

Zakaj (in kako) ukiniti sistem doplačil in dopolnilno zdravstveno zavarovanje?

Luka Mišič*

UDK: 349.3:368.942(497.4)

Povzetek: V sredo, dne 29. 1. 2020, je državni zbor z 32 glasovi »za« in 51 glasovi »proti« zavrnil predlog Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-O), ki je predvideval ukinitve sistema doplačil in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja kot zavarovanja za kritje razlike do polne vrednosti storitev zdravljenja in stvari iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Neuspešen predlog je odražal nedavno več mesecev trajajočo razpravo o ukinitvi doplačil in prostovoljnega zavarovanja za doplačila, kot ga v jedrnih značilnostih poznamo vse od ustanovitve specializirane zavarovalnice na podlagi uveljavitve Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-C) iz leta 1998. Zdi se, da je ob vnovičnem neuspehu pobudnikov ukinitve sistema doplačil in dopolnilnega zavarovanja napočil trenutek za ponovno razpravo o pravnosti in smotnosti, nenazadnje pa tudi socialni pravičnosti (ne)ukinitve.

Ključne besede: dopolnilno zdravstveno zavarovanje – obvezno zdravstveno zavarovanje – sistem doplačil – pravica do socialne varnosti – pravica do zdravstvenega varstva – enakost – socialna pravičnost

Why (and how to) Abolish the System of Co-payments and Supplementary Health Insurance?

Abstract: On Wednesday, January 29th 2020, the Slovenian Parliament declined, with 32 votes in favour and 51 votes against, the proposed amendment of the Healthcare and Health Insurance Act (ZZVZZ). The Act amending the Healthcare and Health Insurance Act (ZZVZZ-O), stipulated the abolition of co-payments and supplementary (also referred to as

* Luka Mišič, doktor pravnih znanosti, asistent na Pravni fakulteti Univerze v Ljubljani.
Luka Mišič, PhD, Teaching and Research Assistant at the Faculty of Law, University of Ljubljana.
luka.misic@pf.uni-lj.si

“complementary” when “supplementary” coincides with the term “additional”) health insurance, which offers insurance against out-of-pocket-payments covering the difference to the full value of health services provided only in part on behalf of the mandatory health insurance. The failed proposal mirrored a recent several month long debate on the abolition of co-payments and voluntary insurance for co-payments, introduced more or less in its current form by ZZVZZ-C back in 1998 when a specialized insurance company was established on its grounds. It seems as if time has come, due to the recent rejection of a new proposal, for a renewed debate not only about the legality and sensibleness but also about social justice or fairness concerning the abolition of the system of co-payments and supplementary health insurance.

Key words: *supplementary health insurance – mandatory health insurance – co-payments – right to social security – right to healthcare – equality – social justice*

1. NAMEN DOPLAČIL IN DOPOLNILNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

Kot ugotavlja Strban, v večini evropskih držav ni mogoče najti samo javnega, še manj pa le zasebno zdravstveno zavarovanje. Obe vrsti zavarovanj se namreč bolj ali manj tesno dopolnjujeta, konkretna vsebina mešanega sistema zdravstvenega zavarovanja pa je odvisna predvsem od oblikovanja javnega sistema zdravstvenega varstva ter od ponudbe zasebnih zavarovalnic.¹ Tako tudi Pieters, ki ugotavlja, da v večini držav srečamo mešano ureditev, v kateri zdravstveno varstvo vsebuje tako javne kot tudi zasebne elemente,² torej tudi javna in zasebna zdravstvena zavarovanja. Slednja so od javnega, praviloma obveznega socialnega zavarovanja lahko povsem neodvisna, ali pa povezana na način, da javno zavarovanje bodisi nadomeščajo, bodisi vzpostavljajo alternativno pot uveljavljanja pravic iz socialnega zavarovanja, ali pa zagotavljajo kritje razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev in stvari, ki jih t. i. košarica storitev socialnega zavarovanja ne

¹ Strban, 2005, str. 52.

² Pieters, 2006, str. 86.

obsega.³ V teh primerih jim lahko pripišemo t. i. mešano naravo, saj zavarovalno razmerje praviloma nastane na podlagi izjave volje pogodbenih strank in se tako v bistvenem razlikuje od socialnozavarovalnega razmerja, ki običajno nastane na podlagi zakona,⁴ vendar pa je sklenitev zavarovalne pogodbe lahko odvisna od obstoja statusa zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju ali pa zasebno zavarovanje kot nadomestno ali vzporedno zavarovanje vsaj deloma prevzema funkcijo javnega zavarovanja. Zavarovanja in njihovi izvajalci so prav tako lahko podvrženi posebni regulaciji države in omejitvam glede avtonomije pogodbenih strank (npr. obvezni sprejem v zavarovanje, prepoved razlikovanja na podlagi nekaterih osebnih okoliščin).

Po podatkih OECD dopolnilno zdravstveno zavarovanje (angl. *complementary private health insurance*)⁵ oziroma zavarovanje za doplačila (angl. *co-payments*) ali delitev stroškov (angl. *cost-sharing*), ki je praviloma prostovoljno, obvezno pa le izjemoma, srečamo npr. v avstrijski, belgijski, češki, danski, finski, francoski, nemški, madžarski in nizozemski ureditvi.⁶ Tako ne preseneča, da to obliko zavarovanja pozna tudi slovenska ureditev.⁷

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ)⁸ v 61. členu med prostovoljna zdravstvena zavarovanja, ki sicer sodijo med premoženjska zavarovanja, umešča nadomestno, dodatno, vzporedno in dopolnilno zdravstveno zavarovanje (v nadaljevanju: dopolnilno zavarovanje). Slednje je namenjeno kritju razlike med polno vrednostjo zdravstvenih storitev in deležem, ki jih v skladu s 23. členom zakona (sistem doplačil) krije obvezno zdravstveno zavarovanje, oziroma del razlike, kadar se doplačilo nanaša na pravico do zdravil z najvišjo priznano vrednostjo in medicinskih pripomočkov.⁹ Eno izmed posebnosti slovenske ureditve obveznega zdravstvenega zavarovanja predstavlja dejstvo, da ta določa doplačila za večino dajatev zdravljenja, tj. za zdravniško in bolnišnično zdravljenje, zdravila, obvezilni material, medicinsko-tehnične pripomočke in

³ O vrstah zasebnih zdravstvenih zavarovanj podrobneje v Strban, 2005, str. 52-54.

⁴ Glej npr. Strban, 2005, str. 91 in nasl.

⁵ Termin *dopolnilno zavarovanje* lahko prevajamo tudi kot *supplementary insurance* (glej naslov), a OECD ta termin uporablja za poimenovanje dodatnega zavarovanja, ki ga sicer praviloma prevajamo kot *additional insurance*.

⁶ Glej OECD, 2019, str.

⁷ Zavarovanje ZZVZZ ureja v 61. in nasl. členih.

⁸ Ur. l. RS, št. 72/06 do 36/19. Za kratek zgodovinski pregled glej Žagar, 2012, str. 460-461, tudi 461-463.

⁹ Glej prvo točko drugega odstavka 61. člena ZZVZZ.

medicinsko rehabilitacijo.¹⁰ Kot izhaja iz 62. člena ZZVZZ, dopolnilno zavarovanje predstavlja javni interes Republike Slovenije, ki ga predvsem lahko razumemo bodisi kot finančni interes države ali širše družbene skupnosti, bodisi kot finančni ali ekonomski interes ožje zavarovalne skupnosti.¹¹ Zavarovanje se izvaja po načelih medgeneracijske vzajemnosti in vzajemnosti med spoloma med vsemi zavarovanci dopolnilnega zavarovanja. Poseben pomen dopolnilnega zavarovanja izhaja tudi iz tretjega odstavka 61. člena zakona, ki določa, da lahko zavarovalnice uvedejo kombinacije različnih v zakonu navedenih tipov prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, a te ne smejo vključevati dopolnilnega zavarovanja. Slednje je kljub skupni navedbi v drugem odstavku 61. člena zakona izločeno iz splošnega kroga prostovoljnih zavarovanj, saj skupaj z obveznim zdravstvenim zavarovanjem predstavlja del socialne varnosti zavarovanih oseb,¹² pa čeprav ima naravo prostovoljnega zasebnega in ne obveznega javnega zavarovanja. Socialna varnost namreč vedno pomeni družbeno ali javno in ne zasebno dohodkovno varnost. Predstavlja zaščito, ki jo družba svojim članom zagotavlja skozi proces ožje ali širše družbene solidarnosti.¹³

Temeljni namen sistema doplačil za zdravstvene storitve in stvari iz obveznega zdravstvenega zavarovanja predstavlja težnja po večji obveščenosti zavarovanih oseb o njihovih cenah, čeprav se zavarovana oseba, ki sklene dopolnilno zavarovanje [tj. zavarovanje za doplačila], zaveda le višine zavarovalne premije in ne dejanske vrednosti zagotovljene dajatve zdravljenja,¹⁴ ter zmanjševanje stroškov nosilca obveznega zdravstvenega zavarovanja oziroma prenos stroškov na pravne osebe zasebnega prava.¹⁵ Sistem doplačil bi naj prav tako pripomogel k omejitvi porabe storitev zdravljenja in stvari iz obveznega zdravstvenega zavarovanja ter v primeru odsotnosti alternativnih javnih virov sofinanciranja zagotavljal dodatna sredstva v sistemu zdravstvenega varstva. Omejitev porabe storitev zdravljenja, ki je odvisna od stopnje elastičnosti povpraševanja, bi naj pri tem omogočila razširitev obsega ali ravni zagotovljenih storitev zdravljenja.¹⁶

¹⁰ Strban, v: Bubnov Škoberne, Strban, 2010, str. 290.

¹¹ Glej Mišič, 2019, str. 193.

¹² Glej prvi odstavek 62. člena ZZVZZ.

¹³ Strban, v: Jemec Tomazin (idr.) (ur.), 2019, str. 217.

¹⁴ Strban, v: Bubnov Škoberne, Strban, 2010, str. 291.

¹⁵ Glej Strban, 2005, str. 208.

¹⁶ Strban, 2014, str. 16. Avtor, prav tam, sicer kritično o razmerju med povpraševanjem in višino razpoložljivih sredstev.

Eno izmed temeljnih lastnosti sistema doplačil prav tako predstavlja predpostavljena funkcija izključevanja negativnih učinkov t. i. moralnega tveganja (angl. *moral hazard*) oziroma negativnih učinkov bolj tveganega ravnanja ali načina življenja osebe v času, ko je ta zavarovana, kakor v času, ko zavarovalne zaščite (zavarovalnega kritja) ne uživa.¹⁷ Drugače, moralno tveganje nastopi, ko je oseba (npr. zavarovanec, obvezno zavarovana oseba) zaradi obstoja zavarovalne zaščite spodbujena k ravnanju, ki je nezaželeno za drugo osebo v razmerju (npr. zavarovalnico, nosilca socialnega zavarovanja). Povezano je s problemom t. i. negativne selekcije, ki nastopi bodisi kot rezultat asimetrije informacij, bodisi kot rezultat načela obveznosti zavarovanja ali drugih pravil, ki zavarovalnici onemogočajo razlikovati med zavarovanci na podlagi nekaterih osebnih okoliščin.¹⁸ V primeru obstoja sistema doplačil mora zavarovana oseba za ugodnost zavarovalne zaščite ob bolj tveganem načinu življenja plačati premijo dopolnilnega zavarovanja. V nasprotnem primeru tako nastale stroške krije z neposrednim, praviloma od višine mesečne, morda tudi letne zavarovalne premije ali njenih seštevkov mnogo višjim neposrednim plačilom oziroma plačilom iz žepa (angl. *out-of-pocket-payment*). Pri tem kaže opozoriti, da lahko doplačila za zdravstvene storitve in stvari iz obveznega zdravstvenega zavarovanja izgubijo svoj smisel, če je zavarovani osebi na voljo sklenitev prostovoljnega zavarovanja za doplačila.¹⁹

Thomas (idr.) med temeljne prednosti slovenskega sistema dopolnilnega zavarovanja prištevajo (i) prav varstvo posameznikov pred neposrednimi plačili iz žepa, (ii) možnost prealitivne stroškov iz javnega na zasebni sektor brez ustvarjanja neizpolnjenih potreb zdravstvenega stanja, (iii) višino zavarovalne premije, ki se zdi splošno dostopna, (iv) mednarodno primerljivo nizke administrativne stroške ureditve in (v) ureditev izravnalne sheme, ki pomaga odpravljati selekcijo tveganj.²⁰ Med njegove slabosti avtorji prištevajo (i) regresivnost zavarovalne premije, (ii) prevzem transakcijskih stroškov, (iii) cenovno neučinkovitost zaradi zaznave nekaterih elementov oligopola, (iv) neučinkovitost zavarovalne sheme pri celostni odpravi selekcije tveganj, (v) kompleksnost sistema z nizko stopnjo transparentnosti delovanja, in (vi) nezainteresiranost nosilca obveznega zdravstvenega zavarovanja za nadzor nad cenami in cenovno učinkovitostjo.²¹

¹⁷ Mišič, 2019, str. 52.

¹⁸ Glej Lambert (idr.), 2010, str. 1. Glej tudi različico Lambert (idr.), 2011, str. 225 in nasl.

¹⁹ Glej Kresal (idr.), 2016, str. 75.

²⁰ Thomas (idr.), 2015, str. 1.

²¹ Prav tam.

V nadaljevanju razprave so predstavljeni predvsem pravni, z načelom solidarnosti in načelom enake obravnave ter konceptom socialne pravičnosti (njenega liberalno-egalitarnega razumevanja) povezani argumenti, ki v pretežni meri, a ne izključno, govorijo v prid ukinitvi sistema doplačil in dopolnilnega zavarovanja. Čeprav je na nekaj mestih v besedilu ukinitve dopolnilnega zavarovanja teoretično obravnavana ločeno od ukinitve sistema doplačil je pri tem nujno upoštevati, da bi bila ohranitev sistema doplačil ob uvedbi javne dajatve, ki bi nadomestila zavarovalno premijo, praviloma nesmotrna. Izzveneli bi namreč nekateri pozitivni učinki prevladitve dela stroškov na osebe zasebnega prava, medtem ko se *prostovoljna* narava javne dajatve vsaj v tem primeru zdi nenavadna. Tudi prostovoljno dodatno pokojninsko zavarovanje se npr. ne financira s prostovoljno javno dajativo, temveč premijo. Ukinitve dopolnilnega zavarovanja, ki ne pomeni tudi ukinitve sistema doplačil, ni v korist najmanj privilegiranih članov zavarovalne skupnosti in bi lahko nenazadnje vodila tudi v izvotlitev nekaterih ustavno varovanih pravic.

2. PRIVID PROSTOVOLJNOSTI

Kljub določbam ZZVZZ, ki dopolnilno zavarovanje določa kot prostovoljno, nastanek zavarovalnega razmerja pa je odvisen od volje v obveznem zdravstvenem zavarovanju zavarovane osebe, lahko trdimo, da zavarovanje dejansko učinkuje kot obvezno. Natančneje, dopolnilno zavarovanje daje videz prostovoljnosti. Ugibamo lahko, da so bremena nastopa socialnega primera bolezni ali poškodbe ob le delnem kritju storitev zdravljenja ali stvari iz obveznega zdravstvenega zavarovanja že za socialno-ekonomsko povprečno zavarovano osebo, takšno, s povprečnimi dohodki in povprečnimi življenjskimi stroški, tako visoka, da sklenitev zavarovalne pogodbe dopolnilnega zavarovanja ne predstavlja zgolj racionalne odločitve avtonomnega subjekta, temveč nujno odločitev ki je pravzaprav neodvisna od ravni informiranosti zavarovane osebe o zdajšnjem in bodočem zdravstvenem stanju ali bodočem načinu življenja. Enako velja v razmerju do tveganja nastopa socialnega primera, saj bolezen ali poškodba, drugače kot npr. socialni primer brezposelnosti ali starševstva, praviloma doleti vsakogar. Ugotovitev velja toliko bolj v primeru socialno-ekonomsko podpovprečnih zavarovanih oseb, predvsem tistih, katerih način življenja pomeni višje tveganje za uresničitev socialnega tveganja bolezni ali poškodbe. Kot izhaja iz nadaljevanja razprave lahko sicer zagovarjamo tudi tezo, da je obstoj zavarovanja za doplačila, neodvisno od neprogresivnosti zavarovalne premije, prav v njihovo največjo korist.

Zapisano tezo o dejansko obveznem učinku zavarovanja lahko potrjuje tudi izredno visok odstotek dopolnilno zavarovanih oseb med obvezno zavarovanimi osebami. Leta 2014 je bilo dopolnilno zavarovanih 96% obvezno zavarovanih oseb, pri čemer velja, da so otroci do 18. oziroma 26. leta starosti ob predpostavki rednega šolanja izzeti iz sistema doplačil.²² Predpostavljamo lahko, da bi bil odstotek v primeru, ko bi sklenitev zavarovalne pogodbe pri vsaki obvezno zavarovani osebi bila odvisna od objektivno preiščljene ocene o razmerju med prihrankom zaradi nevplačanih premij in pričakovanimi stroški neposrednih plačil storitev zdravljenja in stvari, nižji. Gotovo pa bi bil ta odstotek nižji, če ne bi šele sklenitev dopolnilnega zavarovanja omogočala učinkovitega ali celovitega uživanja pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Privid prostovoljnosti potrjuje tudi ureditev drugega odstavka 62.b člena ZZVZZ, ki obvezno zavarovane osebe, ki dopolnilnega zavarovanja ne sklenejo v roku enega leta od trenutka, ko postanejo zavezane plačevati razliko do polne vrednosti zdravstvenih storitev in stvari iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, obremeni z dvigom zavarovalne premije. Ureditev tako sicer omejuje tveganje, da bodo obvezno zavarovane osebe dopolnilno zavarovanje sklepale v obdobju pred pričakovano spremembo zdravstvenega stanja, npr. zaradi starosti, odkritja težke bolezni, nastopa telesne oviranosti, ali avtonomno spremembo načina življenja, npr. zaradi pričetka ukvarjanja z ekstremnim športom, saj ponudnike dopolnilnega zavarovanja veže dolžnost skleniti zavarovanje brez ocene tveganja, a s tem le utrjuje dejansko obvezno in hipno sklenitev zavarovanja. Zavarovalna premija dopolnilnega zavarovanja, ki je razen izjemoma določena enako za vse zavarovance, se po svoji naravi tako približuje obvezni dajatvi zavarovanja.

T. i. privid prostovoljnosti dopolnilnega zavarovanja sam po sebi seveda ne predstavlja posebej trdnega argumenta za ukinitve zavarovanja, vendar pa njegov dejansko obvezen učinek lahko – kljub njeni nenavadnosti – govori v prid uvedbe javne dajatve,²³ izplačane iz neto dohodka zavarovane osebe, ki bi nadomestila zavarovalno premijo, v primeru praviloma obvezne narave dajatve pa tudi sistem doplačil, ali v prid druge javnopravne finančne obveznosti, npr. dviga prispevne stopnje,²⁴ uvedbe socialnih namenskih davkov. Dvig prispevne stopnje gotovo

²² Prav tam, str. 4. Upoštevati kaže tudi kasnejši padec števila dopolnilno zavarovanih oseb zaradi uveljavljanja pravice do kritja razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev iz državnega proračuna.

²³ O nekaterih pomislekih v: Mišič, Strban, 2017, str. 17-18.

²⁴ Glej npr. tudi 13. člen Predloga zakona o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravstvenem

predstavlja sistematično in tudi z zornega kota zavarovane osebe²⁵ najprimernejši ukrep nadomestitve izpadlih sredstev, pri čemer drži, da se tako zmanjšuje odpornost sistema na negativne demografske in gospodarske spremembe v družbi. Prav zato bi slovenski zakonodajalec lahko pričel resneje razmišljati tudi o uvedbi pravkar omenjenih socialnih namenskih davkov.

Privid prostovoljnosti je neločljivo povezan tudi s samostojnostjo odločanja obvezno zavarovane osebe v lastnih zadevah, podrobneje obravnavane v naslednjem poglavju.

3. IZVOTLITEV PRAVIC IZ 50. IN 51. ČLENA USTAVE?

Kot izhaja iz prvega odstavka 62. člena ZZVZZ, dopolnilno zavarovanje skupaj z obveznim zdravstvenim zavarovanjem predstavlja del socialne varnosti – torej družbene ali javne dohodkovne varnosti – zavarovanih oseb. Kot je leta 2006 ugotovilo ustavno sodišče,²⁶ je dopolnilno zdravstveno zavarovanje povezano z uresničevanjem pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki ga ustava opredeljuje kot del pravice do socialne varnosti, s katero je tesno povezana bolj konkretizirana pravica do zdravstvenega varstva, urejena v 51. členu ustave. Ta določa obveznost, da država vzpostavi sistem, ki omogoča *materialno dostopnost* zdravstvenih storitev vsem, ki jih potrebujejo, ter da zagotovi delovanje zdravstvene službe, ki je sposobna nuditi potrebne zdravstvene storitve. Pri tem ustava ne določa načina, kakšne ukrepe naj država (zakonodajalec) za to izbere. Tako dopušča možnost, da država na področju zdravstvenega zavarovanja poleg obveznega zdravstvenega zavarovanja uvede še druga zavarovanja ali kombinacije različnih sistemov zavarovanj. Pri tem velja, da pooblastilo zakonodajalcu, da določi način uresničevanja neke ustavne pravice ne pomeni, da mu je dana

varstvu in zdravstvenem zavarovanju, EPA 785-VIII (št. dokumenta 500-01-19-39/2) z dne 25. 9. 2019.

²⁵ Uvedba javne dajatve, izplačane iz neto dohodka, lahko, kadar ta ni ustrezno diferencirana, pravzaprav učinkuje enako kot premija dopolnilnega zavarovanja, le da je plačilo (prostovoljne) zasebne dajatve iz neto dohodka sistematično mnogo bolj skladno s temelji ureditve javnih finančnih bremen kot plačilo (obvezne) javne dajatve iz neto dohodka. S tega zornega kota bi lahko prostovoljno dopolnilno zavarovanje preprosto spremenili v obvezno dopolnilno zavarovanje. Tak konec privida prostovoljnosti bi predvsem brez ustrezne omejitve višine premije seveda le potenciral negativne učinke, predstavljene v poglavju 3. in 4.

²⁶ Glej 26. točko Odločbe št. U-I-277/05-32 z dne 9. 2. 2006. Glej tudi Žagar, 2012, str. 462-463.

možnost pravico omejiti, pa čeprav meja med omejevanjem in predpisovanjem uresničevanja ustavnih pravic ni zmeraj lahko določljiva.²⁷ Ob širokem polju proste presoje, ki ga zakonodajalec na podlagi zakonskega pridržka uživa pri urejanju oziroma zakonskem določanju načina uresničevanja socialnih pravic, bi le stežka trdili, da ureditev dopolnilnega zavarovanja omejuje pravico do socialne varnosti iz 50. ali pravico do zdravstvenega varstva iz 51. člena ustave,²⁸ ali da je celo prišlo do izvotlitve pravic katere izmed navedenih pravic. Nekateri avtorji nasprotno trdijo, da prav dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ki odpravlja negativne učinke neposrednih plačil iz žepa, povečuje dostopnost do storitev zdravljenja. Kot glede razmerja med socialnimi in drugimi zdravstvenimi zavarovanji ugotavlja Kidrič, kombinacija obvezne vključitve, ki zagotavlja univerzalno dostopnost in nizko premijo ter razvoj dodatnih zavarovanj, ki ustreza diferenciranemu socialnemu stanju in različnemu zdravstvenemu povpraševanju ter je najbolj primerna za razvoj zdravstvenega varstva ter dosegajo ciljev socialne politike in pripravo na bodoče spremembe v potrebah in povpraševanju.²⁹

Do izvotlitve navedenih ustavnih pravic bi npr. lahko prišlo v primeru, ko bi višina premije dopolnilnega zavarovanja v prihodnjih letih narasla do te mere, da bi obvezno zavarovani osebi, ki zaradi višine osebnega dohodka, višine premoženja ali druge upoštevne okoliščine, morda tudi zaradi osebne stiske ali strahu pred stigmo, ki jo v družbi lahko prinaša pridobitev pravic iz sistema socialnega varstva,³⁰ ni pridobila pravice do denarne socialne pomoči ter pravice do kritja razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev oziroma storitev in stvari iz obveznega zdravstvenega zavarovanja,³¹ bila odvzeta možnost učinkovitega uresničevanja pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.³² S tem bi gotovo

²⁷ Glej 28. točko Odločbe št. U-I-277/05-32 z dne 9. 2. 2006.

²⁸ Ustava Republike Slovenije (URS), Uradni list RS, št. 33/91-I do 75/16.

²⁹ Kidrič, 2011, str. 38. Razmejitev pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja glede na višino plačila kot primerno ocenjuje tudi Triller Vrtovec. Avtorica ugotavlja, da je zagotavljanje dela plačila v skladu z načelom solidarnosti in dela plačila v skladu z načelom samoodgovornosti ustrezno, skladno z namenom razmejitve obeh načel v obveznem zdravstvenem zavarovanju. Glej Triller Vrtovec, 2019, str. 180.

³⁰ Pravice iz sistema socialnega varstva kljub temu, da so namenjene zagotavljanju posameznikove osebne varnosti in zaščiti osebnega dostojanstva (preprečevanje in odprava revščine in socialne izključenosti), hočeš nočeš vanj tudi posegajo. Jasno namreč izkazujejo posameznikovo nezmožnost preživetja z lastnim delom ali dohodkom, kar v tržnem gospodarstvu z zornega kota širše družbene skupnosti (lahko) predstavlja odklonsko ravnanje.

³¹ Glej 29. člen Zakona o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev (ZUPJS), Ur. l. RS, št. 62/10 do 47/19.

³² Smiselno glej npr. 16. točko Odločbe Ustavnega sodišča RS Up-794/11-15 z dne 21. 2. 2013.

prišlo do posega v jedro pravice do socialne varnosti in pravice do zdravstvenega varstva (iz javnih sredstev). Ne nazadnje pa kaže razmisliti, ali naj bo učinkovito uveljavljanje pravic iz sistema socialne varnosti (socialnih zavarovanj) odvisno od (ne)uveljavljanja pravic iz sistema socialnega varstva. Socialnovarstvene dajatve po svojem namenu ali jedru vendar predstavljajo subsidiarno varnostno mrežo (angl. *safety-net*) v razmerju do pravic iz sistema socialnega zavarovanja, ne pa nujno tudi način njihovega uresničevanja. Kljub temu, da vključitev prejemnikov [trajne] denarne socialne pomoči v [enoten] sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja načeloma lahko označimo kot prednost sistema,³³ pa bi zakonodajalčev primarni namen pri urejanju obveznega zdravstvenega zavarovanja gotovo moral biti ta, da čim širšo *učinkovito* vključenost zagotavlja neodvisno od posameznikove upravičenosti do socialnih pomoči.

Kot izhaja iz 3. člena Konvencije o človekovih pravicah v zvezi z biomedicino, pogodbenice ob upoštevanju zdravstvenih potreb in razpoložljivih virov sprejmejo ustrezne ukrepe, da v okviru svoje jurisdikcije zagotovijo *pravično dostopnost* zdravstvenega varstva ustrezne kakovosti.³⁴ Evropska socialna listina v 11. členu (pravica do varstva zdravja) npr. določa, da se pogodbenice z namenom, da bi zagotavliale *učinkovito uresničevanje* pravice do varstva zdravja, zavezujejo, da bodo neposredno ali v sodelovanju z javnimi in zasebnimi organizacijami sprejele primerne ukrepe. Evropski kodeks socialne varnosti v 10. členu sicer dopušča udeležbo upravičenca ali osebe, ki ga preživlja, pri stroških zdravstvenega varstva, a le kadar udeležba ne pomeni prevelikega bremena.

V primeru izvotlitve pravice bi zakonodajalec, kadar ne bi želel ukiniti sistema doplačila, lahko npr. bil poklican k določitvi najvišje, od spremembe povprečnih življenjskih stroškov in spremembe povprečnega dohodka odvisne zavarovalne premije. Dogodilo bi se namreč lahko, da obvezno zavarovana oseba kljub potrebam zdravstvenega stanja ne bi hotela uveljavljati dajatev zdravljenja, saj ob odsotnosti sklenitve dopolnilnega zavarovanja, katerega plačila premije si ne bi mogla privoščiti, ne bi bila zmožna kriti razlike do polne vrednosti storitev zdravljenja ali stvari iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Kot ugotavlja

³³ Strban, 2005, str. 118. Glej tudi str. 118 in nasl.

³⁴ Zakon o ratifikaciji Konvencije o človekovih pravic in dostojanstva človeškega bitja v zvezi z uporabo biologije in medicine (Konvencija o človekovih pravicah v zvezi z biomedicino) in Dodatnega protokola o prepovedi kloniranja človeških bitij h Konvenciji o varstvu človekovih pravic in dostojanstva človeškega bitja v zvezi z uporabo biologije in medicine (MVCBP), Ur. l. RS, št. 70/1998.

Strban, ki se ob sistemu doplačil sklicuje tudi na sistem [tudi pri nas nekoč veljaven sistem]³⁵ participacije kot posebne oblike finančne soudeležbe zavarovanih oseb, lahko sicer enaka pravila doplačil in dopolnilnega zavarovanja nekatere skupine zavarovanih oseb dejansko postavlja v slabši pravni položaj.³⁶ Omejuje ali celo onemogoči se jim lahko dostop do posamezne pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.³⁷ Odlog uveljavljanja pravic pogosto pomeni (tudi drastično) poslabšanje zdravstvenega stanja.

S tega zornega kota lahko ureditev nenazadnje pomeni tudi nedopusten poseg v nedotakljivost človekove telesne in duševne celovitosti in osebnostnih pravic (glej 35. člen ustave) ali samostojnost odločanja v lastnih zadevah. Po presoji ustavnega sodišča pravica do osebnega dostojanstva posamezniku zagotavlja priznanje njegove vrednosti, ki mu gre kot človeku in iz katere izvira njegova sposobnost samostojnega odločanja, iz te človekove lastnosti pa izvira tudi jamstvo osebnostnih pravic. Te posamezniku zagotavljajo tisti elementi njegove osebnosti, ki niso varovani z drugimi določbami ustave, a je še le skupaj z njimi posamezniku dana možnost, da se svobodno razvija in oblikuje svoje življenje v skladu z lastnimi odločitvami.³⁸ Morebitno dejansko onemogočenje uveljavljanja pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja posamezniku odvzema vsaj del možnosti svobodnega razvoja in oblikovanja življenja v skladu z lastnimi odločitvami. Sploh kadar oseba ima lastnost obvezno zavarovane osebe in zaradi socialno-ekonomskega položaja ni zasebno zdravstveno zavarovana (zasebno zavarovanje, ki ni del socialne varnosti). Obvezna socialna zavarovanja kljub prisilni naravi, paradoksalno, posamezniku lahko zagotavljajo več svobode kot bi je ta užival, če ne bi bil obvezno zavarovan.³⁹ V obravnavanem primeru prisilna narava zavarovanja sicer učinkuje le omejujoče, saj je za učinkovito oziroma celovito uveljavljanje (večine!) pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja nujna še nadaljnja omejitev posameznikovega zdaj razpoložljivega dohodka, ki pa si je slednji zaradi nezmožnosti plačila premije ne more privoščiti.

Dodati kaže, da tudi v primeru ohranitve sistema doplačil bojazen pred dejansko nezmožnostjo uresničevanja pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja

³⁵ Glej Žagar, 2012, str. 460.

³⁶ Strban, v: Bubnov Škoberne, Strban, 2010, str. 291.

³⁷ Prav tam.

³⁸ Glej 10. točko Odločbe Ustavnega sodišča št. U-I-226/95 z dne 8. 7. 1991, sicer s področja kazenskega prava.

³⁹ Glej Strban, v: Pavčnik, Novak (ur.), 2013, str. 347. Izčrпно v: Mišič, 2019, str. 151 in nasl.

z uvedbo javne dajatve, ki bi se prilagaja socialno-ekonomskemu položaju zavarovane osebe in družine, praviloma odpade. Zapisano toliko bolj velja ob običajnem zviševanju in ne zniževanju zavarovalne premije.⁴⁰ Kot že zapisano, pa sistem doplačil, financiran z javno dajatvijo, ni nujno smotrno. Tako ne preseneča, da predlagana odprava dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja praviloma zmeraj pomeni tudi odpravo sistema doplačil.

Prilagajanje socialno-ekonomskemu položaju zavarovane osebe, ki presega odvisnost neto mesečne dajatvene obveznosti od višine aktivnega mesečnega ali letnega dohodka (npr. plače, dohodka iz dejavnosti), in npr. neposredno upošteva število vzdrževanih družinskih članov, višino premoženja, ipd., lahko naravo pravic iz sistema socialnih zavarovanj sicer približa naravi pravic iz sistema socialnega varstva, s čimer krha moč socialno-pravnih zahtevkov zavarovanih oseb, socialno-varstvena in ne varnostna narava oziroma način financiranja pravic pa bi lahko vsaj posredno vplival na razmerja v skupščini nosilca socialnega zavarovanja.

4. RAZNORODNOST TEMELJNIH NAČEL IN FINANCIRANJE

Kot ugotavlja Strban, obveznost zavarovanja⁴¹ omogoča ustanovitev in vzdrževanje skupnosti zavarovanih oseb, pri katerih ni omogočena zgolj porazdelitev tveganja, temveč tudi zavestna prerazdelitev na podlagi načela solidarnosti.⁴² Ker prispevki niso odvisni od individualnega tveganja, lahko v primeru obveznega zdravstvenega zavarovanja govorimo ne le o ekonomskem ali zavarovalnotehničnem izenačevanju tveganja, temveč tudi in predvsem o solidarnem izenačevanju.⁴³ Načelo vertikalne solidarnosti odraža solidarnost med osebami z višjimi in osebami z nižjimi dohodki,⁴⁴ medtem ko načelo horizontalne solidarnosti odraža solidarnost med osebami, ki jim preteči višja, in osebami, ki jim preteči nižja verjetnost realizacije socialnega tveganja, v primeru obveznega zdravstvenega zavarovanja je to tveganje bolezni in poškodbe.⁴⁵ Solidarnost

⁴⁰ O negativnih učinkih oligopola v Thomas (idr.), 2015, str. 10.

⁴¹ Podobno, a glede pokojninskega in invalidskega zavarovanja, Rangus, v: Rangus (ur.), 2018, str. 47.

⁴² Strban, 2005, str. 49.

⁴³ Strban, v: Bubnov Škoberne, Strban, 2010, str. 118.

⁴⁴ Prav tam.

⁴⁵ O raznorodnem učinkovanju načela solidarnosti v različnih vejah socialnih zavarovanj v Mišič, 2019, str. 242.

v splošnem predstavlja eno izmed vrednostnih načel, npr. ob človekovem dostojanstvu, ki je skupno tako prvi kakor tudi drugi generaciji človekovih pravic, enakih možnostih in družbenem sodelovanju, v katerih je utemeljena druga generacija človekovih pravic.⁴⁶ Solidarnostni temelji prevevajo tudi švicarsko, avstrijsko, italijansko, špansko, francosko, belgijsko in nizozemsko ter nekatere druge ustavne ureditve,⁴⁷ tako pa načelo solidarnosti ne le združuje večino evropskih ustav ter njihove vrednote, temveč predstavlja tudi jedro evropskih sistemov socialnih zavarovanj.⁴⁸

ZZVZZ se na pojem solidarnosti sicer ne sklicuje, vendar pa je v solidarnosti zasidrane temelje zavarovanja iz zakonske ureditve moč izpeljati predvsem z namensko in sistematično razlago določb, ki urejajo krog zavarovanih oseb, pravice in način financiranja.⁴⁹ V obveznem zdravstvenem zavarovanju sicer velja temeljno načelo prispevanja po lastnih zmožnostih, tj. glede na višino prispevne osnove, ter uveljavljanja storitev zdravljenja in stvari glede na potrebe zdravstvenega stanja. Glede na to, da praviloma šele sklenitev dopolnilnega zavarovanja zavarovani osebi omogoča učinkovito oziroma celovito uveljavljanje pravic iz obveznega zavarovanja, bi le progresivna ureditev zavarovalne premije, ki bi terjala transformacijo iz zasebne dajatve dvostranskega zavarovalnega razmerja, v javno dajatev dvostranskega socialnozavarovalnega razmerja, v celoti sledila načelu solidarnosti, kot to učinkuje v obveznem zdravstvenem zavarovanju. Drugače, nenavadno se zdi, da dostop do pravic iz zavarovanja, ki sledi načelu prispevanja po lastnih zmožnostih, omejuje sklenitev zavarovanja, financiranega z od dohodka zavarovane osebe neodvisno zavarovalno premijo. Dopolnilno zavarovanje sicer zasleduje načelo zagotavljanja storitev zdravljenja in stvari iz obveznega zdravstvenega zavarovanja glede na potrebe zdravstvenega stanja, vendar pri tem ne upošteva načela vertikalne solidarnosti. Usklajenost med temeljnimi načeli sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja bi prav tako prinesla uvedba javne dajatve, ki bi se prilagajala socialno-ekonomskemu položaju zavarovane osebe in družine, ob sicer že navedenem pomisleku glede krhanja moči socialno-pravnega zahtevka. Večja kot je stopenjska razvejanost oziroma višja kot je stopnja progresivnosti javne dajatve, močnejše ureditev običajno spoštuje načelo vertikalne solidarnosti.

⁴⁶ Mikkola, 2010, str. 6-7.

⁴⁷ Becker, 2007, str. 1.

⁴⁸ Kingreen, cit. prav tam.

⁴⁹ Mišič, 2019, str. 55.

Vendarle pa samo dejstvo povezave javnega zavarovanja, ki je financirano na podlagi načela vertikalne solidarnosti in iz katerega se pravice zagotavljajo na podlagi načela horizontalne solidarnosti, ter zasebnega zavarovanja, ki ni financirano na podlagi načela vertikalne solidarnosti, a pri tem zagotavlja uveljavljanje pravic na podlagi načela horizontalne solidarnosti, ne pomeni, da se je slovenski zakonodajalec bistveno približal posegu v jedro pravice do socialne varnosti oziroma pravice do zdravstvenega varstva (iz javnih sredstev). Primer posega v jedro pravice ali celo primer njene izvotlitve iz predhodnega poglavja je odvisen predvsem od učinka, ki ga lahko ima višina zavarovalne premije.

Zdaj že nekaj let star osnutek Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-1) je v 194. členu,⁵⁰ ki je urejal določitev in višino t. i. zdravstvenega nadomestila, njegovo mesečno višino v razmerju od povprečne plače določal v sedmih razredih. V različici z dne 20. 12. 2017, pripravljeni za pogajalsko skupino ESS, je v 341. členu določal višino t. i. zdravstvenega doplačila.⁵¹ Ta je določal vsega tristopenjsko lestvico, ki je določala plačilo 20, 25, ali 35,00 eur glede na to, ali zavarovana oseba prejema minimalno ali nižjo, povprečno ali nižjo oziroma od zadnje znane povprečne mesečne plače zaposlenih v Sloveniji višjo plačo oziroma mesečni dohodek.

Glede na večstopenjski predlog, je nadomestilo v primeru 75% zadnje znane povprečne letne plače znašalo 27,00 eur in v primeru presežka 500% odstotkov 75,00 eur. Enotna višina nadomestila, in sicer 20,00 eur, je bila določena za prejemnike mesečnih dohodkov, ki dosegajo minimalno plačo. Raven progresivnost v neto zneskih z naraščanjem dohodkov sicer pada, saj bi zavarovana oseba, ki prejema dohodek v višini 501% povprečne mesečne plače ali več, plačevala le 2,6 kratnik zdravstvenega nadomestila, ki bi ga plačevala zavarovana oseba, prejemnica povprečne plače. S tega zornega kota bi načelo vertikalne solidarnosti v največji meri odražala odstotna obremenitev aktivnega neto dohodka, ki pa neposredno naslavlja vprašanje, zakaj tedaj predlaganega zdravstvenega na-

⁵⁰ Različica osnutka je dostopna na <https://e-uprava.gov.si/.download/edemokracija/datoteka/Vsebina/283388?disposition=inline> (dostop 5. 2. 2020).

⁵¹ Nanjo se sklicujem tudi v Mišič 2019, čeprav bi bilo pravilneje obravnavati obe različici predloga, natančneje, osnutka (predloga). Kot izhaja iz Stališča k predlogu Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ZZVZZ-1, z dne 23. 1. 2018, so socialni partnerji predlogu 341. člena nasprotovali prav z argumentom, naj vsak prispeva v enakem odstotku od svojih dohodkov, brez zgornje omejitve. Stališče je dostopno na https://www.zsss.si/wp-content/uploads/2018/01/ZSSS_Predsedstvo_Stalisca_ZZVZZ-1.pdf (dostop 5. 2. 2020). Izčrpno o osnutku ZZVZZ-1, v: Strban, 2017, str. 447 in nasl.

domestila ali druge denarne dajatve ob ukinitvi sistema doplačil ne nadomestiti z višjo prispevno stopnjo. Nenazadnje obvezna obremenitev posameznikovega neto oziroma razpoložljivega dohodka vsaj z njegovega zornega kota ustvarja enake učinke, gotovo pa na enak način vpliva tudi na potrošnjo širše družbene skupnosti.

Predvsem z zornega kota vertikalne solidarnosti, deloma pa tudi v luči omenjene nenavadnosti iz posameznikovega neto dohodka plačane javne dajatve, le stežka pritrdimo uvedbi t. i. obveznega pavšalnega prispevka za posamezni koledarski mesec, ki ga je v višini 29,00 eur v prečiščeni različici za tretjo obravnavo vseboval predlog Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-O), EPA 785-VIII (št. dokumenta 500-01/19-49/28) z dne 23. 12. 2019. Drugače velja za amandma k 12. členu z dne 22. 1. 2020 (št. dokumenta 500-01/19-0049), ki predlaga sedemstopenjsko lestvico, ki se prične pri 10,00 eur (letni prihodki zavezanca za preteklo leto znašajo do vključno letne višine neto minimalne plače) in končna pri 150,00 eur za zavezance, katerih letni prihodki za preteklo leto presegajo petkratnik povprečne letne neto plače. Amandma plačila t. i. obvezne dodatne dajatve razbremenjuje zavarovance, katerih letni prihodki ne presegajo 3,500 eur.

Pri tem kaže opozoriti, da ureditev, ki upošteva vse posameznikove dohodke preteklega leta, v celoti zasleduje načelo vertikalne solidarnosti oziroma načelo prispevanja po lastnih zmožnostih, a lahko tedaj, kadar obsega tudi pasivne dohodke,⁵² vsaj deloma spreminja naravo socialnega zavarovanja kot pravnega instituta, katerega namen je posamezniku zagotavljati varnost (aktivnega) dohodka, ko le-ta izpade zaradi nastopa socialnega primera, npr. bolezni, poškodbe, brezposelnosti, starosti. V primeru pasivnega dohodka, npr. iz premoženja, do izpada v tem primeru nujno ne pride. S tega zornega kota je za varstvo načela solidarnosti v socialnih zavarovanjih po eni strani nujna tudi davčna redistribucija dohodka ali bogastva, npr. prav s socialnimi namenskimi davki. Ti bi nenazadnje lahko bili plačani tudi od premoženja ali od vseh vrst dohodka, kot npr. na Irskem (t. i. univerzalna socialna dajatev, angl. *Universal Social Charge*).⁵³ Po

⁵² Glej tudi 14. člen Predloga zakona o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, EPA 785-VIII (št. dokumenta 500-01-19-39/2) z dne 25. 9. 2019, ki vzpostavlja prispevno obremenitev odhodkov iz kapitala, dohodkov iz oddajanja v najem in dohodkov iz prenosa premoženjske pravice, ki na podlagi zakona, ki ureja dohodnino niso oproščeni plačila dohodnine.

⁵³ Glej Spiegel (ur.) (et al.), 2015, str. 16. Pri tem je seveda treba upoštevati značilnosti posamezne ureditve socialne varnosti in načina njenega financiranja, npr. primarnega davčnega ali primarnega prispevnega financiranja.

drugi strani pa tudi neposredna prispevna in ne davčna obremenitev različnih oblik pasivnega dohodka prinaša enake učinke, ki navkljub morebitnemu neskladju z izhodiščnim, tradicionalnim ali morda celo le še zgodovinskim namenom socialnih zavarovanj, ostajajo zvesti temeljnemu načelu solidarnosti. To določa tako način financiranja kot tudi način uveljavljanja pravic iz sistema socialnih zavarovanj in velja tudi za obvezno zdravstveno zavarovanje. Če kot legitimen, ustavno dopusten razlog za poseg v pravico do zasebne lastnine, varovano s 33. členom ustave, prepoznamo npr. oblastno vzpostavitev socialne solidarnosti ali dolgoročno finančno vzdržnost ureditve za vse enako dostopnega obveznega zdravstvenega zavarovanja, potem je z zornega kota primernosti ukrepa morda celo bolje, da je cilj dosežen s prispevno (vključujoč aktivne in pasivne prihodke) in ne davčno redistribucijo dohodka. Sredstva, zbrana s plačilom davkov, se namreč lahko izgubijo v splošnem proračunu oziroma podležejo primarnim področjem financiranja aktualne oblasti. Strah po takšni izgubi je omejen takrat, kadar so posebni davki določeni s strogim namenom financiranja socialne varnosti.

5. NEENAKA OBRAVNAVA NA PODLAGI GMOTNEGA STANJA

Tako z vprašanjem potencialne izvotlitve pravice do socialne varnosti in pravice do zdravstvenega varstva (iz javnih sredstev), kot tudi z vprašanjem raznorodnosti temeljnih načel, ki urejajo obvezno in dopolnilno zdravstveno zavarovanje, povezano je vprašanje posredne diskriminacije na podlagi gmotnega stanja zavarovanih oseb pri dostopu do ali učinkovitem oziroma celovitem uveljavljanju pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Kot izhaja iz 14. člena ustave, so v Sloveniji vsakomur zagotovljene enake človekove pravice in temeljne svoboščine, ne glede na narodnost, raso, spol, jezik, vero, politično ali drugo prepričanje, *gmotno stanje*, rojstvo, izobrazbo, družbeni položaj, invalidnost (hendikepiranost) ali drugo osebno okoliščino. Kot ugotavlja Štajnpihler Božič, se tako določena prepoved diskriminacije vsebinsko nanaša na zagotavljanje človekovih pravic in temeljnih svoboščin,⁵⁴ kar pa ne pomeni, da ta avtomatično, če sploh, učinkuje tudi v razmerju med zasebniki ali v t. i. horizontalnem smislu.⁵⁵ Dopolnilo zdravstveno zavarovanje,

⁵⁴ Štajnpihler (Božič), v: Vlahek, Damjan (ur.), 2015, str. 85.

⁵⁵ O potencialnem horizontalnem učinku 14. člena oziroma prepovedi diskriminacije prav tam, str. 85-86 in nasl. Kratko (a s sklicem na obsežno literaturo) o horizontalnem učinku človekovih

kot že zapisano, ne nastane na podlagi zakona (*ex lege*), temveč z izjavo volje obvezno zavarovane osebe, ki pristopi k zavarovalni pogodbi. Na podlagi njene sklenitve se vzpostavi zavarovalno razmerje med zavarovancem in zavarovalnico kot osebo zasebnega prava in ne socialnozavarovalno razmerje med zavarovano osebo in nosilcem socialnega zavarovanja kot specializirano osebo javnega prava.⁵⁶ Vendar pa dopolnilno zavarovanje ne predstavlja samostojnega, od obveznega zdravstvenega zavarovanja ločenega in neodvisnega zavarovanja, temveč, kot izhaja iz že navedenega 62. člena ZZVZZ, skupaj z njim tvori del socialne varnosti zavarovanih oseb. Možnost skleniti dopolnilno zavarovanje je ne nazadnje pogojena prav z obstojem statusa obvezno zavarovane osebe. Če bi dopolnilno zavarovanje, v katerem v skladu z 62.b. členom ZZVZZ ob splošni prepovedi diferenciacije premije (neodvisno od zdravstvenega stanja, nastajajočega ali že nastalega socialnega oziroma zavarovalnega primera) velja dolžnost zavarovalnice skleniti zavarovanje z vsako obvezno zavarovano osebo, imelo naravo tipičnega zasebnega zavarovanja, bi prepoved diskriminacije učinkovala omejeno, npr. le v razmerju do osebne okoliščine spola, materinstva, nosečnosti.⁵⁷ Tako zaradi varstva avtonomije pogodbenih strank kot tudi zaradi same narave zavarovalnih poslov. Večje kot je pri sklepanju zavarovanja število neupoštevnih tveganj oziroma nevarnosti [v razmerju do določitve premije oziroma (ne)sklenitve zavarovalne pogodbe], bolj se zavarovanje približuje »socialni odškodninski shemi«.⁵⁸ Drugače, manjši kot je pomen individualne ocene tveganja pri določanju praviloma mesečne denarne obveznosti zavarovalca, bolj se zasebno zavarovanje približuje socialnemu.

Zaradi inherentne povezanosti dopolnilnega z obveznim zdravstvenim zavarovanjem določitev enotne zavarovalne premije lahko razlagamo kot neenako obravnavo zavarovanih oseb v obveznem zdravstvenem zavarovanju na podlagi gmotnega stanja, ki ni odvisno le od višine dohodka zavarovane osebe ali družine, temveč tudi premoženja in števila družinskih članov, predvsem tistih, ki so zavezanci za doplačilo do polne vrednosti storitev zdravljenja in stvari.

pravic tudi v Mišič, 2016, str. 141.

⁵⁶ Podrobno v: Strban, 2005, str. 91 in nasl.

⁵⁷ Glej npr. šesti odstavek 521. člena Zakona o zavarovalništvu (ZZavar-1), Ur. l. RS, št. 93/15 do 9/19. Določbe ZZavar-1 je, kljub temu, da gre za *lex specialis*, potrebno brati s splošnejšim Zakonom o varstvu pred diskriminacijo (ZVard), Ur. l. RS, št. 33/16 do 21/18. Primerjaj 521. člen ZZavar-1 in prvi, drugi in tretji odstavek 2. člena ZVard oziroma 2. člen kot celoto, ter navedene člene obeh zakonov in 5. člen ZVard ter prvi in šesti odstavek 13. člena ZVard.

⁵⁸ Basedow (idr.) (ur.), 2016, str. 97.

Po razlogovanju Strbana,⁵⁹ pomemben argument proti doplačilom predstavlja nezmožnost določiti *pravično* formulo, ki bi na sprejemljiv način razdelila stroške med gospodinjstvi, ki potrebujejo oziroma uveljavljajo zdravstvene dajatve. Kot ugotavlja, se pri omejevanju vseh vrst pravic z doplačili, razen nekaterih izjem, postavlja vprašanje dostopa do same pravice. Ob tem lahko izpostavimo predvsem vprašanje *enakega* ali *enakopravnega* učinkovitega dostopa do pravice oziroma storitev zdravljenja in stvari iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Kot ugotavlja avtor,⁶⁰ je takšna posredna diskriminacija lahko v nasprotju z ustavnimi načeli socialne države, enakosti, socialne varnosti in zdravstvenega varstva.

Argumentacija, ki se sklicuje na osebno okoliščino gmotnega stanja, je zahtevnejša od tiste, ki bi se sklicevala na katero izmed drugih, v jedro varstva pred diskriminacijo postavljenih osebnih okoliščin, npr. na spol, spolno usmerjenost, raso, etnično pripadnost. Ne le, da te pogosto predstavljajo absolutno prepovedane osebne okoliščine razlikovanja, temveč so tudi – prav zato – teoretično bogato obdelane. Zapisano ne velja za osebno okoliščino gmotnega stanja, nenazadnje pa lahko njeno strogo upoštevanje odpira Pandorino skrinjico pozitivnih ukrepov države na preštevilnih družbenih področjih, s čimer bi kmalu presegli njene javno-finančne zmožnosti.

Neenaka obravnava v obveznem zdravstvenem zavarovanju na podlagi navidezno nevtralne ureditve – enaka zavarovalna premija dopolnilnega zavarovanja za vse obvezno zavarovane osebe – sicer pomeni, da le-ta več ni prisotna v zasebnem, temveč javnopravnem razmerju, oziroma v razmerju do pravic, izpeljanih iz 50. člena ustave. Dejstvo, da obvezno zdravstveno zavarovanje izvaja nosilec javnega pooblastila in ne država v svoji oblastveni funkciji, ni pomembno, saj Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije v funkcionalno decentraliziranem sistemu socialne varnosti prevzema izvajanje prenesenih nalog države.⁶¹ S tem ohranja neločljivo vez z oblastjo, nenazadnje pa odloča v skladu s pravili upravnega postopka. Ker po že omenjeni presoji ustavnega sodišča⁶² iz prvega odstavka 51. člena ustave izhaja obveznost države, da vzpostavi sistem, ki omogoča *materialno dostopnost* zdravstvenih storitev vsem, ki jih potrebujejo (razdeljevalno merilo

⁵⁹ Strban, v: Bubnov Škoberne, Strban, 2010, str. 290.

⁶⁰ Prav tam, str. 291.

⁶¹ Podrobno o funkcionalni decentralizaciji in dekoncentraciji slovenskega sistema socialne varnosti v: Mišič, Strban, 2019, str. 165 in nasl.

⁶² Glej 28. točko Odločbe št. U-I-277/05-32 z dne 9. 2. 2006. Glej tudi Ivanc, v: Šturm (ur), 2011, str. 815.

potrebe),⁶³ ureditev lahko pomeni tudi obstoj posredne diskriminacije zavarovanih oseb v razmerju do 51. člena ustave.

Ključno vprašanje, povezano z vsako obliko neenake obravnave, je seveda vprašanje, ali je slednja upravičena oziroma ali zanjo obstaja legitimen, ustavno dopusten razlog. Tega je moč poiskati npr. v dolgoročni finančni vzdržnosti obveznega zdravstvenega zavarovanja, večji odpornosti sistema javnega zdravstva na spremenjene družbene razmere (npr. demografske spremembe, povečanje brezposelnosti), ohranjanju in dvigu ravni javnega zdravstvenega varstva. Ukrep za doseg cilja je gotovo primeren, vendar pa je vprašanje, ali ne bi bilo tega moč doseči z ukrepom, ki ne bi povzročal posredne diskriminacije zavarovanih oseb na podlagi gmotnega stanja, in ne z ukrepom uvedbe sistema doplačil in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Tak bi npr. lahko bil ukrep uvedbe socialnih namenskih davkov,⁶⁴ npr. na potrošnjo sladkih pijač, hitre hrane, tobačnih izdelkov, alkohola, s katerim bi se dodatno financiralo obvezno zdravstveno zavarovanje. Z zornega kota povprečnega državljana le-ta gotovo predstavlja milejši ukrep. Vendarle pa je nevarnost uvedbe socialnih namenskih davkov na objektivno škodljivo potrošnjo predvsem ta, da le-ti dodatno obremenjujejo tudi osebe, ki nezdravih življenjskih navad niso nujno razvile na podlagi lastne volje ali svobodne izbire življenjskega sloga, temveč na podlagi težjega socialno-ekonomskega položaja ali slabših izhodiščnih možnosti v življenju. S tega zornega kota bi socialni namenski davki lahko bili plačani tudi, morda celo predvsem od dobička največjih onesnaževalcev v državi, ali npr. dobička delodajalcev, katerih delavci so podvrženi višjemu tveganju nastopa socialnega primera poklicne bolezni ali poškodbe pri delu.⁶⁵

⁶³ O razdeljevalnih merilih v socialni varnosti na več mestih v: Mišič, 2018/1, predvsem str. 279.

⁶⁴ Več o socialnih namenskih davkih v Spiegel (ur.) (et al.), 2015, str. 15-16.

⁶⁵ Glej sicer 56. člen ZZVZZ, ki dopušča dvig prispevne stopnje.

6. POGLED IZZA TANČICE NEVEDNOSTI

Zadnje vprašanje te razprave je vprašanje socialne (ne)pravičnosti ureditve sistema doplačil in dopolnilnega zavarovanja, tj. ali je ureditev kot jo poznamo v največjo korist najmanj privilegiranih članov zavarovalne skupnosti,⁶⁶ npr. zavarovanih oseb, ki ob delu s polnim delovnim časom prejemajo le minimalno plačo, ki delo s krajšim delovnim časom opravljajo zaradi negativnih objektivnih dejstev (npr. neplačane skrbi za vzdrževane družinske člane, omejenih zaposlitvenih možnosti v panogi, npr. v kulturi), ali zavarovanih oseb z več vzdrževanimi družinskimi člani, sploh kadar so ti zavezanci za doplačilo do polne vrednosti storitev zdravljenja in stvari. Drugače, zasledujoč Rawlsov koncept izhodiščnega ali izvirnega položaja (angl. *the original position*)⁶⁷ si lahko postavimo vprašanje, ali bi racionalni posamezniki, kadar bi določali ureditev temeljnih socialnih institucij (npr. zdravstvenega zavarovanja) novo nastajajoče skupnosti, določili ureditev sistema doplačil in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Pod predpostavko, da so glede svojega bodočega socialno-ekonomskega položaja, tudi zdravstvenega stanja, starosti ipd., v nastajajoči skupnosti povsem nevedni ter da vedo le, da bodo tej skupnosti tudi dejansko pripadali, lahko ugibamo, da sistema doplačil, tako pa tudi sistema dopolnilnega zavarovanja, kot ga poznamo danes, ne bi izbrali. Kot racionalni posamezniki namreč praviloma ne bi sprejeli tveganja, da bi po zaključenem postopku določanja pravil izza tančice nevednosti (angl. *the veil of ignorance*) pripadli skupini najmanj privilegiranih članov zavarovalne skupnosti, katere člani si plačila zavarovalne premije dopolnilnega ali drugega zasebnega zdravstvenega zavarovanja morda ne morejo privoščiti, praviloma pa si seveda ne morejo privoščiti neposrednih plačil storitev zdravljenja in stvari bodisi iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, bodisi izven javne zdravstvene mreže. S tega zornega kota bi gotovo izbrali javno ureditev zdravstvenega varstva, z obveznim zdravstvenim zavarovanjem, ki torej sistema doplačil ne pozna. Strah pred tako nastalim bremenom, priznati je treba, pa vendarle odpade npr. prav z določitvijo pravice do kritja polne vrednosti zdravstvenih storitev. Drži tudi, da je dopolnilno zavarovanje, kadar ureditev obveznega zdravstvenega

⁶⁶ Izčrpno o liberalno-egalitarnem razumevanju socialne pravičnosti, ki seveda ni njeno edino legitimno razumevanje, v socialni varnosti v: Mišič, 2018/1, str. 280 in nasl. ter Mišič, 2018/2, str. 59 in nasl. O pogledu izza tančice nevednosti v povezavi z dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem izčrpno v: Mišič, 2019, str. 192 in nasl.

⁶⁷ Glej v vseh v op. št. 66 navedenih virih.

zavarovanja oziroma ureditev zdravstvenega varstva pozna sistem doplačil, prav tako v največjo korist najmanj privilegiranih članov zavarovalne skupnosti, saj te razbremenjuje neposrednega plačila zdravstvenih storitev,⁶⁸ ki jih praviloma uveljavljajo pogostejše kot najbolj privilegirani člani zavarovalne skupnosti, ki lahko sklepajo tudi druga zasebna zdravstvena zavarovanja, storitve zdravljenja in stvari pa lahko vsaj do neke mere uveljavljajo tudi izven javne zdravstvene mreže.

Vendarle pa je pri presoji socialne (ne)pravičnosti ureditve, vsaj v njeni liberalno-egalitarni podobi, vnovič treba presojati načelo enake obravnave, v skladu s katerim naj ne bo noben član zavarovalne skupnosti na podlagi spola, spolne usmerjenosti, starosti, *gmotnega* ali *premoženjskega* stanja, socialnega izvora in drugih osebnih okoliščin postavljen v neenak položaj možnosti svobodnega življenjskega razvoja.⁶⁹ Ob upoštevanju tako določene prepovedi diskriminacije in upoštevanju maksimizacije možnosti svobodnega življenjskega razvoja tudi pogled izza tančice nevednosti lahko govori npr. v prid že omenjenega dviga prispevne stopnje, ki nadomešča sistem doplačil in dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ali uvedbe druge javne dajatve, ki krije tako nastalo zmanjšanje razpoložljivih sredstev v zdravstvu.

Pri tem velja, da bi izid takrat, ko bi pojem socialne pravičnosti presojali skozi prizmo druge teorije politične filozofije, npr. libertarizma, tudi utilitarizma, gotovo bil (v primeru slednjega vsaj deloma) drugačen. Vendar pa se zdi, da je prav liberalno-egalitarno razumevanje socialne pravičnosti, predvsem kadar izhajamo iz nekaterih temeljnih predpostavk Rawlsove *teorije poštenosti* in ne npr. Dworkinove *enakosti virov*,⁷⁰ v največji meri združljivo s konceptom obveznega zdravstvenega zavarovanja. Spoštuje namreč posameznika samega na sebi, njegovo avtonomijo in resnično možnost svobodnega življenjskega razvoja, a pri tem ne zavrača pomena skrbi za drugega, pa čeprav je leta vzpostavljena posredno in individualistično, tj. zaradi strahu pred lastno socialno ogroženostjo.

⁶⁸ Glej sicer tretjo alinejo prvega odstavka 25. člena ZZVZZ, ki omejuje višino doplačil, kadar izdatki za doplačila v koledarskem letu presegajo določen znesek.

⁶⁹ Mišič, 2019, str. 166.

⁷⁰ Prim. prav tam, str. 141-158.

7. SKLEP

Dopolnilno zdravstveno zavarovanje, skupaj s sistemom doplačil, s katerim je neločljivo povezano, se zdi nespremenljivo. Vsi, tudi nedavni poskusi njegove ukinitve so kljub številnim pravnim argumentom ki govorijo v prid ukinitvi (npr. načelo enake obravnave, načelo solidarnosti, načelo prispevanja po lastnih zmožnostih) namreč neslavno propadli. Bodisi v državnem zboru, bodisi že v postopku javne razprave, v kateri se zdi, da vsebinsko osamosvojeno načelo dolgoročne finančne vzdržnosti javnega zdravstvenega sistema, povezano z večjo odpornostjo mešanega sistema na negativne demografske in gospodarske spremembe, ter zatrjevano načelo učinkovitosti in gospodarnosti pri porabi sredstev v javnem zdravstvu, ki naj bi ga omogočal prav zasebni ekonomski interes zavarovalnic, uspešno premagujeta načelo socialne ali ožje vertikalne solidarnosti in načelo enakosti oziroma načelo enake obravnave zavarovanih oseb v obveznem zdravstvenem zavarovanju. Posredno zapisano velja tudi za načelo socialne države. Navedeni argumenti, med katerimi praviloma ni zaznati vprašanj o razmerju med jedrom in načinom izvrševanja pravice do socialne varnosti in pravice do zdravstvenega varstva, niso prevladali le v primeru pobud, pri katerih je bilo jasno, da bi hipna ukinitve sistema doplačil in dopolnilnega zavarovanja mimo ustreznega prehodnega obdobja lahko nesorazmerno posegala v pravno varnost zavarovalnic, ki ponujajo dopolnilno zavarovanje, temveč tudi v primeru pobud, ko je časa za celovito in glede pravnega učinkovanja ustrezno oddaljeno reformo področja obveznega zdravstvenega zavarovanja in zdravstvenega varstva gotovo bilo dovolj.

V razmerju do prevlade nad zgoraj navedenimi pravnimi načeli podobno velja tudi za predvsem politično-interesno izražen strah pred povečanjem t. i. stroškov dela, ki naj bi po pričevanju številnih slovenskih glasnikov gospodarstva, zdaj že pregovorno, bili v Evropski uniji nadpovprečno visoki oziroma, preprosto, previsoki. Strogo ekonomsko-utilitaristični, a sicer legitimni interesi manjšega dela širše civilne družbe, ki državljane vsaj posredno nagovarja, da je njen interes tudi javni interes, tako vztrajno izrinjajo ne le ekonomske, temveč tudi socialne interese večinskega dela civilne družbe. S tega zornega kota se zdi, ne nazadnje pa to potrjuje tudi večletna neuspešna pot ukinjanja, da politika ali vsaj njen pretežni del ostaja gluha za že znane pravne argumente stroke, tudi tiste, povezane z vprašanji socialne pravičnosti. Nenazadnje pa je vprašanje ukinitve sistema doplačil in dopolnilnega zavarovanja, priznati je treba, tudi in morda predvsem politično vprašanje, za katero odgovornost nosita predvsem vlada in državni zbor.

LITERATURA

- Basedow, Jürgen (idr.) (ur.), PRINCIPLES OF EUROPEAN INSURANCE CONTRACT LAW (PEICL), Verlag Dr. Otto Schmidt, Köln 2016.
- Becker, Ulrich, Solidarity, Financing and Personal Coverage, v: The Japanese Journal of Social Security Policy 6 (2007) 1, str. 1-30.
- Ivanc, Blaž, v: Šturm, Lovro (ur.), KOMENTAR USTAVE REPUBLIKE SLOVENIJE, Dopolnitev A, Fakulteta za podiplomske državne in evropske študije, Ljubljana 2011, str. 815-873.
- Kidrič, Dušan, Socialna in druga zdravstvena zavarovanja, v: DOPOLNILNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE IN ZDRAVSTVENA REFORMA, Slovensko zavarovalno združenje, Ljubljana 2011, str. 30-39.
- Kresal, Barbara (idr.), SOCIAL SECURITY LAW IN SLOVENIA, Wolters Kluwer, Alphen aan den Rijn 2016.
- Lambert Philippe (idr.), HEALTH INSURANCE COVERAGE AND ADVERSE SELECTION, Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing 2010.
- Lambert, Philippe (idr.), Health Insurance Coverage and Adverse Selection, v: Börsch-Supan, Axel (idr.) (ur.): THE INDIVIDUAL AND THE WELFARE STATE. LIFE HISTORIES IN EUROPE, Springer Verlag, Berlin Heidelberg 2011, str. 225-232.
- Mikkola, Mati, SOCIAL HUMAN RIGHTS OF EUROPE, Karelactio, Helsinki 2010.
- Mišič, Luka, SOCIALNA PRAVIČNOST KOT VPRAŠANJE UPRAVIČENOSTI REDISTRIBUCIJE V SISTEMU SOCIALNIH ZAVAROVANJ. Doktorska disertacija. Pravna fakulteta Univerze v Ljubljani, Ljubljana 2019.
- Mišič, Luka in Strban, Grega, Devolution and decentralisation in social security: the situation in Slovenia, v: Vonk, Gijsbert J. in Scoukens, Paul (ur.), DEVOLUTION AND DECENTRALISATION IN SOCIAL SECURITY: A EUROPEAN COMPARATIVE PERSPECTIVE, Eleven International Publishing, Haag 2019, str. 165-177.
- Mišič, Luka, Theories of political philosophy as guiding principles in social security, v: Studies on Labour Law and Social Policy 25 (2018/1) 3, str. 271-292.
- Mišič, Luka, Odsevi politične filozofije v pravu socialne varnosti, v: Delavci in delodajalci 18 (2018/2) 18, str. 427-452.
- Mišič, Luka in Strban, Grega, Ukinitve doplačil in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja?, v: Pravna praksa 36 (2017) 22, str. 16-18.
- Mišič, Luka, O libertarizmu in lastninskem pojmovanju človekovih pravic, v: Zbornik znanstvenih razprav 76 (2016), str. 141-166.
- OECD, OECD Health Statistics 2019, Definitions, Sources and Methods (fizična različica avtorja, spletni vir postal nedostopen).
- Pieters, Danny, SOCIAL SECURITY: AN INTRODUCTION TO THE BASIC PRINCIPLES, Kluwer Law International, Alphen aan den Rijn 2006.
- Rangus, Andraž, 2. člen, v: Rangus, Andraž (ur.), VELIKI KOMENTAR ZAKONA O POKOJNINSKEM IN INVALIDSKEM ZAVAROVANJU, Lexpera, GV Založba, Ljubljana 2018, str. 40-42.
- Spiegel, Bernhard (idr.), THE RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL SECURITY COORDINATION AND TAXATION. FreSsco Analytical Repot 2014, FreSsco, Brussels 2015.

- Strban, Grega, Predvidene novosti v obveznem zdravstvenem zavarovanju, v: Delavci in delodajalci 17 (2017) 4, str. 447-471.
- Strban, Grega, Terminološke zagate pri vsebinskem razlikovanju poimenovanj v pravu socialne varnosti, v: Jemec Tomazin, Mateja (idr.) (ur.), MED JASNOSTJO IN NEDOLOČENOSTJO: PRAVNA TERMINOLOGIJA V ZGODOVINI, TEORIJI IN PRAKSI, Lexpera, GV Založba, Pravna fakulteta Univerze v Ljubljani, Ljubljana 2019, str. 211-246.
- Strban, Grega, Cost sharing for health and long-term care benefits in kind. Missoc Analysis 2014. European Commission, DG Employment, Social Affairs & Inclusion, Bruselj 2014.
- Strban, Grega, Pravica do socialne varnosti v (ustavno)sodnem odločanju, v: Pavčnik, Marijan in Novak, Aleš (ur.), (USTAVNO)SODNO ODLOČANJE, GV Založba, Ljubljana 2013, str. 341-391.
- Strban, Grega, v: Bubnov Škoberne in Anjuta, Strban, Grega, PRAVO SOCIALNE VARNOSTI, GV Založba, Ljubljana 2010.
- Strban, Grega, TEMELJI OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA, Cankarjeva založba, Ljubljana 2006.
- Štajnpihler (Božič), Tilen, Prepoved diskriminacije v pravu varstva potrošnikov, v: Vlahek, Ana in Damjan, Matija (ur.), PRAVO IN POLITIKA SODOBNEGA VARSTVA POTROŠNIKOV, IUS Software, GV Založba, Inštitut za primerjalno pravo pri Pravni fakulteti v Ljubljani, str. 67-110.
- Thomas, Steve (idr.), ANALYSIS OF THE HEALTH SYSTEM IN SLOVENIA. MAKING SENSE OF COMPLEMENTARY HEALTH INSURANCE, World Health Organization, Evropska lokalna pisarna, Kopenhagen 2016.
- Triller Vrtovec, Katja, ZDRAVSTVENO PRAVO. PRAVNA RAZMERJA MED OBLASTNIMI ORGANI IN NOSILCI ČLOVEKOVIH PRAVIC V SEDANJI ZDRAVSTVENI UREDITVI TER PREDLOGI SPREMEMB, Uradni list, Ljubljana 2019.
- Žagar, Irena, Pravne posledice obsodbe Slovenije zaradi ureditve doplačil zdravstvenih storitev, v: Delavci in delodajalci 12 (2012) 2-3, str. 459-471.

Why (and how to) Abolish the System of Co-payments and Supplementary Health Insurance?

Luka Mišič*

Summary

In the contribution, I outline a number of legal arguments and selected social justice arguments as a rule speaking in favour of abolishing the system of co-payments in Slovenian mandatory health insurance, thus also speaking in favour of abolishing private supplementary health insurance. More precisely, it seems that the current regulation of supplementary health insurance, which represents a key private and *de iure* voluntary part of the common social security system in the field of healthcare, is in itself more problematic, from a number of viewpoints, than the system of co-payments as such. However, the abolition of both legal institutions goes hand in hand and is fully in line with the principle of vertical (social) solidarity, one of the key guiding legal principles in social security.

Following the general introduction to co-payments in health-care and health insurance, I focus first on the so-called illusion or mirage of voluntariness. Supplementary health insurance, in English texts commonly referred to as *complementary*, is *de iure* voluntary, dependant on the declaration of will of the mandatorily or *compulsorily* insured person. However, only after the insurance contract has been concluded, the insured person can effectively access social rights within the mandatory social insurance scheme since the Slovenian system of co-payments, unlike the majority of other systems of co-payments in mandatory health insurance or public healthcare, prescribes financial participation, covering the difference to the full value of medical services and items, for the majority of benefits in-kind. Second, I address the associated potential denial or even more so, a potential “hollowing-out” of the constitutional right to social security, provided for in Article 50 of the Slovenian constitution, and the right to healthcare (from public funds), provided for in paragraph 2 of Article 51. Third, I analyse the potential dysfunction between key principles governing mandatory or compulsory, and key principles governing supplementary health insurance. As

* Luka Mišič, PhD, Teaching and Research Assistant at the Faculty of Law, University of Ljubljana. luka.misic@pf.uni-lj.si

aforementioned, together they form the same social security system in the field of healthcare. Fourth, I focus on the potential presence of indirect discrimination regarding access to social rights within the mandatory social insurance scheme on grounds of material standing, since access is potentially denied to poorer mandatorily insured persons by the presence of a lump-sum insurance premium in supplementary health insurance. I conclude the discussion by drawing attention to Rawls's liberal-egalitarian understanding of social justice, briefly and with several simplifications applying the *justice as fairness* theory (i.e. the context of the original position or the view from behind the veil of ignorance) to the current regulation of co-payments and supplementary health insurance in Slovenia.