

PRENOVA OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

Grega Strban*

UDK: 349.3:368.942

Povzetek: Načelo pravne države zahteva nenehno prilagajanje zakonodaje spremenjenim družbenim razmerjem. Tako je pripravljeno tudi besedilo novega zakona, ki bo urejal obvezno zdravstveno zavarovanje. Vprašanja se postavljajo glede določitve kroga zavarovanih oseb in organizacije ZZS. Eno temeljnih vprašanj je katere pravice naj se zagotavljajo zavarovanim osebam in kako naj bodo urejene. Predlagana je ukinitvev doplačil kot jih poznamo sedaj (in zavarovanja zanje) in bolj domišljena ureditev denarnega nadomestila. Nujno je podrobneje urediti postopek uveljavljanja in varstva pravic zavarovanih oseb.

Ključne besede: socialna varnost, obvezno zdravstveno zavarovanje, doplačila, prenova

REFORM OF MANDATORY HEALTH INSURANCE

Abstract: The rule of law principle demands adaptation of the legislation to the ever changing social relations. The recent draft law on mandatory health insurance has been designed in the light of those requirements. Some questions are being raised concerning the insured persons and mandatory health insurance carrier. One of the core issues is about which rights should be provided to the insured persons and how they should be regulated. It has been suggested that vast co-payments (and supplementary insurance) should be abolished and the right to sickness cash benefit regulated in the manner that distinctive legal consequences are taken into account. In addition, the procedure for enforcement of the rights should allow easier access to the benefits.

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

Key words: social security, mandatory health insurance, co-payments, reform

1. UVODNE MISLI

Temeljna človekova pravica do socialne varnosti se v primeru bolezni ali poškodbe v naši ureditvi uresničuje predvsem z obveznim zdravstvenim zavarovanjem. To je urejeno v Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (v nadaljevanju ZZVZZ) iz leta 1992, ki je bil večkrat spremenjen in dopolnjen.¹

Dejanska razmerja v družbi se nenehno spreminjajo. Demografskim dejavnikom, kot je staranje prebivalstva, se je v zadnjem času pridružila še gospodarska recesija. Zato je zakonodajalčeva dolžnost slediti spremenjenim družbenim razmerjem s svojo normativno dejavnostjo. Načelo prilagajanja prava družbenim razmerjem je namreč eno izmed načel pravne države.² To velja še posebej za pravo socialne varnosti, ki je ena najhitreje spreminjajočih se pravnih panog. V zadnjem času je vlada pripravila besedila več novih zakonov na omenjenem področju, med katerimi je tudi Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (v nadaljevanju ZZVZZ-1, besedilo z začetka leta 2010).³

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, ki je zagotoviti učinkovit dostop do potrebnih zdravstvenih storitev in nadomestiti izpadli dohodek v primeru bolezni ali poškodbe.

V nadaljevanju so analizirana nekatera izhodišča osnutka ZZVZZ-1. Ta je v aprilu 2010 še v interni razpravi udeleženih pravnih subjektov in strokovne javnosti, v kratkem pa naj bi bil predložen v javno razpravo. Zato so poudarjeni predvsem nekateri konceptualni pomisleki in predlogi *de lege ferenda* (ki jih ali bi jih moral vsebovati novi ZZVZZ-1).

¹ Uradni list. RS, št. 9/92 do 76/08.

² Odločitev Ustavnega sodišča RS, št. U-I-69/03, 20.10.2005, OdlUS XIV, 75.

³ V javni razpravi ali v zakonodajnem postopku so denimo besedila novega zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju, zakona o urejanju trga dela (z novo ureditvijo zavarovanja za brezposelnost), zakon o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo, zakon o socialnovarstvenih prejemkih, zakon o izenačevanju možnosti invalidov, zakon o osebnih asistenci za invalide, zakon o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev (www.mddsz.gov.si, april 2010).

2. SAMOSTOJNO UREJANJE ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

Predlagatelj ZZVZZ-1 vztraja pri skupnem urejanju sistema zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja. Pri tem se postavlja vprašanje, ali bi k večji preglednosti in lažji razumljivosti pripomogla razdelitev predlagane zakonske snovi v dva zakona.

2.1. Zakon o zdravstvenem varstvu

Prvi, sistemski bi lahko bil *Zakon o zdravstvenem varstvu*. Ta bi lahko na splošni ravni urejal celoten sistem zdravstvenega varstva, ki predstavlja sistem družbenih, skupinskih in individualnih aktivnosti, ukrepov in storitev za krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, zgodnje odkrivanje, pravočasno zdravljenje, nego in rehabilitacijo zbolelih in poškodovanih. Zdravstveno varstvo nedvomno obsega tudi pravice iz zdravstvenega zavarovanja, s katerimi se zagotavlja socialna varnost v primeru bolezni, poškodbe, poroda ali smrti.⁴

V Zakonu o zdravstvenem varstvu bi bilo mogoče urediti dolžnosti države, lokalnih skupnosti in delodajalcev v zvezi z zagotavljanjem javnega zdravja in zdravega življenjskega okolja, vključno z zdravim delovnim okoljem. Pri tem je seveda potrebno paziti, da zakonodajalec ne povzroča kolizije s pravnimi normami, ki jih že vsebujejo denimo Zakon o varstvu okolja (ZVO-1)⁵ Zakon o delovnih razmerjih (ZDR)⁶ in Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD).⁷ Spomniti velja, da so bile dolžnosti delodajalca z uveljavitvijo ZVZD izločene iz veljavnega ZZVZZ.

Med dolžnostmi države bi bilo primerno določiti tudi dolžnost zagotavljanja finančnih sredstev v primeru primanjkljaja Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) kot nosilca obveznega zdravstvenega zavarovanja.⁸ Podobna dolžnost je denimo določena v primeru primanjkljaja nosilca obveznega pokojninskega in invalidskega zavarovanja.⁹ Dolžnost države skrbeti za delovanje (tudi) obveznega

⁴ Glej 1. člen ZZVZZ.

⁵ Uradni list RS, št. 41/04 do 108/09.

⁶ Uradni list RS, št. 42/02 in 103/07.

⁷ Uradni list RS, št. 56/99 in 64/01.

⁸ Medtem, ko je ZZZS še v letu 2008 posloval pozitivno je v letu 2009 izkazal 75,5 milijonov evrov izgube (Poslovno poročilo ZZZS za leto 2009, str. 78).

⁹ Glej 234. člen Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (ZPIZ-1), Uradni list RS, št. 109/06 (UPB4).

zdravstvenega zavarovanja izvira iz ustavne pravice do socialne varnosti.¹⁰ S tem bi se lahko izognili predlagani določbi, ki naj bi omogočila zadolževanje ZZZS. V kolikor nosilec dolgov ne bi mogel (pravočasno) poplačati, bi se lahko pojavili argumenti za privatizacijo obveznega zdravstvenega zavarovanja (čeprav bi jih bilo tudi v tem primeru verjetno težko prepričljivo utemeljiti). Vsekakor bi bilo bolje, če bi država izgubo pokrivala sproti (za vsako poslovno leto).

Vprašanje je lahko tudi, ali nista država in lokalna skupnost dolžni zagotoviti splošne preprečitve v smislu krepitev zdravja v vrtcih, šolah in lokalnih skupnostih na področju prehrane in večje telesne aktivnosti. Prav tako je dolžnost delodajalca krepiti zdravje zaposlenih za spreminjanje življenjskih navad in razmer na delovnem mestu (kot specialna preprečitev povezana z zdravjem pri delu). Oboje je namreč predvideno kot (tudi finančna) dolžnost ZZZS za skrb zavarovanih oseb. Pri tem bo verjetno težko ločiti, kdo v vrtcu, šoli in še posebej v lokalni skupnosti je ali ni zavarovana oseba. ZZZS ni mogoče razumeti zgolj kot podaljšano roko države oziroma ministrstva za zdravje.

2.2. Zakon o zdravstvenem zavarovanju

Drugi zakon bi lahko bil *Zakon o zdravstvenem zavarovanju*. Ta bi, podobno kot na področju pokojninskih zavarovanj ZPIZ-1, na področju zdravstvenih zavarovanj urejal obvezno in prostovoljna zdravstvena zavarovanja. Na ta način bi bila razmerja do drugih zakonov jasnejša, predvidljivost ravnanja posameznih pravnih subjektov bolj določna in s tem pravna varnost večja.

Mogoče bi bilo razmišljati tudi o *posebnem zavarovanju za poškodbe pri delu in poklicne bolezni*, ki bi zagotavljajo dajatve ob začasni in trajni (trajnejši) nezmožnosti za delo, telesni okvari in smrti zavarovanca kot posledici poškodbe ali bolezni povezane z opravljanjem dela. Pri tem bi bilo seveda potrebno usklajeno spremeniti zakona, ki urejata obvezno zdravstveno zavarovanje in obvezno pokojninsko in invalidsko zavarovanje.

K večji preglednosti bi lahko pripomogel *socialni zakonik*, kot ga poznajo v nekaterih tujih ureditvah (denimo nemški). S tem bi kodificirali pravo socialne varnosti in ga jasno razmejili od drugih pravnih panog. Poleg tega bi se lahko izognili podvajanju definicij znotraj prava socialne varnosti. Skupne določbe bi bile zbra-

¹⁰ Glej 50. člen Ustave RS, Uradni list RS, št. 33/91 do 68/06.

ne na enem mestu, s čemer bi tudi razlike v posameznih socialnih zavarovanjih prišle bolj do izraza. Prav tako bi izboljšali sodelovanje med posameznimi organi državne uprave, pristojnimi za posamezne zakone s področja prava socialne varnosti. Občasno ne najboljše sodelovanje med njimi seveda ne sme biti v škodo kakovosti pravnih predpisov in pravni varnosti zavarovanih oseb.

3. PRAVNI SUBJEKTI SOCIALNO ZAVAROVALNEGA RAZMERJA

Socialno zavarovalno razmerje se oblikuje med zavarovano osebo na eni strani in nosilcem socialnega zavarovanja na drugi strani. V obveznem zdravstvenem zavarovanju torej med zavarovano osebo in ZZSZ.

3.1. Zavarovane osebe

V veljavnem ZZVZZ krog zavarovanih oseb ni najbolj pravno urejen. Predlagatelj ZZVZZ-1 se določenih pomanjkljivosti zaveda in krog obvezno zdravstvenih zavarovanih oseb določa pravno določneje. Denimo podrobneje je določeno, kdo sodi v skupino oseb z drugimi dohodki.¹¹

Poleg tega predlaga novo ureditev obveznega zdravstvenega zavarovanja zavarovančevih družinskih članov. Njihovo zavarovanje je v nastanku in prenehanju akcesorno zavarovanju zavarovanca (iz katerega izvira), v obstoju pa pravno samostojno.¹² Zavarovanje družinskih članov je običajno povezano z dolžnostjo preživljanja. S tem se razbremeni zavarovanca, ki je zanje dolžan skrbeti. V primeru, ko bi moral tudi za svoje družinske člane plačati vse zdravstvene storitve, bi lahko kmalu presegel meje svoje finančne zmožnosti.

Zato je lahko vprašljiva predlagana omejitev zavarovanja študirajočih *otrok* upoštevajoč le dobo študija (denimo šest let) ne glede na njihovo starost. Dolžnost staršev preživljati svoje otroke namreč preneha s 26. letom starosti otrok.¹³ Po eni strani lahko otrok zaključí študij tudi pred 26. letom starosti. Tedaj ne bo več

¹¹ Glej sedanji 15. člen ZZVZZ. *Lemut Strle*, 2009, str. 276.

¹² Več *Strban*, 2005, str. 121.

¹³ Glej 123. člen Zakona o zakonski zvezi in družinskih razmerjih – ZZDR, Uradni list RS, št. 69/04 (UPB1).

obvezno zdravstveno zavarovan kot družinski član, čeprav bo še zmeraj obstajala dolžnost preživljanja. Po drugi strani bo lahko »otrok« začel študij po 26. letu starost, ko ne bo več dolžnosti preživljanja staršev in se pričakuje njegova ekonomska samostojnost. Tedaj bi bilo primerneje, da je zavarovan na drugi pravni podlagi in ne kot družinski član.

Predlagatelj z zavarovanjem *zakonca* pravilno izenačuje tudi registriranega istospolnega partnerja, saj tudi med njima obstaja dolžnost preživljanja.¹⁴ Prav kot zakonec je lahko zavarovan tudi zunajzakonski partner. Kot pogoj zunajzakonskega partnerja bi predlagatelj lahko določil tudi trajanje zunajzakonske življenjske skupnosti. Denimo v Pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju Pravila,¹⁵ ki naj bi z uveljavitvijo novega zakona prenehala veljati), je določeno obdobje najmanj dveh let,¹⁶ v ZPIZ-1 najmanj treh let oziroma eno leto ob pogoju skupnega otroka,¹⁷ v ZSDP pa eno leto.¹⁸ Pri tem verjetno ni sporno, da lahko zakonodajalec na različnih področjih pravnega urejanja določi različno trajanje življenjske skupnosti, kadar nanjo veže določene pravne posledice.¹⁹

Poleg tega je predvidena omejitev dostopa do družinskega zavarovanja zakonca in z njim izenačenih oseb. Predlog je, da bi bil pogoj zavarovanja slabo dohodkovno in premoženjsko stanje družine. Predlagatelj je verjetno domneval, da je zavarovančev zakonec, ki skrbi za otroke ali je nezmožen za delo, sam zavarovanec. Če temu ni tako, bi morda kazalo razširiti družinsko zavarovanje zakonca tudi na te osebe. Solidarnost z zavarovančevim za delo zmožnim zakoncem, ki ima zadosti sredstev za življenje in se odloči biti neaktiven, pri tem pa ne skrbi za otroka ali otroke, verjetno ni potrebna.

Poleg tega predlagatelj oži krog zavarovanih družinskih članov na zavarovančeve otroke in zakonca (tudi z njim izenačeno osebo). Morda bi kazalo razmisliti tudi o vključitvi *staršev* (seveda če sami niso zavarovanci), kadar jih je zavarovanec dolžan preživljati.²⁰

¹⁴ Glej 8. in 19. člen Zakona o registraciji istospolne partnerske skupnosti – ZRIPS, Uradni list RS, št. 65/05. *Strban*, 2007, str. 89.

¹⁵ Uradni list, RS, št. 79/94 do 88/09.

¹⁶ Glej 10. člen Pravil.

¹⁷ Glej 114. člen ZPIZ-1.

¹⁸ Glej 3. člen Zakona o starševskem varstvu in družinskih prejemkih – ZSDP, Uradni list RS, št. 97/01 do 10/08.

¹⁹ Podobno Ustavno sodišče v odločitvi št. U-I-111/95, z dne 5. marca 1998.

²⁰ Glej 124. člen ZZZDR.

3.2. Nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja

ZZZS ostaja nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja. Pri tem je vprašanje, zakaj ga je potrebno preimenovati v *Zavod za zdravstveno zavarovanje (ZZZ)*. Ime (in tudi kratica) sta dobro poznani, sprememba pa je nujno povezana z dodatnimi stroški. Predvideno je, da bi bil Zavod edini nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja, lahko pa bi opravljal tudi posle zasebnega (predvsem dopolnilnega) zdravstvenega zavarovanja, s čemer bi konkuriral zasebnim zavarovalnicam. Vendar tudi slednje za območje celotne države, tako da spremenjene pristojnosti ne zahtevajo nujno spremembe imena.

Organi ZZZ naj bi bili poleg skupščine še upravni odbor in tričlanska uprava. V skupščini, kot samoupravnem organu naj bi bili predstavniki delodajalcev in zavarovancev zastopani paritetno. Sedaj imajo nekaj več članov predstavniki zavarovancev, saj se odloča o njihovih pravicah.²¹ Trend (opazen denimo v Zavodu za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije) je zmanjševanje števila članov v organih (pri čemer je struktura članstva pomembnejša od števila članov) in števila organov. Vprašanje je, ali je še potreben upravni odbor, katerega naloge bi lahko bile razdeljene med skupščino in tričlansko profesionalno upravo. Pri slednji se predvideva vladno in ne več parlamentarno soglasje k skupščinskemu imenovanju, kot sedaj pri generalnem direktorju. S tem se lahko nekoliko slabi samoupravo nosilca (predvsem pravno samoupravo, kot relativno odmaknjenost od neposrednega državnega vpliva).

4. UREDITEV PRAVIC IZ OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

Vsebinsko socialno zavarovalnega razmerja predstavljajo pravice in obveznosti med zavarovano osebo in nosilcem obveznega zdravstvenega zavarovanja. Če se omejimo na pravice zavarovanih oseb,²² lahko ugotovimo, da se predlagatelj zaveda obstoječih zakonskih pomanjkljivosti. Kljub temu pa osnutek novega zakona ne opredeljuje bolezni in poškodbe. Opredeliti ju mora pravo socialne varnosti, saj opredelitve drugih znanstvenih disciplin in pravnih panog ne zadostujejo. Določitev vsebine pojmov bolezni in poškodbe je nujna za določitev prava, ki ga

²¹ Nekateri izpostavljajo vprašanje, ali naj delodajalci, ki sistem sicer sofinancirajo, sodelujejo tudi pri upravljanju. Več *Strban*, 2005, str. 147.

²² Več o dolžnosti plačevanja prispevkov *Strban*, 2010.

je potrebno uporabiti in zagotovitev enakih pravic osebam v enakem ali podobnem zdravstvenem stanju.²³

4.1. Pravice do zdravstvenih storitev

V osnutku ZZVZZ-1 so pravice do zdravstvenih storitev urejene nekoliko bolj pravno določno. Vanj so prenesene nekatere določbe Pravil.

Pri urejanju pravic bi bilo potrebno upoštevati tudi druge zakone, denimo Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP).²⁴ Ta je med pacientovimi pravicami določil *pravico do preprečevanja in lajšanja trpljenja*, ki se zagotavlja tudi z upravičenjem do blažilne (paliativne) oskrbe. Do slednje je upravičen pacient v končni fazi bolezni in pacient z neozdravljivo boleznijo, ki povzroča hudo trpljenje.²⁵ Blažilna oskrba se lahko zagotavlja ambulantno ali stacionarno, v bolnišnici ali hospicju.²⁶ Razlika je predvsem v manjšem pomenu zdravniške prisotnosti in slabši medicinski opremljenosti v hospicjih, kjer se zahteva več negovalne in duhovne oskrbe. Zakon ne loči med zasebnimi in socialno zavarovanim pacientom, kar seveda ne pomeni, da so do blažilne oskrbe upravičeni le zasebni pacienti.

Prav tako ne gre zgolj za programsko naravnano določbo.²⁷ Pravica do blažilne oskrbe je ena od pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, zato bi morala biti urejena v ZZVZZ-1. Bolnišnice namreč storitve blažilne oskrbe v dogovoru z nosilcem obveznega zdravstvenega zavarovanja že zagotavljajo.²⁸

Veljavni ZZVZZ pravice zavarovanih oseb do zdravstvenih storitev razvršča le glede razdelitve finančnega bremena med ZZZS in zavarovano osebo (v obliki *doplačil*). Tudi osnutek ZZVZZ-1 vsebuje podobno določbo, s katero določa najnižje in najvišje odstotke cen zdravstvenih storitev, ki jih krije ZZZS, določitev konkretno-

²³ Strban, 2005, str. 174.

²⁴ Uradni list, RS, št. 15/08. O vplivu ZPacP na obvezno zdravstveno zavarovanje Strban, 2009/1, str. 249.

²⁵ O lajšanju težav kot temeljni nalogi medicine Balažic, v Balažic et. al., str. 40.

²⁶ Prva hiša Hospic je bila odprta marca 2010 v Ljubljani. Upravlja jo Slovensko društvo Hospic (www.ljubljana.si in www.drustvo-hospic.si, april 2010).

²⁷ Drugače Brulc/Pirc Musar, str. 64.

²⁸ Glej 13. člen Področnega dogovora za bolnišnice za pogodbeno leto 2008, kjer je določeno, da je paliativna oskrba del neakutne bolnišnične obravnave in se izvaja v posebnih oddelkih.

ga odstotka pa prepušča ZZZS. Slednji je denimo za nekatere storitve že v letih 2009 in 2010 določil kritje le v višini desetih odstotkov.²⁹

Takšen način določanja obsega pravic do zdravstvenih storitev ni primeren. Z določitvijo obsega doplačil se dejansko določa obseg pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, kar je nedvomno zakonska snov. Konkretno višino doplačila bi bilo zato nujno urediti pri posamezni pravici, denimo pri pravici do zdravniškega zdravljenja, bolnišničnega zdravljenja, zdravil, medicinskih pripomočkov ipd. S tem bi bilo zakonsko besedilo preglednejše in predvidljivost ravnanja zavarovanih oseb večja.

Poleg tega je lahko sporna določba o kritju največ 40 odstotkov (lahko pa tudi manj) cene zdravstvenih storitev in stvari zavarovanim osebam starejšim od 15 let, ki se poškodujejo pri aktivnostih, ki *presejajo povprečna zdravstvena tveganja* v življenju. Načelo samoodgovornosti pomembno dopolnjuje načelo solidarnosti. Vendar je vprašanje, katere so tiste aktivnosti, ki presejajo povprečno zdravstveno tveganje. So to res vsi individualni ali skupinski športi (ki se ne izvajajo na vrhunski ravni ali poklicno), planinarjenje ali rekreativno smučanje? Omenjene aktivnosti lahko pomembno vplivajo na ohranjanje ali celo izboljšanje zdravstvenega stanja zavarovanih oseb in bi jih bilo potrebno vzpodbujati. Še posebej, če želimo družbo aktivnih (zdravih) posameznikov. Najbolj bodo prizadete tiste zavarovane osebe, ki so tik nad pragom revščine (za tiste pod tem pragom bo verjetno tudi ta doplačila krila država).

Vprašanje je na kakšen način se določijo aktivnosti, ki presejajo povprečno tveganje. Morda nista najbolj primerni ekstremni rešitvi, torej da bi zakonodajalec poskusil določiti vse nadpovprečno nevarne aktivnosti ali da bi določitev vseh omenjenih aktivnosti prepustil praksi ali podzakonski ureditvi. V korist pravni varnosti in predvidljivosti ravnanja zavarovancev bi bila določitev nekaterih primerov *očitno* nadpovprečno zdravstveno tveganih aktivnosti, s hkratno generalno klavzulo. Na ta način bi se izognili težavam ob pojavu novih nadpovprečno tveganih aktivnosti, hkrati pa bi obstajala manjša možnost povsem samovoljnega določanja le-teh. Določitev vseh primerov je lahko prepuščena pravni (tudi sodni) praksi, ki lahko upošteva vse okoliščine konkretnih primerov in loči ekstremne in nadpovprečno tvegane aktivnosti od rekreativnih, ki lahko pomembno izboljšujejo zdravstveno stanje zavarovancev.

²⁹ Sklep o določitvi odstotkov vrednosti zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju, Uradni list RS, št. 73/95 do 20/10.

Načelo samoodgovornosti je mogoče poudariti na dajatveni ali prispevni strani, denimo z višjim prispevkom (v obvezno zdravstveno zavarovanje) v času, ko se osebe ukvarjajo z nadpovprečno tveganimi aktivnostmi za svoje zdravje. Predlagatelj se je odločil za prvo rešitev (manjši obseg dajatev), s hkratno možnostjo *posebne* dopolnilnega (zasebnega) zdravstvenega zavarovanja, kar je lahko močno vprašljiva rešitev.³⁰

Poleg tega je tudi v ZZVZZ-1 mogoče pogrešati določbo, ki bi v skladu z načelom samoodgovornosti bolj obremenila zavarovano osebo, ki si bolezen ali poškodbo povzroči sama, namenoma ali s storitvijo kaznivega dejanja. V obstoječi ureditvi posledice samopoškodbe urejajo Pravila, pa še ta s pravno premalo določno opredeljujejo.³¹

Poleg tega ostaja odprto vprašanje *smiselnosti* določanja doplačil, ki ostajajo zelo obsežna tudi v osnutku novega zakona. Namen doplačil naj bi bil zavedanje o stroških zdravstvenih storitev in stvari (kar je izničeno z zavarovanjem za doplačila, zavedanje o stroških pa je mogoče doseči tudi na drugačen način, denimo z izdajanjem računov) in zmanjševanje stroškov zdravstvenih storitev in stvari. Z doplačili se sicer lahko zmanjšuje stroške ZZVS, vendar ne nujno tudi skupnih stroškov zdravstvenih storitev in stvari. Del stroškov je enostavno preveljen na zavarovane osebe. Skupni izdatki se zmanjšajo le v primeru, če omenjena prevelitev bremena dejansko povzroči zmanjšanje porabe, kar pa je daleč od gotovosti.

Pomemben argument proti doplačilom je, da ni mogoče najti pravične formule, ki bi razdelila stroške na sprejemljiv način med zavarovanimi osebami, ki uveljavljajo pravice do zdravstvenih storitev in stvari. Doplačila mora plačati vsaka zavarovana oseba sama in lahko se postavlja vprašanje dostopa do same pravice. Že v sedanjosti, pa tudi v predlagani ureditvi so lahko najbolj prizadete ne osebe z najnižjimi, temveč tiste z nekoliko višjimi dohodki, kar lahko vodi v ujetost v revščino. Torej oseba tik pod pragom revščine (denimo prejemnica denarne socialne pomoči, ki ji doplačila krije država) je v boljšem položaju kot oseba tik nad pragom revščine (ki mora del svojih sredstev nameniti za doplačila).

Obsežna doplačila kot jih poznamo sedaj (in zavarovanje zanje) bi bilo primerno *odpraviti*, saj povzročajo več težav kot prinašajo koristi. Morda bi lahko poleg razširjene prispevne osnove tudi malenkost povišali prispevno stopnjo. To bi pomenilo, da bi zavarovane osebe z višjimi dohodki (in njihovi delodajalci) dejansko

³⁰ Več o dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju v točki 6, infra.

³¹ Več *Strban*, 2005, str. 178.

vplačali nekoliko več prispevkov kot tiste z nižjimi dohodki. Morda bi bilo mogoče povečati prispevno stopnjo le zavarovancem (ki tudi sedaj plačujejo premijo za dopolnilo zdravstveno zavarovanje) ne pa tudi delodajalcem.³² Vendar je pri tem potrebno upoštevati določbe Konvencije št. 102 Mednarodne organizacije dela o minimalnih standardih socialne varnosti. Delavci (zavarovanci) namreč ne smejo biti obremenjeni z več kot polovico stroškov financiranja socialnega (tudi obveznega zdravstvenega) zavarovanja.³³ Pri tem ni nujno, da so delodajalci obremenjeni do polovice. Pogoju je zadoščeno, če delodajalci in država (ki v obstoječi ureditvi pravic neposredno ne financira) zagotavljata vsaj polovico (ali več) sredstev.

4.2. Pravice do denarnih dajatev

4.2.1. Pravica do denarnega nadomestila

Najpomembnejša denarna dajatev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja je *denarno nadomestilo* v času odsotnosti od dela zaradi bolezni ali poškodbe, ki sta lahko povezani z opravljanjem dela ali ne. Pravica do denarnega nadomestila predstavlja enega od dveh stebrov obveznega zdravstvenega zavarovanja (poleg pravic do zdravstvenih storitev).

Tako kot v nekaterih prejšnjih, se tudi v obravnavanem predlogu novega ZZVZZ predvideva določitev dobe *predhodnega zavarovanja* kot pogoja za pridobitev pravice do denarnega nadomestila v primeru odsotnosti z dela zaradi poškodbe ali bolezni zunaj dela. Takšen pogoj, denimo najmanj tri mesece zavarovanja neposredno pred uveljavitvijo pravice ali tri mesece s prekinitvami v zadnjih šestih mesecih, je lahko vprašljiv. V slabši pravni položaj so postavljeni predvsem mlajši zavarovanci, ki se zaposlijo prvič, pa tudi osebe, ki opravljajo delo na podlagi pogodb o zaposlitvi za določen čas, saj naj bi bilo potrebno pogoj predhodnega zavarovanja izpolniti pred vsakim uveljavljanjem pravice do denarnega nadomestila.³⁴

³² Tedaj bi se večji obseg financiranja s strani zavarovancev, bi se moral odražati tudi v večjem vplivu (številu članov) v skupščini ZZS.

³³ Glej 71. člen Konvencije št. 102, Uradni list FLRJ-MP, št. 1/55. M. Novak et.al., 2006, str. 377.

³⁴ Marca 2010 je bilo od 7.681 novih pogodb o zaposlitvi kar 6.131 (skoraj 80 odstotkov) pogodb sklenjenih za določen čas in le 1.550 (malenkost čez 20 odstotkov) za nedoločen čas (www.ess.gov.si, april 2010).

Poleg tega je potrebno pri zavarovancih-delavcih upoštevati tudi delodajalčevo dolžnost izplačevati denarno nadomestilo bolnemu delavcu, ki izvira iz delovnega razmerja.³⁵ Le-ta ni odvisna od določene dobe predhodnega zavarovanja. Tako se postavlja vprašanje, ali je primerno, da posameznik nosi vse stroške bolezni ali poškodbe denimo v drugem in tretjem mesecu odsotnosti z dela (samozaposlena oseba pa vse tri mesece). Ureditev je izrecno v škodo resno bolnih in poškodovanih zavarovancev, ki so odsotni dlje časa. V tem primeru lahko zdrsnejo pod prag revščine in postanejo odvisni od proračunsko financirane denarne socialne pomoči.

Prav tako so lahko v slabšem položaju mlade družine oziroma zavarovanci z otroki, ki še niso bili zaposleni vsaj tri mesece in zato nimajo pravice do nadomestila za nego otroka, ki ga v celoti zagotavlja ZZZS. Prav tako je vprašanje, ali je pogoj predhodnega zavarovanja primeren pri denarnem nadomestilu v primeru izolacije, presaditve živih tkiv in organov ipd. Morda bi bilo primerneje določiti malenkost nižji odstotek denarnega nadomestila v primeru, ko pogoj določene dobe predhodnega zavarovanja ni izpolnjen. Hkrati bi bilo potrebno določiti nižje prispevke za čas nekoliko znižanega denarnega nadomestila in s tem morda omogočiti lažje zaposlovanje mlajših.

Obseg pravice do denarnega nadomestila je v slovenski ureditvi določen ugodno in v določenih primerih v nasprotju z načelom solidarnosti. Tako ni mogoče nasprotovati strožji določitvi *zgornje meje* denarnega nadomestila, s čemer se krepi vertikalna solidarnost (med osebami z višjimi in osebami z nižjimi dohodki). Prav tako se je mogoče strinjati z omejitvijo *časovnega trajanja* pravice do denarnega nadomestila, ki je po svoji pravni naravi kratkotrajna pravica. Težava lahko nastane pri dolgotrajnem zdravljenju, saj se invalidnost lahko ugotavlja šele, ko je zdravljenje (vključno z medicinsko rehabilitacijo) zaključeno. Zato mora zakonodajalec poskrbeti, da zavarovane osebe v tem primeru ne ostanejo brez nadomestila izpadlega dohodka.³⁶

Usklajeno z ZDR bi bilo potrebno urediti tudi določbe *od katerega dne* krije denarno nadomestilo ZZZS. Predvideno je, da naj bi ga ZZZS kril že od 25. dne v

³⁵ Glej 137. člen ZDR.

³⁶ Osnutek novega ZZVZZ predvideva trajanje pravice do denarnega nadomestila največ eno leto oziroma leto in pol v dveh letih. Pri tem je vprašanje, ali lahko ZZVZZ določa dolžnost izplačevanja denarnega nadomestila po tem času iz invalidskega zavarovanja in zavarovanja za brezposelnost. Takšna določba bi sodila delno v zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju in delno v zakon o zaposlovanju in zavarovanju za primer brezposelnosti.

primeru poškodbe in bolezni izven dela, s čemer bi se zmanjšala odgovornost delodajalca. Hkrati je predvidena njegova večja odgovornost za poškodbe pri delu in poklicne bolezni, saj bi v tem primeru ZZSZ kril denarno nadomestilo šele od 45. delovnega dne naprej. Omenjena sprememba je lahko sicer primerna, vendar nujno zahteva spremembo ZDR.³⁷ Ta določa, da delodajalec v obeh primerih krije denarno nadomestilo za prvih 30 delovnih dni odsotnosti, z omejitvijo 120 dni pri poškodbah in boleznih izven dela.³⁸

Omejevanje pravice do denarnega nadomestila je možno tudi z določitvijo čakanega (karenčnega) dne ali več takšnih dni. V tem primeru običajno izpad dohodka zaradi odsotnosti z dela prvi dan (prvih nekaj dni od) nastanka bolezni bremeni zavarovanca samega. Pri tem je vprašanje, ali je najbolje ravno v primeru nege bolnega ali poškodovanega družinskega člana (denimo otroka) določiti takšen čakalni dan. Predvideno je namreč, da bi imeli zavarovanci pravico do denarnega nadomestila šele od drugega dne odsotnosti naprej. Ta bi bil najbolj obremenjujoč za mlade družine, ki običajno potrebujejo dan, dva, da se organizirajo ko otrok zboli.

Poleg tega lahko pritisk delodajalca na zavarovance z bolnimi otroci poveča predlog, da naj bi delodajalci zagotavljali nadomestilo plače za prvi dan odsotnosti od dela zaradi nege družinskega člana. V tem primeru sploh ne bi šlo za čakalni dan, temveč prenalitev finančnega bremena na delodajalca. Posledica takšnega predloga bo lahko, da bo več otrok bolnih hodilo v vrte in šole, saj starši zanje ne bodo (mogli) poskrbeti. Poleg tega bi določba nedvomno sodila v ZDR in ne v prehodne določbe novega ZZVZZ (saj ne gre za začasno, prehodno ureditev).

V nekaterih drugih primerih določitev enega karenčnega dne (tisti dan, ko zavarovanec obišče zdravnika nima pravice do denarnega nadomestila) v nenujnih primerih morda ni slaba rešitev. Vendar je v tem primeru potrebno prilagoditi delovni čas izvajalcev zdravstvene dejavnosti, predvsem izbranih osebnih zdravnikov, ki bi ga denimo v nenujnih primerih obiskal dopoldan ali popoldan, zunaj svojega delovnega časa. S tem bi lahko preprečili zlorabo pravice do denarnega nadomestila. Seveda, če bi se s tem zmanjševala delodajalčeva dolžnost izplačevati denarno nadomestilo, bi to moralo biti določeno v ZDR. Brez hkratne reorganizacije

³⁷ Tovrstna sprememba ZDR zaenkrat še ni predvidena, čeprav so že objavljene nekatere predlagane spremembe ZDR (www.mdds.gov.si, april 2010).

³⁸ Glej že omenjeni 137. člen ZDR.

cije zdravstvene dejavnosti lahko karenčni dan povzroči, da bodo delavci (predvsem tisti z nižjimi dohodki) prisiljeni delati bolni, ker si ne bodo mogli privoščiti izpada dohodka.

Sporno je lahko tudi *zniževanje odstotka* pri določanju obsega pravice do denarnega nadomestila. Razlikovanje med poškodbami pri delu in poklicnimi boleznimi, kjer nadomestilo ostaja 100 odstotkov osnove, in poškodbami in boleznimi izven dela je mogoče zgodovinsko utemeljiti. Osebe, ki se poškodujejo ali zbolijo zaradi opravljanja ekonomske aktivnosti so občutene kot bolj zaslužne. Zato jim je omogočen lažji dostop do pravic in njihov večji obseg. Manj razumljivo je ločevanje med boleznijo in poškodbo zunaj dela. Obe, bolezen in poškodba namreč povzročita izpad dohodka. Naloga denarnega nadomestila je nadomestiti omenjeni izpad, ki je v obeh primerih enak. Tako ni jasno, zakaj so bolni zavarovanci bolj zaslužni in prejemajo višje nadomestilo kot poškodovani zavarovanci. Oboji lahko delno pripomorejo k nastanku zdravstvenega primera, zato večja odgovornost pri poškodbah izven dela ni najbolj primerna. Morda bi v primeru bolezni *in* poškodbe zunaj dela zadostovala enotna odmerna stopnja, denimo v višini 80 odstotkov osnove. S tem bi socialno zavarovalno ureditev izenačili z delovnopravno ter približali drugim dajatvam v sistemu prava socialne varnosti, katerih naloga je nadomestiti izpadli dohodek, mednarodni in primerljivi tuji pravni ureditvi.³⁹

Vprašljivo je tudi znižanje denarnega nadomestila na 65 odstotkov osnove za zavarovanja v *stacionarnem zdravljenju*. Nekoliko manjše znižanje, denimo na 75 odstotkov (če bi za poškodbe in bolezni veljalo 80 odstotkov) bi bilo morda sprejemljivo za *samskega* zavarovanca v stacionarnem zdravljenju. Ta ima lahko nekaj manj stroškov zaradi nastanitve in prehrane v bolnišnici (po drugi strani ima lahko tudi nekaj fiksnih stroškov). Stroški zavarovanca z odvisnimi družinskimi člani pa niso nujno manjši (že 80 odstotno nadomestilo lahko v določenih primerih komaj zadostuje). V primeru stacionarnega zdravljenja je denimo predvideno tudi morebitno znižanje denarne socialne pomoči. Dodatna pogoja sta, da se upravičenec nahaja v bolnišnici najmanj 30 dni in da sam ni zavezan k plačilu (oziroma je zavezan le k delnemu plačilu) stroškov. Znižanje je v polju proste presoje (diskrecije) organa, ki odloča, pri čemer mora upoštevati vse okoliščine konkretnega primera.⁴⁰

³⁹ Več *Strban*, 2005, str. 218.

⁴⁰ Glej 31. člen Zakona o socialnem varstvu (ZSV), Uradni list RS, št. 3/07 (UPB2).

4.2.2. Pravici do pogrebnine in posmrtnine

Predlagatelj novega ZZVZZ predvideva ukinitve pravice do *posmrtnine* iz obveznega zdravstvenega zavarovanja za poškodbe in bolezni zunaj dela. Že doslej se je utemeljeno postavljalo vprašanje ali pravici do pogrebnine in posmrtnine še sodita v prenovljeni katalog pravic obveznega zdravstvenega zavarovanja. Omenjeni pravici ne predstavljata osrednjih dajatev. Z njuno izločitvijo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja bi razbremenili solidarno skupnost in se bolj (z več sredstvi) posvetili osrednjim dajatvam, torej zdravstvenim storitvam in zagotovitvi nepretrganosti dohodka.

Izključitev pravice do posmrtnine seveda ne pomeni, da bi osebe ostale brez zaščite ob nastopu socialnega primera smrti preživjalca družine. Dajatve v tem primeru zagotavljajo nekateri delovnopравни predpisi (denimo solidarnostna pomoč) in drugi sistemi socialnih zavarovanj (denimo vdovska, družinska pokojnina, odpravnina, oskrbnina iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja). Družinskim članom, bi se kot blažilec za premostitev trenutne ekonomske stiske lahko zagotovila izredna denarna socialna pomoč (kar je mogoče že v obstoječi ureditvi). Ta bi bila bolj krojena posamezni situaciji določene družine, kot je sedaj pravica do posmrtnine. Podobna razmišljanja veljajo tudi ob pravici do pogrebnine, ki pa jo predlagatelj ohranja med pravicami obveznega zdravstvenega zavarovanja.⁴¹

5. POSTOPEK UVELJAVLJANJA IN VARSTVA PRAVIC DO ZDRAVSTVENIH STORITEV

5.1. Dogovori z izvajalci zdravstvene dejavnosti

Zdravstvenih storitev in stvari nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja ne izvaja sam. Za izpolnitev obveznosti iz socialno zavarovalnega razmerja z zavarovano osebo, sklepa splošne dogovore in konkretne pogodbe z izvajalci zdravstvene dejavnosti.⁴² Predlagatelj med načeli zagotavljanja zdravstvene varnosti omenja tudi načelo nepridobitnosti. To mora veljati za vse izvajalce, javne in zasebne, ki

⁴¹ Več, tudi o poskusu zakonodajalca stopničasto urediti pravici do pogrebnine in posmrtnine *Strban*, 2005, str. 222. Glej tudi odločitev Ustavnega sodišča v zadevi U-I-69/03, OdlUS XIV, 75.

⁴² Podrobno *Strban*, 2005, str. 227.

v mreži javne zdravstvene dejavnosti izvajajo zdravstvene storitve zavarovanimi osebami.

Pri tem je eno temeljnih vprašanj, kdaj je zasebno izvajanje javne zdravstvene dejavnosti lahko v javnem interesu. Torej v interesu solidarne skupnosti obvezno zdravstveno zavarovanih oseb in ne le posameznega izvajalca zdravstvene dejavnosti ki zasleduje (tudi) zasebni interes. Če splošno velja, da konkurenca povečuje vrednost za denar, se zdi, da konkurenca v zdravstvenem sistemu predvsem (ali samo) povečuje stroške, kar pa seveda ne more biti v javnem interesu. Šele če je mogoče prestat *test javnega interesa*, je mogoče podeliti koncesijo zasebnemu izvajalcu za opravljanje javne zdravstvene dejavnosti. Verjetno to ne bo sporno pri lekarnah in zdraviliščih, ki zagotavljajo storitve in stvari vsem, ne le zavarovanim osebami in imajo lahko obvezno zdravstveno zavarovanje korist v obstoječi infrastrukturi.⁴³

5.2. Uveljavljanje pravic do zdravstvenih storitev in stvari

Predlagatelj ZZVZZ-1 je predvidel bolj pravno določno zakonsko ureditev postopka uveljavljanja pravic do zdravstvenih storitev in stvari od obstoječe ureditve. Pravilno je, da zakon določi tudi postopkovna pravila in s tem zagotovi postopkovni dostop do pravic, procesno varnost in s tem pravno varnost in predvidljivost ravnanja zavarovanih oseb in izvajalcev zdravstvene dejavnosti. ZZS lahko določi le podrobnejši način izvrševanja zakonskih določb.⁴⁴

Predvideva se ohranitev pomembne koordinacijske in dokumentacijske vloge izbranega osebnega zdravnika, ki ostaja vratar v svet zdravstvenih storitev.⁴⁵ Pri tem je morda vprašanje, zakaj je izbiro potrebno omejiti z *dvema* letoma (oziroma *petimi* leti v primeru osebnega zobozdravnika). Zavarovana oseba lahko v obstoječi ureditvi brez utemeljitve zdravnika zamenja že po enem letu, s čemer je bolj izražena avtonomija volje zavarovane osebe.

Če si zavarovana oseba izbere osebnega zdravnika zunaj mreže javne zdravstvene dejavnosti, stroškov zdravstvenih storitev ZZS ne krije. Sporna je lahko določba, da ZZS krije vse zdravstvene storitve te osebe, ki jih utemeljeno opravijo speci-

⁴³ Več Strban, 2009/2.

⁴⁴ Kar je večkrat ugotovilo tudi naše Ustavno sodišče. Več Strban, 2005, str. 152.

⁴⁵ Več o preprečitvi pojava *doctor hopping ali doctor shopping* Strban, 2004, str. 39.

alisti (tudi če niso vključeni v mrežo javne zdravstvene dejavnosti), v enaki višini, kot jih krije v primeru uveljavljanja pravic v skladu s predpisanimi postopki (torej znotraj mreže javne zdravstvene dejavnosti). To dejansko pomeni, da bo lahko zavarovana oseba, ko bo denimo diagnoza znana, šla (utemeljeno) h kateremukoli, tudi povsem zasebnemu specialistu (doma ali v tujini) in ZZZS bo moral povrniti stroške zdravljenja. Gre za korenito spremembo obstoječega sistema (iz sistema zagotavljanja zdravstvenih storitev v naravi v sistem povrnitve stroškov), za katero je vprašanje, če je najbolj primerna.

Posebno težavo pri uveljavljanju pravic do zdravstvenih storitev lahko predstavljajo čakalne dobe. Pri tem velja opozoriti, da *čakalne dobe in čakalne liste* ne smejo biti določeno zgolj administrativno torej glede na razpoložljiva sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja (kot to omenja predlagatelj). V skladu s pravom EU jih je potrebno presojati individualno.⁴⁶ Poleg tega je Sodišče EU 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.⁴⁷ Če enakih ali enako učinkovitih storitev brez nepotrebne odlašanja ni mogoče zagotoviti doma, ima zavarovana oseba lahko pravico do zdravljenja v tujini.

Predlagatelj novega ZZVZZ-1 pravilno predvideva, da bi moral osebni zdravnik zavarovancu dati *navodila o ravnanju* v času bolezni in poškodbe. Morda bi bilo primerno določiti obličnost navodil. Pisna navodila bi zdravnik lahko posredoval na vnaprej pripravljenem obrazcu. Pri tem se postavlja vprašanje, ali ima delodajalec kot stranka (denimo v postopku ugotavljanja začasne nezmožnosti za delo) neomejen vpogled v spis in s tem zdravstveno stanje svojega delavca. Pri tem trčita dve pravici, pravica delavca do zasebnosti in pravica delodajalca do obveščeniosti. Zdravstveni podatki (npr. o diagnozi, akutnem zdravljenju, rehabilitaciji) so posebej občutljivi osebni podatki, za katera veljajo strožja pravila glede zbiranja, obdelovanja in sporočanja. Morda na predpisanem obrazcu določena navodila ravnanja v času bolezni niso nujno zdravstveni podatek. Zato bi navodila morala biti dovolj splošna, da ne razkrijejo zdravstvenih podatkov in hkrati dovolj določna, da omogočijo nadzor nad ravnanjem zavarovanca.⁴⁸

⁴⁶ Glej denimo odločitev Sodišča EU v zadevi Watts, C-372/04, ZOdl. 2006, I-4325.

⁴⁷ Odločitev Sodišča EU v zadevi *Geraets-Smits/Peerbooms*, C - 157/99, ZOdl. 2001, I-5473.

⁴⁸ *Strban*, v Bubnov Škoberne/Strban, 2010.

5.2.1. Varstvo pravic do zdravstvenih storitev in stvari

Postopek varstva pravic, ko o njih odloča zdravnik, ki je izvedenec zavoda, je relativno določno urejen. Ta naj bi odločal denimo o utemeljenosti stacionarne medicinske rehabilitacije in na zahtevo delodajalca ali njegovega pooblaščenega zdravnika ponovno ugotavljal upravičenost zadržanosti z dela. Pri tem se postavlja vprašanje, ali ni postopek morda predolg, če je mogoče šele po odločitvi izvedenca zahtevati izdajo odločbe ZZZS. Socialno-upravno in strokovno odločanje le lahko združeno v eni osebi (sedaj denimo imenovanem zdravniku). Predlagatelj sicer nakazuje ustanovitev Zavoda za izvedensko medicino, ki ga bo verjetno moral urediti poseben zakon. Omemba v prehodnih določbah namreč ne more zadostovati.

Predlagatelj novega ZZVZZ pa ne predvideva odprave ene od pomembnejših pomanjkljivosti sedanje ureditve. Izvedenec ZZZS namreč ne bo pristojen odločati o utemeljenosti in primernosti posameznih preventivnih, diagnostičnih, terapevtskih ali rehabilitativnih ukrepov, ki jih je odredil pristojni zdravnik.

Na splošno velja opozoriti, da je (predvsem neformalnih) postopkov varstva pravic socialno zavarovanih pacientov veliko, morda celo preveč. Tako splošni in področni dogovori med nosilcem obveznega zdravstvenega zavarovanja in izvajalci zdravstvene dejavnosti zavezujejo slednje organizirati notranje pritožbene postopke, ki jih podrobneje uredijo z notranjimi pravnimi akti. Socialno zavarovani pacient lahko da pobudo za strokovni nadzor nad delom izvajalca, vendar v tem postopku nima statusa stranke. V skladu z ZPacP lahko morda zahteva prvo in drugo obravnavo kršitev pacientovih pravic (ni namreč jasno ali so ti postopki določeni tudi za socialno zavarovane paciente), za pomoč pri uveljavljanju pravic do zdravstvenih storitev lahko zaprosi ZZZS, zastopnika pacientovih pravic ali varuha pacientovih pravic (ki je eden od namestnikov Varuha človekovih pravic).⁴⁹

Poleg tega ima pravico do drugega mnenja. Pri tem ZPacP ostro loči med upravičeni zasebnega in socialno zavarovanega pacienta. Pravico do drugega mnenja lahko neomejeno uveljavlja zgolj zasebni pacient, če jo je seveda pripravljen plačati. Za socialno zavarovanega pacienta (v okviru mreže javne zdravstvene službe) so določene številne omejitve, ki ga odvrčajo od uveljavljanja pravice do drugega mnenja.⁵⁰ Pravica do drugega mnenja ne sme biti geslo, ki ga bo zava-

⁴⁹ Strban, 2009/1, str. 263.

⁵⁰ *Ibidem*, str. 262.

rovana oseba izrekla, da se bo zdravnik z njo pogovarjal. Ta dolžnost ga zadeva v okviru nekaterih drugih pravic, denimo pravic do obveščeniosti in sodelovanja, samostojnega odločanja o zdravljenju, upoštevanja vnaprej izražene volje.

ZPacP postopkovnega položaja socialno zavarovanega pacienta ni izboljšal, saj postopka ni uredil bolj pregledno, jasno in za pacienta lahko dostopno (sploh pa v 1. členu postopek uveljavljanja pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja prepušča ureditvi v posebnem zakonu, čeprav ga v nadaljevanju deloma ureja). Nasprotno, lahko bi trdili, da s številnimi neformalnimi postopki vnaša dodatno zmedo na področju uveljavljanja pravic do zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Pravicam neprilagojen postopek lahko ovira ali celo onemogoča (hitro) uveljavitev (materialne) pravice same. Poleg tega je samostojen pravno formalno določen postopek v korist socialno zavarovanega pacienta in izvajalca zdravstvene dejavnosti. Na ta način bi bilo omogočeno enako obravnavanje zavarovanih oseb v enakem zdravstvenem stanju. Predlagano je že bilo, da bi bilo morda primereno kot ugovorni organ oblikovati zdravniško komisijo v sestavi zdravnik izvajalca, zdravnik nosilca in neodvisni zdravnik.⁵¹ Omenjena komisija bi delovala pri nosilcu obveznega zdravstvenega zavarovanja, saj je ta dolžan socialno zavarovanemu pacientu zagotoviti zdravstvene storitve in stvari. Prav tako je o ostalih pravicah iz sistema socialnih zavarovanj praviloma določena pristojnost nosilca posameznega socialnega zavarovanja odločati o pravicah tudi na drugi stopnji v socialnem upravnem postopku.

6. DOPOLNILNO ZASEBNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE

V predlagani ureditvi ostaja *dopolnilno zdravstveno zavarovanje* (zavarovanje za doplačila) najpomembnejše prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Vendar tako kot doplačila, tudi zavarovanje zanje ni primerno urejeno. Premije so enake za vse zavarovance ne glede na njihove prihodke in število družinskih članov. Tako so lahko kljub prostovoljnemu zavarovanju za doplačila pravice nedostopne osebam z nekoliko nižjimi dohodki oziroma s slabšim premoženjskim stanjem in tistim z več družinskih članov.

⁵¹ Bubnov-Škoberne, 2003, str. 5.

Poleg tega je vprašljiv smisel zavarovanja za doplačila, saj se s tem nasprotuje namenu doplačil samih (zavedati se stroškov zdravljenja in njihovo zmanjševanje). Zavarovane osebe se zavedajo predvsem višine premije, ki jo morajo plačati, stroški pa niso nujno zmanjšani, temveč samo prevaljeni na zavarovane osebe.

Predlagatelj novega ZZVZZ-1 predvideva, da bi lahko dopolnilno zdravstveno zavarovanje ponujal tudi ZZZS. S tem bi postal zgolj eden od ponudnikov (konkurentov) dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (z ločenim upravljanjem, kar bi lahko povečalo stroške tega zavarovanja). ZZZS in vzajemne zavarovalnice bi ga upravljali nedobičkonosno, kar pa ne velja za zavarovalnice delniške družbe. Če dopolnilno zdravstveno zavarovanje res predstavlja javni interes Slovenije, potem bi ga morali vsi, ki ga ponujajo opravljati nedobičkonosno.

V javnem interesu bi morda bilo, ne samo da je dopolnilno zdravstveno zavarovanje nedobičkonosno, temveč da izvajanje nadzira država neposredno (ne preko agencij) in morda izvaja (samo) pravna oseba javnega prava. Še več, če so zdravstvene storitve in stvari v javni zdravstveni dejavnosti res v javnem interesu, bi morali doplačila odpraviti in te storitve zagotavljati v obveznem zdravstvenem zavarovanju, ki ga zavezanci financirajo sorazmerno s svojimi dohodki. Samo to bi ustrezalo temeljnemu načelu obveznega zdravstvenega zavarovanja prispevanja v skladu z ekonomsko zmožnostjo in prejemanja zdravstvenih storitev in stvari skladno s potrebo zdravstvenega stanja, kar odraža solidarno pravičnost. Poleg tega bi zmanjšali stroške upravljanja in porabo sredstev za namene zunaj obveznega zdravstvenega zavarovanja (denimo oglaševanje).

Če bi bila doplačila (v obsegu kot ga poznamo sedaj) odpravljena in se zanje ne bi bilo dopustno zasebno zavarovati, bi odpadla pravna podlaga (kavza) obstoječih zasebnih zavarovalnih pogodb (polic), ki bi s tem prenehale veljati. Zakonodajalec lahko doplačila uvede ali jih (v javnem interesu) ukine in s tem seveda kroji velikost morebitnega trga zasebnih zavarovalnic.

Z odpravo (obsežnih) doplačil bi se izognili številnim težavam, ki jih predstavljajo dopolnilna zdravstvena zavarovanja. Vprašljivo je predvideno plačevanje premij države (tudi dobičkonosna) zasebna dopolnilna zdravstvena zavarovanja. Naslednja težava je lahko izravnalna shema. Ta je običajna med nosilci obveznega zdravstvenega zavarovanja (denimo nova shema z oblikovanjem nem. *Gesundheitsfonds* leta 2009 v nemški ureditvi) in med zasebnimi zdravstvenimi zavarovalnicami, ki

upravljajo obvezno zdravstveno zavarovanje (denimo od 2006 v nizozemski ureditvi, ki je zelo posebna).⁵²

Vprašljiva pa je lahko med zasebnimi zdravstvenimi zavarovalnicami, ki upravljajo zasebna, prostovoljna zdravstvena zavarovanja. V zelo zanimivem primeru BUPA⁵³ je Sodišče prve stopnje (sedaj Splošno sodišče) presojalo skladnost irske izravnalne sheme med zasebnimi zavarovalnicami s konkurenčnim pravom EU. Evropska komisija je ugotovila, da shema ne predstavlja nedovoljene državne pomoči in je skladna s pravili notranjega trga. Temu je zasebna zavarovalnica BUPA nasprotovala. Sodišče je zavrnilo vse argumente zasebne zavarovalnice in dopustilo državi članici široko polje proste presoje pri določanju socialnih storitev splošnega ekonomskega pomena. S to, zelo pomembno odločitvijo je zagotovilo, da se socialne storitve ne izvajajo zgolj na konkurenčni podlagi. Kljub temu se zdi, da je irsko Vrhovno sodišče samo razveljavilo izravnalno shemo, saj je ugotovilo, da ni v skladu z irskim pravom. Tako je verjetno, da je slovenska ureditev edina v EU, kjer obstaja izravnalna shema med zasebnimi zavarovalnicami, ko le-te upravljajo prostovoljna zdravstvena zavarovanja.

Namesto, da bi predstavil določbe v smeri odprave obsežnega sistema doplačil in zavarovanja zanje, predvideva predlagatelj novo prostovoljno zavarovanje za doplačila. Tako sta dejansko predvideni *dve vrsti* dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj. Posebno zavarovanje naj bi bilo oblikovano za aktivnosti, ki presejajo povprečno zdravstveno tveganje in ZZZS krije samo do 40 odstotkov vrednosti zdravstvenih storitev in stvari. Torej bi se vsi, ki se rekreativno ukvarjajo z individualnim športom (denimo tekom, smučanjem) ali skupinskim športom (denimo košarko, nogometom) morali poleg splošnega zavarovanja za doplačila, še posebej zavarovati za tovrstna doplačila. Predlagana ureditev bi najbolj prizadele osebe, ki so tik nad pragom revščine (tudi osebe s srednje visokimi dohodki). Osebam pod pragom revščine naj bi doplačila tudi v prihodnje krila država, čemer se lahko povečuje ujetost v revščino. Bolj primerno bi bilo določiti poseben prispevek za obvezno zdravstveno zavarovanje osebam, ki se ukvarjajo z ekstremnimi aktivnostmi, ki očitno presegajo povprečna zdravstvena tveganja.

⁵² Strban, 2009/2.

⁵³ BUPA v Commission, T-289/03, Zodl. 2008, II- 81.

7. ZAKLJUČNE MISLI

Zakonodajalec je pred pomembno nalogo prilagoditi sistem socialne varnosti spremenjenim družbenim razmerjem. V ta namen je pripravljenih več zakonskih besedil, med katerimi je tudi predlog prenove obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki se v temeljih ne spreminja.

Nekatere predloge bi bilo potrebno še domisliti, predvsem z analizo pravnih in drugih posledic, ki jih lahko povzročijo. Predvsem bi bilo potrebno bolj pravno določno in popolno urediti pravice zavarovanih oseb. Obseg doplačil bi bilo primerno zmanjšati in doplačila kot jih poznamo sedaj ukiniti, s čemer bi lahko odpravili tudi težave z dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem. Prav tako bi bilo potrebno bolj določno urediti postopek uveljavljanja in varstva pravic do zdravstvenih storitev. Urejanje več pravno neformalnih postopkov ni najboljša rešitev in ne prispeva k pravni varnosti zavarovanih oseb in izvajalcev zdravstvene dejavnosti.

Zato se zdi primerno, da o predvidenih rešitvah (nekateri se ponavljajo že iz prejšnjih predlogov) razpravljamo čim bolj zgodaj, še v fazi osnutka zakona in s tem omogočimo čim boljše besedilo, ki bo zagotavljalo ustrezno zdravstveno varnost vsem zavarovanim osebam.

LITERATURA:

- Balažič, Jože, et. al.*: Zakon o pacientovih pravicah s komentarje, GV Založba, Ljubljana, 2009.
- Brulec, Urban, Pirc Musar, Nataša*: Zakon o pacientovih pravicah z uvodnimi pojasnili, GV Založba, Ljubljana, 2008.
- Bubnov Škoberne, Anjuta*: Pravni vidiki zdravstvene reforme, Pravna praksa, št. 41/2003, str. 4-5.
- Bubnov-Škoberne, Anjuta, Strban, Grega*: Pravo socialne varnosti, GV Založba, Ljubljana, 2010, v tisku.
- Lemut Strle, Rosana*, Kaj je in česa ni prinesel ZZVZZ-K, Delavci in delodajalci, št. 2-3/2009, str. 271-290.
- Novak, Mitja, Končar, Polonca, Bubnov-Škoberne, Anjuta (ur.) et. al.*: Konvencije Mednarodne organizacije dela s komentarjem, GV Založba, Ljubljana 2006.
- Strban, Grega*: Pravica do izbire osebnega zdravnika, Delavci in delodajalci, št. 1/2004, str. 27-48.
- Strban, Grega*, Temelji obveznega zdravstvenega zavarovanja, Cankarjeva založba, Ljubljana, 2005.

Strban, Grega, Nekateri primeri (ne)utemeljenega razlikovanja v pravu socialne varnosti Slovenije in ES, Delavci in delodajalci-posebna izdaja, 2007, str. 67-94.

Strban, Grega, Vpliv posebnega urejanja pacientovih pravic na postopek uveljavljanja pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, Delavci in delodajalci, št. 2-3/2009 (cit. 2009/1), str. 249-270.

Strban, Grega, Public Private Partnerships in Health Care, Atene, 2009 (cit. 2009/2), v tisku.

Strban, Grega, Vpliv neplačila prispevkov na obseg pravic iz socialnega zavarovanja, Pravosodni bilten, 2010, v tisku.

REFORM OF MANDATORY HEALTH INSURANCE

Grega Strban*

SUMMARY

In the Slovenian legal order, the fundamental human right to social security in case of disease or injury is guaranteed by the mandatory health insurance. It is regulated by the Health Care and Health Insurance Act from 1992 (followed by several modifications). Relations in the society are constantly changing, for instance due to the demographic changes and economic crisis. The rule of law demands from the legislature to adapt the legal system (especially social security law) to the ever changing social relations.

Hence the ministries are preparing new texts of the laws to be passed in the (near) future, among them also the new Health Care and Health Insurance Act. The question is not whether the new law should be passed, but what kind of solutions are to be suggested. Are they the most appropriate ones that will enable mandatory health insurance to fulfil its task, i.e. to provide necessary health care and income replacement in case of sickness or injury.

It is argued that the mandatory health insurance should be regulated in a separate legislative act, similar as other social insurances. Health care system is much broader and may encompass every individual, group or social activity to enable the highest attainable health level of the population.

Social insurance relation is established between the insured person and health insurance carrier. It is alleged, that in the new bill the insured persons are better defined than in the existing law. However, more could be done regarding definition of family members of the insured person. For instance, questions raised are, whether it is the best solution to cover children by taking into account only their study periods and not (also) their age. It is the age that is used as a criterion for establishing the maintenance duty of the parents. After reaching certain age, children are supposed to be economically active themselves and thus contributing to the mandatory health insurance.

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

There is a trend towards reconstructing social insurance carriers according to the model of lean management, i.e. reducing the number of bodies and the number of their members. However, what is more important is their structure, and the modification proposed is to the detriment of insured persons.

One of the core questions is which rights should be provided by the mandatory health insurance. It is suggested, that all the rights and their limitations should be regulated transparently in a single legislative act. Vast co-payments system (and supplementary insurance) could be abolished and risk equalisation schemes between private health insurances avoided. Also, when regulating the scope and duration of the sickness cash benefit, all legal consequences should be taken into account.

At the end of the day, the best substantive regulation is not worth much, if there is no adequate procedure which would allow for the rights to be enforced. Instead of many informal procedures, which are quite often regulated to the benefit of physicians rather than their patients, a single legally regulated procedure should be introduced. The board of physicians (including independent one) could have the competence to decide on the appeals of mandatory health insured patients.