravniki, ki niso angažirani drugje, s sprejemanjem samo gotovinskega plačila.

Odločitev, ali bo oseba ravnala kot zasebni ali kot obvezno zdravstveno zavarovani (javni) pacient mora biti prepuščena pacientu. Zato morajo biti pacienti čim bolje informirani, izvajalci zdravstvene dejavnosti čim bolj izobraženi (tudi o pravnih

⁸¹ Glej 21. člen ZPacP. Pri tem puščamo ob strani zdravniški pridržek, ko sme zdravnik pacientu izjemoma zamolčati podatke o njegovem zdravstvenem stanju (22. člen ZPacP).

⁸² Omenjajo se primeri Avstrije, Poljske, Finske, Švice in Lihtenštajna. Strban, Berki, Carrascosa Bermejo, Van Overmeiren, 2017, str. 73.

⁸³ Ibid., str. 74.

poteh uveljavljanja pravice do čezmejnega zdravljenja), države pa morajo vlagati in zagotavljati prosto in široko dostopne informacije.

7. SKLEPNE UGOTOVITVE

Zdravje je temeljna vrednota vsakogar posamezno in človeške družbe kot celote. Omogoča nam obstoj in kolikor je le mogoče svoboden razvoj. Zato je univerzalen dostop vsakogar do visokokakovostnega zdravstvenega varstva omenjen v številnih političnih in pravnih dokumentih, na mednarodni in nacionalni, ustavni ravni. Šele obstoj temeljne človekove pravice do zdravja nam omogoča uživanje vseh ostalih temeljnih človekovih pravic. Pri tem ima posebno vlogo pravica do socialne varnosti, ki temelji na solidarnosti in enakem obravnavanju enakih ali primerljivih dejanskih in pravnih položajev, s čimer se poudarja socialna pravičnost.

Prav pravična dostopnost do visokokakovostnega zdravstvenega varstva je poudarjena tudi v mednarodnem pravu.⁸⁴ Bolj konkretno jo je mogoče razčleniti na geografsko, časovno, ekonomsko, postopkovno in informacijsko dostopnost do visokokakovostnih zdravstvenih storitev in medicinskih stvari. Izboljšave so seveda zmeraj mogoče, tudi pri vseh obravnavanih vidikih dostopnosti. Ni pomembno le, da imamo veliko izvajalcev zdravstvene dejavnosti, temveč, da so ti kakovostni in varni, na voljo v individualno presojanem razumnem času, da si jih lahko privoščimo in da vemo pri kom in v katerem postopku lahko uveljavimo in zavarujemo svoje pravice do zdravstvenih storitev in medicinskih stvari. Temelj, da lahko to storimo pa je čim bolj popolna informiranost o številnih vidikih zdravstvenega varstva, vključno s poznavanjem domačega, tujega, mednarodnega in evropskega prava zdravstvenega varstva.

⁸⁴ 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 (Oviedska konvencija), Uradni list RS-MP, št. 17/98.

LITERATURA

- Bubnov Škoberne, Anjuta, Strban, Grega, Pravo socialne varnosti, GV založba, Ljubljana 2010.
- Kresal Šoltes, Katarina: Nekatera vprašanja pravice do enakega varstva pravic v postopkih na področju prava socialne varnosti, Delavci in delodajalci, VII (2007) posebna izdaja, str. 117-137.
- Kresal Šoltes, Katarina: Razvoj in ureditev sodišč za reševanje socialnih sporov v prvi Jugoslaviji, v: Prispevki za novejšo zgodovino, XLVI (2006) 1, str. 183 - 193.
- van Langendonck, Jef: Health care between efficiency and quality, v: Bosco, Alessandra in Hutsebaut, Martin (ur.), Social Protection in Europe, Facing up to Changes and Challenges, ETUI, Bruselj, 1997, str. 341-358.
- Leenen, Henk: The Right to Health Care and its Realisation in the Netherlands, v: den Exter, André in Hermans, Herbert (ur.), The Right to Health Care in Several European Countries, Kluwer, The Hague-London-Boston, 1999, str. 31-37.
- Novak, Mitja, Končar, Polonca, Bubnov Škoberne, Anjuta (ur.) et al., Konvencije Mednarodne organizacije dela s komentarjem, Inštitut za delo pri Pravni fakulteti Univerze v Ljubljani, GV Založba, Ljubljana 2006.
- Prevolnik-Rupel, Valentina (preds.) et al., Usmeritve za uvedbo na vrednosti temelječe zdravstvene obravnave v Sloveniji, Ekspertna skupina za NaVTeZ, oktober 2022.
- Strban, Grega: Cross-border healthcare and social security rights, v: Frans Pennings, Gijsbert Vonk (Eds.): Research Handbook on European Social Security Law, Second Edition, Edward Elgar Publishing 2023, str. 332-352.
- Strban, Grega: Metodologija primerjalne razlage prava socialne varnosti, v: Aleš Novak, Marijan Pavčnik (ur.), Pravne panoge in metodologija razlage prava, Lexpera GV Založba, Zbirka Pravna obzorja, št. 58, 2022, str. 197-229.
- Strban, Grega: Predvidene novosti v obveznem zdravstvenem zavarovanju, Delavci in delodajalci, XVII (2017) 4, str. 447-474.
- Strban, Grega: Cost sharing for Health and Long-term Care Benefits in Kind, MISSOC Analysis 2014/1, MISSOC Secretariat, European Commission, 2014.
- Strban, Grega: Vpliv posebnega urejanja pacientovih pravic na postopek uveljavljanja pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, Delavci in delodajalci, IX (2009), 2-3, str. 249-270.
- Strban Grega: Temelji obveznega zdravstvenega zavarovanja, Cankarjeva založba, Zbirka Scientia Iustitia, Ljubljana 2005.
- Strban, Grega: Pravica do izbire osebnega zdravnika, Delavci in delodajalci, IV (2004) 1, str. 27-48.
- Strban, Grega (ed.); Berki, Gabriella; Carrascosa Bermejo, Dolores; Van Overmeiren, Filip: Access to healthcare in cross-border situations, Analytical Report 2016, Report prepared for the European Commission, FreSso, January 2017.
- Strban, Grega; Gradišek Anton; Balažič Jože: Izmenjava medicinske dokumentacije med izbranimi osebnimi zdravniki in pooblaščenimi zdravniki delodajalca, Zdravniški Vestnik, letn. 80, 2011, št. 10, str. 775-784.
- Tomaševski, Katarina: Health rights, v: Eide, Asbjorn, Krause, Katerina, Rosas, Allan (eds.) et al., Economic, social and cultural rights, A Textbook, Kluwer, 1995, str. 125-142.
- Strban, Grega, Kogej, Katarina: Postopkovno uresničevanje ustavne pravice do socialne varnosti v socialnem procesnem pravu, Delavci in delodajalci, XXIII (2023) 4, str. 411-430.

Access to Medical Services and Medicinal Goods

Grega Strban*

Summary

Access to medical services and medicinal goods, like pharmaceuticals and medicinal aids, is essential for prevention, early detection and treatment of any injury or sickness, or accidents at work and occupational diseases and medical assistance in pregnancy and at childbirth. It is a cornerstone for the realisation of fundamental international and national (constitutional) social rights to health(care) and to social security.

Numerous political and legal documents emphasise the importance of access to high quality healthcare. To enable highest attainable standard of health a well-functioning public healthcare system is required. It should provide for all kinds of access to healthcare.

Geographical access shall provide not only for proximity of a healthcare provider, but also quality and safety of healthcare. In Slovenia there are many providers, but they perform certain services in unequal scope, some more and some less. At the latter the question arises, whether it would not be better to have less healthcare providers, who might be more specialised. The same is with urgent healthcare centres. Highly skilled mobile units might be preferred to healthcare centres with less or no patients.

Timely access has to be evaluated individually and not administratively. Healthcare has to be ensured within reasonable time for the patient concerned and not only after a lengthy waiting period. Patient time has to be respected. Not as a negative right, enabling for self-healing, but as punctual appointment and short waiting times. It shall be unified and administered electronically, segregated according to specific medical services. When benefit in kind cannot be provided in due time, access to cross-border healthcare has to be granted as a way of cooperation of public healthcare systems in the EU.

* Grega Strban, PhD, Full Professor and Head of Labour and Social Law Department at the Faculty of Law, University of Ljubljana and Senior Research Associate at the University of Johannesburg. grega.strban@pf.uni-lj.si

Essential is also economic access, making healthcare affordable. Financing shall be collective, either by taxes or social security contributions or a combination of both. The question of delineation between the principles of solidarity and self-responsibility may be raised. Cost sharing in healthcare might have various negative impacts, especially for lower income groups. In Slovenia co-payments have been abolished. More precise, private supplementary health insurance for co-payment was abolished and a new (same) contribution was diverted towards mandatory health insurance. Economic access might be improved not only by raising more funds, but also by improving distribution of funds towards healthcare delivery. Models of financing shall be improved (new weights for capitation fees and diagnose related groups) and control of economic and *lege artis* performance of healthcare providers shall be introduced.

Procedural access has to guarantee bodies and available procedures to enforce and protect the rights. Many informal procedures at healthcare providers do not guarantee effective enforcement of healthcare rights. Separate social-administrative procedure and even more so independent social judicial procedure have to be strengthened.

Informational access shall provide for well-informed patients and healthcare providers. Digitalisation at national and EU levels might improve it, at the same time protecting the patients' right to privacy. All research fields provide for more equitable access to healthcare and in all aspects further improvement is possible and desirable.