



REPUBLIKA SLOVENIJA
DRŽAVNI SVET

Številka: 500-01-6/2020/6
Ljubljana, 16. 9. 2020

USTAVNO SODIŠČE
REPUBLIKE SLOVENIJE
Beethovnova 4
1000 LJUBLJANA

Državni svet Republike Slovenije je na 32. seji 16. 9. 2020, na podlagi tretje alineje prvega odstavka 23.a člena Zakona o Ustavnem sodišču (Uradni list RS, št. 64/07 – uradno prečiščeno besedilo, 109/12 in 23/20), sprejel

ZAHTEVO

za začetek postopka za oceno ustavnosti četrte alineje tretjega odstavka 6. člena Zakona o fiskalnem pravilu (Uradni list RS, št. 55/2015) s:

- **predlogom za začasno zadržanje izvrševanja četrte alineje tretjega odstavka 6. člena Zakona o fiskalnem pravilu (Uradni list RS, št. 55/2015) in**
- **predlogom za prednostno obravnavo.**

Obrazložitev:

Fiskalno pravilo od države zahteva, da je njen proračun skozi gospodarski cikel izravnani, kar se dosega skozi srednjeročno uravnoteženost prihodkov in izdatkov brez dolgoročnega financiranja. Na ta način lahko država med krizo ublaži cikel s proračunskim primanjkljajem, vendar mora med konjunkturo ustvarjati presežke in odplačevati javni dolg. Zakon o fiskalnem pravilu (Uradni list RS, št. 55/2015, v nadaljnjem besedilu: ZFisP) je bil sprejet kot izvedbeni zakon za uresničitev fiskalnega pravila, ki je bilo v Ustavo Republike Slovenije (Uradni list RS, št. 33/91-I, 42/97 – UZS68, 66/00 – UZ80, 24/03 – UZ3a, 47, 68, 69/04 – UZ14, 69/04 – UZ43, 69/04 – UZ50, 68/06 – UZ121, 140, 143, 47/13 – UZ148, 47/13 – UZ90, 97, 99 in 75/16 – UZ70a, v nadaljnjem besedilu: Ustava RS) vpeljana z Ustavnim zakonom o spremembi 148. člena Ustave Republike Slovenije (Uradni list RS, št. 47/2013). Skladno s 6. členom ZFisP se v Okviru za pripravo proračunov sektorja država (v nadaljnjem besedilu: OkvPSD) za posamezna leta določi tudi najvišji obseg izdatkov za zdravstveno blagajno (četrta alineja tretjega odstavka 6. člena ZFisP). Določba četrte alineje tretjega odstavka 6. člena ZFisP je v nasprotju z Ustavo RS, saj

določitev najvišjega obsega izdatkov za zdravstveno blagajno (v nadaljevanju: izdatkov obveznega zdravstvenega zavarovanja) v OkvPSD zmanjšuje učinkovitost sistema zdravstvenega varstva in zmanjšuje kakovost zdravstvene oskrbe, obenem pa država zadržuje in omejuje porabo strogo namenskih sredstev, zbranih z obveznimi prispevki zavarovancev. Na ta način se nesorazmerno posega v načela in človekove pravice, določene v 2., 3., 50., 51. in 14. členu Ustave RS, kar bo podrobneje obrazloženo v nadaljevanju, zato vlagatelj zahteve poziva Ustavno sodišče, da podrobneje prouči kršitev navedenih ustavnih določb.

1. PREDSTAVITEV STANJA

V Republiki Sloveniji je po statističnih podatkih pričakovana življenjska doba ob rojstvu 78,5 leta za moške in 84,22 leta za ženske.¹ Glede na statistične podatke o prebivalstvu je v zadnjih tridesetih letih naravni prirast konstantno pod 2 na 1.000 prebivalcev, v letih 2017 in 2018 pa je bil naravni prirast negativen (-0,1 oz. -0,4). Obenem se število oseb, starejših od 60 let, povečuje: leta 2007 je živel 429.023 oseb v starosti nad 60 let, leta 2019 pa 571.883, kar pomeni, da se je število oseb, starejših od 60 let, v dvanajstih letih zvišalo za 33,3 %. Pri tem po številčnosti izstopa starostna skupina med 60 in 69 let, konstantno pa se povečuje tudi število oseb, starejših od 90 let.² Staranje prebivalstva je razvidno tudi iz spremembe razmerja med vzdrževano in delovno aktivno populacijo³ - leta 2016 je tako bilo na 100 delovno aktivnih oseb 50,1 vzdrževane osebe, leta 2018 pa je vzdrževanih že nad 53 %. Višje vrednosti teh kazalnikov so v korelaciji z višjimi izdatki za zdravstvo, pa tudi z večjimi potrebami po dolgotrajni oskrbi: ob relativno nizki rodnosti in visoki pričakovani življenjski dobi je, glede na navedeno, v Sloveniji vedno več starega prebivalstva, zaradi neugodne demografske strukture, spremembe načina življenja, razvoja medicine in drugih dejavnikov pa se kažejo vse večje potrebe po zagotavljanju zdravstvenih storitev. Tako je npr. število predpisanih receptov (izdaj) na prebivalca leta 2019 bilo 8,54⁴ kar je več kot v 2018, ko je bilo predpisanih 8,41 recepta na prebivalca, to pa je bilo v primerjavi z 2017 višje za 1,2 %. Poraba zdravil, merjena v definiranih dnevni odmerkih (DDD), se je 2019 v primerjavi z 2018 zvišala za 2,9 % (leto prej za 1,8 %); poraba zdravil na posameznika, ki je prejel zdravilo, se je 2019 povečala za 2,5 % v primerjavi z 2018, v zadnjih petih letih pa se je povprečno večala za 1,1 % letno. Navedeni podatki kažejo na to, da se število receptov in poraba zdravil na recept vztrajno povečuje, kar je pripisati daljši življenjski dobi populacije, ki prejema zdravila, in intenzivnejšemu zdravljenju bolezni z vse več zdravili. Opazen je tudi trend rasti odločanja organov Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZZS) o bolniškem staležu, več izdanih odločb je tudi na področju zdraviliškega zdravljenja, več je predlogov na področju zoboprotetične rehabilitacije.⁵ Leta 2019 se je skupni odstotek bolniškega staleža

¹ Gl. Statistični urad Republike Slovenije, podatki dostopni na <https://www.stat.si/StatWeb/Field/Index/17/95> (23. 6. 2020).

² Podatki o starostni strukturi prebivalcev Slovenije so dostopni prek spletne strani Statističnega urada Republike Slovenije (28. 1. 2020).

³ Glej poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2018, dostopno na: <http://www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzs.nsf/o/2ADB33085127846AC1256E86003EDAA9>, str. 15 in nasl.

⁴ Glej poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2019, dostopno na: <https://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/o/968A5DF3E47B29B4C125851C0035369D?OpenDocument> (2. 7. 2020), str. 158.

⁵ Podatki v nadaljevanju so povzeti iz poslovnih poročil ZZZS za 2018 in za 2019, razen če je izrecno navedeno drugače.

po štirih letih zaporedne rasti ustalil na 4,6. V primerjavi z 2017 so 2018 bolniške odsotnosti v povprečju trajale dlje in so predstavljale višji delež izgubljenih dni. Po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje (v nadaljevanju: NIJZ) je bilo zaradi začasne nezmožnosti za delo v Sloveniji 2019 izgubljenih skupaj 12.412.387 delovnih dni, kar je 2,4 % več kot 2018. V povprečju je 2018 ena odsotnost zaposlenega trajala 14,93 dneva, kar je pol dneva dlje kot 2017.⁶ Stalno rast izkazujejo tudi podatki o t. i. dolgotrajnih bolniških staležih (nad 45 dni). Poleg sistemske odsotnosti omejitev trajanja bolniškega staleža in pomanjkanja pravočasne in učinkovite medicinske ter nato poklicne rehabilitacije, na trajanje bolniškega staleža nedvomno vplivajo tudi čakalne dobe za diagnostiko in zdravljenje.⁷ Zvišujejo se tudi izdatki, ki se financirajo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Tako so npr. realizirani izdatki za zdravila in živila 2019 znašali 336.995.731 EUR in so se glede na preteklo leto povečali (2018 so znašali 330.964.155 EUR), ob tem, da je petletno povprečje nominalne rasti od 2014 do 2018 znašalo 2,4 % letno, realne rasti pa 1,8 % letno. Vsaj eno zdravilo na recept v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja je bilo 2019 predpisano 1.527.618 zavarovancem, kar je več kot 2018, ko je bilo vsaj eno zdravilo predpisano 1.521.395 zavarovancem.

ZFisP določa, da se za pripravo proračunov pripravi okvir sektorja država (6. člen ZFisP). Skladno z definicijo, podano v Uredbi (EU) št. 549/2013 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 21. 5. 2013 o Evropskem sistemu nacionalnih in regionalnih računov v Evropski uniji (v nadaljnjem besedilu: Uredba (EU) št. 549/2013) sektor država sestavljajo institucionalne enote, ki so netržni proizvajalci, katerih proizvodnja je namenjena individualni in kolektivni potrošnji in se financirajo z obveznimi plačili enot, ki pripadajo drugim sektorjem, in institucionalne enote, ki se v glavnem ukvarjajo s prerazdeljevanjem nacionalnega dohodka in premoženja. V Sloveniji sektor država vključuje izdatke štirih javnofinančnih blagajn: državnega proračuna, občinskih proračunov, pokojninske in zdravstvene blagajne. Z OkvPSD se v skladu s 3. členom ZFisP za posamezna leta določi ciljni saldo sektorja država in najvišji obseg izdatkov sektorja država, pri čemer je določen tudi najvišji obseg izdatkov za zdravstveno blagajno. OkvPSD sprejema Državni zbor Republike Slovenije (v nadaljevanju: DZ) na predlog Vlade Republike Slovenije (v nadaljevanju: Vlada) vsako leto za najmanj tri prihodnja leta. Odlok o okviru za pripravo proračunov sektorja država (v nadaljevanju: OdPSD) je v nadaljevanju podlaga za pripravo državnega proračuna. Vsaka sprememba OkvPSD za sabo potegne spremembo OdPSD in rebalans proračuna. Skladno s četrto alinejo tretjega odstavka 6. člena ZFisP so del OkvPSD tudi izdatki za zdravstveno blagajno, t. j. izdatki obveznega zdravstvenega zavarovanja. S tem OkvPSD postavlja okvir uporabe namensko zbranih prispevkov za zdravstveno zavarovanje in finančne okvire delovanja ZZZS ter okvir uresničevanja ustavnih pravic do socialne varnosti in zdravstvenega varstva. Demokratično izvoljeni parlament ima sicer široko polje proste presoje pri sprejemanju odločitev o višini proračunskih sredstev in o njihovi razporeditvi, vendar v zvezi z razporejanjem prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje velja

⁶ Vir: NIJZ Podatkovni portal, <https://www.nijz.si/sl/podatki/novo-na-nijz-podatkovnem-portalu-koliko-delovnih-dni-smo-izgubili-v-lanskem-letu> (22. 10. 2019).

⁷ Da čakalne vrste onemogočajo ustrezno dostopnost do zdravstvenih storitev in vplivajo na trajanje bolniških odsotnosti, opozarjajo tudi z Gospodarske zbornice Slovenije, gl. članek v časopisu Delo, objavljen 14. 10. 2019, dostopno na <https://www.delo.si/novice/slovenija/cakalne-vrste-slaba-dostopnost-zdravstvenih-storitev-237581.html> (7. 11. 2019); v zvezi z vplivom čakalnih dob na delovno zmožnost gl. tudi <http://www.rtvsllo.si/zdravje/novice/nekateri-delajo-v-zadnjem-stadiju-raka-drugi-dolgo-doma-zaradi-minornih-tezav/503831> (11. 11. 2019).

upoštevati, da gre za strogo namensko zbrana sredstva, ki niso prihodek proračuna, ter da si je glede porabe teh sredstev zakonodajalec polje proste presoje omejil z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ, 64/17 – ZZDej-K in 36/19, v nadaljnjem besedilu: ZZVZZ).

ZZZS je skladno s tretjim odstavkom 12. člena ZZVZZ nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja. Skladno z drugim odstavkom 13. člena ZZVZZ se z obveznim zavarovanjem zavarovanim osebam zagotavlja plačilo zdravstvenih storitev, nadomestilo plače med začasno zadržanostjo od dela in povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev. Sredstva za te storitve se skladno s prvim odstavkom 45. člena ZZVZZ zagotavljajo s prispevki, ki jih plačujejo zavarovanci, delodajalci in drugi z ZZVZZ določeni zavezanici. Gre torej za strogo namenska sredstva, zbrana iz prispevkov zavezancev, ki se skladno z drugim odstavkom 45. člena ZZVZZ plačujejo od osnov, določenih v zakonu, po proporcionalnih stopnjah. Na ta način se zagotavlja uresničevanje načela solidarnosti, saj so zavarovanci glede na svoje zmožnosti obravnavani enako (vplačujejo sorazmerno s svojimi prejemki), obenem pa so pri uveljavljanju pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja upravičeni do obsega storitev, ki ni odvisen od absolutnega vplačanega zneska, ampak od njihovega zdravstvenega stanja. Glede na navedeno ZZZS ni proračunski uporabnik, saj se obvezno zdravstveno zavarovanje (zdravstvena blagajna) financira izključno iz namenskih prispevkov, prav tako pa ne izvaja nalog države, kljub temu pa je glede na sedanjo ureditev zajet v OkvPSD, zato o obsegu izdatkov (in s tem o obsegu izvajanja storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja) odloča politični organ. Ob navedenem velja opozoriti, da niti Pravilnik o določitvi neposrednih in posrednih uporabnikov državnega in občinskih proračunov (Uradni list RS, št. 46/03), ki opredeljuje neposredne in posredne uporabnike državnega oz. občinskih proračunov, ZZZS ne uvršča med proračunske uporabnike, ampak ga uvršča v posebno skupino subjektov, ki se obravnavajo kot posredni proračunski uporabnik. Za ZZZS tako velja enaka ureditev kot za posredne proračunske uporabnike, četudi dejansko ni proračunski uporabnik.

Izpodbijana določba četrte alineje tretjega odstavka 6. člena ZFisP ima za posledico zmanjšanje učinkovitosti javnega zdravstvenega sistema in podaljševanje čakalnih dob, kar pomeni manj kakovostno zdravstveno oskrbo, do katere upravičenci, glede na klinične smernice za konkretno bolezensko stanje, ne uspejo vedno priti pravočasno, zaradi česar se povečuje tudi obseg zdravljenja v tujini (predvsem drugih državah članicah Evropske unije).⁸ Zaradi vključenosti v OkvPSD namreč

⁸ Zavarovane osebe imajo, v skladu z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ) in Pravili obveznega zavarovanja, pravico do pregleda, preiskave ali zdravljenja v tujini ob pogoju, da so v Sloveniji izčrpane možnosti zdravljenja (44.a člen ZZVZZ), da je v Sloveniji presežena dopustna čakalna doba ali razumen čas (44.b člen ZZVZZ) in ko se zavarovana oseba odloči za zdravljenje v drugi državi članici EU na podlagi napotnice oz. predhodne odobritve ZZZS (44.c člen ZZVZZ). V skladu s 44.b členom je ZZVZZ leta 2018 odobril 16 vlog (10 vlog 2017), v skladu 44.c členom ZZVZZ pa je prejel 1.604 vloge (1.670 vlog 2017) za povračilo stroškov specialističnega in bolnišničnega zdravljenja, nabavo medicinskih pripomočkov in zdravil v drugi državi članici EU. Največ vlog za povračilo stroškov se nanaša na storitve, opravljene v sosednjih državah (Hrvaška, Italija, Avstrija). Na podlagi Direktive 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta o uveljavljanju pravic pacientov na področju čezmejnega zdravstvenega varstva je ZZZS 2018 zavarovanim osebam povrnil 309.540,82 EUR za povračilo stroškov opravljenih zdravstvenih storitev oz. nabavljenih medicinskih pripomočkov ali zdravil v drugi državi članici EU, 2017 pa 288.441,67 EUR, kar pomeni 7,3 % porast.

ZZZS kot nosilec financiranja nima možnosti, da bi obseg zdravstvenih storitev pravočasno prilagodil potrebam in razpoložljivim sredstvom, ampak je omejen z najvišjim obsegom izdatkov za zdravstveno blagajno, kot ga določa OkvPSD, in je s tem vezan na politično voljo Vlade in DZ. Najvišji obseg izdatkov, ki je določen z OkvPSD, ZZZS ne sme preseči niti v primeru, ko dejansko razpolaga z višjimi sredstvi, ampak mora za uporabo razpoložljivih sredstev, ki presegajo prvotno predviden znesek, najprej izposlovati spremembo OkvPSD in rebalans državnega proračuna. S tem izpodbijana določba ZFisP onemogoča ZZZS, da bi zavarovancem zagotavljal zdravstvene storitve v skladu z dejansko razpoložljivimi sredstvi, v primernem času glede na njihove dejanske potrebe in klinične smernice, prihaja pa tudi do (nepotrebnih) čakalnih dob in s tem do kršitev pravic pacientov. Zaradi omejitev, izhajajočih iz OkvPSD in vezanosti na odločitev DZ, kljub razpoložljivim sredstvom, tako ni vedno možno zagotoviti potrebnega obsega storitev v primernem času, skladno s stopnjo nujnosti, ki jo zahteva zdravstveno stanje posameznega zavarovanca, in skladno z Zakonom o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08 in 55/17, v nadaljevanju: ZPacP). Obseg sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki se lahko porabi v posameznem letu (najvišji obseg izdatkov zdravstvene blagajne), je tako odvisen od politične volje in ne (samo) od dejansko razpoložljivih sredstev, s čimer je onemogočeno optimalno načrtovanje in ažurno prilagajanje morebitnim spremenjenim okoliščinam. Na ta način se zadržuje in omejuje poraba strogo namenskih sredstev ter posega v avtonomijo ZZZS. Kot je že bilo navedeno, so skladno s 45. členom ZZVZZ vir financiranja obveznega zdravstvenega varstva prispevki, ki jih plačujejo zavezanci, določeni v ZZVZZ, tako da so to strogo namenska sredstva, ki jih ni dopustno uporabiti za druge (proračunske) namene.

2. OČITANE KRŠITVE USTAVE

Slovenija je v 2. členu Ustave RS opredeljena kot socialna država. Upoštevajoč načelo socialne države mora država pri oblikovanju predpisov, njihovem izvrševanju in interpretaciji usklajeno upoštevati interese vseh skupin prebivalstva, še posebej tistih s slabšim socialno-ekonomskim položajem oz. tistih, ki zaradi svojega šibkejšega položaja v razmerju do drugih skupin prebivalstva ne morejo sami enakovredno uveljavljati svojih pravic.⁹ V pojem socialne države so vpeta načela univerzalnosti, solidarnosti in enakosti¹⁰, človekovo dostojanstvo, socialna pravičnost,

Zavarovane osebe so pri tem najpogosteje nabavile medicinske pripomočke za vid (očala), med storitvami pa je največ vlog za povračilo stroškov opravljene preiskave elektromiografije (EMG-testiranje živčne prevodnosti; po podatkih iz baze www.cakalnedobe.si in <https://cakalnedobe.ezdrav.si/> se čakalne dobe za to storitev v Sloveniji gibljejo med 71 in 293 dnevi po napotnici »redno« oz. med 53 in 232 dnevi po napotnici »hitro«), operacije na ožilju ter storitve s področja ortopedije (kjer so čakalne dobe v Sloveniji »znamenito« dolge. Za prvi žilno kirurški pregled so npr. čakalne dobe 0 do 547 dni po napotnici »redno« in 0 do 231 dni po napotnici »hitro«; za operacijo krčnih žil (te opravlja 18 izvajalcev) pa so čakalne dobe od 25 do 1.053 dni (»redno«) oz. 1 do 384 (»hitro«). Katetrski žilni poseg na arterijah in venah opravlja samo en izvajalec (UKC Ljubljana – Interna klinika), pri katerem se na poseg čaka 23 dni (»redno«) oz. 38 dni (»hitro«). Čakalne dobe za prvi ortopedski pregled se gibljejo od 15 do 900 dni (»redno«) ter 14 do 688 dni (»hitro«). Pri predvidenih čakalnih dobah na prvi pogled negativno izstopata območji Maribora in Ptujja.)

⁹ Gl. komentar k 2. členu Ustave RS, v: Komentar Ustave Republike Slovenije / urednik Lovro Šturm; [avtorji France Arhar .. et. al.]. – Ponatis. – Kranj: Fakulteta za državne in evropske študije, 2010.

¹⁰ Ustavno sodišče je npr. v odločbi št. U-I-24/7 z dne 4. 10. 2007 zavzelo stališče, da solidarnost (načelo solidarnosti) izvira iz načela socialne države; podobno je v odločbi št. U-I-36/00 z dne 11. 12. 2003 zavzelo stališče, da spoštovanje načela solidarnosti ne nasprotuje načelu socialne države (2. člen Ustave RS) in tudi ne iz njega izvirajoči pravici do socialne varnosti (50. člen Ustave RS).

vzajemnost.¹¹ Načelo socialne države je dodatno konkretizirano v 50. členu Ustave RS (pravica do socialne varnosti) in v 51. členu Ustave RS (pravica do zdravstvenega varstva).

Pomen načela socialne države izhaja tudi iz mednarodnih aktov tako na univerzalni kot na regionalni ravni. Socialne pravice so namreč zagotovljene z namenom kakovostnega uresničevanja drugih pravic in svoboščin. Pravica do zdravstvenega varstva je ena od pomembnejših socialnih pravic, ki zajema tudi odškodninsko odgovornost države za čakalne vrste in večji obseg zaščite pacientov pri iskanju najboljše možne oskrbe doma ali v tujini. Pomen zdravja se kaže skozi varstvo, ki ga nudijo številni mednarodnopravni instrumenti, kot so npr. Splošna deklaracija človekovih pravic (prvi odstavek 25. člena), Mednarodni pakt o ekonomskih, socialnih in kulturnih pravicah (prvi odstavek 12. člena), Ustava Svetovne zdravstvene organizacije (preambula), Konvencija Združenih narodov o otrokovih pravicah (prvi odstavek 24. člena), konvencije Mednarodne organizacije dela, na regionalni ravni, pa tudi Evropska socialna listina (11. in 13. člen), Konvencija o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin z dne 4. 11. 1950, spremenjena s protokoli št. 3, 5 in 8 ter dopolnjena s protokolom št. 2 (skozi široko razlago določb, s katerimi so varovane druge konvencijske pravice - npr. 2., 3., 5., 8. člen), Pogodba o delovanju Evropske unije (168. člen) in Listina Evropske unije o temeljnih pravicah (35. člen). Organizacija združenih narodov je na zasedanju Generalne skupščine 10. 10. 2019 sprejela Resolucijo o univerzalni dostopnosti zdravstvenega varstva¹², v kateri je potrjena zaveza k zagotavljanju čim širšega zdravstvenega varstva, zdravje pa je opredeljeno kot pogoj in kazalec socialnih, ekonomskih in okoljskih dimenzij trajnostnega razvoja. Obenem je izražena ponovna potrditev, da ima vsak človek pravico do čim višjega standarda zdravja, v zvezi s čimer je priznan pomen enakosti, socialne pravičnosti in mehanizmov socialnega varstva.

Pravica do socialne varnosti iz 50. člena Ustave RS se uresničuje tudi s socialnimi zavarovanji, med katere že Ustava RS v drugem odstavku 50. člena všteva tudi obvezno zdravstveno zavarovanje (za tega je v četrti alineji tretjega odstavka 6. člena ZFisP uporabljen izraz »zdravstvena blagajna«). S tem so poudarjene vse značilnosti javnih, socialnih zavarovanj¹³, med katerimi so načela vzajemnosti, solidarnosti in samouprave. Slednja je pravna, organizacijska in politična.¹⁴ Država si mora prizadevati za zagotavljanje enakih možnosti za uresničevanje pravic v praksi, pri tem pa ima v skladu z načelom socialne države pozitivno ustavno obveznost, da sprejme ustrezne politike, programe, ukrepe in predpise, ki urejajo področja, pomembna za uresničevanje socialne države. Kljub temu, da na oblikovanje zdravstvenega sistema v posamezni državi vpliva mnoštvo različnih interesov in ideoloških prepričanj, je dolžnost države, da zagotovi vse oblike dostopa do kakovostnih zdravstvenih storitev vsem prebivalcem in ekonomsko aktivnim osebam

¹¹ Več o tem gl. Anjuta Bubnov Škoberne, Grega Strban: Pravo socialne varnosti, Ljubljana: GV Založba, 2010.

¹² Political declaration of the high-level meeting on universal health coverage, dostopna na

<https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/07/FINAL-draft-UHC-Political-Declaration.pdf> (3. 2. 2020).

¹³ Socialna zavarovanja so zakonska, javna in praviloma obvezna zavarovanja za socialna tveganja oz. socialne primere, ki povzročijo izpad oz. izgubo plače ali zaslužka zaradi začasne ali trajne nezmožnosti za delo ali brezposelnosti, in zavarovanja za zdravstveno varstvo. Več o značilnostih javnih, socialnih zavarovanj gl. Anjuta Bubnov Škoberne, Grega Strban: Pravo socialne varnosti, GV Založba, Ljubljana 2010.

¹⁴ Več o tem gl. Grega Strban, Temelji obveznega zdravstvenega zavarovanja, Cankarjeva založba, Ljubljana 2005.

na njenem ozemlju.^{15,16} Med pomembnejšimi vidiki dostopa do zdravstvenih storitev so ekonomski, časovni, geografski, postopkovni in informacijski dostop do zdravstvenih storitev.¹⁷ Skladno z načelom enakosti (14. člen Ustave RS) je pri tem treba zagotoviti enako dostopnost, uporabo in kakovost razpoložljivih zdravstvenih storitev za enake zdravstvene potrebe, ne glede na osebne okoliščine uporabnika.¹⁸ Neenaka obravnava posameznikov zaradi neupoštevanja gmotnega stanja je lahko v nasprotju z ustavnimi načeli socialne države, enakosti (pri čemer je izrecno prepovedano razlikovanje na podlagi gmotnega stanja) in s pravicami do socialne varnosti ter do zdravstvenega varstva. Temeljno pri zagotavljanju pravice do zdravstvenega varstva je tako načelo enake dostopnosti do zdravstvenega varstva. To načelo dopolnjuje načelo solidarnosti. Horizontalno solidarnost krepi vključitev vseh delavcev, upokojencev, brezposelnih prejemnikov denarnih dajatev, javnih uslužbenecv, samozaposlenih oseb, kmetov itd. Vertikalno solidarnost krepi vključitev vseh zavarovancev, ne glede na višino prihodka (vključene so npr. osebe z visokimi dohodki in prejemniki trajne denarne socialne pomoči). Načelo solidarnosti se izraža skozi to, da prispevke za obvezno zdravstveno zavarovanje plačujejo zavarovanci in drugi zavezanci sorazmerno s svojimi materialnimi možnostmi (v zakonsko določenem odstotku), zdravstvene pravice pa uveljavljajo glede na potrebe svojega zdravstvenega stanja, poleg tega pa je vzpostavljena tudi tako imenovana horizontalna solidarnost med moškimi in ženskami ter med bolnimi in zdravimi zavarovanci, ne glede na njihove osebne okoliščine. Poleg ZZVZZ, ki ureja način uresničevanja mednarodne in ustavne temeljne človekove pravice do socialne varnosti ob nastanku bolezni ali poškodbe in za njuno preprečevanje, ter pravice do zdravja in zdravstvenega varstva, uresničevanje pravice do zdravstvenega varstva urejata tudi Zakon o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13, 88/16 – ZdZPZD, 64/17, 1/19 – odl. US in 73/19, v nadaljevanju: ZZDej) in Zakon o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08 in 55/17, v nadaljevanju: ZPacP).

Ustava RS s pravico vsakogar do zdravstvenega varstva iz 51. člena pomembno dopolnjuje pravico do socialne varnosti. Z njo je zagotovljen ne samo geografski, časovni, informacijski in postopkovni, temveč tudi ekonomski (finančni ali materialni)

¹⁵ Communication from the Commission, Working together, working better: A new framework for the open coordination of social protection and inclusion policies in the European Union. COM(2005) 706 final, Brussels, 22 December 2005. Communication from the Commission, A renewed commitment to social Europe: Reinforcing the Open Method of Coordination for Social Protection and Social Inclusion COM(2008) 418 final, Brussels, 2 July 2008.

¹⁶ Na naddržavni ravni npr. Konvencija o varstvu človekovih pravic in dostojanstva človeškega bitja v zvezi z uporabo biologije in medicine: konvencija o človekovih pravicah v zvezi z biomedicino (tudi: Oviedska konvencija) izrecno poudarja pravičen dostop (ang. equitable access) do zdravstvenih storitev. V 3. členu tako določa, da države pogodbenice ob upoštevanju zdravstvenih potreb in razpoložljivih virov sprejmejo ustrezne ukrepe, da v okviru svoje jurisdikcije zagotovijo pravično dostopnost zdravstvenega varstva ustrezne kakovosti. Konvencijo je Slovenija ratificirala že leta 1998 z Zakonom o ratifikaciji Konvencije o varstvu človekovih pravic in dostojanstva človeškega bitja v zvezi z uporabo biologije in medicine (Konvencija o človekovih pravicah v zvezi z biomedicino) in Dodatnega protokola o prepovedi kloniranja človeških bitij h Konvenciji o varstvu človekovih pravic in dostojanstva človeškega bitja v zvezi z uporabo biologije in medicine (Uradni list RS – Mednarodne pogodbe, št. 17/98).

¹⁷ Tako Grega Strban: Predvidene novosti v obveznem zdravstvenem zavarovanju, v: Delavci in delodajalci, Ljubljana: Inštitut za delo, Pravna fakulteta, št. 4/2017.

¹⁸ Osnutek novega Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-1) tako npr. izrecno omenja sposobnost plačila kot okoliščino, ki ne sme biti podlaga razlikovanju med zavarovanci.

dostop do zdravstvenih storitev (zdravstvenega varstva).¹⁹ Ustavno varovano jedro pravice iz prvega in drugega odstavka 51. člena Ustave RS predstavljajo medsebojno tesno povezane prvine dostopanja do zdravstvenih storitev, ki opredeljujejo pozitivne obveznosti zakonodajalca na področju varovanja zdravja, in sicer²⁰:

1. razpoložljivost zdravstvenih dobrin in storitev ter zdravstvenih ustanov;
2. dostopnost do zdravstvenih dobrin, storitev in ustanov, ki vključuje ustrezno raven časovnega, informacijskega, ekonomskega in geografskega dostopa do zdravstvenih dobrin, storitev in ustanov;
3. zdravstvene storitve morajo biti zagotovljene v skladu s strokovnimi medicinskimi oz. zdravstvenimi standardi, biti morajo etično sprejemljive in upoštevati kulturne značilnosti in posebnosti;
4. zdravstvene storitve morajo biti za pacienta varne, primerne in ustrezne kakovosti.

Pravica do socialne varnosti (50. člen Ustave RS) in pravica do zdravstvenega varstva (51. člen Ustave RS) sta pravici pozitivnega statusa in predstavljata izpeljavo načela socialne države (2. člen Ustave RS). Pri konkretizaciji in uresničevanju načela socialne države ima zakonodajalec široko polje presoje, vendar mora pri tem upoštevati ustavnopravno jedro pravice in spoštovanje ustave tako v formalnem kot v materialnem smislu. Pri tem je tudi na področju zagotavljanja pravice do zdravstvenega varstva treba spoštovati načelo enakosti pred zakonom in prepoved diskriminacije (14. člen Ustave RS). Država je zavezana k vzpostavitvi sistema, ki omogoča materialno dostopnost zdravstvenih storitev vsem, ki potrebujejo takšne storitve, ter da zagotovi vzpostavitev in delovanje sistema zdravstvene službe, ki je sposobna nuditi zdravstvene storitve.²¹ Zakonodajalec sme ustavno varovane pravice posameznika omejiti le s pravicami drugih subjektov in v tem okviru tudi v javnem interesu.²² Pri tem morajo biti cilji zakonodajalca opredeljivi, razumni in ustavno legitimni.

Z vidika posameznika je v okviru pravice do zdravstvenega varstva kot človekove pravice najpomembnejša zahteva po zagotovitvi dostopnosti zdravstvenih služb in ustrezne kakovosti zdravstvenih storitev, pri čemer je, skladno s 14. členom Ustave RS, razlikovanje med posamezniki glede na njihov gmotni položaj nedopustno.²³ Ustavno sodišče je že izrazilo stališče, da je zagotovitev polne materialne dostopnosti zdravstvenih storitev del pravice do zdravstvenega varstva (gl. odločbo Ustavnega sodišča RS, št. U-I-277/05-32 z dne 9. 2. 2006) ter da je treba

¹⁹ Prav tam.

²⁰ Gl. komentar k 51. členu Ustave RS, v: Komentar Ustave Republike Slovenije : [znanstvena monografija] / [avtorji Matej Avbelj ... et. al.]; uredil Matej Avbelj. – 1. natis. – Nova Gorica : Nova univerza, Evropska pravna fakulteta, 2019, Del 1: Človekove pravice in temeljne svoboščine.

²¹ Gl. komentar k 51. členu Ustave RS, v: Komentar Ustave Republike Slovenije / urednik Lovro Šturm; [avtorji France Arhar .. et. al.]. – Ponatis. – Kranj : Fakulteta za državne in evropske študije, 2010.

²² Gl. tudi komentar k 2. členu Ustave RS, v: Komentar Ustave Republike Slovenije / urednik Lovro Šturm; [avtorji France Arhar .. et. al.]. – Ponatis. – Kranj : Fakulteta za državne in evropske študije, 2010.

²³ Diskriminacija je v nasprotju tudi s 14. členom Konvencije o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin z dne 4. 11. 1950 (Zakon o ratifikaciji Konvencije o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin, spremenjene s protokoli 3, 5 in 8 ter dopolnjene s protokolom št. 2, ter njenih protokolov št. 1, 4, 6, 7, 9, 10 in 11 (EKČP), Uradni list RS (mednarodne pogodbe), št. 7-41/1994).

posameznikom pri urejanju pravice do socialne varnosti v največji možni meri zagotoviti ekonomsko varnost in človekovo dostojanstvo (gl. odločbo Ustavnega sodišča RS, št. Up-794/11 z dne 21. 2. 2013). Pri vprašanju omejitev pravice do zdravstvenega varstva je treba dopustnost ukrepa, ki pomeni omejitev, presojati z uporabo strožjega testa sorazmernosti.²⁴ Šele če poseg prestane vse tri vidike testa, je ustavno dopusten.²⁵

Slovenija je kot socialna država (2. člen Ustave RS) odgovorna, da ustvarja možnosti za dostojno življenje posameznika, kar se odraža prek ukrepov za zagotavljanje socialne varnosti in dostojnega življenja od rojstva do smrti. Pri tem mora poskrbeti za učinkovito zdravstveno varstvo ter zagotoviti, da bodo posamezniki deležni potrebnih zdravstvenih storitev v primernem času glede na njihovo zdravstveno stanje, vse z namenom, da se vsem zagotovi najvišjo možno stopnjo zdravja. Zdravje in pravica do zdravja sta tudi v Obrazložitvi proračuna Republike Slovenije za leto 2020 deklarirana kot temeljni vrednoti.²⁶ Zdravstveno varstvo obsega sistem družbenih, skupinskih in individualnih aktivnosti, ukrepov in storitev za krepitev zdravja, preprečevanja bolezni, zgodnje odkrivanje, pravočasno zdravljenje, nego in rehabilitacijo obolelih in poškodovanih.²⁷ Skladno s prvim odstavkom 2. člena ZZVZZ ima vsakdo pravico do najvišje možne stopnje zdravja in dolžnost skrbeti za svoje zdravje. V prvem odstavku 3. člena ZZVZZ je določeno, da Republika Slovenija z ukrepi gospodarske, ekološke in socialne politike ustvarja pogoje za uresničevanje zdravstvenega varstva in nalog pri krepitevi, ohranitvi in povrnitvi zdravja ter usklajuje delovanje in razvoj vseh področij s cilji zdravstvenega varstva. Brez ustreznega sistema financiranja ali z zadrževanjem strogo namenskih sredstev, zbranih s prispevki zavarovancev in njihovih delodajalcev, mnogi, še posebej revnejši prebivalci, nimajo ustreznega dostopa do zdravstvenega varstva. Zato sta z izpodbijano določbo ZFisP kršeni tako pravica do zdravstvenega varstva iz 51. člena Ustave RS kot pravica do socialne varnosti iz 50. člena Ustave RS, saj sedanja ureditev ne zagotavlja ustreznega pravnega okvira, v katerem bi bilo možno pravico do zdravstvenega varstva uresničevati v skladu z načelom enakosti pred zakonom, kot izhaja iz 14. člena Ustave RS.

ZFisP z določitvijo najvišjega zneska izdatkov za zdravstveno blagajno v OkvPSD posega v načela in pravice iz 2., 3., 50., 51. in 14. člena Ustave RS ter jih omejuje, pri tem pa tak poseg ne prestane testa sorazmernosti. Zasledovani cilj (uravnoteženost proračuna oziroma uravnoteženost zdravstvene blagajne) je možno doseči tudi na drug način, ki bi bistveno manj oz. sploh ne bi posegal v ustavne pravice. S tem, ko je najvišji obseg izdatkov za zdravstveno blagajno opredeljen v OkvPSD, se ne zagotavlja notranje uravnoteženosti zdravstvene blagajne (t. j. izravnano aktivne in pasive zdravstvene blagajne), ampak je zdravstvena blagajna podrejena celovitosti proračuna, pri čemer pa ni sestavni del proračuna, saj je zaradi načela samouprave in načina zbiranja sredstev od njega ločena enota.

²⁴ Ta test obsega presojo treh vidikov posega:

1. ali je poseg sploh nujen (potrben);
2. ali je ocenjevanje posega primeren za doseg zasledovanega cilja;
3. ali teža posledic ocenjevanega posega v prizadeto človekovo pravico sorazmerno vrednosti zasledovanega cilja oz. koristim, ki bodo zaradi posega nastale (načelo sorazmernosti v ožjem pomenu oz. načelo proporcionalnosti).

²⁵ Gl. odločba Ustavnega sodišča RS, št. U-I-18/02 z dne 24. 10. 2003, Uradni list RS., št. 108/03.

²⁶ Gl. <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MF/Proracun-direktorat/Drzavni-proracun/Sprejeti-proracun/Sprejeti-2020/Obr-splosni-del-in-politike/OBR20oPOL17oZdr.pdf> (3. 2. 2020).

²⁷ Gl. Terminološki slovar izrazov v sistemu zdravstvenega varstva, Ministrstvo za zdravje, 2014.

Pravice iz zdravstvenega zavarovanja temeljijo na zavarovalnem principu, pri čemer se zavarovanje razteza na vse osebe s prebivališčem v Republiki Sloveniji (15. člen ZZVZZ) ter njihove družinske člane (20. člen ZZVZZ). Zavarovanim osebam se iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, dopolnjenega s prostovoljnim zavarovanjem, zagotavljajo pravice do zdravstvenih storitev, zdravil, medicinskih pripomočkov in pravice do določenih denarnih dajatev oz. povračil. Program zdravstvenih storitev, ki se bodo izvedle v posameznem letu, je opredeljen z vsakoletnim Splošnim dogovorom (v nadaljevanju: Dogovor), ki ga sprejmejo partnerji v zdravstvu²⁸. Dogovarjanje s partnerji oz. Dogovor kot sistemski instrument, ki omogoča razporejanje sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja za zagotovitev ustrezne preskrbljenosti prebivalstva z zdravstvenim osebjem in drugimi zdravstvenimi zmogljivostmi, je ključnega pomena za izboljševanje dostopnosti zavarovanih oseb do zdravstvenih storitev. Z Dogovorom so opredeljeni obseg storitev na primarni, sekundarni in terciarni ravni,²⁹ izhodišča za oblikovanje cen zdravstvenih storitev, vrednost programov po dejavnostih, zmogljivosti, standardi nudenja zdravstvenih storitev, podlage za sklepanje pogodb s posameznimi izvajalci ter pravice in obveznosti, ki izhajajo iz pogodb. Dogovor se sklepa v okvirih sredstev, kot jih postavlja OdPSD, pri čemer so viri za financiranje dogovorjenih programov opredeljeni s finančnim načrtom ZZZS, in sicer za del, ki se nanaša na kritje storitev v deležu za obvezno zdravstveno zavarovanje.

Načelo samouprave³⁰ pri upravljanju nosilcev obveznega zdravstvenega zavarovanja predstavlja eno temeljnih načel obveznega zdravstvenega zavarovanja, kot ga poznamo v slovenski ureditvi.³¹ Samouprava pomeni, da upravljanje izvršujejo neposredno udeležene osebe same, torej zavarovanci in delodajalci, kot pravni subjekti, ki financirajo sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja in odločajo o porabi sredstev, zbranih s prispevki. Načelo samouprave se kljub odsotnosti izrecne določbe zrcali v določbah ZZVZZ o sestavi³² in pristojnostih skupščine ZZZS. Država je dolžna nadzorovati delovanje nosilca obveznega zdravstvenega zavarovanja (finančni in upravni nadzor, nadzor zakonitosti poslovanja), saj mora urediti in skrbeti za delovanje obveznega zdravstvenega zavarovanja, vendar ta nadzor ne sme povsem odpraviti samouprave nosilca obveznega zdravstvenega zavarovanja, ker bi bila s tem kršena pravica do socialne varnosti iz 50. člena Ustave RS. Pri urejanju tega področja mora država najti ravnotežje med aktivističnim delovanjem in prepustitvijo stvari zasebni iniciativi, saj lahko samo na ta način zagotovi najvišjo stopnjo socialne varnosti v povezavi s pravico do zdravstvenega varstva. Ob tem velja opozoriti, da sta dejanska samouprava in neodvisnost ZZZS (ne glede na to, ali je vključen v proračun) omejena zaradi zakoličenja pravic in večine prispevkov v

²⁸ V skladu z ZZVZZ so partnerji Ministrstvo za zdravje, Zdravniška zbornica Slovenije, Lekarniška zbornica Slovenije, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Skupnost socialnih zavodov, Skupnost organizacij za usposabljanje, Skupnost slovenskih naravnih zdravilišč in ZZZS.

²⁹ Skladno z organizacijskim konceptom Svetovne zdravstvene organizacije primarno raven sestavljajo zdravstvene službe splošne medicine, specialisti splošne in družinske medicine, pediatrije, ginekologije ter zobozdravstvo; sekundarna raven se zagotavlja v okviru poliklinike ali bolnišnice za ambulantne bolnike in je specialistična in konziliarna; na terciarni ravni pa se obravnavajo najhujše bolezni, poškodbe in druga stanja.

³⁰ Grega Strban: Pravne pomanjkljivosti obveznega zdravstvenega zavarovanja, Pravna praksa, 2004, št. 10, str. 5–8.

³¹ Kar velja tudi v številnih drugih ureditvah, npr. v belgijski, francoski, nemški in avstrijski (cit. po Strban, Temelji obveznega zdravstvenega zavarovanja, str. 144).

³² Skladno s prvim odstavkom 71. člena ZZVZZ skupščino ZZZS sestavljajo predstavniki delodajalcev in predstavniki zavarovancev – država je pri tem zastopana kot delodajalec, ne pa kot oblast.

zakonu ter zaradi nujnosti soglasja države k vrsti odločitev, s čimer država posega v jedro delovanja obveznega zdravstvenega zavarovanja.³³ Izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja je namreč javna služba, ki jo opravlja ZZZS kot javni zavod (prvi odstavek 69. člena ZZVZZ). Javni zavod je pravna oseba s pravicami, obveznostmi in odgovornostmi, ki jih določata zakon in akt o ustanovitvi (prvi odstavek 4. člena Zakona o zavodih (Uradni list RS, št. 12/91, 8/96, 36/00 – ZPDZC in 127/06 – ZJZP, v nadaljevanju: ZZ). Država torej v ZZZS nastopa kot ustanovitelj, skladno s 70. členom ZZVZZ pa je skupščina ZZZS tista, ki sprejema finančni načrt in zaključni račun ter splošne akte za uresničevanje zdravstvenega zavarovanja (3. in 2. alineja drugega odstavka 70. člena ZZVZZ), pri čemer Vlada (v funkciji ustanovitelja) daje soglasje k finančnemu načrtu in zaključnemu računu (tretji odstavek 70. člena ZZVZZ). Država tako skozi upravičenja, ki jih ima kot ustanoviteljica ZZZS, že vpliva na finančni načrt in izvajanje nalog ZZZS, zato vključitev obveznega zdravstvenega zavarovanja v načrtovanje državnega proračuna pomeni dodatni (prekomeren in nepotreben) poseg v avtonomijo ZZZS in omejuje namensko porabo sredstev, zbranih s prispevki za obvezno zdravstveno zavarovanje.

Državljeni, ki vplačujejo v zdravstveno blagajno, upravičeno pričakujejo, da se bodo razpoložljivi viri razporedili na način, s katerim bodo zagotovljeni čim višja kakovost in učinkovitost v zdravstvu. Zagotavljanje pravic na področju zdravstvenega varstva pa mora biti takšno, da v največji meri zasleduje družbene interese, kamor spadajo zdravi posamezniki in zdrava družba,³⁴ za kar je treba zagotoviti enakopravnost pri dostopu do zdravstvenih storitev ter pravočasno diagnostiko in zdravljenje. Slabo zdravje vpliva na posameznikove možnosti za lastno preživetje, zmanjšuje produktivnost dela, znižuje uspehe izobraževanja, omejuje posameznikove možnosti ter tako povzroča revščino oz. k njej prispeva. Revščina na drugi strani otežuje dostop do zdravstvene oskrbe, povečuje izpostavljenost okoljskim nevarnostim in podhranjenosti ter tako vpliva na zdravje. Bolni ljudje pogosteje postanejo revni in revni so bolj verjetno izpostavljeni boleznim in invalidnosti. Uresničevanje pravice do zdravstvenega varstva mora zagotavljati, da so posamezniki deležni čim višjega standarda zdravja, ne glede na njihove različne socialne in ekonomske okoliščine.

Čakalne dobe na diagnostiko in zdravljenje, ki so posledica omejitev porabe izhajajočih iz OkvPSD, imajo za posledico več absentizma, odsotnosti so daljše, saj zavarovane osebe, ki čakajo na diagnostiko in zdravljenje, v času do ozdravitve pogosto niso delovno zmožne oz. niso delovno zmožne za poln delovni čas. Obvezno zdravstveno zavarovane osebe imajo v primeru predolgih čakalnih dob pravico do zdravljenja v tujini (44.b člen ZZVZZ), v teh primerih pa mora zdravstvena blagajna poleg dogovorjenega programa zdravstvenega varstva v Sloveniji povrniti tudi stroške zdravljenja v tujini.³⁵ Kako neustrezno financiranje vpliva na uresničevanje pravice do zdravstvenega varstva pri nas in kako pomembno je to

³³ Več o tem gl. Grega Strban: Temelji obveznega zdravstvenega zavarovanja, Ljubljana: Cankarjeva založba, 2005, str. 143 in nasl.

³⁴ Gl. tudi Political declaration of the high-level meeting on universal health coverage, dostopna na <https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/07/FINAL-draft-UHC-Political-Declaration.pdf> (3. 2. 2020).

³⁵ O obsegu povračila stroškov po 44.b in 44.c členu ZZVZZ ter na podlagi Direktive, gl. tudi op. 12.

vprišanje, kaže tudi razprava ob obravnavi zakonov s področja zdravstva na seji DZ oktobra 2019.³⁶

Na dostopnost zdravstvenih storitev, poleg sredstev, s katerimi razpolaga zdravstvena blagajna, dodatno vplivajo tudi neposredni izdatki, ki jih morajo zavarovane osebe (do)plačevati in ki lahko za ekonomsko šibkejšo predstavljajo (pre)visoko finančno breme. Cene zdravstvenih storitev v javnem zdravstvenem sistemu so določene z vsakoletnim dogovorom. Leta 2018 je bila npr. preiskava CT – računalniška tomografija ovrednotena med 132,44 EUR in 316,53 EUR, odvisno od tipa preiskave in obsega oz. preiskovanega organa; MR – magnetna resonanca pa od 196,77 EUR do 346,17 EUR, z anestezijo 485,28 EUR.³⁷ Cene storitev izven javnega zdravstvenega sistema se oblikujejo drugače, in sicer jih na predlog Zdravniške zbornice Slovenije določi Ministrstvo za zdravje ter so praviloma višje od cen v javnem zdravstvenem sistemu.³⁸ Po podatkih SURS za leto 2018 je bila stopnja tveganja revščine v Sloveniji 13,3 %. To pomeni, da je z dohodkom, nižjim od praga tveganja revščine, živelo približno 268.000 prebivalcev Slovenije, kar je enako kot leto prej. Letni prag tveganja revščine za enočlansko gospodinjstvo je znašal 7.946 EUR, mesečni pa 662 EUR. Prag tveganja revščine za štirčlansko gospodinjstvo, sestavljeno iz dveh odraslih in dveh otrok, mlajših od 14 let, je znašal 1.391 EUR na mesec, za dvočlansko gospodinjstvo brez otrok pa 993 EUR na mesec. Med vsemi 268.000 osebami, živečimi z dohodki, ki so nižji od praga tveganja revščine, je bilo 89.000 upokojencev (ali 18,1 % od vseh upokojencev); 52.000 oseb je bilo delovno aktivnih (ali 6 % od vseh delovno aktivnih) - od tega 31.000 zaposlenih in 21.000 samozaposlenih; 46.000 oseb je bilo brezposelnih (pod pragom revščine je tako živelo 45,7 % vseh brezposelnih oseb); 45.000 je bilo mladoletnih otrok (t. j. 11,7 % vseh otrok); 36.000 pa je bilo drugih oseb³⁹. Odstotek gospodinjstev, ki so ocenila, da so s svojimi dohodki mesec preživela brez težav, je 2018 znašal 17 %, težko ali zelo težko pa je mesec preživelo 24 % gospodinjstev. Nepričakovane izdatke v višini 600 EUR bi si 2018 lahko privoščilo 63 % gospodinjstev (torej si jih 37 % gospodinjstev ne bi moglo privoščiti), pri čemer je opazna razlika med gospodinjstvi, ki so mesec sicer preživela težko oz. zelo težko (zgolj 18 % teh bi lahko pokrilo nepričakovane izdatke v višini 600 EUR), in med gospodinjstvi, ki so mesec preživela lahko oz. zelo lahko (med temi je bilo takih 93 %).⁴⁰ Glede na navedeno obstaja veliko število gospodinjstev, ki samoplačniško ne bi zmogla kriti stroškov diagnostike, kaj šele morebitnega nadaljnjega zdravljenja. Kar 37 % gospodinjstev namreč ne bi zmoglo pokriti niti nepričakovanega izdatka v višini 600 EUR, dodatnih 18 % gospodinjstev pa bi tak izdatek zmoglo pokriti le stežka.

³⁶ Gl. prepis zvočnega zapisa seje, dostopen na <https://www.dz-rs.si/wps/portal/Home/deloDZ/seje/izbranaSeja?mandat=VIII&seja=12.%20Redna&uid=CA7B8607A63C0327C1258431003A62C7> (22. 11. 2019).

³⁷ Dostopno preko

https://partner.zzzs.si/wps/portal/portali/aizv/zdravstvene_storitve/splosni_dogovori_in_aneksi/splosni_dogovori_in_aneksi/_ut/p/z1/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfljo8ziTQxdPd2N_Q08_c29TAwcHf3DHMN8gw0NDMz0C7IdFQGy-wV7/ (7. 11. 2019).

³⁸ Primerjaj npr. cene določene prek ZZZS in cenik samoplačniških storitev na https://www.zd-lj.si/zdlj/index.php?option=com_k2&view=item&id=1055:osnovna-dejavnost&Itemid=99 ali

https://artros.si/za_paciente/cenik_storitev/

³⁹ Vir: SURS, <https://www.stat.si/StatWeb/News/Index/8175> (7. 11. 2019).

⁴⁰ Vir: SURS, <https://www.stat.si/StatWeb/News/Index/8176> (7. 11. 2019).

3. ZAKLJUČEK

Ukrepi, katerih namen je varovanje javne zdravstvene blagajne, morajo biti sorazmerni z namenom njenega varovanja, obenem pa ne smejo kršiti človekovih pravic. Zaradi omejitev, ki jih javni zdravstveni blagajni postavlja OkvPSD, prihaja do neustreznega načrtovanja sistema in do neustreznega načrtovanja obsega nujenih storitev, pri čemer ni možno v celoti upoštevati resnične možnosti sistema in potrebe zavarovancev. Prihaja tudi do anomalij in nesprejemljivo dolgih čakalnih dob, ob tem pa ima zdravstvena blagajna sredstva, ki jih ne sme porabiti, dokler za to ne dobi odobritve v obliki spremembe OdPSD, ki ji mora slediti rebalans proračuna.

Zaradi razhajanja med predvidenim zneskom in dejansko razpoložljivimi sredstvi je bilo v preteklih letih treba OdPSD večkrat prilagajati, pri čemer je izstopala postavka zdravstvene blagajne⁴¹, kar kaže, da veljavna ureditev ni ustrezna. Tako so npr. v prvih mesecih 2018 na osnovi višjih vplačil prispevkov⁴² za obvezno zdravstveno zavarovanje organi upravljanja ZZZS večkrat zahtevali spremembo OdPSD za obdobje 2018 do 2020 in povišanje zgornje meje izdatkov ZZZS.⁴³ DZ je 23. 8. 2018 sprejel spremembo tega odloka in povečal obseg izdatkov za zdravstveno blagajno za 35 milijonov evrov. Na tej osnovi je Skupščina ZZZS 17. 9. 2018 sprejela Rebalans finančnega načrta ZZZS za leto 2018 z izravnanimi prihodki in odhodki v višini 2.882 milijonov evrov, nanj pa je Vlada dala soglasje 4. 10. 2018. S splošnim dogovorom za pogodbeno leto 2018 ter z aneksom 1 in 2 k temu dogovoru, so bila zagotovljena dodatna sredstva v višini 153 milijonov evrov za zdravstvene programe na prednostnih področjih in boljše vrednotenje nekaterih programov. Skupaj je postopek spremembe trajal več kot šest mesecev, pri čemer se proračun sprejema za obdobje koledarskega leta. Zaradi pozno sprejetih sprememb odloka in drugih pravnih podlag, ki so posledica postopka, ki ga je treba izvesti, in usklajevanja več deležnikov je bilo oteženo načrtovanje in izvedba zdravstvenih programov pri izvajalcih zdravstvenih storitev. Do nemožnosti uskladitve povišanih prihodkov ZZZS z OkvPSD je prišlo tudi 2019 zaradi ustavne presoje rebalansa in proračunskih dokumentov, posledično je prišlo do motenj v financiranju obveznega zdravstvenega zavarovanja in je ZZZS moral zamakniti plačilo tretjega dela avansov izvajalcem zdravstvenih storitev z 31. 12. 2019 na 3. 1. 2020 ter zamakniti tudi plačilo drugih obveznosti, vse v skupni višini 63 milijonov EUR⁴⁴.

⁴¹ Tako je npr. z Odlokom o okviru za pripravo proračunov sektorja država za obdobje od 2017 do 2019 (v nadaljevanju: OdPSD17-19) bil določen najvišji obseg izdatkov za zdravstveno blagajno v višini 2.573.000.000 EUR za leto 2017 in 2.638.000.000 EUR za leto 2018. Kot je razvidno iz objavljenih poslovnih poročil ZZZS, so dejanski prihodki ZZZS presegali znesek najvišjega obsega izdatkov zdravstvene blagajne, ki je bil določen z odlokom, zaradi česar je bilo treba OdPSD večkrat spreminjati. Najvišji obseg izdatkov za zdravstveno blagajno je bil za leto 2017 tako najprej zvišan na 2.608.000.000 EUR (OdPSD17-19-A), kasneje pa na 2.685.000.000 EUR (OdPSD17-19-B). Za leto 2018 je bil najvišji obseg izdatkov za zdravstveno blagajno zvišan najprej na 2.687.000.000 EUR (OdPSD17-19-A), z OdPSD18-20 pa je kot najvišji obseg izdatkov za zdravstveno blagajno znesek zvišal na 2.827.000.000 EUR, kasneje na 2.847.000 EUR (OdPSD18-20-A), zatem na 2.882.000.000 EUR (OdPSD18-20-B).

⁴² zaradi višje zaposlenosti in rasti plač v Republiki Sloveniji, glede na tisto, kar je bilo predvideno s finančnim načrtom ZZZS za leto 2018

⁴³ Gl. poslovno poročilo ZZZS za leto 2018, dostopno na:

http://www.zzs.si/zzs/info/egradiva.nsf/poslovno_porocilo_slo?OpenView (18. 11. 2019).

⁴⁴ Vir: objava ZZZS dostopna na:

<http://www.zzs.si/ZZS/info/gradiva.nsf/o/9EF12CB54864B2FBC12584F7003F8FEC?OpenDocument> (3. 2. 2020).

Pri prilagajanju spremenjenim razmeram je ZZZS odvisen od politične volje, saj je zaradi vezanosti na OkvPSD pred porabo dodatnih razpoložljivih sredstev treba spremeniti OdPSD, pri čemer je treba ponovno izvesti celoten postopek, kot je predviden za sprejem tega odloka. V povezavi s spremembo OdPSD morata biti sprejeta tudi rebalans proračuna in spremljajoči zakon o izvrševanju proračunov. Zaradi postopkovnih zahtev in odvisnosti od politične volje je spreminjanje OdPSD zamudno in negotovo, kar ima za posledico lahko tudi dejansko nezmožnost kasnejše izvedbe oz. uresničitve novega (zvišanega) plana, kar se je pokazalo 2018. Do drugačnega zapleta, ki je prav tako vplival na možnost izrabe razpoložljivih sredstev in je povezan z OdPSD, pa je prišlo 2019, ko kljub temu, da so prihodki ZZZS dejansko presegali znesek iz prvotno sprejetega OdPSD, ZZZS s temi sredstvi ni mogel razpolagati zaradi vložene zahteve za presojo ustavnosti Zakona o izvrševanju proračunov Republike Slovenije za leti 2018 in 2019, Rebalansa proračuna Republike Slovenije za leto 2019 in Odloka o okviru za pripravo proračunov sektorja država za obdobje od 2018 do 2020^{45,46}. Kot izhaja iz gradiva za novinarje, ki ga je objavil ZZZS⁴⁷, so organi upravljanja ZZZS pristojna ministrstva, Vlado in DZ že od februarja 2019 naprej večkrat opozarjali na nujnost spremembe OdPSD in povečanja najvišjega obsega izdatkov zdravstvene blagajne, saj je projekcija prihodkov in odhodkov ZZZS za 2019 izkazovala preseganje načrtovanih zneskov, vendar Vlada spremembe OdPSD ni podprla zaradi ustavne presoje proračunskih dokumentov za leto 2019⁴⁸ in je ZZZS seznanila, da postopek za spremembo OdPSD ne bo pričet do odločitve Ustavnega sodišča, ne glede na višje prilive katerekoli blagajne v sklopu proračunov sektorja država.

Skladno z drugim odstavkom 148. člena Ustave RS morajo biti prihodki in izdatki proračunov države srednjeročno uravnoteženi brez zadolževanja ali pa morajo prihodki presegati izdatke. To se, skladno z drugim odstavkom 3. člena ZFisP, doseže tako, da se načrtovani obseg izdatkov sektorja država navzgor omeji na raven, s katero se zagotovi upoštevanje pravila iz prvega odstavka 3. člena ZFisP. V prvem odstavku 3. člena ZFisP pa je določeno, da so prihodki in izdatki proračunov države srednjeročno uravnoteženi brez zadolževanja, če strukturni saldo sektorja država v posameznem letu ni nižji od minimalne vrednosti, določene v ratificirani mednarodni pogodbi, ki ureja stabilnost, usklajevanje in upravljanje v ekonomski in monetarni uniji, v srednjeročnem obdobju pa je najmanj izravnani ali je v presežku. Merilo za ugotavljanje uravnoteženosti proračunov je torej celovitost strukturnega salda sektorja država (ne pa posamezne enote sektorja država). Z uvrstitvijo obveznega zdravstvenega zavarovanja v OkvPSD je zato omogočeno, da se negativen saldo katerekoli od drugih enot sektorja država računovodsko »pokrije« z zadržanimi sredstvi, zbranimi za obvezno zdravstveno zavarovanje. S tem prihaja do nedopustnega dodatnega posega v samoupravo ZZZS in do posega v pravici do zdravstvenega varstva in do socialne varnosti, saj se z omejevanjem koriščenja

⁴⁵ O Zahtevi za oceno ustavnosti 1., 3., 5., 29. in 30. člena Zakona o izvrševanju proračunov Republike Slovenije za leti 2018 in 2019 (Uradni list RS, št. 71/17, 83/18, 19/19), Rebalansa proračuna Republike Slovenije za leto 2019 (Uradni list RS, št. 19/19) in Odloka o okviru za pripravo proračunov sektorja država za obdobje od 2018 do 2020 (Uradni list RS, št. 21/17, 65/17, 57/18 in 82/18), ki se vodi pod opr. št. U-I-129/19, je Ustavno sodišče odločilo na seji 1. 7. 2020, odločba pa je bila objavljena 30. 7. 2020.

⁴⁶ Gl. tudi članek »Dodatni denar za zdravstvo se je zataknil na ustavni presoji«, dostopen na: <https://www.rtvsllo.si/slovenija/dodaten-denar-za-zdravstvo-se-je-zataknil-na-ustavni-presoji/492513> (18. 11. 2019).

⁴⁷ Gl. <http://www.zzzs.si/ZZZS/info/gradiva.nsf/o/9EF12CB54864B2FBC12584F7003F8FEC?OpenDocument> (3. 2. 2020).

⁴⁸ Gre za zadevo, ki se vodi pod opr. št. U-I-129/19.

namensko zbranih sredstev za obvezno zdravstveno zavarovanje uravnotežuje strukturni saldo sektorja država, za vsako spremembo skupnega zneska porabe obveznega zdravstvenega zavarovanja pa je nujno posredovanje države prek aktivnosti Vlade in Državnega zbora za sprejem rebalansa proračuna.

Fiskalno pravilo ne bi smelo omejevati porabe sredstev, ki se zbirajo po solidarnostnem principu (s prispevki, ki so strogo namenski in jih je dopustno porabiti samo za zagotavljanje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja). Namen, ki ga zasleduje fiskalno pravilo, ki je bilo v Sloveniji sprejeto v najbolj trdi obliki, je možno doseči tudi na drug način, saj za zagotovitev uravnoteženosti proračuna ni bistveno, da je zdravstvena blagajna zajeta v OkvPSD, ki ga pripravlja Vlada, ampak je bistveno, da je zdravstvena blagajna notranje izravnana (da so izravnani prihodki in odhodki te blagajne) oz. da dosega predpisan ciljni saldo. Ureditev, kot jo določa ZFisP, nesorazmerno posega v človekove pravice zavarovancev, čeprav bi bilo zasledovani cilj mogoče doseči na drug način, ki bi v človekove pravice posegal bistveno manj ali pa sploh ne bi posegal.

Omejitev obsega storitev, ki se lahko nudi iz zbranih obveznih prispevkov za zdravstveno zavarovanje, ki izhaja iz tega, da so razpoložljiva sredstva omejena z OkvPSD, ima za posledico, da se morajo posamezniki, ki so sicer obvezno zdravstveno zavarovani, zato, da bi bili deležni zdravstvene oskrbe v razumnem času glede na svoje zdravstveno stanje in klinične smernice, obračati na izvajalce zdravstvenih storitev izven javnega zdravstvenega sistema, zasebnike brez koncesije in zasebnike v tujini (v slednjem primeru sicer delno na račun zdravstvene blagajne), čeprav sredstva za plačilo zdravstvenih storitev (pri nas) obstajajo, vendar jih ni možno uporabiti oz. niso na razpolago zaradi vezanosti na OkvPSD. Splošno znano je namreč, da so čakalne dobe v zdravstvu, kljub vsem že sprejetim ukrepom, še vedno (pre)dolge. O tem, da čakalne dobe presegajo najdaljše čakalne dobe, pričajo tudi statistični podatki, ki jih beležita SURS in NIJZ.⁴⁹ Možnost koriščenja samoplačniških storitev pa je odvisna predvsem od finančnega položaja posameznika, zato osebe iz socialno šibkejših okolij stroškov samoplačniških zdravstvenih storitev ne morejo pokriti (kot že navedeno: iz podatkov SURS izhaja, da kar 37 % slovenskih gospodinjstev nepričakovanega izdatka v višini 600 EUR ne bi zmoglo pokriti, dodatnih 18 % gospodinjstev pa bi tak izdatek zmoglo le stežka). Ti zaradi omejitev, izhajajočih iz navezanosti porabe sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja na OdPSD, dejansko nimajo ekonomskega dostopa do zdravstvenega varstva, četudi plačujejo prispevke za zdravstveno zavarovanje. S tem, ko je najvišji znesek izdatkov zdravstvene blagajne zajet z OkvPSD, se posledično ustvarja razlikovanje med posamezniki, ki je v nasprotju s 14. členom Ustave RS, saj temelji na gmotnem položaju⁵⁰, in sicer se ustvarja dve kategoriji oseb, ki sta v enaki (ali podobni) zdravstveni situaciji deležni zdravstvenega varstva v različnem obsegu, četudi obe plačujeta obvezno zdravstveno zavarovanje in bi zato morali biti deležni zdravstvenih storitev v enakem obsegu. Tako razlikovanje pomeni

⁴⁹ Podatki so dostopni prek spletnih strani SURS (<https://www.stat.si/statweb>) in NIJZ (<https://www.nijz.si/sl>), povzeti so tudi v poslovnih poročilih ZZZS za posamezno leto, ki so dostopni na spletnem naslovu: http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/poslovno_porocilo_slo?OpenView.

⁵⁰ V 14. členu Ustave RS je določeno:

(1) V Sloveniji so vsakomur zagotovljene enake človekove pravice in temeljne svoboščine, ne glede na narodnost, raso, spol, jezik, vero, politično ali drugo prepričanje, gmotno stanje, rojstvo, izobrazbo, družbeni položaj, invalidnost ali katerokoli drugo osebno okoliščino.

(2) Vsi so pred zakonom enaki.

kršitev načela socialne države, saj ustvarja nevzdržne razlike med socialnim položajem posameznih skupin⁵¹. Vključitev zdravstvene blagajne v OkvPSD na način, kot je to določeno v 6. členu ZFisP, ni edini možen način in ne pomeni nujnega ukrepa za zagotovitev zasledovanega cilja, to je uravnoteženosti proračuna, zato gre za nesorazmeren poseg v načela in pravice iz 2., 3., 14., 50. in 51. člena Ustave RS, ki ga ni možno upravičiti z zasledovanim ciljem, ki bi ga bilo možno doseči tudi na način, ki bi manj intenzivno ali pa sploh ne bi posegal v načela in pravice iz 2., 3., 14., 50. in 51. člena Ustave RS.

Ob upoštevanju zgoraj navedenega vlagatelj poziva Ustavno sodišče, da prouči očitane kršitve 2., 3., 14., 50. in 51. Ustave RS, ter ugotovi, da je četrta alineja tretjega odstavka 6. člena Zakona o fiskalnem pravilu (ZFisP) v neskladju z Ustavo in da v skladu s 43. členom Zakona o ustavnem sodišču (Uradni list RS, št. 64/07 – uradno prečiščeno besedilo, in 109/12) razveljavi Zakon o fiskalnem pravilu v tem delu.

PREDLOG ZA ZAČASNO ZADRŽANJE

Ustavno sodišče lahko v skladu s prvim odstavkom 39. člena Zakona o ustavnem sodišču (ZUstS) do končne odločitve v celoti ali delno zadrži izvršitev zakona, če bi zaradi njegovega izvrševanja lahko nastale težko popravljive in škodljive posledice. Skladno s prakso Ustavnega sodišča to pri odločanju o zadržanju izpodbijanega predpisa vselej tehta med škodljivimi posledicami, ki bi jih povzročilo izvrševanje morebitnega neustavnega predpisa, in med škodljivimi posledicami, ki bi nastale, če se morebiti ustavnoskladne določbe ne bi izvrševale.⁵²

Izpodbijana zakonska določba s tem, ko najvišji obseg izdatkov za zdravstveno blagajno vključuje v OkvPSD, posega v pravice do socialne države (2. člen Ustave RS), do socialne varnosti (50. člen Ustave RS) in do zdravstvenega varstva (51. člen Ustave RS), saj omejuje možnost učinkovitega uveljavljanja pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Z vidika posameznika je namreč v okviru pravice do zdravstvenega varstva kot človekove pravice najpomembnejša zahteva po dostopnosti zdravstvenih služb, ki mora biti taka, da zagotavlja zdravljenje, ki je enako dostopno ter skladno z uveljavljeno medicinsko doktrino, pravočasno in ekonomsko dostopno. Zaradi vezanosti najvišjega obsega izdatkov za zdravstveno blagajno na OdPSD in na Zakon o izvrševanju proračuna Republike Slovenije, obstaja možnost, da do uskladitve najvišjega zneska razpoložljivih izdatkov ne pride ali ne pride pravočasno, s tem pa se v posameznem letu dejansko ne zagotovi obsega storitev, skladnega z obsegom razpoložljivih sredstev v tem istem letu. Zaradi vključenosti v proračun obstaja tudi tveganje, da se zdravstvene storitve v posameznem letu financirajo po dvanajstinah (začasno financiranje po tretjem odstavku 148. člena Ustave RS in po 32. členu Zakona o javnih financah (Uradni list RS, št. 79/99, 124/00, 79/01, 30/02, 56/02 - ZJU, 110/02 - ZDT-B, 127/06 - ZJZP, 14/07 - ZSPDPO, 109/08, 49/09, 38/10 - ZUKN, 107/10, 110/11 - ZDIU12, 104/12 - ZIPRS1314, 14/13, 46/13 - ZIPRS1314-A, 82/13 - ZIPRS1314-C, 101/13, 101/13 - ZIPRS1415, 38/14 - ZIPRS1415-A, 95/14 - ZIPRS1415-C, 14/15 - ZIPRS1415-D, 55/15 - ZFisP, 96/15 - ZIPRS1617, 80/16 - ZIPRS1718, 33/17 - ZIPRS1718-A, 71/17

⁵¹ Gl. tudi sklep Ustavnega sodišča RS, št. U-I-31/96 z dne 26. 11. 1998.

⁵² Gl. tudi sklep Ustavnega sodišča U-I-144/19-16 z dne 4. 7. 2019, 6. točka.

- ZIPRS1819, 13/18, v nadaljevanju: ZJF)), kar bi dodatno vplivalo na obseg nudenih zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Posledice za posameznike in skupnost kot celoto so v takih primerih lahko bistveno hujše od posledic, če se izpodbijana določba začasno ne bi izvrševala. Ob tem ni zanemarljiva niti okoliščina, da je zaradi odločanja o zahtevi za presojo ustavnosti Zakona o izvrševanju proračunov Republike Slovenije za leti 2018 in 2019, Rebalansa proračuna Republike Slovenije za leto 2019 in Odloka o okviru za pripravo proračunov sektorja država za obdobje od 2018 do 2020, 2019 dejansko nastopila situacija, ki je negativno vplivala na obseg financiranja potrebnih zdravstvenih storitev, saj kljub temu, da so prihodki ZZZS dejansko presegali znesek iz sprejetega OkvPSD, ZZZS s temi sredstvi ni smel razpolagati in z njimi ni mogel financirati izvajanja zdravstvenih storitev.

Pravočasna diagnoza in zdravljenje sta bistveni za učinkovitost zdravljenja, prav tako za preživetje v primerih hujših bolezni, njun vpliv pa se pozna tudi na številu izgubljenih delovnih dni zaradi bolniških odsotnosti, kar vpliva tudi na gospodarstvo (med drugim z odlivom sredstev za zdravljenje v tujini zaradi predolgi čakalni dobi). Z začasnim zadržanjem izvajanja določbe četrte alineje tretjega odstavka 6. člena ZFisP bi bila zagotovljena učinkovitost pravice do zdravstvenega varstva, saj bi ZZZS lahko v obsegu dejansko razpoložljivih sredstev financiral potrebne zdravstvene storitve, ob tem pa uravnoteženost proračuna ne bi bila ogrožena, saj Vlada (v funkciji ustanovitelja) daje soglasje k finančnemu načrtu in zaključnemu računu ZZZS (tretji odstavek 70. člena ZZVZZ), s čimer vrši nadzor nad porabo zbranih sredstev.

PREDLOG ZA PREDNOSTNO OBRAVNAVO

Vlagatelj zahteve predlaga, da Ustavno sodišče predmetno zadevo obravnava prednostno na podlagi možnosti, ki jo dajeta druga in tretja alineja tretjega odstavka 46. člena Poslovnika Ustavnega sodišča⁵³, saj bo odločitev o tej zadevi bistveno vplivala na učinkovitost izvrševanja pravic iz 2., 50. in 51. člena Ustave RS.

* * *

Državni svet je za svojega predstavnika v postopku pred Ustavnim sodiščem določil državnega svetnika mag. Petra Požuna.



Alojz Kovšca
predsednik

⁵³ Uradni list RS, št. 86/07, 54/10, 56/11, 70/17.

