

ILUZIJA O UNIVERZALNEM DOSTOPU DO ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

Nedržavljeni, prekarni, revni kot zdravstveno nezavarovani prebivalci

Uršula Lipovec Čebtron, Sara Pistotnik

89

IZVLEČEK

Avtorici se v članku osredinjata na družbene spremembe, ki v postsocialni državi vodijo k izključevanju vse večjega števila prebivalcev iz dostopa do socialnih pravic. To pokažeta na primeru postopnega krčenja pravic na področju sistema zdravstvenega varstva, oziroma natančneje, vse pogostejšega omejevanja dostopa do zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji. Slednje analizirata preko sprememb zakonodaje ter socialnih in zdravstvenih politik, obenem pa izhajata iz različnih kvalitativnih raziskav. V prispevku se avtorici najprej ukvarjata z omejevanjem dostopa do zdravstvenega zavarovanja za ndržavljane, v naslednjih poglavjih pa tudi za prekarne delavce in najrevnejše prebivalce Slovenije. Pri tem pokažeta, kako njihovo izključevanje poteka preko produkcije drugega kot nezaslužnega posameznika, ki naj po neoliberalni logiki selekcije – upravičeno ne bi imeli dostopa do pravic.

Ključne besede: zdravstveno zavarovanje, zdravstvene pravice, socialna država, migranti, prekarni delavci, revni prebivalci

ABSTRACT

The article focuses on social changes which in post-welfare state lead to the exclusion of a growing number of inhabitants from access to social rights. This is illustrated by the gradual reduction of rights in the health care system or, more accurately, the increasingly restricted access to health insurance in Slovenia. The latter trend is analyzed through the changes in legislation and social and health policies, and also on the basis of a range of qualitative researches. The article first deals with the restricted access to health insurance for non-citizens, and in the following chapters for precarious workers and the poorest inhabitants of Slovenia. The authors show that their exclusion ensues through the production of the "Other" as an undeserving individual who – based on the neoliberal logic of selection – is justly denied access to these rights.

Keywords: health insurance, health rights, welfare state, migrants, precarious workers, poor inhabitants

Uvod

Pred nekaj desetletji, v letih 1945–1980, je bila socialna država pomemben cilj večine evropskih demokracij (Leskošek 2013: 150). V različnih državah je imela različne forme, vendar pa se je razvila z namenom, da bi ublažila disfunkcije

tehnološkega in ekonomskega razvoja, saj je prevladalo spoznanje, da trg sam po sebi ne rešuje socialnih problemov, temveč jih ustvarja (ibid.). Socialna država je bila tako utemeljena kot organizirana uporaba državne moči za poseganje v delovanje trga, ki zagotavlja pravičnejšo redistribucijo dobrin, čeprav obenem ne posega bistveno v sam izvor družbene neenakosti. Kot taka se je vzpostavila na načelih enakosti, socialne pravičnosti in solidarnosti (Leskošek 2013: 149–150), pri čemer je izhajala iz prepričanja, da mora država ohranjati kolektivno varnost, pri tem pa varovati prav vsakega prebivalca (Inda 2006: 10). Vse to je do določene mere varovalo posameznika in skupnost pred negotovostmi življenja v družbi (ibid.: 11), pri čemer je bil posameznik zaščiten s pravicami, ki so mu pripadale kot članu skupnosti.

90

V zadnjih desetletjih pa je vloga države kot zaščitnika pravic posameznika postala tarča kritik. Neoklasična ekonomska perspektiva denimo poudarja, “da ‘radodarna’ država odvrača ljudi od dela, znižuje stopnjo zaposlenosti, zvišuje socialne izdatke, kar vpliva na nižjo stopnjo rasti, nižje zaslužke in posledično višjo stopnjo revščine” (Leskošek 2013: 149). Kot ugotavlja Vesna Leskošek ti argumenti niso prepričljivi, saj so negativni učinki socialne države na stopnjo rasti zelo sporni, obenem pa obstajajo prepričljivi empirični dokazi o pozitivnih učinkih socialne države na stopnjo tveganja revščine. Kljub temu lahko opazimo, da ti argumenti danes prevladujejo in postavljajo pod vprašaj pravično redistribucijo dobrin, socialne pravice ter rušijo socialni konsenz. Gre za paradigmatško spremembo (ibid.: 157), ki napoveduje konec socialne države oziroma njeno transformacijo v postsocialno državo (Inda 2006: 12).

Kot trdi Inda (2006), je bila socialna država postopoma nadomeščena s postsocialno državo, ki ji ni več potrebno načrtovati, poznati, spremljati in ukrepati na področjih, kot so zdravje, varnost in druge dimenzije, s katerimi so se ukvarjali mehanizmi socialne države. Odgovornost za njihovo obravnavo je namreč vse bolj premeščena iz države na mnogotere akterje: posameznike, izobraževalne in zdravstvene ustanove, lokalne skupnosti ipd. (ibid.: 12). Če so v socialni državi pravice in dolžnosti posameznika izhajale iz kolektivne solidarnosti in družbene odgovornosti ter so posameznika in državo vezale recipročne pravice in dolžnosti, pa v postsocialni državi varnost posameznika ne izhaja (primarno) iz kolektivnih pravic, temveč iz samoodgovornosti, aktivne skrbi za svoje življenje oziroma lastne podjetnosti (ibid.: 15). O prenosu odgovornosti iz države na posameznika pišejo tudi drugi (Peck 2001; Leskošek 2013; Leskošek et al. 2013), ki ugotavljajo, da se je celoten sistem blaginje strnil v pojem aktivacije. Namesto govora o pravicah, dostojanstvu, potrebah, sedaj govorimo o odgovornosti, samozadostnosti, krepitvi moči za prevzem odgovornosti (Leskošek 2012: 164). Te etopolitične strategije (Inda 2006: 32) prebivalce vzpodbujajo k prevzemu odgovornosti za svojo dobrobit, in sicer tako, da sprejmejo preračunljiv odnos do življenja in se sami zaščitijo pred tveganji (bolezni, kriminalom, brezposelnostjo, staranjem ipd.). Idealen postsocialni prebivalec je tisti, ki ni odvisen od državnih oblik pomoči, temveč se aktivno udejanja, je odgovoren, zanesljiv subjekt, ki si venomer prizadeva izboljšati kvaliteto življenja z aktivno samopromocijo in odgovornimi izbirami.

V tem kontekstu se krčenje socialnih pravic legitimira tako, da se vse, ki se odmikajo od ideala postsocialnega prebivalca, poskuša diskreditirati. Diskurzi na področju socialnih politik po zahodnem svetu jasno kažejo na proces produkcije drugega, ki se oblikuje z uporabo diskriminacij, diskvalifikacij in kriminalizacijo tistih, ki bodisi uveljavljajo socialne pravice bodisi do njih kljub težkemu položaju nimajo dostopa. Ta produkcija drugega poteka skozi zgodovinsko preverjeno dihotomijo med “zaslužnimi” in “nezaslužnimi” prebivalci, pri čemer so prvi opisani kot samoodgovorni oziroma “etični” – pridni in delavni davkoplačevalci, drugi pa kot neodgovorni oziroma “neetični” – goljufi, lenuhi in izkoriščevalci (prim. Inda 2006: 46–47; Leskošek et al. 2013: 204).

V članku bova poskušali pokazati, da je v postsocialni državi vse večje število prebivalcev izključenih iz dostopa do socialnih pravic. To bova pokazali na osnovi postopnega krčenja pravic na področju sistema zdravstvenega varstva, natančneje, vse pogostejšega omejevanja dostopa do zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji. Slednje bova analizirali prek sprememb zakonodaje ter socialnih in zdravstvenih politik, obenem pa bova izhajali iz različnih terenskih raziskav¹. Pri tem bova dokazovali, da se je polje distribucije in s tem dostopa do različnih družbenih dobrin, vključno z zdravstvenimi, že v začetku devetdesetih let zamejilo na ravni državljanstva (oziroma stalnega prebivališča). V naslednjih desetletjih pa se je iz tega polja začelo iztiskati vse večje število državljanov. Tako bova najprej predstavili omejevanje dostopa do zdravstvenega zavarovanja za nedržavljanke, v nadaljevanju pa za prekarne delavce in najrevnejše prebivalce Slovenije. Ob tem bo pokazano, kako izključevanje različnih skupin prebivalstva iz zdravstvenega zavarovanja poteka preko produkcije drugega kot nezaslužnega posameznika, ki po neoliberalni logiki selekcije upravičeno ne dostopa do pravic. Najprej pa se bova kratko ustavili pri radikalnem obratu, ki ga je pred četrto stoletja doživel sistem zdravstvenega varstva v Sloveniji.

Reformiranje sistema zdravstvenega varstva: obrat od univerzalnosti k selektivnosti

V nekdanji Jugoslaviji je bil od 70. let prejšnjega stoletja sistem zdravstvenega varstva univerzalno dostopen za vse prebivalstvo: zaradi principa solidarnosti so namreč do njega lahko dostopale tudi osebe, ki so bile brez zdravstvenega zavarovanja (oziroma ki niso plačevale prispevka) (Markota et al. 1999; Toth 2003; Lipovec Čebren 2011a, 2011b). Tako naj bi bilo prebivalstvo v celoti upravičeno do skoraj vsakršne storitve brez bistvenih doplačil (Markota et al. 1999: 2). Vendar pa Markota in Albreht menita, da je bil ta sistem finančno nevzdržen, saj so imele osebe praktično neomejene zdravstvene pravice, nizka ekonomska učinkovitost pa ni mogla kriti vse dražjega zdravstvenega varstva (Markota in Albreht 2001:

¹ Opirali se bova na terenske raziskave, opravljene v okviru projekta “Skupaj za zdravje” Nacionalnega inštituta za javno zdravje (2014–2015) in na terenske raziskave obeh avtoric med izbrisanimi prebivalci, migranti, prekarnimi delavci ter revnimi prebivalci v Sloveniji, ki so potekale nekontinuirano v obdobju med 2004 in 2014. Delo Sare Pistotnik je bilo med 2012 in 2015 financirano tudi iz Inovativne sheme za sofinanciranje doktorskega študija za sodelovanje z gospodarstvom in reševanja aktualnih družbenih izzivov.

20). Čeprav se ti argumenti v današnji situaciji zadolženosti javnozdravstvenih ustanov ne zdijo povsem prepričljivi, so pomembno prispevali k temu, da je bila ena osrednjih reform po letu 1991 temeljita reforma sistema zdravstvenega varstva. Zajela je mnoga področja, vendar pa bodo naju podrobneje zanimala spremembe na področju obveznega zdravstvenega zavarovanja (OZZ).²

Bistveno za pričujoče besedilo je, da se je v neodvisni Sloveniji načelo univerzalnega dostopa do sistema zdravstvenega varstva umaknilo principu selektivnosti. Dostop do zdravstvenih storitev je začel pogojevati obseg zdravstvenega zavarovanja, pri čemer zdravstvene zavarovalnice izvajajo vse strožji nadzor nad zdravstvenimi institucijami in vse bolj vplivajo na zdravstveno politiko (Zorn 2010; Lipovec Čebtron 2011a, 2011b). Storitve države blaginje, prej namenjene vsem prebivalcem, so postale vir neenakosti in izključevanja (Zorn 2010: 39). Obrat od univerzalnosti k selektivnosti in izključevanju je opazen že v slovenski Ustavi. V nasprotju z nekaterimi ustavami evropskih držav, ki državi nalagajo, da mora varovati zdravje kot temeljno pravico posameznika in zagotavljati brezplačno zdravljenje³, odseva Ustava Republike Slovenije bolj restriktivno in selektivno zdravstveno politiko. V njenem 51. členu namreč ni sledu o zagotavljanju univerzalne pravice do zdravja za vse prebivalce kot tudi ni omembe brezplačnega zdravljenja: “Vsakdo ima pravico do zdravstvenega varstva, kot ga določa zakon. Zakon določa pravice do zdravstvenega varstva iz javnih sredstev” (Ustava Republike Slovenije 1991). Kot bomo videli v nadaljevanju, pa “zakon” ne pripušča v sistem zdravstvenega varstva *vseh*, temveč le *določene*.

Selekcija poteka na osnovi dostopa do zdravstvenega zavarovanja, pri čemer imajo *določeni* dostop do OZZ (pa tudi do dopolnilnega), drugi pa ne. Kriterija selekcije, po kateri so nekateri vključeni, drugi pa izključeni, sta a) državljanstvo (oziroma stalno prebivališče) v Republiki Sloveniji ter b) zaposlitev za določen ali nedoločen čas. V naslednjih poglavjih bova na primerih nedržavljanov (oziroma oseb brez stalnega prebivališča), prekarnih delavcev in revnih prebivalcev pokazali, kako ta selekcija poteka. Čeprav sta oba kriterija med sabo zelo povezana, ju bova v nadaljevanju ponekod obravnavali ločeno, obenem pa pokazali na njuno prepletanje.

Izključevanje nedržavljanov iz zdravstvenega zavarovanja

Dostop do različnih družbenih dobrin, tudi do pomoči za najbolj socialno ogrožene, se je v začetku 90. let prejšnjega stoletja zamejil na ravni državljanstva. Do brezpogojne pomoči, ki ni povezana z zaposlitvijo, so bili takoj po letu 1991 upravičeni le državljanji, precej kasneje pa tudi osebe z dovoljenjem za stalno

² Čeprav bi bilo nujno v analizo vključiti uvedbo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja in z njim povezane dileme, se bova zaradi omejenega prostora osredotočili le na obvezno zdravstveno zavarovanje.

³ Tako je npr. v italijanski ustavi iz leta 1947 v 32. členu zapisano: “Republika varuje zdravje kot temeljno pravico posameznika in kot kolektivni interes ter prebivalcem zagotavlja brezplačno zdravljenje” (Costituzione della Repubblica Italiana 1947).

prebivanje v Sloveniji. Najbolj očiten primer posledic tovrstne spremembe so izbrisani, ki jim je oblast najprej “odvzela pravno identiteto in jih na milost in nemilost izpostavila represivnim organom (preganjanju policije, deportacijam), različne javne institucije pa so s svojim etično slepim, administrativnim pristopom ta gola življenja ogrožale. Tako so zdravstvene in socialnovarstvene službe zgolj reproducirale odločitve represivnega dela oblasti (MNZ)” (Zorn 2010: 35; prim. Humphries 2002: 137). Razmišljanje Jelke Zorn jasno kaže, da sta politična in zdravstvena dimenzija v neposredni soodvisnosti: izključenost iz državljanstva se linerano prevaja v izključenost iz sistema zdravstvenega varstva. Situacija izbrisanih, ki so bili v samostojni Sloveniji prva in najštevilčnejša skupina zdravstveno nezavarovanih posameznikov, to potrjuje, saj so z odvzemanjem pravnega statusa (stalnega prebivališča) izgubili vse ekonomske, politične in socialne pravice, vključno s pravico do zdravstvenega zavarovanja in s tem dostopa do zdravstvenih storitev. Po izbrisu so bili pravno izenačeni z nedokumentiranimi “tujci”, ki si v Sloveniji ne morejo urediti zdravstvenega zavarovanja⁴.

Če so bile osebe z izbrisom nepreklicno izključene iz sistema zdravstvenega varstva⁵, saj niso imele možnosti, da bi se zdravstveno zavarovale, pa so ostali priseljenci od začetka 90. let pa vse do danes v zdravstveno zavarovanje pripuščeni selektivno. Tako imajo nekateri zakonsko urejeno pravico do OZZ (zaposleni migranti z dovoljenjem za začasno ali stalno bivanje⁶), drugi pa te pravice nimajo (nedokumentirani migranti; prosilci za mednarodno zaščito; osebe z dovoljenjem za začasno zadrževanje; nezaposlene osebe z dovoljenjem za začasno bivanje). Kot je razvidno, je kriterij selekcije poleg ustreznega pravnega statusa migrantova redna zaposlitev, ki sva jo že prej omenjali kot ključen kriterij dostopa do zdravstvenega zavarovanja.

Čeprav v nekaterih državah (Italija, Španija, Švedska) oziroma njihovih regijah pravica do zdravstvenega zavarovanja pripada tudi drugim skupinam priseljencev (nedokumentiranim migrantom, nezaposlenim migrantom z začasnimi statusi) (MIPEX 2015), je v Sloveniji dostop priseljencev do zdravstvenega zavarovanja pogojen s formaliziranim delovnim razmerjem. Če je torej v določenih državah pravica do zdravstva dodeljena prebivalcem že s tem, da živijo na teritoriju, pa slovenska selektivna logika deli na tiste, ki si to pravico “zaslužijo”, in tiste, ki si je “ne zaslužijo” (Becker 2004: 260; Horton 2004: 478; prim. Leskošek 2013). Prvi si zaradi svoje zaposlitve “zaslužijo” dostop do zdravstvenega zavarovanja, saj so dojeti kot “etični” subjekti (Inda 2006), ki jih zaznamuje delavnost, odgovornost (Becker 2004: 260; Horton 2004: 478), zaradi česar jim je “dovoljeno”, da si zavarovanje plačujejo s plačevanjem davka. Nasprotno pa naj bi si nezaposleni “ne zaslužili” zavarovanja, ker so “ne-etični” subjekti (Inda 2006), ki izkazujejo

⁴ Izjemo predstavlja le komercialno zdravstveno zavarovanje, ki pa je pogojeno z visokimi stroški in zelo omejenim obsegom pravic. A tudi za sklenitev tega zavarovanja oseba potrebuje veljaven osebni dokument, ki pa ga izbrisani niso imeli.

⁵ V primerih, ko jim je delodajalec dovolil takojšnjo ureditev pravnega statusa na osnovi redne zaposlitve, so bili spet pripuščeni v sistem zdravstvenega varstva.

⁶ Dostop do OZZ imajo tudi osebe s statusom begunca, od leta 2014 pa tudi osebe z dovoljenjem za stalno prebivanje, ki izpolnjujejo pogoje za denarno socialno pomoč.

nedelavnost in neodgovornost, s čemer naj bi bila povezana različna zdravstvena tveganja (Becker 2004: 260; Horton 2004: 478). Omenjena dihotomija je dodatno argumentirana s predstavo o “bremenu”, ki ga predstavljajo za zdravstveno blagajno neproduktivno-neodgovorni posamezniki. Priseljenci namreč lahko eksistirajo le v vlogi produktivnih, prekariziranih delavcev, ki prispevajo h gospodarski rasti in konkurenčnosti (Walters 2004: 238–9), pri čemer “ne smejo bremeniti države priselitve s socialnimi stroški, temveč naj prispevajo s svojim delom” (Verlič-Christensen 2002: 44). Čeprav se je ta selektivna logika najprej pojavila v odnosu do priseljencev, pa v zadnjih letih služi kot opravičilo neenakemu dostopu do zdravstvenih storitev za vse večje število prebivalcev.

Omejevanje nujnega zdravljenja

V najbolj ranljivem položaju glede dostopa do zdravstvenih storitev so gotovo tujke z dovoljenjem za zadrževanje, tujke z dovoljenjem za začasno prebivanje oz. tujke, ki sploh nimajo urejenega statusa. Zanje je v skladu z različnimi zakoni in predpisi, ki urejajo zdravstveno varstvo, zagotovljena le pravica do nujnih zdravstvenih storitev. Bili smo tudi v situaciji, ko je tujka z dovoljenjem za začasno prebivanje za dobo dveh let (brez dohodkov) hudo in neozdravljivo zbolela (razsejani rak). Zdravljenje raka je sicer tretirano kot nujno zdravljenje, vendar je znotraj tega cel kup stvari, ki bi jih morala uporabnica zaradi neobstoječega zavarovanja plačati sama (npr. prevozi z reševalnim vozilom, posebni seti za izčrpavanje vode iz pljuč – en stane okrog 80 evrov itd.). (Zaposlena v Varni hiši, oktober 2014)

Pomembno je omeniti, da je za nezavarovane osebe, ki na ozemlju Slovenije potrebujejo zdravniško pomoč, predvidena “varovalka”, ki naj bi omogočala njihovo minimalno zdravstveno oskrbo. Za vse skupine prebivalstva, ki nimajo zdravstvenega zavarovanja, naj bi namreč obstajala vsaj možnost dostopa do nujne medicinske pomoči in nujnega zdravljenja. Nujno zdravljenje pomeni zelo omejen obseg zdravstvenih pravic⁷, ki vključujejo le neodložljive zdravstvene storitve oživljanja, ohranitve življenja in preprečitve poslabšanja zdravstvenega stanja obolelega ali poškodovanega. Čeprav naj bi šlo za temeljno zdravstveno pravico, je vprašanje, ali zaradi minimalnega obsega sploh lahko govorimo o nujnem zdravljenju kot o pravici. Še pomembnejše pa je vprašanje njene dostopnosti. Po zdravstveni zakonodaji večine evropskih držav, vključno s slovensko, naj bi bilo nujno zdravljenje brezplačno in univerzalno dostopno za vse prebivalce, ne glede na njihovo zdravstveno zavarovanje⁸. Vendar pa nam zgoraj navedeni odlomek pogovora in vrsta drugih raziskav (Lipovec

⁷ Takojšnje zdravljenje po nudenju nujne medicinske pomoči, v kolikor je to potrebno, oskrbo ran, preprečitev nenadnih in usodnih poslabšanj kroničnih bolezni oziroma zdravstvenega stanja, ki bi lahko povzročilo trajne okvare posameznih organov ali njihovih funkcij idr. (103. člen Pravil o obveznem zdravstvenem zavarovanju).

⁸ Po ZZZV je vsakdo, ne glede na zdravstveno zavarovanje, lahko deležen nujnega zdravljenja. Ta v 7. členu namreč določa, da Republika Slovenija iz proračuna zagotavlja sredstva za nujno zdravljenje oseb neznanega prebivališča, tujcev iz držav, s katerimi niso sklenjene mednarodne pogodbe, ter tujcev in državljanov Republike Slovenije s stalnim prebivališčem v tujini, ki začasno prebivajo v Republiki Sloveniji ali so na poti skozi državo in zanje ni bilo mogoče zagotoviti plačila zdravstvenih storitev, kakor tudi za druge osebe, ki po določbah tega zakona niso vključene v ZZZV in niso zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja.

Čebtron 2011a, 2011b; Lipovec Čebtron, Svetel in Pistotnik 2015; Pistotnik in Lipovec Čebtron 2015) kažeta, da tudi tu selektivnost izpodriva univerzalnost, kar dokazuje vrsta ovir, ki omejuje dostop do te "pravice". Prvič, čeprav se zdi definicija nujnega zdravljenja jasna in nedvoumna, iz prakse izhaja, da ga zdravstveni delavci zelo različno interpretirajo, pri čemer ga lahko dojemajo izredno inkluzivno ali povsem restriktivno (prim. Ticktin 2006; Lipovec Čebtron 2011b). Posledično lahko nezavarovana oseba z isto zdravstveno težavo v eni ustanovi dostopa do nujnega zdravljenja, v drugi pa do njega nima pravice. Drugič, terenske raziskave kažejo (Lipovec Čebtron, Svetel in Pistotnik 2015) na tendenco zdravstvenih ustanov, da poskušajo spremeniti brezplačno nujno zdravljenje v plačljivo. Ta praksa je pogosta predvsem v primeru nezavarovanih priseljencev in drugih oseb, ki zaradi različnih ovir (jezikovnih, socialnih, ekonomskih ipd.) ne zmorejo dovolj kredibilno zagovarjati svojih pravic. Tretjič, spremembe navodil za sprejem pacientov⁹ iz leta 2010 to "pravico" dodatno omejujejo z uvedbo zapletenega administrativnega postopka za izdajo zahtevka za povračilo stroškov nujnega zdravljenja. Slednje od zaposlenih v zdravstvenih ustanovah zahteva obsežno administrativno delo in pridobivanje različnih dokazil, pri čemer tem pogojem pogosto ni moč zadostiti¹⁰. In četrtič, dodatno je to "pravico" zamejilo določilo o vzpostavitvi osebne odgovornosti lečečega zdravnika, ki mora s podpisom izjave zagotoviti, da je nujno zdravljenje dejansko potrebno in da bo v nasprotnem primeru izvajalec vrnil neupravičeno pridobljena sredstva¹¹. Tako mora zdravnik, če se izkaže, da zdravljenje nezavarovane osebe ni bilo nujno in da ta oseba nima sredstev za kritje stroškov obravnave, nositi odgovornost za finančne posledice opravljenih zdravstvenih storitev (Pistotnik in Lipovec Čebtron 2015). Navedeno pomembno vpliva na odločanje o nujnosti zdravstvenih storitev in na udejanjanje te minimalne "pravice" do zdravstvenih storitev.

»Iztiskanje« državljanov iz zdravstvenega zavarovanja

Če so po letu 1991 oviran dostop nedržavljanov opravičevali diskurzi o pomanjkanju sredstev za vse prebivalce in nujnosti izključevanja nedržavljanov, pa so se vzporedno odvijali procesi, ki so zameglili navidezno mejo med državljani in nedržavljanji. Njihova posledica je iztiskanje vse večjega števila oseb (tako nedržavljanov kot državljanov) iz obstoječe mreže javnega zdravstva, zaznamujeta pa jih predvsem napredujoča prekarizacija delovnih in življenjskih pogojev ter krčenje socialnih pravic in programov, povezanih z dostopom do OZZ za socialno najbolj ogrožene.

⁹ Navodilo za sprejem pacientov v zdravstveno obravnavo v ambulantah nujne medicinske pomoči oziroma v sprejemnih ambulantah v bolnišnicah in za obračun opravljenega dela, Ministrstvo za zdravje, 26. 7. 2010.

¹⁰ Zaposleni v zdravstvenih institucijah morajo pridobiti potrdila od različnih institucij (Centrov za socialno delo, policije, ZZZS, MNZ itn.), ki dokazujejo, da oseba ni zmožna sama plačati zdravljenja, bodisi ker izterjava ni bila uspešna bodisi ker pripada določeni družbeni skupini (izbrisani, Romi, nedokumentirani migranti). Morda je najbolj presenetljiva zahteva, da morajo zaposleni v primeru Romov, ki niso slovenski državljani, pridobiti dokazilo Helsinškega monitorja Slovenije - združenja za človekove pravice (ibid.).

¹¹ Popravek Navodil za sprejem pacientov v zdravstveno obravnavo v ambulantah nujne medicinske pomoči oziroma v sprejemnih ambulantah v bolnišnicah in za obračun opravljenega dela, Ministrstvo za zdravje, 14. 10. 2010.

Sistem socialne države sloni na povezavi med zaposlitvijo za nedoločen čas, ki se je vzpostavila kot normativen način zaposlovanja, in socialno varnostjo, ki izhaja iz zaposlitve (denimo invalidsko in pokojninsko zavarovanje, zdravstveno zavarovanje skupaj s porodniškim in bolniškim dopustom, zavarovanje za primer brezposelnosti). Obenem pa niso vsi člani družbe del aktivne populacije, zato so se za določene skupine prebivalstva razvili posebni programi pomoči, tudi za socialno ogrožene. Znotraj tega okvira so države vsaka na svoj način definirale temelje različnih družbenih podsistemov (izobraževanje, zdravstveno varstvo, socialno varstvo) (Rostila 2013; Matthies 2014).

96

Tudi v Sloveniji velja, da je dostop do socialnih pravic utemeljen na dveh že omenjenih kriterijih, zaposlitvi za določen ali nedoločen čas in državljanstvu (oziroma stalnem prebivališču). Večina pravic tako izhaja iz plačevanja obveznih prispevkov, ki so povezani z zaposlitvijo zavarovanca ali njegovega družinskega člana. Upravičenost do drugih pravic pa je vezana na status državljana oziroma (do določene mere) tujca z dovoljenjem za stalno prebivanje (denimo denarna socialna pomoč ter drugi denarni prejemki), pri čemer financiranje zagotavljajo lokalni in državni proračuni. OZZ se uvršča v obe izhodišči – načeloma se zanj odvajajo od plače, obenem pa proračun zagotavlja njegovo kritje za različne družbene skupine, med njimi za najrevnejše prebivalce. Za večinsko populacijo, ki ne spada v katero izmed zaščitene skupin, tako velja predpostavka, da je bodisi redno zaposlena bodisi del socialno najšibkejšega prebivalstva, kar naj bi zagotavljalo skoraj popolno pokritost Slovenije z OZZ.

To je relativno nova ureditev. Omenili sva že, da se je jugoslovanski sistem zdravstvenega varstva zelo razlikoval od sistema, ki se je oblikoval z obsežno reformo zdravstva leta 1992 in po njej. Če je bila osrednja značilnost prejšnjega sistema neomejen in nepogojevan dostop do zdravstvenih storitev, so bili ključni cilji transformacije ureditve zdravstvenega zavarovanja pokritost celotne populacije s poenotenim OZZ, nadomestitev centraliziranega državnega sistema odločanja s sistemom pogajanj med partnerji, večja transparentnost vplačevanja prispevkov za zavarovanje zaradi povezave med zaposlitvijo in/ali socialnim statusom in pravicami ter povečan delež zasebne participacije pri stroških za zdravstvo z uvedbo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (Albreht in Klazinga 2010: 54). Leta 1992 je bil vzpostavljen Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) kot edina institucija, ki pokriva OZZ in ki samostojno upravlja s proračunom za zdravstvo, ločenim od državnega proračuna. Osnovni nabor zdravstvenih storitev je tako danes zagotovljen na podlagi sredstev iz OZZ, ta pa se črpajo iz prispevkov (Markota in Albreht 2001: 20). Pri tem so ključne stopnje prispevka za zaposlene, saj je glavni vir financiranja zdravstvenega proračuna OZZ, ki ga približno enakovredno prispevajo delojemalci iz plač in drugih osebnih dohodkov ter delodajalci, skupaj pa zagotavljajo več kot 80 odstotkov zdravstvenega proračuna (Kersnik 2001). Večina slovenskih državljanov in priseljencev z dovoljenjem za začasno ali stalno bivanje je tako zdravstveno zavarovana na podlagi zaposlitve, medtem ko zdravstveno zavarovanje za socialno ogrožene prispevajo lokalne skupnosti.

Zdravstvena reforma je tako proračun za zdravstvo neposredno povezala z zaposlitvijo, hkrati pa odprla vrata privatizaciji zdravstva, doplačilom za zdravstvene

storitve, različne pripomočke in zdravila ter posledično vzpostavitvi dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Sedanji sistem ima nekaj pozitivnih vidikov, saj je denimo na deklaracijski ravni njegov cilj celotna pokritost prebivalstva z OZZ, prispevek za OZZ je proporcionalen, obenem pa obstajajo sheme kritja OZZ in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja iz proračuna za najšibkeje¹². A je hkrati omogočil tudi porast neenakosti pri dostopu do zdravstvenih storitev, recimo zaradi že omenjenega oteževanja dostopa do nujnega zdravljenja, uvedbe dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (brez katerega ni več mogoč dostop do večine zdravstvenih storitev), plačljivih zdravstvenih storitev (ki omogočajo hitrejšo obravnavo premožnejših). Predvsem pa je neenakost narasla zaradi nepripravljenosti na spremembe trga dela, ki jih narekujejo fleksibilizacija in prekarizacija delavstva, ter zaradi zaostrenih razmer po začetku finančne krize leta 2008, ki jo oblasti rešujejo z varčevalnimi ukrepi, tudi na področju zdravstva in sociale.

Zdravstveno nezavarovani prekarni delavci

Marta ima 37 let. Takoj po študiju je začela iskati zaposlitev, a do zdaj ni bila nikoli redno zaposlena. Od 23. leta dela za razne delodajalce, a njen zaposlitveni status je vseskozi negotov, prilivi pa nestalni: kakšen mesec zasluži do 600 evrov, naslednji pa le 200. V tem času ni nikoli odšla na bolniško, saj bi jo delodajalec lažje odpustil oz. bi bili njeni prilivi še manjši. Tudi če zboli, ne gre na bolniško, saj si je ne more privoščiti. /.../ Do zdravnika gre redko, ker nima vedno urejenega zdravstvenega zavarovanja, ki si ga mora sama plačevati (mesečno okoli 50 evrov). Ker ima mesečne prilive, nima pravice do denarne socialne pomoči, zato si preko Centra za socialno delo ne more urediti zdravstvenega zavarovanja. V obdobjih, ko ima dovolj prihodkov, si strošek za zavarovanje poskuša kriti, vendar pa vsaj polovico leta tega ne zmore. Kopičijo se ji dolgovi, ki jih mora poravnati za nazaj, če se hoče ponovno zavarovati. Trenutno je nezavarovana in upa, da ne bo resneje zbolela. (Terenski zapis, junij 2014)

Prekarnost je koncept, ki se vse bolj uveljavlja tudi v slovenskem prostoru. Največkrat se pojavlja v zvezi s spremenjenimi pogoji dela in zaposlovanja, avtorici pa ga razumeva širše, saj je prepleten z drugimi družbenimi procesi, ki vplivajo na preživetje vse širšega kroga prebivalstva. Bližje nama je definicija, ki prekarnost opredeljuje kot sklop materialnih in simbolnih pogojev, ki določajo negotovost glede na trajen dostop do virov, potrebnih za polni razvoj posameznikovega življenja. To omogoča razumevanje, da prekarnost ni stanje oziroma utrjena pozicija, temveč je tendenca, proces, ki se širi s pomočjo različnih mehanizmov in zajema vse več družbenih segmentov, zato lahko trdimo, da postaja generalizirana (Precarias a la deriva 2004).

Raziskave so potrdile, da je tveganje revščine med zaposlenimi tudi v Sloveniji največje pri osebah s fleksibilnimi zaposlitvami, še posebej pri samozaposlenih

¹² Poleg tega pa tudi izvzem določenih skupin (denimo otroci in študenti do 26. leta) in določenih zdravstvenih stanj (denimo zdravljenje raka, sladkorne bolezni in nekaterih drugih bolezenskih stanj, reproduktivno zdravje žensk, določeni preventivni programi) iz doplačil.

(Smolej, Rihter in Boškič 2013: 48). Fleksibilizacija delovne sile je dolgotrajen proces zmanjševanja pravic zaposlenih zaradi diskurzov o potrebi po večji učinkovitosti, ki ga zaznamuje manjšanje odgovornosti delodajalcev in države za varnost delavcev ter s tem prenos tveganj s kolektivne ravni na posameznika. Kot je bilo že omenjeno, je ta prenos odgovornosti na posameznika ena ključnih značilnosti postsocialne države (Inda 2006), rezultat tega pa je, da imajo delodajalci na voljo delavce, ki so zelo prilagodljivi in hitro odslovljivi, če to zahtevajo razmere na trgu. V tem procesu se je razvila vrsta različnih fleksibilnih oblik zaposlovanja, ki sta jih Kanjuo Mrčela in Ignjatović razdelila glede na temeljne dimenzije zaposlitve, čas, pogoje dela/zaposlovanja in prostor (Kanjuo Mrčela in Ignjatović 2004: 28).

98

Skupaj z različnimi fleksibilnimi oblikami zaposlovanja narašča tudi število delavcev, ki so zaposleni v teh delovnih razmerah. Prekarizirani delavci imajo zelo različne pogoje dela, skupno pa jim je, da se oddaljujejo od redne zaposlitve, na katero so vezane socialne pravice, o čemer govori tudi Martina izkušnja z začetka tega poglavja. Čeprav se vsi prekarni delavci ne soočajo z revščino, je tem oblikam dela lasten šibkejši pogajalski položaj, zato pogosto pristajajo na nižja plačila in slabše delovne pogoje, obenem pa pomanjkanje zaščite omogoča tudi veliko finančno nedisciplino in zamikanje izplačila prihodkov. Te oblike zaposlitve se uporabljajo tako v delovnih razmerjih, ki imajo vse značilnosti redne zaposlitve, kot pri posameznikih, ki sočasno ali zaporedno opravljajo delo za več delodajalcev, v vmesnem času pa so podvrženi obdobjem brezposelnosti. Zaradi različnih oblik fleksibilnega zaposlovanja in neštetih kombinacij življenjskih pogojev prekarne delavcev na eni strani ter pomanjkanja raziskav tega področja, ki bi pojav natančno opredelile, na drugi, je njihov položaj zelo težko analizirati.

Iz dosedanjih raziskav (Lipovec Čebren in Pistotnik 2015; Vidmar Horvat et al. 2012) izhaja, da je posledica različnih oblik samozaposlitve in opravljanja dela na podlagi atipičnih pogodb razklenitev deljene odgovornosti delodajalca in delojemalca tudi na področju zdravstvenega zavarovanja, ki je pomenila enega od temeljev zdravstvene reforme iz leta 1992. V nadaljevanju bova podrobneje analizirali vpliv naraščanja nekaterih tipov prekarne delavcev na njihov dostop do OZZ, omenili pa bova tudi posledice, ki jih ima ta proces na vzdržnost zdravstvene blagajne.

Prekarni kot de facto nezavarovani

Razklenitev deljene odgovornosti za vplačevanje prispevkov za OZZ se najjasneje vidi pri prekarne delavcih, ki si sami plačujejo prispevek. Te osebe imajo različne statute samozaposlenih oziroma delajo na podlagi atipičnih pogodb in si prispevek za OZZ vplačujejo neodvisno od delovnega razmerja¹³. Omenjene kategorije delavcev (razen v primerih samozaposlenih, ki jim prispevke plačuje država) zaznamuje popolna odgovornost za lastno socialno varnost, saj so njihovi delodajalci zgolj naročniki dela, zato je njihov dostop do OZZ pogojen z njihovim gmotnim položajem.

¹³ Praviloma so zavarovani na podlagi 5., 6. in 20. točke 15. člena ZZZZZ.

Pri prekarnih delavcih z negotovimi dohodki se kot osrednja težava na področju OZZ kaže razkorak med predvidenimi prispevki za socialno varnost in dejanskimi prilivi, ki ne zadoščajo za pokrivanje najnižjih mesečnih prispevkov. Ta diskrepanca je posledica dejstva, da se določene oblike samozaposlitvenih statusov oziroma pogodb (denimo samostojni podjetnik, avtorske pogodbe, študentske napotnice itn.) uporablja za opravljanje del, za katera niso predvidene, ali v situacijah, ko ima delovno razmerje vse značilnosti zaposlitve za nedoločen čas¹⁴, pa tudi v primerih, ko osebe živijo od dohodka, ki je vsota več različnih kratkotrajnejših zaposlitev. Prekarni delavci se tako znajdejo bodisi v situaciji, ko opravljajo delo za različne delodajalce in imajo zelo nepredvidljive prilive, bodisi v situaciji, ko dobijo pavšalni mesečni znesek, v obeh primerih pa morajo iz razpoložljivega dohodka pokriti vse prispevke za socialno varnost. Ker je prispevke treba odvajati mesečno v enakih zneskih, v določenih življenjskih obdobjih zaradi različnih razlogov (nizkega dohodka, nerednega dela in naročil, finančne nediscipline (zamujanja z izplačili ali izogibanja plačilom za opravljeno delo), nepredvidene prekinitve zaposlitve (ker ni odpovednega roka, odsotnosti z dela v primeru zdravstvenih težav itn.)) niso zmožni poravnati svojih obveznosti. Kadar so zamude pri plačevanju OZZ večmesečne, jim ZZZS na podlagi 78.a člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ) zadrži pravice do zdravstvenih storitev in denarnih dajatev. Dokler dolga ne poravnajo, lahko te osebe (in po njih zavarovani družinski člani z izjemo otrok) uveljavljajo na račun OZZ le nujno zdravljenje. V primeru nenujnega zdravljenja pa si morajo zdravstvene storitve sami plačati.

Zaradi zaostrene ekonomske in socialne situacije v zadnjih letih narašča število prekarnih delavcev, ki ne plačujejo redno prispevkov za OZZ. Zato narašča tudi število oseb z zadržanimi pravicami do zdravstvenih storitev.¹⁵ Ker prispevki niso vplačani sproti, se večja skupna vsota dolga teh oseb do DURS oziroma ZZZS. Povišanje dolga je opaziti predvsem od leta 2011 (Pistotnik in Lipovec Čebren 2015), kar lahko povežemo tudi z uveljavitvijo Zakona za uravnoteženje javnih financ¹⁶ (ZUJF)¹⁷, zaradi katerega je prenehal veljati poseben pravilnik¹⁸, ki je predvideval možnost odpisa in odloga dolga.

Zanimivo je, da te osebe v uradnih statistikah niso beležene kot nezavarovane, saj so zavedene kot zavarovanci, a z zadržanimi pravicami do zdravstvenih storitev. Kljub temu pa avtorici trdita, da so zaradi oteženega dostopa do sistema zdravstvenega varstva (kot posledice nakopičenih dolgov) te osebe *de facto* zdravstveno nezavarovane.

¹⁴ Delo za enega delodajalca, polni delovni čas, delo v daljšem časovnem obdobju.

¹⁵ Število oseb, ki so imele zadržane pravice do zdravstvenih storitev po 78.a členu ZZVZZ več kot eno leto, je med 30. 6. 2008 in 30. 6. 2014 naraslo s 3782 na 10.977 (Pistotnik in Lipovec Čebren 2015).

¹⁶ ZUJF je stopil v veljavo 31. 5. 2012.

¹⁷ Natančneje 203. člena ZUJF-a.

¹⁸ Pravilnik o odpisu, obročnem plačilu in odlogu plačila dolga iz naslova prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje (*Uradni list RS*, št. 129/06).

Anomalija postane norma

Z grožnjo *de facto* nezavarovanosti se soočajo tako osebe, ki imajo status samozaposlenega, kot tiste, ki si OZZ plačujejo same¹⁹. Povedno je, da so te osebe uvrščene v *rezidualno* kategorijo zavarovancev. Po zakonu so namreč tja uvrščene "osebe s stalnim prebivališčem v RS, če ne izpolnjujejo pogojev za zavarovanje po eni izmed točk iz tega odstavka in si same plačujejo prispevek". Iz navedka izhaja, da je bila ta kategorija pravzaprav namenjena reševanju anomalij, saj naj bi omogočala dostop do OZZ osebam, ki ne spadajo v nobeno drugo kategorijo zavarovancev. Če je bila sprva ta kategorija mišljena kot izjema, kot odklon, pa v zadnjih letih statistike kažejo, da se v njej nahaja vse večje število prebivalcev. V šestletnem obdobju (2008–2014) se je njihovo število povečalo za približno 300 odstotkov²⁰. Iz tega sklepamo, da je vse več oseb zavarovanih na podlagi, ki ni povezana z delovnim razmerjem. Določilo, namenjeno reševanju anomalij, postaja norma.

100

Opisani procesi vodijo v oblikovanje sloja oseb, katerih dostop do OZZ ne izhaja več iz zaposlitve, temveč le iz trenutnega gmotnega položaja. Pri tem vse številčnejšo populacijo predstavljajo mladi po končanem šolanju oziroma študentje po dopolnjenem 26. letu, ki se zavarujejo neodvisno od delovnega razmerja, nato pa zaradi prekarne zaposlitve leta vztrajajo v tej kategoriji. Te osebe in prekarne delavci v samozaposlitvenih statusih imajo in bodo imeli dostop do sistema zdravstvenega varstva le, če bodo zmogli plačevati prispevek, kar pa je odvisno od njihovih zmožnosti za generiranje dohodka, pa tudi od višine samega prispevka.

Novi prispevki za zdravstvo, a brez novih pravic

Strokovnjaki in javni uslužbenci že leta opozarjajo na nevezdržnost zdravstvene blagajne zaradi različnih procesov, denimo staranja prebivalstva, rasti cen zdravstvenih storitev in v zadnjem času povečevanja brezposelnosti. Albreht in Klazinga sta že leta 2010 zapisala, da bo potrebno povešati skupni proračun za OZZ, če želimo ohraniti obstoječe pravice in se hkrati izogniti rešitvam, ki spodbujajo privatizacijo in višanje zasebnih doplačil. To naj bi bilo moč doseči bodisi z višanjem prispevne stopnje za OZZ bodisi z dodatnimi viri, denimo z razširitvijo vplačevanja prispevkov za OZZ na vse oblike osebnega dohodka pod istimi pogoji kot veljajo za plače (Albreht in Klazinga 2010: 59). V tej smeri je bila zasnovana tudi novela ZZVZZ²¹, ki pomembno vpliva na slabšanje položaja prekarne delavcev.

Ena izmed novosti, ki jih je uvedla omenjena novela, je, da osebe, ki opravljajo delo na osnovi avtorskih in drugih pogodb civilnega prava, pri vsaki pogodbi odvajajo delež²² dohodka v zdravstveno blagajno, a s tem nimajo zagotovljenega

¹⁹ Torej neodvisno od delovnega razmerja, in sicer na podlagi 20. točke 15. člena ZZVZZ.

²⁰ Med 30. 6. 2008 in 30. 6. 2014 se je njihovo število povečalo za 22.864 na 85.050 (Pistotnik in Lipovec Čebren 2015).

²¹ Novela je bila sprejeta 25. 10. 2013.

²² Od 1. 2. 2014 tako pri vsaki pogodbi odvajajo 6,36 odstotka dohodka v zdravstveno blagajno (55.a člen ZZVZZ).

OZZ.²³ Dodatna obdavčitev teh pogodb je morda ustrezna, ko posamezniki ob svojih rednih zaposlitvah opravljajo dodatno delo. Vendar pa zakonodajalec ni upošteval okoliščin, v katerih številnim prekarnim delavcem te pomenijo edini vir zaslužka. Sedanja ureditev teh dveh skupin prebivalcev ne razlikuje, temveč ju enači. Za prekarne delavce, ki delajo le na podlagi avtorskih pogodb, nova obdavčitev pomeni zgolj znižanje dohodka zaradi dodatne obremenitve, a brez dodatnih pravic, saj mnogim izmed njih delodajalci zaradi nove obdavčitve niso zvišali plačil. Če nova obdavčitev pomeni novo obliko neenakosti za prekarne delavce, pa je dobrodošel finančni vir za zdravstveno blagajno, ki si s tem obeta skoraj polovico od predvidenih 36 milijonov evrov novih prilivov²⁴.

Eden uradnih argumentov za sprejem novele je bil približevanje obdavčitev z redno zaposlenimi in odprava nesorazmerij pri plačevanju prispevkov za OZZ, s tem pa povečevanje solidarnosti zavarovanih oseb. Novela naj bi vzpostavila sistem določitve prispevka za vse kategorije zavarovancev, ki prejemajo aktivne dohodke po načelu "vsak dohodek šteje" (Nacionalno socialno poročilo 2014: 14). Poleg obdavčitve zgornjih oblik dela pa je uvedla tudi zvišane premije za OZZ za posamične kategorije²⁵. Upoštevajoč navedeno, sklepava, da naj bi ravno kategorije zavarovancev, v katerih se nahaja mnogo prekarnih delavcev, prispevale dodatnih 36 milijonov v zdravstveno blagajno in s tem zmanjšale njen primanjkljaj v letu 2014. Novela je tako morebiti povečala enakost med zaposlenimi po obdavčitvi, a je hkrati povzročila povečanje družbene neenakosti z dodatno obremenitvijo populacije, ki se je že pred tem soočala s skrajno negotovostjo in revščino.

Ker se je z gospodarsko krizo mnogim prekarnim delavcem znižal dohodek, je tudi njihova zmožnost plačevanja OZZ vse manjša. Posledično to pomeni povečanje potencialnega števila nezavarovanih. Namesto da bi oblasti pristopile k problemu zaposlovanja prek atipičnih pogodb in njegovih posledic na dostop do OZZ, smo priča zanikanju problema. Na eni strani se tako vrstijo pozivi po povečanju nadzora zaradi goljufij in utaj davkov tistih, ki služijo prek avtorskih pogodb in espejev. Če smo pozorni na te pozive in argumentacije ob krčenju socialnih (tudi zdravstvenih) pravic, ugotovimo, da je osnovni argument *preprečevanje zlorab* teh pravic in ne njihovo *zagotavljanje*. S tem se vzpostavlja atmosfera sumničavosti in nezaupanja, kjer je vsakdo lahko obravnavan kot potencialni izkoriščevalec in goljuf. Iz nadaljevanja bo jasno, da atmosfera sumničavosti dominira tudi na področju zagotavljanja pravic najrevnejšim, saj je bila denimo ob sprejemanju nove socialne zakonodaje celotna argumentacija usmerjena na preprečevanje zlorab in goljufij (Leskošek 2013: 165). Kot sva že poudarili, socialne in zdravstvene politike tako niso usmerjene k širitvi dostopa do pravic, temveč k vse večji selekciji. Na drugi strani pa je opazna krepitev diskurzov o prekarnih kot neiznajdljivih, nepodjetnih

²³ Od 1. 2. 2015 enaka obdavčitev velja za osebe, ki delajo prek študentskih napotnic.

²⁴ Uvedba novega prispevka po oceni vlade zadeva 170.223 oseb (Predlogi za povečanje prihodkov za obvezno zdravstveno zavarovanje, MZ 2013).

²⁵ Za tedaj 77.540 oseb, zavarovanih na podlagi 20. točke 15. člena ZZZVZ, je vlada najprej predlagala povišanje premije za več kot 100 odstotkov (Predlogi za povečanje prihodkov za obvezno zdravstveno zavarovanje, MZ 2013), a je bila nazadnje premija zvišana s 14,17 evra na 22,70 evra. Za tedanjih 72.057 samostojnih podjetnikov se je premija najnižjega prispevka povišala s 105 evrov na 123,07 evra mesečno.

posameznikov, v katerih so prekarni portretirani kot “neetični” posamezniki, ki ne ustrezajo idealu postsocialnega prebivalca, ki izpolnjuje zahteve neoliberalne ideologije tako, da poskuša izboljšati sebe in svojo kvaliteto življenja z aktivno samopromocijo in odgovornimi izbirami (Inda 2006: 32).

102

Na koncu tega poglavja želiva opozoriti, da je past konceptualizacij preknarnosti, ki se osredotočajo zgolj na atipične pogoje zaposlovanja, lahko v spregledanju krčenja pravic zaposlenih za nedoločen čas in zmanjševanju mreže varnosti, ki jo je vzpostavila socialna država. Če je nekoč veljalo, da je redna zaposlitev učinkovit način obvarovanja pred tveganjem revščine in socialne izključenosti, danes plačana zaposlitev ne daje več te garancije (Leskošek 2013: 15). Temu pritrjuje naraščujoče število oseb, ki kljub zaposlitvi zaradi različnih razlogov s svojim dohodkom ne zmorejo pokriti temeljnih potreb. Ti razlogi so poleg nizkega zaslužka (oziroma izostajanja izplačil) tudi družinska struktura gospodinjestev (enostarševske družine in družine z veliko otroki so bolj ogrožene), visoke najemnine in življenjski stroški, zadolženost, privatizacija storitev itn. Napredujočo prekarizacijo tako doživlja večina prebivalstva, zagotovo pa imajo nestalne oblike dela in zaslužka pri tem veliko vlogo.

Zdravstveno nezavarovani revni prebivalci

Natalija je mati treh otrok, samohranilka. Po študiju je odšla na specializacijo in kasneje odprla espe, s katerim je dobro zaslužila. Njene težave so se začele v zadnjih petih letih, ko je bilo naročil vse manj. Istočasno jo je zapustil partner. Ker ni več imela rednih prihodkov, se je morala izseliti v manjše stanovanje na obrobju. Večkrat je zaprosila za denarno socialno pomoč, a so jo vedno zavrnil. Prvič zato, ker je imela v lasti manjšo parcelo. Ko je to prodala, pa so ji denarno socialno pomoč spet zavrnil, ker ji je v tistem obdobju sestra parkrat nakazala manjšo vsoto denarja, da je lahko otrokom kupila šolske potrebščine. Že tri leta si ne more privoščiti, da bi plačevala obvezno zdravstveno zavarovanje (seveda pa je tudi brez dopolnilnega). Ko zboli, kar se dogaja pogosto, mora iz Ljubljane priti v Gorico, kjer si izposodi zdravstveno kartico od sestre in upa, da ji bo zdravnica ponovno pogledala skozi prste. (Terenski zapis, marec 2015)

Univerzalna pokritost slovenskega prebivalstva z OZZ se pogosto utemeljuje s tem, da je država poskrbela za določene marginalizirane skupine, med njimi tudi za socialno ogrožene, ki niso zaposleni in ne prejemajo nadomestila za brezposelnost. Zanje OZZ krijejo lokalni proračuni. Pred letom 2012 se je ta pravica udejanjala samostojno, od tedaj pa je neločljivo povezana z uveljavljanjem pravice do denarne socialne pomoči.

A tudi tu lahko prepoznamo zaostrovanje možnosti za uveljavitev te pravice, kar je še posebej očitno po začetku gospodarske krize. Zaradi krize in povečane brezposelnosti je namreč tekmovanje za distribucijo družbenih dobrin (stanovanja, zdravstvo, nadomestilo za brezposelnost, zaposlitev in druge denarne prejemke) vse večje (prim. Hysmans 2000, 2006). Pomanjkanje družbenih dobrin pogloblja hierarhično delitev ljudi na tiste, ki si jih “zaslužijo” in tiste, ki si jih ne. Kar ključno obeležuje čas po letu 2008, je, da se na dnu hierarhije, med

“nezaslužnimi”, znajde vse večje število ljudi, in to ljudi, ki so bili v preteklosti med tistimi, ki naj bi si dobrine “zaslužili” (prim. Hysmans 2000: 768).

Diskurz, ki upravičuje tovrstno hierarhično delitev ljudi, je – kot že omenjeno – del splošnih družbenih sprememb, ki jih zaznamuje ponotranjanje neoliberalnih idej tudi na ravni javnih institucij. Če je za povojno socialno državo veljalo, da je revščino prepoznala kot strukturni učinek prostega trga, zaradi česar je država (kot mehanizem regulacije trga) dolžna prevzeti del odgovornosti za njeno zmanjševanje, je za neoliberalizem značilno iskanje vzrokov za revščino v osebnih značilnostih revnih (Leskošek 2013: 154). Podobno kot pri zgornjih primerih, tudi za revne velja, da so diskreditirani kot neodgovorni posamezniki. Ta neodgovornost se v argumentih kritikov socialne države vidi predvsem kot odvisnost od socialnih programov, pri čemer sta ključna dva vidika: ekonomski in etični. Prvi izpostavlja, da so zaradi socialnih programov revni odvisni od države, namesto da bi bila njihova eksistenca odvisna od zaposlitve. Zato so opisani kot racionalni ekonomski akterji, ki preračunljivo uporabljajo servise socialne države v svojo korist in služijo, ne da bi morali ob tem delati (Rose 2000; prim. Inda 2006: 47). V etičnem smislu pa se odvisnost od države jemlje kot navado, ki posameznike dolgoročno odvrča od samodiscipline in zmanjšuje njihovo sposobnost, da v družbi delujejo kot odgovorni posamezniki. Kritiki trdijo, da socialni programi revne preoblikujejo v pasivne, lene osebe, ki niso več sposobne za delo. Socialna država jim tako ne pomaga, temveč ustvarja ekonomsko in etično vprašljive prebivalce, ki so “zaklenjeni v revščino” (Inda 2006: 48), brez etike, ponosa in avtonomije. Vloga postsocialne države pa je, da jih poskuša prek različnih javnih in zasebnih institucij (tudi represivnih) preoblikovati v etične, aktivne in samostojne posameznike (ibid.: 46).

Spremembe slovenske socialne zakonodaje v letih 2007 in 2010 sledijo sorodni logiki, saj je bila njihova nujnost utemeljena na podobnih prepričanjih o prejemnikih socialnih denarnih prejemkov in o obstoječem sistemu socialne zaščite. Tako se nanašajo predvsem na psihološke ocene o pasivnosti in nemotiviranosti prejemnikov pomoči, “ki naj bi bile posledica tako njihovih osebnih lastnosti kot tudi dosedanjega ‘radodarnega’ modela socialne države, ki te lastnosti podpira ali jih celo ustvarja. Pri tem gre za več diskurzov. Prvi izhaja iz prepričanja, da si ljudje neutemeljeno kopičijo socialne prejemke, in tako izkoriščajo sistem socialnih pomoči. Drugi diskurz se nanaša na predpostavko, da ljudje goljufajo in zlorablajo sistem socialnih pomoči. In tretji patologizira prejemnike s tem, da poudarja razvijanje odvisnosti od pomoči” (Leskošek 2013: 164). Zato je bil cilj nove socialne zakonodaje sprejem ukrepov za aktiviranje socialno ogroženih, kar naj bi dosegli predvsem s povečanim nadzorom, ki bi onemogočil zlorabo sistema in zagotovil, da pomoč pride v roke tistih, ki so dejansko “zaslužni”.

Podreditev zdravstvenega zavarovanja pravici do denarne socialne pomoči

Pomembna novost nove socialne zakonodaje je, da posameznik, ki je socialno ogrožen, do zdravstvenega zavarovanja ne dostopa več neodvisno, kot je to veljalo v

preteklosti, ampak je bila vzpostavljena neposredna povezava med izpolnjevanjem pogojev za pridobitev denarne socialne pomoči (DSP)²⁶ in kritjem prispevka za OZZ. Pravica do OZZ je postala pogojena z upravičenostjo do socialne pomoči in ker ji je podrejena, nanjo vplivajo vsakršne spremembe – običajno v smeri vse večje selektivnosti – postopka za pridobitev DSP.

Slednje je bistveno, saj so istočasne spremembe drugega zakona (ZSVarPre)²⁷ temeljito reorganizirale postopek za pridobitev DSP, njihov namen pa je bil predvsem omejitev dostopa do te oblike pomoči in s tem povezan povečan nadzor. Uvedena je bila enotna vstopna točka za vse denarne prejeme, določen vrstni red uveljavljanja pravic in omogočen dostop do 24 uradnih zbirk osebnih podatkov o dohodkih in premoženju oseb (Dremelj et al. 2013: 59).²⁸ Sočasno pa je zakon opredelil tudi kopico starih in novih pogojev, ki jih mora prejemnik DSP izpolnjevati. Strokovna javnost je bila do predloga nove zakonodaje izredno kritična in je opozarjala na škodljive posledice, ki se bodo zaradi zaostritve pogojev za prejetanje DSP, večjega nadzora idr.²⁹ kazale predvsem v zmanjšanju števila upravičencev do DSP ter večanju revščine med prebivalstvom.

104

Pri povezavi med upravičenostjo za pridobitev pravice do DSP ter pravice do kritja prispevka za OZZ so sicer upoštevane določene olajševalne okoliščine. Osebe, ki želijo uveljaviti to pravico, morajo izpolnjevati pogoje za DSP na ravni premoženja, a se denarni pomoči lahko odpovejo, če ne izpolnjujejo nekaterih drugih pogojev.³⁰ Ne glede na to pa se še vedno pojavljajo ovire, zaradi katerih posamezniki nimajo dostopa do OZZ. Nekatere se vežejo na pogoje, ki določajo cenzus na premoženje, kot kaže Natalijina izkušnja. Tako osebe ne izpolnjujejo pogojev zaradi prevelikih kvadratur nepremičnin (tudi kadar te niso v uporabi ali jih ni mogoče prodati), previsokih prihrankov na računu, ki niso namenjeni preživetju (plačilo varščine za najemnino, plačilo šolnine itn.) ali previsokih dohodkov, saj se pri izračunu ne upošteva zadolženost gospodinjstva ali plačevanje tržnih najemnin, ki znižujejo razpoložljiva sredstva gospodinjstva. Drugi sklop ovir se pojavlja pri osebah, ki zaradi različnih razlogov nimajo oziroma ne morejo prijaviti stalnega

²⁶ Povezavo vzpostavlja 1. odstavek 30. člena ZUPJS-C (Uradni list RS, št. 99/13): Državljeni Republike Slovenije in tujci, ki imajo dovoljenje za stalno prebivanje, so upravičeni do plačila prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje, če so upravičeni do denarne socialne pomoči ali izpolnjujejo pogoje za pridobitev denarne socialne pomoči /.../ O tej pravici odloča Center za socialno delo po uradni dolžnosti, ko oseba uveljavlja pravico do DSP (3. odstavek). Te osebe v OZZ prijavi in odjavi ZZZS (po 21. točki 15. člena ZZZZZ), prispevek za OZZ pa plačuje občina, kjer ima prosilec prijavljeno stalno prebivališče (4. odstavek).

²⁷ Zakona o socialno-varstvenih prejemkih.

²⁸ Veliko sprememb se nanaša na določila o višini premoženja. V postopku reševanja vloge za DSP se ugotavlja tudi primernost stanovanja ali hiše, obenem pa se je začel uveljavljati 128. člen Zakona o dedovanju, ki dedovanje premoženja po osebi, ki je uživala pomoč, lahko omeji in z njim povrne del stroškov, ki jih je država namenila v obliki denarnih prejemkov.

²⁹ Med drugim tudi večjega obsega krivdnih razlogov, zaradi katerih posamezniku odvzamejo pravico do DSP.

³⁰ Denimo, če ne izpolnjujejo pogojev za DSP zaradi krivdnih razlogov. Na ta način se tudi izognejo obremenitvi nepremičnine v korist države, saj prispevki za kritje OZZ niso podvrženi določilu Zakona o dedovanju. A to določilo je zelo splošno in govori zgolj o uživanju pomoči v skladu s predpisi o socialnem varstvu. Ker ne opredeljuje vrste pomoči, temveč vračanje prejemkov določa v drugih aktih, bi oblasti lahko v prihodnosti med prejeme, ki se posthumno vračajo, uvrstile tudi kritje prispevka za OZZ.

prebivališča (Pistotnik in Lipovec Čebtron 2015). Slednje je namreč osnova za sprožitev uradnega postopka, zato te osebe nimajo možnosti niti za presojo, ali so do DSP sploh upravičene. Zadnji sklop ovir pa se nanaša na dolgotrajnost postopkov, saj pri čakanju na odobritev DSP oziroma ob zamudah pri podaljševanju vlog za DSP prihaja do začasnih prekinitev kritja prispevka za OZZ. Poleg navedenih ovir pri dostopu do OZZ zagotovo obstajajo tudi druge, saj so pri tolikšnem številu pogojev, ki jih morajo izpolnjevati prejemniki DSP, različni prepleti okoliščin, ki proizvajajo prepreke, neizogibni.

Na osnovi zapisanega ni presenetljivo, da se je število oseb, ki jim OZZ krijejo občine, znižalo³¹ (Pistotnik in Lipovec Čebtron 2015). Iz statističnih podatkov sicer razberemo določena nihanja v številu teh oseb³², vseeno pa zaznavamo trend zmanjševanja oseb, ki imajo pravico, da jim zaradi pomanjkanja sredstev OZZ krijejo občine stalnega prebivališča in bi drugače lahko ostale nezavarovane. Sklepava, da vse večji odstotek prebivalstva živi v revščini, nova socialna zakonodaja pa tega trenda tudi zaradi zaostritve pogojev za upravičenost do DSP ne naslavlja učinkovito. Kljub naraščanju brezposelnosti in višanju odstotka oseb, ki živijo pod pragom tveganja revščine, občine manj osebam krijejo OZZ, čeprav bi moral biti ta trend ravno nasproten. Ker je nova socialna zakonodaja prinesla poslabšanje položaja nekaterih skupin prebivalstva, je resda vlada že 2013 sprejela določene ukrepe³³, a je ob tem ohranila temeljna načela v letu 2012 sprejete zakonodaje (Spremembe socialne zakonodaje, MDDSZ 2012).

Navedene premike na področju socialne zakonodaje jemljeva kot nadaljevanje sistematičnega "iztiskanja" najrevnejših prebivalcev iz OZZ. To bo imelo za posledico zviševanje števila nezavarovanih oseb in s tem oviranje njihovega dostopa do zdravstvenih storitev. Učinke zakonskih določb, ki so uvedle pogojevanje dostopa do OZZ z upravičenostjo do DSP, zlahka umestimo v širše paradigmatške spremembe, ki vodijo od socialne k postsocialni državi. Spremembe socialne zakonodaje, ki so integrirale tudi področje zdravstvenega zavarovanja, proizvajajo upravičenca do DSP, ki mora izpolnjevati množico pogojev, da si jo dejansko "zasluži". To pa je takrat, ko je resnično popolnoma osiromašen, obenem pa se ves čas aktivno trudi izboljšati svoj položaj na trgu dela, četudi z neplačanim delom, saj bi bil drugače izločen iz programov socialne pomoči. Nova socialna zakonodaja torej teži k temu, da bi pomoč zagotavljala zgolj ozkemu sloju najrevnejših, ki jih izpostavi nenehnemu podrejanju formalnim okvirom in dokazovanju svoje etičnosti. Ostalim, ki imajo še nekaj mizernega premoženja, pa ne zagotavlja pomoči pri izboljšanju položaja, temveč jih prepušča vse bolj tveganim preživetvenim strategijam in občutku krivde, da so sami odgovorni za lastno izključenost.

³¹ Med 30. 9. 2008 in 30. 6. 2014 se je število teh oseb znižalo z 68.839 na 62.521.

³² Leta 2011 je bilo tako zavarovanih le 53.533. Tega števila ne gre pripisati novi socialni zakonodaji, saj je leta 2012 število tako zavarovanih oseb opazno višje kot leta 2011.

³³ V oktobru 2013 je tako sprejela najnujnejše spremembe in dopolnitve ZUPJS ter ZSVarPre, ki naj bi izboljšale položaj najbolj socialno ogroženih skupin prebivalstva.

Sklep: prebivalstvo, podvrženo centripetalni sili

Da zakonodaja od konca leta 2011 zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje vseh otrok, zagotavljajo tudi na Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije. "Edina izjema so ljudje oziroma otroci tistih ljudi, ki v Sloveniji bivajo ilegalno, in pa ljudje, ki si kljub pozivom obveznega zdravstvenega zavarovanja *nočejo* urediti. Med njimi so tudi nekateri brezdomci, ki pa si lahko, če to *želijo*³⁴, uredijo obvezno zdravstveno zavarovanje prek centra za socialno delo," je povedal Damjan Kos z ZZZS (Sedlar 2013).

106 Kot sva poskušali pokazati na primeru vse težjega dostopa do zdravstvenega zavarovanja, se socialna država razgrajuje postopoma. To se najprej opazi v krčenju pravic najbolj *robnih*, najbolj marginaliziranih delov prebivalstva (izbrisanih, migrantov brez državljanstva ali/in brez stalnega prebivališča). Kasneje pa se proces odtegotovanja pravic vztrajno širi naprej: iz robnih skupin se krčenje pravic *centripetalno* nadaljuje k ostalim delom prebivalstva (prekarnim delavcem, najrevnejšim idr.). To med drugim omogoča mehanizem produkcije drugega, ki selekcijo dostopa do pravic opravičuje z diskriminiranjem socialno izključenih prebivalcev kot "nezaslužnih" (lenih, goljufivih, izkoriščevalskih) posameznikov. Ker izključene skupine ostalemu prebivalstvu običajno predstavljajo druge, s katerimi se ne morejo identificirati, so za ukinjanje njihovih pravic neodzivni, nedovzetni. Ali kot pravi Feldman (1996), gre za "kulturno anestezijo", ki pomaga utišati neprijetne, protislovne razmere, izkušnje in občutke tistih, ki so konstruirani v kulturnega drugega. Utišani so zato, ker bi, če bi postali javni, začeli spodkopavati normalizirajoče, tihe predpostavke vsakdanjega življenja in legitimnost oblasti (Feldman 1996; glej tudi Zorn 2003: 92–93). Vse dokler so prebivalci "kulturno anestezirani", ne opazijo, da je ukinjanje pravic eni skupini ljudi znak razkrajanja celotnega družbenega sistema, s tem pa omogočajo nemoteno nadaljevanje procesa odtegotovanja pravic ter utrjevanje postsocialne države.

Produkcija drugega je kompleksen proces, v katerem sodelujejo mnogi akterji, vključno z javnimi institucijami. Njen rezultat je potiskanje različnih družbenih skupin na margino, izven polja zaznave in s tem v nevidnost. Ko jih javne institucije ne zaznajo več, so razrešene odgovornosti za njihovo dobrobit, s tem pa reproducirajo logiko postsocialne države – prepuščajo ljudi lastni iznajdljivosti in prevzemanju individualne krivde za svojo situacijo. Podobno dinamiko opazimo tudi na področju dostopa do OZZ. ZZZS namreč trdi, da zdravstveno nezavarovanih ni veliko.³⁵ Vendar pa ZZZS pravzaprav ne razpolaga s podatkom o številu vseh nezavarovanih oseb v Sloveniji. Institucija o tem vodi kvartalno statistiko, podatek pa pridobi iz primerjave števila oseb s prebivališčem v Sloveniji in števila zavarovanih oseb. Ker je OZZ obvezno, ZZZS mesečno poziva nezavarovane osebe k ureditvi zavarovanja, a le tiste, ki so državljani Slovenije in imajo tu stalno prebivališče, ne pa tudi tujcev s stalnim prebivališčem v Sloveniji. Hkrati pa ZZZS

³⁴ Besedi sva v poševni tisk postavili avtorici.

³⁵ Po podatkih ZZZS je bilo 30. 6. 2014 v Sloveniji več kot eno leto nezavarovanih 2458 oseb (Pistotnik in Lipovec Čebtron 2015).

ne razpolaga niti s podatkom, koliko je nezavarovanih tujcev, ki imajo dovoljenje za začasno prebivanje, čeprav izpolnjujejo pogoje za vključitev v OZZ, niti koliko je nezavarovanih dnevnih migrantov, ki so v Sloveniji zaposleni, a imajo stalno prebivališče v tujini. Ob tem pa iz uradnih evidenc tako ali drugače izpadejo tudi druge skupine, ki sva jih obravnavali v tekstu. Pri prekarnih delavcih morava izpostaviti dejstvo, da ZZZS običajno navaja le število oseb, ki so nezavarovane več kot eno leto. To je smiselno, saj se evidenca zelo hitro spreminja. Vendar pa so mnogi prekarni delavci izpostavljeni cikličnemu izmenjavanju zavarovanosti in nezavarovanosti, ki traja krajša obdobja, temu (novejšemu) družbenemu pojavu pa se ne posveča nobene pozornosti. Poleg tega v evidence nezavarovanih niso uvrščene niti osebe, ki imajo dolg do ZZZS in zato zadržane pravice do zdravstvenih storitev. Kot sva že pokazali, jih ZZZS šteje med zavarovance, čeprav so *de facto* nezavarovani, saj ne morejo (brezplačno) dostopati do nenujnih zdravstvenih storitev. In nazadnje, čeprav so revni državljani Sloveniji povečini del statistik nezavarovanih, pa se v njihovem primeru popolnoma ignorira strukturne razloge, zaradi katerih se ne morejo zavarovati. Kot je mogoče sklepati iz navedka na začetku poglavja, se nezavarovanost teh oseb pripisuje zgolj njihovi neaktivnosti, saj naj bi si zdravstveno zavarovanje lahko uredili, če bi tako “želeli”.

Iz zapisanega jasno izhaja, da se krog oseb, ki izpadajo iz sistema OZZ nezadržno širi, a je ta problem v slovenski družbi potisnjen v ozadje. Če se v prihodnje želimo izogniti družbeni škodi, ki jo dokazano povzroča omejevanje dostopa do zdravstva za vse več ljudi, ga je nujno presekati in začeti iskati rešitve. V okoliščinah postsocialne države bodo te morale upoštevati realne družbene spremembe, obenem pa brezpogojno stremeti k načelom enakosti, pravičnosti in univerzalnosti.

LITERATURA

- ALBREHT, Tit; KLAZINGA, Niek
2010 Balancing equity and efficiency through health care policies in Slovenia during the period 1990–2008. *Zdravstveno varstvo* 49, št. 2, str. 49–60.
- BACER, Gay
2004 Deadly inequality in the health care “Safety Net”: uninsured ethnic minorities' struggle to live with life-threatening illnesses. *Medical Anthropology Quarterly* 18, št. 2, str. 258–275.
- BOFULIN, Martina; BEŠTER, Romana
2010 Enako zdravstvo za vse?: imigranti v slovenskem zdravstvenem sistemu. V: M. Medvešek, R. Bešter (ur.), *Državljeni tretjih držav ali tretjerazredni državljani?: integracija državljanov tretjih držav v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za narodnostna vprašanja. Str. 270–311.
- COSTITUZIONE DELLA REPUBBLICA ITALIANA
1947 *Costituzione della Repubblica Italiana*. <http://www.senato.it/documenti/repository/relazioni/libreria/Costituzione_anastatica.pdf> [1. 6. 2015].
- DREMELJ, Polona [et al.]
2013 *Ocena učinkov izvajanja nove socialne zakonodaje*. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo. <http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/sociala/ocena_ucinkov_soc_zakonodaja_irssv_2013.pdf> [22. 11. 2014].
- FELDMAN, Allen
1994 Cultural anesthesia: from desert storm to rodney king. *American Ethnologist* 21, št. 2, str. 404–418.

HORTON, Sarah

2004 Different subjects: the health care system's participation in the differential construction of the cultural citizenship of Cuban refugees and Mexican immigrants. *Medical Anthropology Quarterly* 18, št. 4, str. 472–489.

HUYSMANS, Jef

2000 The European Union and the securitisation of migration. *Journal of Common Market Studies* 38, št. 5, str. 751–777.

2006 *The politics of insecurity: fear, migration and asylum in the EU*. London, New York: Routledge.

INDA, Jonathan Xavier

2006 *Targeting immigrants: government, technology, and ethics*. Malden, Oxford, Victoria: Blackwell.

KANJUO MRČELA, Aleksandra; IGNJATOVIĆ, Miroljub

2004 Neprijazna fleksibilizacija dela in zaposlovanja – potreba po oblikovanju varne fleksibilnosti. V: I. Svetlik, B. Ilič (ur.), *Razpoke v zgodbi o uspehu: primerjalna analiza upravljanja človeških virov v Sloveniji*. Ljubljana: Sophia. Str. 230–258.

KERSNIK, Janko

2001 Determinants of customer satisfaction with the health care system, with the possibility to choose a personal physician and with a family doctor in a transition country. *Health Policy* 7, str. 155–164.

LESKOŠEK, Vesna

2013 Vpliv paradigmatških sprememb. V: U. Zorman (ur.), *Revščina zaposlenih*. Ljubljana: Sophia. Str. 149–170.

LESKOŠEK, Vesna [et al.]

2013 Sklep. V: U. Zorman (ur.), *Revščina zaposlenih*. Ljubljana: Sophia. Str. 201–206.

LIPOVEC ČEBRON, Uršula

2011a Reformiranje zdravstvenega sistema Slovenije: med “lustracijskimi” in “jugonostalgičnimi” težnjami. *Etnolog* 21, str. 179–201.

2011b *Izbrisani prebivalci brez zdravstvenega državljanstva: medicinsko-antropološka študija: doktorska disertacija*. Ljubljana: [U. Lipovec Čebtron].

LIPOVEC ČEBRON, Uršula; SVETEL, Marjeta; PISTOTNIK, Sara

2015 *Zdravstveno marginalizirane skupine: prepreke, ovire, nepremostljivi zidovi do zdravja*. [Neobjavljeno poročilo o oceni potreb, projekt “Skupaj za zdravje”]. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

MARKOTA, Mladen; ALBREHT, Tit

2001 Slovenian experience on health insurance (re)introduction. *Croatian Medical Journal* 42, št. 1, str. 18–23.

MARKOTA, Mladen [et al.]

1999 Slovenian experience on health care reform. *Croatian Medical Journal* 40, št. 2, str. 190–194.

MATTHIES, Aila-Leena

2014 How participation, marginalization and welfare state are connected. V: A.-L. Matthies, L. Uggerhøj (ur.), *Participation, marginalization and welfare services*. Burlington: Ashgate. Str. 3–19.

MIPEX

2015 MIPEX - Country Report for EQUI-HEALTH. [Projektno gradivo]. Brussels: International Organisation for Migration.

NACIONALNO SOCIALNO POROČILO

2014 *Nacionalno socialno poročilo (30. 6. 2013–1. 7. 2014)*. Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. <www.mddsz.gov.si> [2. 2. 2015].

NAVODILO ZA SPREJEM PACIENTOV

2014 *Navodilo za sprejem pacientov v zdravstveno obravnavo v ambulantah nujne medicinske pomoči oziroma v sprejemnih ambulantah v bolnišnicah ter za obračun opravljenega dela*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. <www.mz.gov.si/fileadmin/mz.go> [15. 10. 2014].

PECK, Jamie

2001 *Workfare states*. New York: The Guilford Press.

PISTOTNIK, Sara; LIPOVEC ČEBRON, Uršula

2015 *Predlogi sistemskih ukrepov za lažji dostop do zdravstvenega zavarovanja in do zdravstvenega varstva za odrinjene skupine*. [Neobjavljeno poročilo projekta “Skupaj za zdravje”]. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

POPRAVEK NAVODIL ZA SPREJEM PACIENTOV

2010 *Popravek Navodil za sprejem pacientov v zdravstveno obravnavo v ambulantah nujne medicinske pomoči oziroma v sprejemnih ambulantah v bolnišnicah ter za obračun opravljenega dela*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. <www.zd-velenje.si/dokumenti/navodila.pdf> [15. 10. 2014].

PRAVILA OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

2003 *Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja*. *Uradni list RS*, št. 30.

PRAVILNIK O ODPISU

2006 *Pravilnik o odpisu, obročnem plačilu in odlogu plačila dolga iz naslova prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje*. *Uradni list RS*, št. 129.

PREDLOGI ZA POVEČANJE PRIHODKOV

2013 *Predlogi za povečanje prihodkov za obvezno zdravstveno zavarovanje – interventni zakon*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. <http://www.mz.gov.si/si/medijsko_sredisce/novica/article/670/6676/02049db953a812350c5fc23c0789a30e/> [15. 1. 2015].

PRECIARIAS A LA DERIVA

2004 *A la deriva por los circuitos de la precariedad femenina*. Madrid: Traficantes de Sueños.

ROSE, Nikolaz

2000 *Governing liberty*. V: R. Ericson, N. Stehr (ur.), *Governing modern societies*. Toronto: University of Toronto Press. Str. 141–176.

ROSTILA, Mikael

2013 *Social capital and health inequality in European welfare states*. New York: Palgrave Macmillan.

SEDLAR, Alma M.

2013 *Otroci brez obveznega zdravstvenega zavarovanja – novi izbrisani?* <http://www.siol.net/novice/slovenija/2013/09/otroci_brez_obveznega_zdravstvenega_zavarovanja.aspx> [21. 1. 2015].

SMOLEJ, Simona; RIHTER, Liljana; BOŠKIČ, Ružica

2013 *Rezni zaposleni v Sloveniji: med statistiko in vsakdanjim življenjem*. V: U. Zorman (ur.), *Revščina zaposlenih*. Ljubljana: Sophia. Str. 35–76.

SPREMEMBE SOCIALNE ZAKONODAJE

2013 *Spremembe socialne zakonodaje*. Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. <http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti_pdf/sociala/opomnik_spremembe_socialne_zakonodaje_-_brifing_za_novinarje.docx> [17. 1. 2015].

TICKTIN, Miriam

2006 *Where ethics and politics meet: the violence of humanitarianism in France*. *American Ethnologist* 33, št. 1, str. 33–49.

TOTH, Martin

2003 *Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

USTAVA REPUBLIKE SLOVENIJE

1991 *Ustava Republike Slovenije*. Ljubljana: Skupščina Republike Slovenije. <<http://www.dz-rs.si/?id=150&docid=28&showdoc=1>> [1. 3. 2015].

VERLIČ CHRISTENSEN, Barbara

2002 *Evropa v precepu med svobodo in omejitvami migracij*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

VIDMAR HORVAT, Ksenija [et al.]

2012 *Socialni položaj samozaposlenih v kulturi in predlogi za njegovo izboljšanje s poudarkom na temi preživetvene strategije na področju vizualnih umetnosti*. [Končno poročilo raziskovalnega projekta]. Ljubljana: MIZKŠ.

ZAKON O SOCIALNO VARSTVENIH PREJEMKIH

2010 *Zakon o socialno varstvenih prejemkih (ZSVarPre)*. *Uradni list RS*, št. 61.

ZAKON O SPREMEMBAH IN DOPOLNITVAH

2014 *Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona za uravnoteženje javnih financ (ZUJF-C)*. *Uradni list RS*, št. 95.

ZAKON O ZDRAVSTVENEM VARSTVU

2006 Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (uradno prečiščeno besedilo) (ZZVZZ-UPB3). *Uradni list RS*, št. 72.

ZORN, Jelka

2010 Vpisani kot delavci, izbrisani kot Neslovenci: pogled izbrisanih na obdobje tranzicije. V: N. Kogovšek, B. Petković (ur.), *Brazgotine izbrisa: prispevek h kritičnemu razumevanju izbrisa iz registra stalnega prebivalstva Republike Slovenije*. Ljubljana: Mirovni inštitut. Str. 19–78.

WALTERS, William

2004 Secure borders, safe haven, domopolitics. *Citizenship Studies* 8, št. 3, str. 237–260.

BESEDA O AVTORICAH

Uršula Lipovec Čebtron, dr., je docentka za kulturno in socialno antropologijo, od leta 2001 zaposlena na Oddelku za etnologijo in kulturno antropologijo Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani, kjer predava medicinsko antropologijo, antropologijo migracij in druge predmete. Kot raziskovalka je sodelovala pri mnogih nacionalnih in mednarodnih raziskovalnih projektih. V zadnjem času se ukvarja predvsem z raziskavami na področju medicinske antropologije; raziskuje dostop do sistema zdravstvenega varstva za deprivilegirane dele prebivalstva in zdravstvene vidike migracij. Znanstvene članke o teh temah objavlja v različnih slovenskih in tujih publikacijah.

Sara Pistotnik je doktorska študentka na Oddelku za etnologijo in kulturno antropologijo. Na istem oddelku je diplomirala na temo izbrisa, nato pa je kot raziskovalka sodelovala pri vrsti nacionalnih in mednarodnih projektov, ki so obravnavali različne teme s področja migracij. Zanimajo jo predvsem institucionalni okvirji, v katere se umestijo različni mehanizmi družbenega izključevanja, trenutno pa se posveča dostopu do zdravstvenega varstva za različne odrinjene skupine prebivalstva.

ABOUT THE AUTHORS

Uršula Lipovec Čebtron, PhD, is a professor of cultural and social anthropology, who has been employed at the Department of Ethnology and Cultural Anthropology, Faculty of Arts, University of Ljubljana, where she lectures medical anthropology, anthropology of migrations and other courses, since 2001. As a researcher she has participated in many national and international research projects. Recently, she has focused on research into medical anthropology; she also researches access to the health care system for deprivileged segments of the population, and the health aspects of migrations. She regularly publishes scientific articles on these themes in Slovene and foreign publications.

Sara Pistotnik is a doctoral student at the Department of Ethnology and Cultural Anthropology. She graduated from the same department with a dissertation on the theme of the „erased“, and later as a researcher participated in a range of national and international projects dealing with various themes related to migrations. She is particularly interested in the institutional frameworks in which various mechanisms of social exclusion are embedded, and presently focuses on access to health care for marginalised groups of the population.

SUMMARY

The illusion about universal access to health insurance: non-citizens, the precariat, and poor inhabitants without health insurance

The article addresses the process of exclusion from access to social rights that affects an increasing number of inhabitants. The authors analyse this process based on the increasingly difficult access to health insurance, showing that the welfare state is gradually dismantled. This process first shows in the reduction of the rights of the most marginal segments of the population (the “erased”, migrants without citizenship and/or permanent residence). Later, the process of withdrawing rights persistently and centripetally spreads from these marginal groups to other segments of the population (precarious workers, the poorest, etc.). The gradual reduction of health care rights is analysed through the changes in legislation and social and health policies, but also based on a range of qualitative researches. The authors thus show that the field of distribution and, consequently, the access to various social benefits, including health care, was delimited at the level of citizenship (or permanent residence) in the early 1990s. In the following decades, an increasing number of citizens have been ousted from this field. The article thus first addresses the reduction of access to health insurance for non-citizens, and in the following chapters for precarious workers and the poorest inhabitants of Slovenia. They show that this process of exclusion ensues through the mechanism of producing the “Other”, justifying selective access to rights by discriminating socially excluded inhabitants as “undeserving” (lazy, deceitful, exploiting) individuals. The article shows that the production of the “Other” is a complex process, involving many actors and including public institutions. This process results in that various social groups are pushed to the margin, beyond the field of perception, and thus into invisibility. When the public institutions no longer perceive them, they are then absolved from the responsibility for their welfare, thus reproducing the logic of the post-welfare state, which leaves people to their own devices and makes them assume individual guilt for their situation.