

VPLIV DELOVNOPRAVNEGA, DRŽAVLJANSKEGA IN DRUŽINSKOPRAVNEGA STATUSA NA NEENAKO OBRAVNAVO V ZDRAVSTVENEM ZAVAROVANJU

THE EFFECTS OF LABOUR, CITIZENSHIP AND FAMILY STATUS ON THE UNEQUAL TREATMENT IN HEALTH INSURANCE

Barbara Rajgelj¹

Prispelo: 22. 9. 2011 – Sprejeto: 24. 10. 2011

Izvorni znanstveni članek
UDK 614.2:34(497.7)

Izvleček

Uvod: Pravica do zdravstvenega varstva je človekova pravica, ki naj bi zaradi svoje univerzalnosti posamezniku pripadla neodvisno od osebnih okoliščin. Pri zakonodajni konkretizaciji različni sistemi določijo različna merila za dostopnost in financiranje te pravice, pri čemer se vsakokratne družbene prioritete kažejo pri vključevanju in izključevanju upravičencev do zdravstvenih storitev glede na njihov pravni status.

Metode: Prispevek temelji na analizi in interpretaciji primarnih in sekundarnih virov, zlasti notranjih in mednarodnih pravnih virov s področja ustavnega varstva pravice do zdravja, zdravstvenega varstva in zavarovanja, delovnih in družinskih razmerij ter prava tujcev.

Rezultati: Ker je uživanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja odvisno od delovnopravnega položaja, državlanskega statusa in od družinskih razmerij, so uporabniki zdravstvenega varstva neenako obravnavani. Zakonodajca predpostavlja, da se delo opravlja v obliki delovnega razmerja, a v sodobnem času so vse pogostejše atipične oblike dela, zato so pravice iz zdravstvenega zavarovanja osebam v enakih dejanskih in različnih pravnih položajih dostopne pod neenakimi pogoji. Pravice oseb, ki niso zavarovane na osnovi delovnopravnega statusa, se subsidiarno vežejo na razmerja v družini, zato je njihovo uveljavljanje odvisno tudi od tega, ali je oseba v zakonski zvezi, zunajzakonski skupnosti, istospolni partnerski skupnosti ali samska. Nenazadnje na pravico do zdravstvenega zavarovanja vpliva tudi državljanstvo in različne oblike tujskosti.

Zaključek: Kljub izhodišču o univerzalni vključenosti vseh prebivalcev v zdravstveno zavarovanje, vedno večje število prebivalcev ostaja brez osnovnega zdravstvenega zavarovanja. Med njimi so najbolj ranljivi tujci brez stalnega prebivališča, samozaposlene osebe in njihovi družinski člani, registrirani in neregistrirani istospolni partnerji, samski ter otroci v reorganiziranih družinah.

Ključne besede: zdravstveno zavarovanje, neenaka obravnava, neenak dostop

Original scientific article
UDC 614.2:34(497.7)

Abstract

Background: Right to health care is a human right, which should – because of its universal status – belong to an individual regardless of his or her personal circumstances. In the legislative process different systems provide different criteria for accessibility and funding of this right. In doing so, one can observe how respective social priorities affect inclusion and exclusion of beneficiaries of health care on the ground of their legal status.

Methods: This article is based on analysis and interpretation of primary and secondary sources, particularly national and international legal acts regarding constitutional right to health care, health care and health insurance, employment and family relations and the law of aliens.

Results: As the enjoyment of the right of health insurance depends on an individual's labour, citizenship and family status, the users of health care are treated unequally. The legislation is based on the assumption that work is normally

¹University of Ljubljana, Faculty of Social Sciences, Kardeljeva ploščad 5, 1000 Ljubljana, Slovenia
Kontaktni naslov: e-pošta: barbara.rajgelj@fdv.uni-lj.si

performed in the form of an employment relationship. In modern times, however, atypical forms of work are on the rise and therefore health insurance rights are thus differently available to different persons of the same actual but different legal status. The rights of persons, who are not insured on the basis of a labour status, are subsidiary tied to family relations and their enforcement thus also depends on whether the person is married, living in a de facto union, same-sex partnership or is single. Nevertheless, right to health insurance is affected also by citizenship and different kinds of foreignness.

Conclusion: *Despite objective of universal health insurance coverage of all inhabitants, a growing number of inhabitants remain without basic health insurance. The most vulnerable are foreigners without permanent residence, self-employed persons and their family members, registered and unregistered same-sex partners, single persons and children in the reorganized families.*

Key words: health insurance, unequal treatment

1 Pravica do zdravstvenega varstva kot človekova pravica

O človekovih pravicah sicer govorimo kot o univerzalnih, kar pomeni, da je subjekt njihov nosilec, neodvisno od katere koli osebne okoliščine. O tem, vsaj ko gre za pravico do zdravstvenega varstva, na abstraktni ravni ni dileme. Dilema pa nastopi pri konkretizaciji pravice, saj različni sistemi določajo različna merila njene dostopnosti in financiranja zdravstvenih storitev. Pravica do zdravja, kolikor jo enačimo s pravico do zdravstvenih storitev, je omejena z vsakokratnimi družbenimi prioriteta, ki se v pravno-političnem zakonodajnem postopku prelijejo v zavezujoča pravna pravila. Zlasti sistemi, ki temeljijo na zdravstvenem zavarovanju, vključujejo (in posledično izključujejo) upravičence do zdravstvenih storitev glede na status, ki jih ti zasedajo v produkcijskem procesu, družinskih razmerjih in v razmerju do države. Tako slovenski sistem zdravstvenega varstva osebi samo zato, ker je človek, ki potrebuje zdravljenje, zagotavlja le nujno zdravstveno pomoč, ne pa vse potrebne zdravstvene oskrbe.

Ustava Republike Slovenije (v nad.: URS) (1) pravice do zdravja ne zagotavlja izrecno, predvideva pa pravico do zdravstvenega zavarovanja, zdravstvenega varstva in zdravega življenjskega okolja. Ustava nalaga državi, da državljanom v okviru pravice do socialne varnosti zagotovi tudi obvezno zdravstveno zavarovanje (50. člen URS) (1). Vsakdo ima pravico do zdravstvenega varstva pod pogoji, ki jih določa zakon (prvi odstavek 51. člena URS) (1), zakon pa tudi določa pravice do zdravstvenega varstva iz javnih sredstev (drugi odstavek 51. člena URS) (1). Poleg tega ustava določa, da ima vsakdo skladno z zakonom pravico do zdravega življenjskega okolja (72. člen URS) (1). Po Ustavi RS se torej vse pravice, vezane na zdravje, konkretizirajo z zakonom, ki lahko postavlja pogoje za nosilstvo in uresničevanje teh pravic, pri čemer

dolžnost države – zagotoviti zdravstveno zavarovanje – že ustava omejuje samo na državljane in s tem posega v univerzalnost pravic, ki izhajajo iz namena zdravstvenega zavarovanja.

Pravice do zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja ureja Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (v nad.: ZZVZZ) (2), ki je v devetnajstih letih veljavnosti doživel enajst sprememb in dopolnitev. Prvi del zakona ureja zdravstveno varstvo, zlasti sistem aktivnosti, ukrepov in storitev za krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, zgodnje odkrivanje, pravočasno zdravljenje, za nego in rehabilitacijo zbolelih in poškodovanih. Zdravstveno varstvo obsega tudi pravice iz zdravstvenega zavarovanja, ki jih ureja drugi del zakona. Poleg drugih pravil s področja zdravstvene dejavnosti (npr. Zakona o zdravstveni dejavnosti (3), Zakona o zdravniški službi (4) in Zakona o pacientovih pravicah (5)) na uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja vplivajo tudi Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (6), ki je nosilec sistema zavarovanja. Pogoje za vključitev v obvezno zdravstveno zavarovanje načelno določa ZZVZZ (2), vezani pa so na določena dejstva za nastop dolžnostnega upravičenja vključitve v obvezno zdravstveno zavarovanje (npr. sklenitev pogodbe o zaposlitvi ali registracija samostojnega podjetnika posameznika).

2 Delovnopравни status: delovna aktivnost in obstoj delovnega razmerja kot izhodišče

Zdravstveno zavarovanje primarno temelji na normi polne delovne aktivnosti prebivalstva, pri čemer vse oblike delovne aktivnosti niso enakopravno obravnavane. Za poklicna in nepoklicna tveganja so zavarovani zlasti zaposleni in samozaposleni, za

nepoklicna tveganja pa tudi prejemniki določenih socialnih dajatev (npr. prejemniki pokojnin, denarnega nadomestila za brezposelnost, nekaterih družinskih prejemkov, trajne socialne pomoči itn.). Obvezno zdravstveno zavarovanje ne pokriva vseh delovno aktivnih oseb, saj imajo klasične oblike delovnih razmerij prednost pred prekernimi. Pravno najvarnejši je položaj zaposlenih, nekoliko manj samozaposlenih, osebe, ki delo opravljajo na civilnopravnih podlagah (npr. avtorska ali podjemna pogodba), pa vanj sploh niso vključene, razen če se zavarujejo same.

2.1 Zaposleni – pravno najvarnejša skupina zavarovanih oseb

Med aktivne zavarovance v prvi vrsti sodijo zaposleni, torej delavci v delovnem razmerju. Za delovno razmerje je značilno osebno dlje časa trajajoče opravljanje dela, za razmerje med delavcem in delodajalcem pa je značilna vez podrejenosti in kontrole. V primerjavi z drugimi pravnimi oblikami opravljanja dela je varnost zaposlitve delavcev v delovnem razmerju sorazmerno visoka, pravno varen pa je tudi njihov zdravstvenovarstveni položaj med trajanjem delovnega razmerja, saj so zdravstveno zavarovani tudi, če delodajalec zanje ne plačuje prispevkov. Za obstoj zdravstvenega zavarovanja tudi ni pomembno, ali ima delavec sklenjeno pogodbo o zaposlitvi za določen ali nedoločen čas, ali dela polni ali krajši delovni čas od polnega (6).

2.2 Samozaposleni – problem z zadrževanjem pravic

Načelno so samozaposleni, torej samostojni podjetniki in nekatere posebne skupine samozaposlenih (npr. kmetje in člani njihovih gospodarstev, poslovodne osebe in lastniki podjetij ter vrhunski športniki in šahisti) v zdravstvenem sistemu obravnavani enako kot zaposleni. Dejansko pa je njihov pravni položaj veliko bolj negotov od položaja zaposlenih, saj nosijo tveganja svoje plačilne nezmožnosti.¹ Od junija 2002 naprej se namreč določenim zavarovanim osebam in njihovim družinskim članom zadržijo pravice, če nimajo poravnanih obveznosti do Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (78. a-člen ZZVZZ) (2).² V času,

¹ Samozaposleni so tisti, ki opravljajo gospodarsko (samostojni podjetniki) ali poklicno dejavnost (odvetniki, notarji, zdravniki, veterinarji, psihologi, duhovniki, novinarji, samozaposleni na področju kulture, raziskovalne dejavnosti, socialne pomoči) samostojno in neodvisno. (7).

² V krog zavarovanih oseb, katerim se zadrži izvajanje pravic, poleg samozaposlenih sodijo tudi kmetje, vrhunski športniki in šahisti, osebe s stalnim prebivališčem v RS, ki so zaposlene

ko nimajo poravnanih obveznosti iz naslova prispevkov, lahko na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja uveljavljajo le nujno zdravljenje, druge storitve pa si morajo zagotoviti z lastnimi sredstvi, ki jim jih Zavod povrne, ko poravnajo obveznosti (8). Po podatkih ambulante za osebe brez zdravstvenega zavarovanja Pro bono je bilo poleg izbrisanih, Romov in drugih oseb brez urejenega zdravstvenega zavarovanja leta 2010 med obiskovalci ordinacije kar 34 % slovenskih podjetnikov z neplačanimi prispevki (9). Samostojni podjetnik mora pred prijavo v register brezposelnih oseb na Zavodu RS za zaposlovanje, ki mu omogoči ureditev zdravstvenega zavarovanja, poravnati obstoječe javnofinančne obveznosti. Če tega zaradi plačilne nezmožnosti ne more storiti, vloži predlog za začetek osebnega stečaja, ki pa je sorazmerno dolg in drag postopek. V vmesnem času ni zdravstveno zavarovan in ima samo pravico do nujne zdravstvene pomoči ali do zdravstvenih storitev, ki jih nudita ambulanti za osebe brez zavarovanja, ki delujeta v Ljubljani in Mariboru.³

2.3 Prekerne oblike dela – izključenost iz sistema zavarovanja po delovni aktivnosti

V sodobnem času vedno več oseb opravlja delo zunaj klasične oblike delovnega razmerja in hkrati niso registrirani kot samozaposleni. Osebe, ki sodelujejo v organiziranem delu na drugih pravnih podlagah (na primer učenci in študentje na praksi, osebe, ki opravljajo delo na osnovi podjemnih ali avtorskih pogodb, študentje pri opravljanju dela prek študentskega servisa), so zavarovane le za poškodbe pri delu in poklicne bolezni (17. in 18. člen ZZVZZ) (2), ne pa tudi za nepoklicna tveganja.⁴ Študentje so neodvisno od svoje delovne aktivnosti navadno zavarovani kot otroci, torej kot ožji družinski člani. Otrok, ki ni sam zavarovanec, je zdravstveno zavarovan kot družinski član do dopolnjenega 15. leta starosti oziroma do dopolnjenega 18. leta starosti, po tej starosti pa, če se šola, in sicer do konca šolanja, vendar največ do dopolnjenega 26. leta starosti (prvi odstavek 22. člena ZZVZZ) (2). Če študentje delajo prek študentskega

pri tujem delodajalcu, ki ne plačuje prispevkov, osebe s stalnim prebivališčem v RS, ki prejemajo pokojnino od tujega nosilca, ki ne plačuje prispevkov, osebe s stalnim prebivališčem v RS, ki si same plačujejo prispevke, pa jih nimajo poravnanih.

³ V Ljubljani od leta 2002 deluje *Ambulanta s posvetovalnico za osebe brez zdravstvenega zavarovanja (Pro bono)*, ki osebam brez zdravstvenega zavarovanja (brezdomci, izbrisani, tujci brez urejenega statusa idr.) nudi zdravstveno oskrbo (10).

⁴ Čeprav z vidika dostopa do zdravstvenih storitev to ni bistveno, je treba poudariti, da je tudi obseg pravic teh oseb ožji, saj imajo na osnovi zavarovanja samo pravico do zdravstvenih storitev, ne pa do denarnih prejemkov (npr. nimajo pravice do denarnega nadomestila zaradi bolniške odsotnosti).

servisa, so še dodatno zavarovani za poklicna tveganja. Osebe, ki delo opravljajo na osnovi podjemne ali avtorske pogodbe, na podlagi delovne aktivnosti nimajo pravice do vključitve v obvezno zdravstveno zavarovanje; zavarovane so samo za poklicna tveganja. V splošno shemo zdravstvenega zavarovanja pa so lahko vključene kot družinski člani zavarovanca, če imajo v Sloveniji stalno prebivališče, pa se lahko v zavarovanje vključijo same.

2.4 Prejemniki različnih socialnih dajatev

Brezposelne osebe, ki prejemajo denarno nadomestilo, prejemniki slovenskih ali tujih pokojnin, prejemniki preživnin kmetom, prejemniki nadomestil iz invalidskega zavarovanja, upravičenci do pravic iz zavarovanja za starševsko varstvo, upravičenci do nekaterih družinskih prejemkov, družinski pomočniki ter vojni invalidi, vojni veterani in žrtve vojnega nasilja imajo pravico do vključitve v obvezno zdravstveno zavarovanje (7). Pomembna prednost slovenske ureditve je, da so obvezno zavarovani tudi prejemniki trajne denarne socialne pomoči, saj se s tem zagotavljata enak obseg in kakovost storitev kot drugim zavarovancem. Za določene skupine prejemnikov socialnih dajatev velja nadaljnji pogoj stalnega prebivanja pri nas (7).

2.5 Potreba po enakem zdravstvenem varstvu za enako delo

Z vidika neenakopravne obravnave različnih prekmernih oblik dela so najbolj problematične civilnopravne pogodbe, torej honorarne oblike dela, zlasti podjemna pogodba, ki kljub izjemno visokim davčnim obremenitvam osebi, ki dela, ne zagotavlja zdravstvenega zavarovanja, ampak se mora ta vanj vključiti kot samoplačnik. Tudi študentsko delo samo po sebi ne daje pravice do zdravstvenega zavarovanja, a osebe s statusom študenta so navadno do dopolnjenega 26. leta starosti zavarovane kot ožji družinski člani.

Še bolj pereča je težava zadržanja pravic samozaposlenim, ki nimajo poravnanih obveznosti. Pri različni obravnavi neplačnikov prispevkov glede na njihovo pravnoorganizacijsko obliko se postavlja vprašanje neenake obravnave pred zakonom, saj se pravice ob neporavnanih obveznosti zadržijo samo samozaposlenim, osebam, ki so zaposlene pri delodajalcu z neplačanimi obveznostmi, pa ne. Ukrep na nesorazmeren način poskuša urediti problem plačilne nediscipline, ki bi ga bilo treba v državi, ki se želi približati univerzalni zavarovanosti, urejati z učinkovitimi izvršilnimi in stečajnimi postopki, ne pa z omejevanjem dostopa do zdravstvenih storitev.

3 Družinski status: korekcija sistema na temelju družinskih razmerij

Osebe, ki pravic do zavarovanja ne črpajo iz (samo) zaposlitve ali določenih oblik socialnih dajatev, jih lahko črpajo iz družinskih razmerij, tj. iz partnerskega razmerja ali iz določenih sorodstvenih razmerij (zlasti starševstva). V krog zavarovanih oseb sodijo zavarovanci in njihovi družinski člani (14. člen ZZZVZ) (2). Pomembna razlika med njimi je, da so le zavarovanci dolžni plačevati prispevke, zavarovanje družinskih članov pa je prispevkov prosto in izhaja iz zavarovančeve dolžnosti preživljanja.⁵ Zakon loči med zavarovančevimi ožjimi in širšimi družinskimi člani (20. člen ZZVZZ) (2), pri čemer so ožji družinski člani (zakonec, zunajzakonski partner, razvezani zakonec in otroci) zavarovani brezpogojno, širši družinski člani (pastorki, vnuki, bratje, sestre in drugi otroci brez staršev, ki jih je zavarovanec vzel k sebi, starši, ki živijo z zavarovancem v skupnem gospodinjstvu) pa le, če izpolnjujejo dodatne pogoje, navadno ob zavarovančevi dolžnosti preživljanja. Za ožje in širše družinske člane se kot pogoj zavarovanja zahteva stalno prebivanje v Sloveniji (tretji odstavek 20. člena ZZVZZ) (2), pri čemer je za ožje družinske člane pogoj omiljen z mnenjem vlade, po katerem so tuji ožji družinski člani obvezno zdravstveno zavarovani, če imajo dovoljenje za začasno prebivanje (stališče Vlade RS, št. 500-06/95-1/1-8 z dne 2. marca 1995) (7), medtem ko morajo širši družinski člani (npr. pastorki, vnuki, bratje, sestre in drugi otroci brez staršev oz. otroci, za katere starši ne morejo skrbeti, ter zavarovančevi starši), da bi imeli pravico do obveznega zdravstvenega zavarovanja po zavarovancu, v Sloveniji stalno prebivati. Zato bi bilo »primerneje in skladno z načelom enakosti zamenjati pogoj *stalnega* prebivališča s pogojem *običajnega* prebivališča v državi« (11).

3.1 Različne kategorije partnerjev

Zavarovančev ožji družinski član je od njega odvisni zakonec, ki sam ni zavarovanec (prvi odstavek 21. člena ZZVZZ) (2). Z njim je izenačen zunajzakonski partner (tretji odstavek 21. člena ZZVZZ) (2), ki je skladno s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki so avtonomni akt Zavoda, oseba, ki je najmanj dve leti pred vložitvijo prijave za obvezno zavarovanje

⁵ Prispevkov za zdravstveno zavarovanje ne plačujejo niti družinski člani sami, pa tudi zavarovanec zanje ne plačuje posebnega ali povečanega prispevka. Zavarovanje družinskih članov je akcesorno zavarovančevemu, a je v svojem obstoju pravno samostojno, saj zavarovančevi družinski člani uveljavljajo vse pravice v svojem imenu (7).

živela z zavarovancem v življenjski skupnosti, ki je po predpisih o zakonski zvezi in družinskih razmerjih v pravnih posledicah izenačena z zakonsko zvezo (drugi odstavek 10. člena Pravil) (6). Ker se s to podzakonsko določbo kot pogoj za priznavanje zunajzakonske skupnosti postavlja njeno dveletno trajanje, česar zakon ne predvideva, se zastavlja vprašanje ustavnosti in zakonitosti takšne ureditve (11). Enako kot zakonec je zavarovan tudi razvezani zakonec, ki mu je s sodno odločbo prisojena preživnina, a le če ni sam zavarovan (drugi odstavek 21. člena ZZVZZ) (2).⁶

Pravice, ki jih po slovenski zakonodaji uživajo različnospolni partnerji, kljub sprejetju Zakona o registraciji istospolne partnerske skupnosti (v nad.: ZRIPS) (13) v letu 2005 ne veljajo niti za registrirane niti za neregistrirane istospolne partnerje. Ker istospolnemu partnerju po ZZVZZ ni priznan status družinskega člana zavarovanca, prav tako pa socialnih pravic ne priznava ZRIPS, partner ne more biti zavarovan po zavarovancu, s čimer ostaja brez osnovnega zdravstvenega zavarovanja in s tem brez osnovnih zdravstvenih storitev.⁷ Zaradi istih razlogov partner ali partnerka v registrirani ali neregistrirani istospolni skupnosti nima pravice do nadomestila zaradi nege ožjega družinskega člana, ki sicer pripada zakoncu ali zunajzakonskemu partnerju (prvi odstavek 30. člena ZZVZZ) (2).⁸ Ob morebitni dokončni uveljavitvi Družinskega zakonika, ki poleg zakonske in zunajzakonske skupnosti ureja tudi partnerske in zunajpartnerske skupnosti istospolnih partnerjev, bodo vse skupnosti dveh partnerjev v pravicah izenačene tudi na področju zdravstvenega zavarovanja.⁹ Pri nas podatkov o tem, koliko oseb

⁶ Trenutno zakoncu ni treba dokazovati, da družinsko zavarovanje potrebuje zaradi slabega premoženjskega ali dohodkovnega stanja, za prihodnje pa ministrstvo razmišlja, da bi v novem zakonu omejilo dostop do družinskega zavarovanja, tako da sistem ne bi bil solidaren s tistim 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 (12).

⁷ Tudi zadnje raziskave v ZDA med težavami istospolno usmerjenih oseb navajajo posledice neenakopravne obravnave istospolnih partnerstev, ki vodi do tega, da zdravstveno zavarovanje, ki ga plačuje delodajalec, pogosto ni razširjeno tudi na partnerko ali partnerja zaposlene/-ga, kar pomeni, da partnerka ali partner nima dostopa do zdravstvenih storitev. Poleg tega istospolno usmerjene osebe pogosto nimajo pravice do odsotnosti zaradi nege partnerja ali partnerke (14).

⁸ Strban (2010: 393) glede predloga novega Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-1) meni, da predlagatelj »z zavarovanjem zakonca pravilno izenačuje tudi registriranega istospolnega partnerja, saj tudi med njima obstaja dolžnost preživljanja.« (12)

⁹ Poleg dostopa do zdravstvenega zavarovanja in zdravstvenih storitev so v zvezi z zdravjem istospolno usmerjenih oseb odprta tudi druga vprašanja, npr. duševno zdravje, zloraba substanc, tobaka in alkohola, nasilje, zdravje mladih, zdravje lezbičnega

brez obveznega zdravstvenega zavarovanja je različno- in koliko istospolno usmerjenih, nimamo, ena izmed ameriških raziskav pa kaže, da je 20 % oseb z istospolnim partnerjem nezavarovanih, kar je skoraj dvakrat več kot velja za zakonce (17).¹⁰

Odrasle osebe, ki ne živijo v nobeni od zakonsko predvidenih partnerskih skupnosti, zlasti samski, na temelju družinskih vezi ne morejo uveljavljati pravice do zdravstvenih storitev, zato so ob brezposelnosti izpostavljeni veliko večji možnosti, da ne bodo zdravstveno zavarovani, kot osebe v pravno reguliranih partnerskih odnosih.

3.2 Različne kategorije otrok

Otroci kot ožji družinski člani. Ožji družinski člani so tudi zavarovančevi otroci in otroci, ki so z odločbo pristojnega organa nameščeni v družino z namenom posvojitve (prvi odstavek 20. člena ZZVZZ) (2). Otrok, ki ni sam zavarovanec (npr. zaposlen), je zdravstveno zavarovan kot družinski član do dopolnjenega 15. leta starosti oziroma do dopolnjenega 18. leta starosti, po tej starosti pa, če se šola, in sicer do konca šolanja, vendar največ do dopolnjenega 26. leta starosti (prvi odstavek 22. člena ZZVZZ) (2). Posvojenci niso posebej omenjeni kot ožji družinski člani zavarovanca, saj iz splošnih pravil družinskega prava izhaja, da s posvojitvijo med posvojiteljem in posvojencem nastane starševsko razmerje (7. člen Zakona o zakonski zvezi in družinskih razmerjih, v nad.: ZZZDR) (19), 9. člen Družinskega zakonika, v nad.: DZ) (20). Takšen zakonodajni pristop je primeren, saj je posvojitve enkratno dejanje, s katerim se oblikuje pravna vez med staršem in otrokom, od njenega nastanka naprej pa niti na ravni poimenovanja ni nobene potrebe po razlikovanju med biološkimi in posvojenimi otroki. Ker slovenska zakonodaja in pravna praksa omogočata posvojitve otroka partnerja ali partnerke tudi v istospolnih družinah (135. člen ZZZDR) (19), tudi zanje velja, da so lahko zavarovani po enem od staršev. Če v istospolnih družinah socialni starši ne bi mogli posvojiti otroka, le-ta po njih ne bi imel pravice do osnovnega zdravstvenega zavarovanja in s tem do

prebivalstva, reproduktivno zdravje in vprašanja, povezana s položajem transspolnih oseb (15). Ena od najpomembnejših tem, ki jo izpostavljajo raziskovalci zdravja istospolno usmerjenih oseb v Veliki Britaniji, je prezrtost lezbijk in biseksualk kot posebne skupine pacientk, katerih posebne potrebe so pogosto slabo razumljene. Vendar v zadnjem času temu vprašanju namenjajo večjo pozornost zdravniki in tudi drugi strokovnjaki ter nosilci odločanja na področju zdravja (16).

¹⁰ Raziskava, ki upošteva tudi etnično pripadnost istospolno usmerjenih posameznikov in posameznic, pa ugotavlja, da so najpogosteje nezavarovani istospolno usmerjeni Latinoameričani (18).

osnovnih zdravstvenih storitev, ki bi mu sicer pripadale, kar bi bilo v nasprotju s temeljnim ustavnim načelom varstva koristi otroka. Na enak način, kot so posvojitev v istospolnih družinah urejene po ZZZDR (19), jih zakonodajalec ureja tudi v DZ (20), kar pomeni, da bo pravno varstvo otrok ostalo nespremenjeno.

Pastorki kot širši družinski člani. Otrokom partnerja ali partnerke, ki živijo z zavarovancem, zakon status družinskega člana priznava le, če jih zavarovanec preživlja. Ker jih zakon umešča pod širše družinske člane, zanje ne velja mnenje vlade o zadostnosti začasnega prebivališča.¹¹ Pastorek, ki ima v Sloveniji samo začasno, ne pa stalnega prebivališča, kljub dejstvu, da ga zavarovanec preživlja, po njem ne more biti zavarovan. V reorganiziranih družinah, v katerih otrok živi s staršem in z njegovim partnerjem, novi partner otroka lahko posvoji le, če otrok nima drugega starša, če je ta neznan ali če ta privoli v posvojitev (141. člen ZZZDR, 218. člen DZ) (19, 20). Ker ti pogoji pogosto niso izpolnjeni, otrok pa ne more imeti treh pravno priznanih staršev, med partnerjem enega od staršev in otrokom kljub socialni vezi pravna vez ne nastane. Zaradi otrokove koristi bi zakonodajalec moral voditi skrb za otroka in bi moral otrokom v reorganiziranih družinah nuditi enako zaščito in pravice, kot veljajo za otroke, ki živijo s pravno priznanimi starši. Za pastorko bi zato morale veljati, da so zavarovani po zavarovancu, če imajo začasno prebivališče v Sloveniji, pri prenovi sistema pa bi bilo treba razmišljati o prekvalifikaciji pastorkov v ožje družinske člane zavarovanca.

Otroci kot samostojna kategorija zavarovancev. Od leta 2009 so v obvezno zdravstveno zavarovanje vključeni tudi otroci do 18. leta starosti, ki se šolajo in niso zavarovani kot družinski člani, ker njihovi starši ne skrbijo za njih oziroma ker starši ne izpolnjujejo pogojev za vključitev v obvezno zavarovanje (24. točka 15. člena ZZVZZ) (2).¹² Do nedavne novele

¹¹ Varuh RS je že v svojem prvem letnem poročilu v poglavju o socialni varnosti izpostavil težavo, povezano z zakonsko zahtevo po stalnem prebivališču. »Tako smo obravnavali pobudo posameznika, ki je ožji družinski član zavarovanca, vendar nima pravice do zdravstvenega varstva, ker ima prebivališče na območju druge republike nekdanjega SFRJ, s katero še ni sklenjena ustrezna pogodba. Vlada RS je 2. marca 1995 sprejela mnenje, s katerim je določila, da so zavarovani tudi ožji družinski člani zavarovancev obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki so tujci, če imajo v naši državi izdano dovoljenje za začasno prebivanje tujca za čas veljavnosti tega dovoljenja (več kot tri mesece) in če so izpolnjeni tudi vsi drugi pogoji za pridobitev lastnosti zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju v RS. Zakonske ureditve te pravice pa (še) ni« (21).

¹² Zaradi nejasnosti te določbe ostaja »nerešeno vprašanje, kako bodo v obvezno zdravstveno zavarovanje vključeni otroci med petnajstim in osemnajstim letom, katerih starši ne skrbijo za zanje oziroma katerih starši ne izpolnjujejo pogojev za vključitev

zakona, ki je bila sprejeta oktobra 2011, v zdravstveno zavarovanje niso bili vključeni otroci samozaposlenih staršev, katerih izvajanje pravic je zadržano zaradi neporavnanih obveznosti, saj ti starši za otroke skrbijo in izpolnjujejo pogoje za vključitev, le uveljavljanje pravic jim je zadržano. Takšna ureditev je posegala v pravice otrok, saj so imeli otroci neplačnikov zaradi odvisnosti svojega zavarovanja od staršev, enako kot njihovi starši, samo pravico do nujne zdravstvene pomoči, ki pa ne zagotavlja vseh zdravstvenih storitev, ki morajo biti otroku na voljo za otrokovo zdravje in razvoj. S tem so bile kršene »otrokove pravice do najvišje dosegljive ravni zdravja ter storitev ustanov za zdravljenje in zdravstveno rehabilitacijo«, kar zahteva prvi odstavek 24. člena Konvencije o otrokovih pravicah (23). Otroci tudi po slovenski ustavi uživajo posebno varstvo in skrb (56. člen URS) (1), zato bi morala država zagotoviti polno zdravstveno varstvo otrok (24). Z novo ureditvijo so te kršitve odpravljene, saj se otrokom (vključno s pastorki, z vnuki, brati, s sestrami in z drugimi otroki brez staršev, ki jih je zavarovanec vzel k sebi in jih preživlja), katerih starši nimajo poravnanih obveznosti plačevanja prispevkov, ne zadržijo njihove pravice do zdravstvenih storitev.

3.3 Sprememba življenjskih slogov zahteva prilagoditev zakonodaje

Spremembam v življenjskih slogih ljudi bi se zakonodaja morala prilagajati. A ta neenakopravno obravnava različne oblike družinskih skupnosti, tj. na področju razmerij med partnerji in v razmerjih med starši in otroki. Še zlasti ob izključenosti iz klasičnih oblik zaposlitve ali določenih vrst socialnih dajatev dostop do zdravstvenih storitev otežen samskim ljudem.

Na področju partnerskih razmerij bo zakonodajalec moral skladno z ustavno urediti zdravstveno varstvo zavarovančevega partnerja oziroma partnerke. Pri tem bo pri zunajzakonskih skupnostih moral upoštevati, da je uresničevanje pravic mogoče predpisati le z zakonom, ne pa s podzakonskim aktom, zato bo pojem zunajzakonske skupnosti moral opredeliti v zakonu, ne pa v avtonomnih pravnih virih zavoda. Leta 2009 je Ustavno sodišče v odločbi, št. U-I-425/06-10 (25), ugotovilo, da so dejanske in pravne podlage življenjskih skupnosti – registrirane istospolne skupnosti ter skupnosti med žensko in moškim, v bistvenem enake, zato je razlikovanje v ureditvi dedovanja na osnovi spolne usmerjenosti protiuslavno. Zakonodajalec mora zato tudi na področju socialnih pravic vzpostaviti enako

v obvezno zdravstveno zavarovanje, ko bodo končali obvezno osnovnošolsko izobraževanje in ne bodo nadaljevali šolanja ter se tudi ne bodo zaposlili ali samozaposlili« (22).

obravnavo partnerjev različnega ali istega spola. Poleg tega je potreben tudi razmislek, ali je sploh primeren sistem, ki zdravstveno zavarovanje veže na partnerska razmerja in ne na posameznika kot takega.

Z vidika varstva pravic otrok je nujno, da zakonodaja v istospolnih družinah ohrani možnost posvojitve otroka partnerja oziroma partnerice, saj vsaka drugačna ureditev posega v pravico otroka do staršev in v načelo varstva njegovih koristi. Nesprejemljiva je bila ureditev, ki otrokom samozaposlenih oseb, katerih pravice iz zdravstvenega zavarovanja so zadržane zaradi neporavnanih obveznosti do zavoda, ni zagotavlja enake zdravstvene oskrbe kot preostalim, vendar so bile te kršitve otrokovih pravic z novelo iz leta 2011 sanirane. Načelu varstva največje otrokove koristi nasprotuje pravilo, ki akcesorno zavarovanje pastorka brez slovenskega državljanstva (po novem staršem partnerju) veže na njegovo stalno prebivališče. Ker ureditev, ki otrokom ne zagotavlja najvišje dosegljive ravni zdravja, nasprotuje Konvenciji o otrokovih pravicah, bi bilo zdravstveno zakonodajo nujno spremeniti.

4 Tujski status: slovensko državljanstvo in stalno prebivališče kot zadnje sito

Zadnje sito, ki ga zakonodaja postavlja za vključitev v obvezno zdravstveno zavarovanje, je vezano na pravno bližino potencialnega zavarovanca z državo. Zavarovanje osebe, ki nima samostojnega zavarovanja in ni vključena v družinska razmerja, je namreč odvisno od njenega tujskega statusa: država najbolj varuje položaj slovenskih državljanov, zdravstvenovarstveni položaj tujcev pa je odvisen od njihovega statusa in vzroka prebivanja v Sloveniji.

4.1 Slovenski državljeni s slabim premoženjskim stanjem in stalnim prebivališčem v Sloveniji

Če slovenski državljan s stalnim prebivališčem pri nas ni zavarovanec iz drugega naslova, ga v obvezno zavarovanje prijavi občina stalnega prebivališča.¹³ Država in občine se vrsto let niso mogle poenotiti glede tega, kdo je dolžen nositi finančno breme zdravstvene varnosti nezavarovanih državljanov (22).¹⁴ V preteklosti zakonodajalec vključitve na tej

¹³ Na tej pravni podlagi je v zdravstveno zavarovanje vključen pomemben delež romskega prebivalstva, ki ni zaposlen. Pri tem ključno vlogo igrajo centri za socialno delo, saj zagotavljajo ustrezno dokumentacijo za vključitev v zavarovanje pa tudi kot pomemben vir obveščanja (26).

¹⁴ Teorija meni, da »bi zanje morala poskrbeti država s plačilom

osnovi ni pogojeval s slabim premoženjskim stanjem osebe, zato so to storile občine, kar pa je bilo zaradi omejevanja zakonske pravice v nasprotju z ustavo. Leta 2009 je bila ta protiustavnost odpravljena, saj je upravičenost do plačila prispevka občine po novem zakonsko omejena z določenim cenzusom (11).¹⁵ Poskus zakonodajalca, da z določitvijo enotnega cenzusa prepreči neenako obravnavo državljanov, pa je povzročil nove neenakosti, saj je postavljen tako nizko, da ga tričlanska družina, katere edini dohodek je denarna socialna pomoč, presega, kar bo povečalo delež oseb brez zdravstvenega zavarovanja (22).¹⁶

4.2 Slovenski ali tuji državljani s stalnim prebivališčem v Sloveniji

Obvezno zdravstveno zavarovane so tudi vse osebe s stalnim prebivališčem v Sloveniji, če niso zavarovane na drugi podlagi in si same plačujejo prispevek (20. točka prvega odstavka 15. člena ZZVZZ). Od leta 2009 osebi, ki se želi v zavarovanje vključiti po tej točki, ni treba več zatrjevati, upravnemu organu pa ne ugotoviti, da ima druge dohodke, kar pomeni, da se lahko zavaruje tudi oseba, ki je brez lastnih dohodkov (22).¹⁷ Vprašanje je, kako razumeti dostavek, po katerem naj bi si osebe brez lastnih dohodkov same plačevale prispevek, saj ni jasno,

ustreznega prispevka. Njena naloga in ne naloga občin je poskrbeti za obsežen sistem socialnih pomoči (socialnega varstva)« (11)

¹⁵ Zdravstveno so lahko zavarovani slovenski državljani s stalnim prebivališčem v RS, ki niso zavarovanci iz drugega naslova. Državljanke iz te točke v obvezno zavarovanje prijavi občina stalnega prebivališča, če nimajo nobenih dohodkov oziroma če – kadar živijo sami – njihovi povprečni mesečni dohodki v zadnjih treh mesecih ne dosegajo 50 % minimalne plače oziroma če – kadar živijo z ožjimi ali s širšimi družinskimi člani v skupnem gospodinjstvu – njihovi povprečni mesečni dohodki na družinskega člana v zadnjih treh mesecih ne dosegajo 25 % minimalne plače, razen kadar ima sam ali njegovi ožji ali širši družinski člani prihranke oziroma premoženje, ki dosegajo ali presega višino 60 osnovnih zneskov minimalnega dohodka (21. točka 15. člena ZZVZZ) (2).

¹⁶ Čeprav se ta prispevek ne ukvarja z dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem, je na tem mestu primerno omeniti, da je zakonodajalec z novelo ZZVZZ-K leta 2009 prevzel breme doplačil za socialno najšibkejše. »Tako po ZZVZZ-K država zagotavlja iz proračunskih sredstev razliko do polne vrednosti zdravstvenih storitev iz 2.–6. točke 23. člena tega zakona za zavarovance in po njih zavarovane družinske člane iz prvega odstavka 15. člena tega zakona pod pogojem, da navedenih pravic nimajo zagotovljenih v celoti iz obveznega zdravstvenega zavarovanja iz drugega naslova ali če izpolnjujejo pogoje za pridobitev denarne socialne pomoči« (22).

¹⁷ Pred novelo je v teoriji prevladovalo mnenje, da »te določbe /.../ ni mogoče razlagati na način, da bi omogočala prostovoljno vključitev v obvezno zdravstveno zavarovanje vsakogar, ki bi si želel prispevek plačevati sam. Gre predvsem za osebe, ki imajo neki dohodek (lahko ga ustvarijo po pogodbi civilnega prava) in niso zavarovane na drugi podlagi« (7).

ali je plačilo prispevka pogoj za vključitev ali le njena posledica. Lemut Strle meni, da je plačilo prispevka »razumeti v smislu posledice vključitve v zavarovanje, s tem pa zapis dostavka postane popolnoma nesmiseln (22). V nasprotnem primeru bi lahko razumeli, da smo v sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja dobili prvo kategorijo zavarovancev, ki se v sistem vključujejo prostovoljno – ko in če želijo plačati prispevek.«

4.3 Begunci in azilanti

V Sloveniji imajo po Zakonu o mednarodni zaščiti (v nad.: ZMZ) (27) osebe, ki jim je bila priznana mednarodna zaščita (begunci in osebe s subsidiarno zaščito), pravico do obveznega zavarovanja, če niso obvezno zdravstveno zavarovane na drugi podlagi. Prav tako imajo otroci s priznano mednarodno zaščito enak dostop do zdravstvenih storitev kot preostali otroci (94. člen ZMZ) (27).

Osebe, ki so v postopku za pridobitev mednarodne zaščite, torej prosilci in prosilke za mednarodno zaščito (azilanti), imajo pravico le do nujnega zdravljenja, ki je podrobneje opredeljeno v zakonu.¹⁸ Izjemoma jim lahko dodaten obseg pravic odobri posebna medresorska komisija, a so pogoji za pridobitev teh pravic precej arbitrarni (28). »Ker nujna medicinska pomoč predvideva le zdravljenje stanj, ki neposredno ogrožajo življenje, pod dodaten obseg pravic sodi večina zdravstvenih storitev, ki jih prosilci za mednarodno zaščito vsakodnevno potrebujejo (npr. specialistični pregledi, operativni poseg, zdravstveni pripomočki).¹⁹

¹⁸ Prvi odstavek 84. člena ZMZ določa, da »nujno zdravljenje prosilca obsega pravico do nujne medicinske pomoči in nujnega reševalnega prevoza po odločitvi zdravnika ter pravico do nujne zobozdravstvene pomoči; pravico do nujnega zdravljenja po odločitvi lečečega zdravnika (ohranitev življenjsko pomembnih funkcij, zaustavljanje večjih krvavitev oziroma preprečitev izkrvavitve; preprečitev nenadnega poslabšanja zdravstvenega stanja, ki bi lahko povzročilo trajne okvare posameznih organov ali življenjskih funkcij; zdravljenje šoka; storitve pri kroničnih boleznih in stanjih, katerih opustitev bi neposredno in v krajšem času povzročila invalidnost, druge trajne okvare zdravja ali smrt; zdravljenje vročinskih stanj in preprečevanje širjenja infekcije, ki bi utegnila voditi do septičnega stanja; zdravljenje oziroma preprečevanje zastrupitev; zdravljenje zlomov kosti oziroma zvinov ter drugih poškodb, pri katerih je nujno posredovanje zdravnika; zdravila s pozitivne liste v skladu s seznamom medsebojno zamenljivih zdravil, ki so predpisana na recept za zdravljenje navedenih bolezni in stanj) in pravico do zdravstvenega varstva žensk (kontracepcijskih sredstev, prekinitve nosečnosti, zdravstvene oskrbe v nosečnosti in ob porodu).« (27)

¹⁹ Komisija »ni pripravljena odobriti prošnje, ki temelji le na mnenju zasebnega specialista, ali kot se je izrazila vodja Azilnega doma Katarina Štrukelj: 'Če komisija dobi mnenje, ki ne gre prek javne mreže, ali če ta oseba ni bila napotena prek ambulante zdravstvenega doma k splošnemu zdravniku ali specialistu, po navadi večina članov komisije zahteva še dodatno, drugo mnenje.'« (28).

V primerjavi z odraslimi pa imajo mladoletni prosilci pravico do zdravstvenega varstva pod enakimi pogoji kakor državljani Republike Slovenije (tretji odstavek 84. člena ZMZ) (27).

4.4 Tujci z različnimi oblikami dovoljenj za prebivanje

Zakon o tujcih (v nad.: ZTuj-2) (29) opredeljuje nekatere druge statuse tujcev in njihove pravice. Navadno imajo te osebe samo pravico do nujnega zdravstvenega varstva. To velja za žrtve trgovine z ljudmi in žrtve nezakonitega zaposlovanja, ki jim je izdano dovoljenje za začasno prebivanje in nimajo sredstev za preživljanje, za tujce, katerim je v Republiki Sloveniji dovoljeno začasno zadrževanje, za tujce, ki se jih mora odstraniti, a imajo dovoljenje za začasno zadržanje v Sloveniji, ker odstranitev v državo vrnitve ni dovoljena (zaradi ogroženosti življenja in svobode, izpostavljenosti mučenju in drugim krutim, nečloveškim ali poniževalnim kaznim ali ravnanju) ali ni mogoča (zaradi neurejenih dokumentov, zdravstvenega stanja, šolanja mladoletnika ali drugega z zakonom določenega vzroka), za tujce, ki jim je izdano dovoljenje za začasno prebivanje zaradi drugih utemeljenih razlogov in nimajo sredstev za preživljanje. Enako velja za osebe, ki so nameščene v Centru za tujce (28).

4.5 Potreba po enakem obravnavanju oseb, ki prebivajo v Sloveniji

Pravica do zdravstvenega varstva osebe, ki nima samostojnega zavarovanja in ni vključena v družinska razmerja, je odvisna od njenega tujskega statusa: slovenske državljanke s stalnim prebivališčem in slabim premoženjskim stanjem v Sloveniji v obvezno zdravstveno zavarovanje prijavi občina stalnega prebivališča, če njihovi dohodki ne presežejo določenega cenzusa, tuji ali slovenski državljani s stalnim prebivališčem v Sloveniji pa si prispevek za obvezno zdravstveno zavarovanje lahko plačujejo sami. Osebe, ki v Sloveniji nimajo vsaj stalnega prebivališča, imajo pravico samo do nujne zdravstvene pomoči, ki jo zagotavlja država iz proračuna. Nujno zdravljenje pa obsega neodložljive zdravstvene storitve oživiljanja, ohranitve življenja in preprečitve poslabšanja zdravstvenega stanja obolelega ali poškodovanega, nujnost zdravljenja pa presoja osebni zdravnik oziroma pristojna zdravniška komisija. Takšna ureditev, ki nalaga presojo nujnosti zdravljenja zdravniku in individualizira odgovornost za odločitev o potrebnosti zdravljenja zdravnikom, otežuje izpolnjevanje etičnih načel zdravniškega poklica. Zato bi bilo nujno na

sistemski ravni možnost vstopa v obvezno zdravstveno zavarovanje razširiti na vse kategorije tujcev z dovoljenjem za začasno prebivanje.

Ureditev, ki možnost zdravstvenega zavarovanja veže na stalno prebivališče, je imela dolgoročne negativne posledice tudi na zdravstveno varstvo oseb, ki so bile izbrisane iz registra stalnega prebivalstva. Ker so izgubili vsakršen status, so bili številni brez urejenega zdravstvenega zavarovanja, saj se vanj niso mogli vključiti, čeprav bi finančno breme vključitve želeli kriti sami. »Obvezno zdravstveno zavarovanje so imeli urejeno, če so se uspeli zaposliti na osnovi delovnega vizuma ali če so pridobili dovoljenje za stalno prebivanje; če so pridobili le dovoljenje za začasno prebivanje, pa so si lahko sami plačali zdravstveno zavarovanje. Le redki so si ga, ker je bilo to treba storiti pri komercialni zavarovalnici« (30). Kršitve pravice do zdravstvenega varstva osebam, izbrisanim iz registra stalnih prebivalcev, še niso bile sanirane, kar bo v prihodnje treba storiti na osnovi človekove pravice do povračila škode, ki jo v povezavi z opravljanjem službe ali kakšne druge dejavnosti državnega organa, organa lokalne skupnosti ali nosilca javnih pooblastil s svojim protipravnim ravnanjem stori oseba ali organ, ki tako službo ali dejavnost opravlja (26. člen URS) (1).

5 Sklep

Čeprav se kot pomembna prednost slovenskega sistema navaja vključenost številnih skupin v obvezno zdravstveno zavarovanje, s čimer se »zagotavlja pravica do (predvsem ekonomskega) dostopa do zdravstvenega varstva tako rekoč vsem prebivalcem, podobno kot v nacionalni zdravstveni službi« (7), pa vedno večje število prebivalcev ostaja brez zdravstvenega zavarovanja; med njimi so najbolj ranljivi tujci brez stalnega prebivališča, samozaposlene osebe in njihovi družinski člani ter samske osebe, registrirani in neregistrirani istospolni partnerji ter otroci v reorganiziranih družinah, torej vsi tisti, ki z vidika delovnih, družinskih in tujskih razmer odstopajo od norm, s katerimi zakonodaja pogojuje polno zdravstveno oskrbo, to pa je: zaposlen, poročen slovenski državljan ali državljanica. Ta norma je bila opredeljena v začetku 90. let prejšnjega stoletja, do danes pa so se razmere na trgu dela in v življenjskih slogih ter mobilnost prebivalstva tako spremenili, da bi jim nujno morala slediti tudi zakonodaja, ki bi morala izhajati iz enakopravne obravnave vseh oblik dela, enake obravnave vseh oblik partnerskih skupnosti in družin ter samskosti ter enakopravne obravnave vseh,

ki prebivajo na ozemlju Republike Slovenije.

Literatura

1. Državni zbor. Ustava Republike Slovenije. Uradni list RS 1991; 331.
2. Državni zbor. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Uradni list RS 1992; 9.
3. Državni zbor. Zakon o zdravstveni dejavnosti. Uradni list RS 1992; 9.
4. Državni zbor. Zakon o zdravniški službi. Uradni list RS 1999; 98.
5. Državni zbor. Zakon o pacientovih pravicah. Uradni list RS 2008; 15.
6. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja. Uradni list RS 1994; 79.
7. Bubnov Škoberne A, Strban G. Pravo socialne varnosti. Ljubljana: GV Založba, 2010.
8. Zavod za zdravstveno zavarovanje. Postopek zadržanja pravic nerednim plačnikom prispevkov, 2009. Pridobljeno 12. 9. 2011 s spletne strani: <http://www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzs.nsf/o/9C8766FC171F26DCC1256D3A003C02DF>.
9. Žibret A. Čedalje več ljudi brez zdravstvenega zavarovanja. Delo, 4. marec 2011. Pridobljeno 22.7.2011 s spletne strani: <http://www.delo.si/clanek/142616>.
10. Mestna občina Ljubljana, Odsek za zdravje. Pridobljeno 20. 8. 2011 s spletne strani: <http://www.ljubljana.si/si/mol/mestna-uprava/oddelki/zdravje-socialno-varstvo/organizacijske-enote-v-sestavi/>.
11. Strban G. Temelji obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ljubljana: Cankarjeva založba, 2005.
12. Strban G. Prenova obveznega zdravstvenega zavarovanja. Delavci in delodajalci 2010; 2–3: 389–411.
13. Državni zbor. Zakon o registraciji istospolne partnerske skupnosti. Uradni list RS 2005; 65.
14. Institute of Medicine. The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: building a foundation for better understanding. Washington, DC: The National Academies Press, 2011. Pridobljeno 22.8.2011 s spletne strani: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53627/pdf/nap13128.pdf>.
15. ILGA - Europe. accessing health: the context and the challenges for LGBT people in Central and Eastern Europe. Brussels: ILGA-Europe, 2006. Pridobljeno 21. 8. 2011 s spletne strani: <http://www.ilgaeurope.org/content/download/4638/28034/version/3/file/HEALTHreportWWW.pdf>.
16. Shaw RW, Luesley D, Monga A. Gynaecology. Edinburgh: Elsevier, 2011.
17. Badgett M, Lee V. The gay health insurance gap. AlterNet, 26. oktober 2006. Pridobljeno 22. 8. 2011 s spletne strani: <http://www.alternet.org/rights/43429/>.
18. Krehely J. How to close the LGBT health disparities gap: disparities by race and ethnicity, 2009. Pridobljeno 20. 8. 2011 s spletne strani: http://www.americanprogress.org/issues/2009/12/pdf/lgbt_health_disparities_race.pdf.
19. Državni zbor. Zakon o zakonski zvezi in družinskih razmerjih. Uradni list SRS 1976; 15.
20. Državni zbor. Družinski zakonik. Pridobljeno 30. 9. 2011 s spletne strani: http://www.mdds.gov.si/fileadmin/mdds.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/druz_zakonik_pr_180607.pdf.
21. Varuh človekovih pravic. Letno poročilo 1995. Pridobljeno 22. 8. 2011 s spletne strani: <http://www.varuh-rs.si/publikacije-gradiva-izjave/letna-porocila/letno-porocilo-1995/>.
22. Lemut Strle R. Kaj je in česa ni prinesel ZZBZZ-K? Delavci in delodajalci, 2009; 2–3: 271–291.

23. Generalna skupščina Združenih narodov. Konvencija o otrokovih pravicah. Resolucija št. 44/25, z dne 20. novembra 1989.
24. Dolčič T. Zdravstveno varstvo otrok – iz dela varuha človekovih pravic Republike Slovenije, 2011. Pridobljeno 10. 7. 2011 s spletne strani: http://www.varuhrs.si/fileadmin/user_upload/word/govori__sporocila__izjave/DO_-_zdravstveno_varstvo_otrok_-_posvet_DS_-_30.6.2011.pdf.
25. Ustavno sodišče. Odločba, št. U-I-425/06-10, z dne 2. 7. 2009.
26. Kramberger B. Zdravstveno zavarovanje in dostop do zdravstvenega varstva populacije Romov v Sloveniji. I. nacionalna konferenca – Zmanjševanje neenakosti v zdravju romske populacije. Radenci, 29. 9. 2008. Pridobljeno 19. 7. 2011 s spletne strani: <http://www.zzv-ms.si/si/splosno/documents/2008KONFERENCAROMI.pdf>.
27. Državni zbor. Zakon o mednarodni zaščiti. Uradni list RS, 2009; 111.
28. Lipovec Čebtron U. Od kulture nezaupanja do selektivnega sočutja: prosilci in prosilke za mednarodno zaščito v slovenskem zdravstvenem sistemu. In: Beznec B, Kurnik A, editors. Evroorientalizem. Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo, 2009: 190–203.
29. Državni zbor. Zakon o tujcih. Uradni list RS 2011; 50.
30. Kogovšek N. Izbris kot kršitev pravno zavarovanih človekovih pravic. In: Kogovšek N, Petković B, editors. Brazgotine izbrisa: prispevek h kritičnemu razumevanju izbrisa iz registra stalnega prebivalstva Republike Slovenije. Ljubljana: Mirovni inštitut, 2010: 83–141.