

Doplačila v obveznem zdravstvenem zavarovanju: od dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja do obveznega zdravstvenega prispevka

Luka Mišič*

UDK: 349.3:368.942(497.4)

Povzetek: 20. 7. 2023 je pričel veljati Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-T), ki je s 1. 1. 2024 ukinil sistem doplačil v obveznem zdravstvenem zavarovanju in z njimi povezano dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Po zadnjem neuspešnem poskusu zakonodajalca ukiniti sistem doplačil in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja v začetku leta 2020, so danes, štiri leta kasneje, vse stvari in storitve iz obveznega zdravstvenega zavarovanja za obvezno zavarovane osebe krite v celoti. Ta prispevek obravnava osrednje pravne in druge izzive, povezane z dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem, presoja (ne)smiselnost in pot njegove ukinitve, ter novo ureditev obveznega zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, zdaj v delu financiranega s t. i. obveznim zdravstvenim prispevkom.

Ključne besede: zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje, doplačila, dopolnilno zdravstveno zavarovanje, obvezni zdravstveni prispevek

Co-payments in Compulsory Health Insurance: From Supplementary Health Insurance to the Mandatory Health Contribution

Abstract: On July 20th, 2023, the Act Amending the Healthcare and Health Insurance Act (ZZVZZ-T) entered into force. It abolished the system of co-payments in compulsory health insurance and the associated supplementary health insurance as of January 1st, 2024. Following the legislator's last unsuccessful attempt to abolish the system of co-payments and the supplementary health insurance at the beginning of

* Luka Mišič, doktor pravnih znanosti, docent na Pravni fakulteti Univerze v Ljubljani, gostujoči predavatelj na Univerzi v Trstu.

luka.misic@pf.uni-lj.si

Luka Mišič, PhD, Assistant Professor at the Faculty of Law, University of Ljubljana, Guest Lecturer at the University of Trieste.

2020, today all medical care under the compulsory health insurance is fully covered by the said insurance itself. This paper looks at the main legal and other challenges related to supplementary health insurance, the (in) advisability and path of its abolition, and the new arrangements of health care and health insurance in Slovenia, which is now partially financed by the so-called compulsory health contribution.

Key words: healthcare, health insurance, co-payments, supplementary health insurance, mandatory health contribution

1. UVOD

Leta 2021 je več kot 95% zavezancev za doplačila v obveznem zdravstvenem zavarovanju imelo sklenjeno prostovoljno zavarovanje za doplačila, tj. dopolnilno zdravstveno zavarovanje. To je predstavljalo več kot polovico zasebnih izdatkov za zdravstvo v Sloveniji, leta 2019 pa je pomenilo 15,6% skupnih zdravstvenih izdatkov. Leta 2017 je ta delež znašal 14%. Medtem so bila neposredna plačila, ki so glavni vir zasebnega zdravstvenega varstva v Sloveniji, med najnižjimi v Evropi, in sicer manj kot 12% glede na povprečje Evropske unije (dobrih 15% vseh izdatkov). Leta 2021 je bilo v obvezno zdravstveno zavarovanje vključenih 99% stalnih prebivalcev Slovenije. Približno 100.000 obvezno zavarovanih oseb je bilo zaradi svojega slabega gmotnega položaja razbremenjenih plačila premije.¹ Podatki kažejo na nekoč velik pomen dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja pri zagotavljanju celovitega kritja stvari in storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, vendarle pa je bila tako visoka stopnja sklepanja te oblike prostovoljnega zavarovanja med zavezanci za doplačila jasno posledica doplačil samih. Drugače, z ukinitvijo doplačil v obveznem zdravstvenem zavarovanju je hipno odpadla potreba po urejanju dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, kar pomeni, da je bila potreba po njegovem sklepanju izključna posledica zakonske ureditve, ki je terjala dejansko sklenitev zavarovanja, saj je večino stvari in storitev v obveznem zdravstvenem zavarovanju glede na določbe 23. člena Zakona o zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ)² bilo treba doplačevati. Vprašanje, ali so obvezno zavarovane osebe, zavezane za doplačila, zavarovanje

¹ Evropska komisija, 2021, str. 9 in nasl.

² Ur. l. RS, št. 72/06 do 40/23.

sklenile na podlagi tehtanja različnih dejavnikov in s tem ravnale kot racionalni ekonomski agenti, ali pa je zavarovanje glede na ureditev ZZVZZ bilo moč šteti kot *de facto* obvezno.

V nadaljevanju besedila, ki je na nek način naravno nadaljevanje v isti reviji objavljenega prispevka iz leta 2020,³ v katerem sem podrobneje preučeval tedaj aktualne poskuse ukinitve sistema doplačil in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, najprej obravnavam teoretične in praktične razloge za doplačila v obveznem zdravstvenem zavarovanju. Nato izpostavim atipične elemente formalno prostovoljnega zasebnega zavarovanja, prispevek pa sklenem s pregledom danes veljavne ureditve, ki jo primerjam z nekaterimi drugimi poskusi, premijo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja nadomestiti s *sui generis* javno dajatvijo.

2. RAZLOGI ZA DOPLAČILA V OBVEZNEM ZDRAVSTVENEM ZAVAROVANJU

Doplačila v obveznem zdravstvenem zavarovanju predstavljajo temeljno obliko finančne (so)udeležbe obvezno zavarovanih oseb pri stroških zdravljenja, ki ga te uveljavljajo na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja. Sistem doplačil poznajo npr. v Bolgariji, na Danskem, v Estoniji, medtem ko nekatere ureditve temeljijo na povračilu stroškov zdravljenja, npr. Belgijska, Francoska, Luksemburška.⁴ Druge oblike finančne (so)udeležbe so praviloma povezane s protipravnim ali drugim ravnanjem zavarovane osebe, ki vzpostavlja individualno odgovornost za zdravje oziroma kritje stroškov zdravljenja, v Sloveniji npr. izključitev storitev zdravljenja, potrebnih za odpravo škode, ki si jo je zavarovana oseba povzročila sama, izključitev storitev zdravljenja, ki se izvedejo na njeno zahtevo, ne da bi te bile potrebne.⁵

ZZVZZ je vse do novele ZZVZZ-T⁶ dopolnilno zdravstveno zavarovanje, eno izmed oblik prostovoljnega zavarovanja, ki jih omogoča ZZVZZ, opredeljeval kot zavarovanje, ki ob uresničevanju pravic do zdravstvenih storitev po postopkih in pogojih, kot so predpisani v obveznem zdravstvenem zavarovanju, krije razliko med vrednostjo zdravstvenih storitev v skladu s 23. členom tega

³ Glej Mišič (2020).

⁴ <https://www.missoc.org/missoc-database/comparative-tables/results/> (dostop 10. 4. 2024).

⁵ Glej 25. člen Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja, Ur. l. RS, št. 79/94 do 124/23.

⁶ Ur. l. RS, št. 78/23.

zakona in deležem te vrednosti, ki ga v skladu z istim členom krije obvezno zdravstveno zavarovanje. Poenostavljeno, dopolnilno zdravstveno zavarovanje je bilo namenjeno kritju razlike do polne vrednosti stvari in storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, saj to večine⁷ stvari in storitev ni krilo v celoti. Del je tako morala doplačati zavarovana oseba sama z neposrednim plačilom iz žepa (angl. *out-of-pocket payment*) oziroma, kadar je pravočasno sklenila dopolnilno zdravstveno zavarovanje, zasebna zavarovalnica. Če zavarovana oseba, ki je postala zavezana za doplačila (npr. študentka, ki je bila zavarovana kot odvisna družinska članica, nato pa je sklenila pogodbo o zaposlitvi in s tem postala samostojna zavarovanka), dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja ni sklenila v prvem mesecu od nastanka te obveznosti, stvari in storitev na račun tega zavarovanja ni mogla uveljavljati kar tri mesece. S tem se je preprečevalo, da bi oseba zavarovanje sklenila šele, ko bi potrebovala storitve zdravljenja. Pri tem je za vsako polno nezavarovano leto premija dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja ob njegovi sklenitvi trajno narasla za tri odstotke, a največ osemdeset odstotkov. S tem se je preprečevalo, da bi oseba, zavezana za doplačila, zavarovanje sklenila šele, ko bi postala slabo zavarovalno tveganje (angl. *bad risk*), npr. v starosti, ko bi potrebovala več storitev zdravljenja, medtem ko bi v obdobju, ko je bila dobro zavarovalno tveganje (angl. *good risk*) redke storitve zdravljenja doplačevala neposredno iz žepa. 25. člen ZZVZZ je prav tako preprečeval položaje, ko oseba, ki ni sklenila prostovoljnega zavarovanja za doplačila, ne bi mogla kriti stroškov zdravljenja. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) je namreč za vsako posamezno leto določil znesek, po katerem storitev zdravljenja tudi tem osebam ni več bilo treba doplačevati. Ta je bil odvisen od dohodka na družinskega člana obvezno zavarovane osebe in ni smel biti manjši od dvojne letne premije dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, torej približno 850 eurov. Po eni strani je ureditev zagotavljala višjo ekonomsko dostopnost storitev zdravljenja za vse obvezno zavarovane osebe, zavezane za doplačila, neodvisno od tega, ali so sklenile dopolnilno zdravstveno zavarovanje ali ne, in ščitila tiste, ki so zavarovanje pozabili skleniti pravočasno, pa so v obdobju treh mesecev lahko nastali visoki stroški zdravljenja. S tem je praviloma preprečevala izvotlitev pravice do socialne varnosti, predvsem pa pravice do zdravstvenega varstva na račun javnih sredstev.⁸ Po drugi strani pa je ureditev vzpostavljala

⁷ Glej Strban, v: Bubnov Škoberne, Strban (2010), str. 290.

⁸ Glej 50. in 51. člen Ustave Republike Slovenije (URS), Ur. l. RS, št. 33/91-I do 92/21. Glej Mišič (2020), str. 54 in nasl.

solidarnost zavarovalne skupnosti obveznega zdravstvenega zavarovanja s tistimi, ki niso bili solidarni z istimi zavarovanimi osebami, le v okviru zavarovalne skupnosti dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Predvsem teoretično pa je vprašanje, ali bi ob morebitni vnovični uvedbi dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja zakonodajalec lahko sankcioniral tiste, ki zavarovanja nekoč niso sklenili in bi po nekdanji veljavni ureditvi izkusili trajni dvig premije, tega pa bi sklenili po novi ureditvi, saj bi ob vnovični uvedbi prostovoljnega zavarovanja za doplačila praviloma vsi zavarovanci znova morali biti obravnavani enako, kakor da zavarovanje sklepajo prvič.

Temeljni namen doplačil za stvari (npr. zdravila) in storitve iz obveznega zdravstvenega zavarovanja na splošno predstavljajo zagotavljanje dodatnih zasebnih sredstev za financiranje javnega zdravstva, omejevanje povpraševanja in s tem omejevanje stroškov obveznega zdravstvenega zavarovanja oziroma javnih finančnih izdatkov seznanjenost zavarovanih oseb z dejansko vrednostjo stvari in storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, glede katerih lahko velja prepričanje o brezplačnosti, ter preprečevanje t. i. moralnega tveganja, povezanega s teoretično bolj tveganim ravnanjem oziroma načinom življenja posameznika, kadar je ta zavarovan v primerjavi z ravnanjem oziroma načinom življenja nezavarovanega posameznika.⁹ Pri tem velja, da so vsi navedeni razlogi vsaj do neke mere vprašljivi, zaradi česar je ukinitve doplačil in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, kot izhaja iz nadaljevanja te razprave, praviloma lahko dobrodošla sprememba v slovenskem sistemu zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja. Še več, sistem doplačil lahko izgubi smisel¹⁰ (npr. omejevanje povpraševanja, zagotavljanje dodatnih zasebnih sredstev, ki zmeraj krijejo dejanske stroške zdravljenja), če je na voljo prostovoljno zavarovanje za doplačila, saj lahko glede na strukturo zavarovalne skupnosti in omejitve glede višine premije pomenijo, da bodo odhodki zavarovalnice presegali njene prihodke, s čimer je izničen ekonomski namen zavarovanja za zavarovatelja.

Prvič, storitve zdravljenja odgovarjajo na zdravstvene potrebe zavarovane osebe in ščitijo mednarodno priznano človekovo pravico do zdravja. Te slovenska ustava neposredno ne določa, temveč jo je tako v njeni negativni ali obrambni kot tudi in predvsem pozitivni obliki moč izpeljati iz 51. člena, ki ureja pravico do zdravstvenega varstva. Ta je povezana s pravico do socialne varnosti,

⁹ Podrobneje v Mišič (2020) str. 50-51.

¹⁰ Glej Kresal (idr.) (2016), str. 75.

urejeno v 50. členu ustave, ki med drugim izrecno omenja obvezno zdravstveno zavarovanje. Pravica do zdravja je sicer ključna za zagotavljanje posameznikovega svobodnega življenjskega razvoja oziroma za učinkovito izvrševanje zasebne avtonomije. Le posameznik, ki upravičeno pričakuje, da mu bo v primeru nastopa bolezni ali poškodbe zagotovljeno časovno dostopno in kakovostno zdravstveno varstvo, lahko živi v skladu s svobodno izbranim načinom življenja.¹¹ S tega zornega kota je omejevanje povpraševanja po zdravstvenih storitvah z namenom omejevanja stroškov obveznega zdravstvenega zavarovanja oziroma javnih finančnih izdatkov vprašljivo, saj lahko neupravičeno posega ne le v posameznikovo zdravje oziroma v njegovo fizično in psihično dobrobit, temveč tudi v njegovo možnost svobodnega življenjskega razvoja. Kot ugotavlja Ivanc, omejenost finančnih in drugih virov ne more biti upravičen razlog za opustitev pravice do zdravja oziroma pravice do zdravljenja, ki je sicer tipična pravica t. i. pozitivnega statusa.¹² Na vprašanje o zagotavljanju dodatnih zasebnih sredstev za financiranje javnega zdravstva pri tem ni enoznačnega odgovora. To lahko po eni strani pomembno vpliva na finančno vzdržnost ureditve v času zmanjšanih prihodkov ZZZS, npr. kadar se prihodki na račun prispevkov za socialno varnost zmanjšajo, prihodki na račun premije dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja pa ostajajo nespremenjeni. Po drugi strani pa lahko ima enak učinek tudi vsaka druga oblika dajatve, ki ni neposredno odvisna od (višine) plače ali plačila za delo obvezno zavarovane osebe.

Drugič, glede preprečevanja moralnega tveganja,¹³ povezanega z dejstvom, da lahko posamezniki, ki so zavarovani, ravnavo oziroma živijo bolj tvegano kot bi ravnali oziroma bi živeli sicer, velja podobno. Obvezno zdravstveno zavarovanje temelji na načelu *ex lege* zavarovanja in ne nudi možnosti prostovoljne vključitve ali izstopa iz zavarovanja (angl. *opt-out*). Zato morata zakonodajalec oziroma zavarovalna skupnost sprejemati večino, če ne kar vse načine življenja zavarovanih oseb, ne da bi ti za storitve zdravljenja morali doplačevati. To velja tudi za tiste načine življenja, ki so objektivno bolj tvegani, njihova izbira pa je posledica

¹¹ Mišič (2021), str. 138.

¹² Glej Ivanc, v: Šturm (ur.) (2011) str. 289.

¹³ Moralno tveganje nastopi, ko je posameznik zaradi obstoja zavarovalne zaščite spodbujen k ravnanju, ki je nezaželeno za drugo osebo v zavarovalnem 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. Glej v Lambert (idr.) (2011), str. 225 in nasl. Prvič v Mišič (2020), str. 51.

informirane odločitve zavarovane osebe, npr. ukvarjanje z nevarnimi športi, ki vodi v večje število zdravstvenih obravnav, ki jih je v delu treba doplačati ali v izogib doplačilu skleniti prostovoljno zdravstveno zavarovanje. V nasprotnem primeru načelo obveznosti zavarovanja posameznikovo zasebno avtonomijo oziroma svobodo na premoženjskem področju omejuje dvakrat, in sicer s samo obveznostjo vključiti se v javno zdravstveno zavarovanje in plačevati prispevke za socialno varnosti kot tudi glede narekovanja sprejemljivih načinov življenja in določanja doplačil za nesprejemljive načine življenja in z njimi povezane stroške zdravljenja.¹⁴ Pri tem v slovenski ureditvi Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja tako ali tako omogočajo izključitev pravic oziroma storitev zdravljenja, ki so potrebne za odpravo škode, ki si jo je zavarovana oseba povzročila sama. Z razširjajočo namensko razlago, ki bi gotovo bila protiustavna, saj je v nasprotju s samim namenom instituta zdravstvenega zavarovanja, bi zavarovalna skupnost obveznega zdravstvenega zavarovanja na podlagi 8. točke 25. člena Pravil iz obsega pravic izključevala vse stvari in storitve, katerih potrebnost bi bilo moč povezati ne le z naklepnim (npr. samopoškodba) temveč celo malomarnim ali prav vsakim za zdravje zavarovane osebe škodljivim ravnanjem oziroma načinom življenja. S tega zornega kota sta oba navedena razloga, ki govorita v prid doplačil v obveznem zdravstvenem zavarovanju, lahko v neskladju s temeljnim načelom horizontalne solidarnosti, ki pomeni solidarnost t. i. dobrih tveganj (angl. *good risks*) npr. mladih ali zdravih zavarovanih oseb, s t. i. slabimi tveganji (angl. *bad risks*), npr. starimi ali kronično bolnimi zavarovanimi osebami. To velja toliko bolj, kadar so potrebe zdravljenja povsem nepovezane s posameznikovim ravnanjem oziroma načinom življenja, npr. izhajajo iz redke bolezni.

Tretjič, seznanjenost zavarovanih oseb z dejanskimi stroški zdravljenja je moč zagotoviti tudi na druge načine, in sicer z izdajanjem računov za storitve zdravljenja, na katerih je naveden znesek, ki ga je kril Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, čeprav na računu ni (več) zneska, ki ga je krila zavarovana oseba sama ali zasebna zavarovalnica, pri kateri je sklenila dopolnilno zdravstveno zavarovanje.

Thomas in drugi so med prednosti slovenskega sistema dopolnilnega zavarovanja leta 2015 prištevali (i) varstvo posameznikov pred neposrednimi plačili iz žepa, (ii) možnost prevolitve 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

¹⁴ Glej tudi Mišič (2020), str. 57.

ureditve in (v) ureditev izravnalne sheme, ki pomaga odpravljati selekcijo tveganj. Med njegove slabosti so prištevali (i) regresivnost zavarovalne premije, (ii) prevzem transakcijskih stroškov, (iii) cenovno neučinkovitost zaradi 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.¹⁵

3. (A) TIPIČNOST DOPOLNILNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

Dopolnilno zdravstveno zavarovanje samo po sebi ni, kot kaže primerjalnopravni pregled,¹⁶ atipično, saj sistem doplačil in zavarovanja za doplačila pozna več evropskih ureditev zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja. Še več, združevanje javnih in zasebnih elementov pri urejanju zdravstvenega varstva je pogost pojav.¹⁷ Ureditev prostovoljnega zavarovanja za doplačila prav tako, vse dokler ne posega v ustavno jedro pravice do socialne varnosti in pravice do zdravstvenega varstva na račun javnih sredstev, sodi znotraj širokega polja proste presoje, ki ga na področju uživa zakonodajalec.¹⁸ Očitno pa je, da gre za atipično zasebno zdravstveno zavarovanje, ki je do leta 2024, ko je bilo ukinjeno, učinkovalo kot *de facto* obvezno.

Na podlagi 62. člena nekdanj veljavnega ZZZZZ, je vsem zavarovanim osebam bila zagotovljena enaka obravnava, ne glede na starost, spol in zdravstveno stanje. To so osebne okoliščine, ki pri tipičnih zasebnih zdravstvenih zavarovanjih določajo stopnjo tveganja zavarovanca in odločilno vplivajo na višino zavarovalne premije, ki jo ta plačuje. Še več, zasebna zavarovalnica lahko sklenitev zavarovalne pogodbe praviloma zavrne oziroma sklenitev dopušča le do določene starosti, saj je v nasprotnem primeru lahko izničen sam namen zavarovanja. Medtem pa je premija dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, glede katerega je veljala kontrahirna dolžnost, z nekaterimi izjemami¹⁹ morala biti enaka za vse pri zavarovalnici

¹⁵ Thomas (idr.) (2015), str. 1.

¹⁶ Glej op. št. 4.

¹⁷ Glej npr. Strban (2005), str. 52, ali Triller Vrtovec (2019), str. 66.

¹⁸ Glej npr. v Mišič (2021), str. 140 in nasl.

¹⁹ Glej 5. točko 62.b člena ZZZZZ, ki ureja t. i. čakalno dobo in izjemno znižanje oziroma povišanje premije.

zavarovane osebe, neodvisno od tega, ali je šlo za dobra ali slaba tveganja, njeno najvišjo ceno pa je nazadnje določala Uredba o določitvi najvišje cene premije dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.²⁰ V obdobju, ko so zavarovalnice, ki so izvajale dopolnilno zdravstveno zavarovanje, grozile z drastičnim dvigom premij,²¹ pri katerem bi gotovo ravnale usklajeno,²² je Vlada Republike Slovenije določila, da najvišja mesečna premija ne sme presegati 35,67 eura. Uredba je veljala do 31. decembra 2023, ko je bil, kot že omenjeno, ukinjen sistem doplačil in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.

Ker dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ki je pri vseh zavarovalnicah, ki so ga izvajale, predstavljalo isti t. i. zavarovalni produkt, ni bilo namenjeno zagotavljanju nadstandarda, kot npr. prostovoljno dodatno pokojninsko zavarovanje, ki zagotavlja višjo raven socialne varnosti v obliki dodatne pokojnine, temveč že omenjenemu kritju razlike do polne vrednosti stvari in storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, to odpira očitno vprašanje, zakaj je zavarovanje trideset let po tem, ko je bilo uvedeno zaradi pomanjkanja sredstev v javnem zdravstvu, sploh še bilo potrebno. Ne nazadnje je dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ki se je izvajalo po načelih medgeneracijske vzajemnosti in vzajemnosti med spoloma, skupaj z obveznim zdravstvenim zavarovanjem že na podlagi prvega odstavka 62. člena ZZVZZ predstavljalo del socialne varnosti zavarovanih oseb. S tem je večina elementov tipičnih zasebnih zavarovanj, pri katerih so pravice (npr. višina zavarovalnega kritja, višina nadomestila, vrste storitev) in obveznosti strank določene z zavarovalno pogodbo, glede katere velja pogodbeni svoboda in pri katerih je višina premije, kot omenjeno, odvisna predvsem od stopnje tveganja zavarovanca, v primeru dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja praviloma bila izničena.

Odgovor tako verjetno tiči v dejstvu, da so zasebne zavarovalnice na račun t. i. privida prostovoljnosti²³ dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, ki je učinkovalo kot *de facto* obvezno, lahko računale s stalnim pripadom novih zavarovanih oseb, pri čemer te zaradi istovrstnosti zavarovalnega produkta pri vseh zavarovalnicah slednjih praviloma niso nikdar zamenjale. Zavarovatelj je s tem pridobil možnost,

²⁰ Ur. l. RS, št. 44/2023.

²¹ Kar bi glede na določbe 62. člena ZZVZZ sicer najverjetneje moral predhodno pisno potrditi neodvisni pooblaščenec aktuar.

²² O znakih oligopola v Thomas (idr.) (2015), str. 1.

²³ O t. i. prividu prostovoljnosti v Mišič (2020), str. 52.

pogodbene stranke trajno seznanjati o tipičnih zasebnih zdravstvenih zavarovanjih in drugih zavarovalnih produktih, ki jih sicer ponuja na trgu.

Privlačnost izvajati dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ki se je lahko ponujalo le kot samostojni zavarovalni produkt, je ob že omenjeni obveznosti skleniti zavarovalno pogodbo s katerokoli obvezno zavarovano osebo in jo obravnavati enako, neodvisno od npr. njene starosti, spola ali zdravstvenega stanja, dodatno omejevala določba 4. točke 62. člena ZZVZZ, v skladu s katero so morale zavarovalnice sredstva iz poslovanja dopolnilnega zavarovanja uporabiti za izvajanje tega zavarovanja, medtem ko so morale v primeru pozitivnega izida iz dopolnilnega zavarovanja polovico tega izida nameniti za izvajanje dopolnilnega zavarovanja. Finančna tveganja, povezana s strukturo zavarovancev glede na spol in starost, ki je praviloma bila najslabša pri zavarovalnici, ki je zavarovanje pričela izvajati prva, je odpravljala t. i. izravnalna shema.

Navedene lastnosti dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, kot je bilo urejeno s 62. in naslednjimi členi ZZVZZ, odpirajo vprašanje smiselnosti urejanja prostovoljnega zavarovanja za doplačila, kadar je to sicer zasebno zavarovanje do te mere zakonsko urejeno, da se po svoji naravi približuje socialnemu zavarovanju, in kadar je zavarovanje kljub njegovi prostovoljni naravi sklenila prevladujoča večina obvezno zavarovanih oseb, zavezanih za doplačila. Drži, da se z načelom prostovoljnosti zavarovanja širi polje zasebne avtonomije zavarovane osebe oziroma vsaj primarno zagotavlja višjo raven svobode na premoženjskem področju, vendar pa je dejanska enotnost obveznega in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja ves čas govorila v prid tudi formalno enotnemu sistemu zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, uvedenem z zadnjo novelo Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju.

4. OBVEZNI ZDRAVSTVENI PRISPEVEK IN DRUGE VRSTE JAVNIH DAJATEV

ZZVZZ-T v 12. členu, ki spreminja 48. člen ZZVZZ, določa mesečno plačilo obveznega zdravstvenega prispevka v višini 35 eurov, pri čemer se ta uskladi enkrat letno, in sicer 1. marca z rastjo povprečne bruto plače v Sloveniji. Zavezanci za plačilo praviloma sovpadajo z nekdanjimi zavezanci za doplačilo, npr. obvezno zavarovane osebe, navedene v 15. členu ZZVZZ. Obvezni zdravstveni prispevek se pobira v skladu z 58. členom ZZVZZ, ki odkazuje na določbe

posebnega zakona, ki ureja plačevanje prispevkov za socialno varnost, 12. člen ZZVZZ-T pa ureja tudi plačilo prispevka s strani več delodajalcev, in sicer tega plača glavni delodajalec, in nekatere druge vidike njegovega plačevanja. Bistvena novost obveznega zdravstvenega prispevka je, kot izhaja že iz imena te nove *sui generis* javne dajatve, njegova obvezna narava. Tako bodo vsi sicer redki zavezanci za doplačila, ki prej niso sklenili dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, zdaj občutili omejitev razpoložljivega mesečnega dohodka. Vendar pa ne z namenom kritja razlike do polne vrednostni stvari in storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, saj je sistem doplačil bil ukinjen, temveč z namenom zagotavljanja dodatnih sredstev nosilcu obveznega zdravstvenega zavarovanja. Tako bi ZZS, ki kot javni zavod prav tako ne izplačuje dobička, zdaj moral razpolagati z več dodatno zbranimi sredstvi, kakor zasebne zavarovalnice, ki so izvajale dopolnilno zdravstveno zavarovanje, tudi zato, ker se del prihodkov ne bo več izgubil v režijskih stroških večjega števila zavarovalnic. Vprašanje pa je, koliko zdravstvenih storitev so obvezno zavarovane osebe, ki kljub zavezanosti za doplačila niso sklenile dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, vsako leto plačale neposredno iz žepa. Že omenjeni statistični prikaz razkriva, da je delež dejanskih doplačil bil majhen. Glede na oceno finančnih posledic, bi ZZS po ukinitvi dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja na letni ravni prejel dodatnih približno 590 do 620 milijonov eurov, dejanska dodatna, torej nova sredstva v javnem zdravstvu, pa naj bi znašala približno 45 milijonov eurov letno.²⁴ Toliko sredstev naj bi torej po oceni predlagatelja letno ostalo v rokah zavarovalnic, ki so izvajale dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Sprememba 45. člena ZZVZZ zdaj tudi na zakonski ravni vzpostavlja sicer jezikovno nejasno obveznost sistemskega sofinanciranja obveznega zdravstvenega zavarovanja s strani države, in sicer z institutom uravnoteženja finančnega načrta ZZS iz proračuna države. Člen sicer ne vsebuje določbe, ki bi jasno določala obveznost pokrivanja izgub na račun državnega proračuna, vendar pa to iz določbe vsaj za leto 2024, ko je za (so) financiranje obveznega zdravstvenega zavarovanja namenjenih 240 milijonov eurov, izhaja posredno.²⁵

Vendarle pa nova ureditev financiranja in uresničevanja pravic v obveznem zdravstvenem zavarovanju odpira dve pomembni vprašanji. Prvič, zakaj izpada sredstev, ki ga je povzročila ukinitve sistema doplačil oziroma premije

²⁴ Predlog Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, EPA: 741-IX, z dne 11. 4. 2023.

²⁵ Prim. besedilo predloga zakona in besedilo sprejetega ZZVZZ-T.

dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, ni nadomestil dvig prispevkov za socialno varnost. Torej sprememba 11. člena Zakona o prispevkih za socialno varnost (ZPSV).²⁶ Drugič, ta bi odpravila pomislek, zakaj obvezni zdravstveni prispevek ostaja enak za vse zavezance za plačilo, in ni progresiven. Ne nazadnje je eno izmed osrednjih pomanjkljivosti dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja predstavljalo dejstvo, da so vsi zavezanci za doplačila plačevali enako premijo, neodvisno od višine njihovega dohodka. S tem je nastopil položaj dejanske neenake obravnave zavarovank in zavarovancev glede na njihov gmotni položaj, kljub splošni sprejemljivosti premije, pa je lahko na podlagi te osebne okoliščine, kadar oseba plačila premije ni bila opravičena, bila omejena ekonomska oz. materialna²⁷ dostopnost do pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Podobno je glede osnutka ZZVZZ-1, ki je prav tako ukinjal sistem doplačil in uvažal t. i. zdravstveno doplačilo, leta 2017 ugotavljal Strban, saj je tudi ta *sui generis* javna dajatev zaradi določene gornje omejitve pri osnovi učinkovala manj progresivno kot bi učinkoval sistematično primernejši dvig prispevne stopnje od sicer neomejenega prispevno obremenjenega dohodka.²⁸ ZZVZZ-1 je mesečno višino zdravstvenega doplačila določal v razmerju do povprečne plače in sicer v sedmih razredih, ki so določali plačilo zdravstvenega prispevka v višini od 20 in 75 eurov mesečno. Kasneje so bili predlagani le trije razredi, nato pa je predlog Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-O),²⁹ ponovno predlagal sedemstopenjsko lestvico, ki bi se pričela pri 10 in končala pri 150 eurov mesečno, in sicer za zavezance, katerih letni prihodki za preteklo leto bi presegali petkratnik povprečne letne neto plače.³⁰ Predlogom, ki niso bili sprejeti, je bila skupna praviloma večja progresivnost v primerjavi z danes veljavnim obveznim zdravstvenim prispevkom, in dejstvo, da so vsi določali posebno vrsto javne dajatve, plačano iz razpoložljivega mesečnega dohodka zavezanca. Vendarle pa vsi kažejo na to, da si je v zadnjih petih letih več predlagateljev prizadevalo ukiniti sistem doplačil in dopolnilno zdravstveno zavarovanje, pri čemer pa sta se bodisi dvig prispevne stopnje bodisi uvedba progresivne javne dajatve izkazala za politično nesprejemljivo. Zdi se, da noben predlagatelj prav tako ni razmišljal o uvedbi t. i. socialnih namenskih davkov,

²⁶ Ur. l. RS, št. 5/96 do 26/14.

²⁷ Glej Mišič (2020), str. 54.

²⁸ Glej Strban (2017), str. 460.

²⁹ EPA: 785-VII z dne 23. 12. 2019

³⁰ Glej Mišič (2020), str. 60-61.

s katerimi bi lahko sistemsko in namensko sofinancirali sistem zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja v primeru izpada sredstev, nekoč zbranih s premijo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.

5. SKLEP

Zakonodajalcu sistema doplačil in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja ni bilo potrebno ukiniti, vendar pa ukinitve, tako kot vzpostavitev, sodita v široko polje proste presoje, ki ga uživa na področju ustavnih pravic pozitivnega statusa, npr. pravice do socialne varnosti, pravice do zdravstvenega varstva (na račun javnih sredstev). Problematično bi bilo predvsem, če bi ta ukinil dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ohranil pa sistem doplačil, saj bi s tem močno poslabšal ekonomsko oziroma materialno dostopnost zdravstvenega varstva, ki je tako ali tako na udaru zaradi časovne in geografske, posledično pa tudi ekonomske oziroma materialne dostopnosti (npr. zaradi zdravljenja v tujini, zdravljenja izven javne zdravstvene mreže). Vendarle pa večina razlogov, obravnavanih v tem prispevku, govori v prid ukinitve sistema doplačil in prostovoljnega zavarovanja za doplačila. Zakonodajalec je s tem namreč okreplil pomen javnih elementov v sistemu socialne varnosti in v sistemu zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, v katerih je dopolnilno zdravstveno zavarovanje pravzaprav predstavljalo tujek, saj je šlo za popačen zavarovalni produkt, ki je bil namenjen izključno zagotavljanju dodatnih sredstev za financiranje javnega zdravstva. S tega zornega kota je uvedba javne dajatve sistematično primernejša, še primernejši pa bi bil dvig prispevkov za socialno varnost, ki bi poskrbel za enakost obveznosti v odstotni vrednosti, a neenakost v dejansko zbranih sredstvih, glede na prispevno obremenjeni dohodek obvezno zavarovane osebe. Edino prednost uvedbe obveznega zdravstvenega prispevka predstavlja njegov proticiklični potencial v času recesije, če bodo le-tega plačevale tudi brezposelne osebe in če se višina prispevka ne bo negativno indeksirala glede na morebitno stagnacijo ali celo zmanjšanje povprečne plače. To je bila verjetno tudi osrednja javno-finančna prednost³¹ sicer zasebne premije dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.

Najprimernejši način, da zakonodajalec ne bi neposredno povečeval t. i. stroškov dela, kar je prav tako pogosto uporabljen argument zoper uvedbo novih javnih

³¹ Glej na več mestih v Thomas (idr.) (2015).

dajatev, in bi pri tem še zmeraj zagotavljal dodatna sredstva za izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja, predstavlja uvedba t. i. socialnih namenskih davkov,³² npr. od alkohola, sladkih pijač. Pri tem bi sicer sporno sankcioniral nezdrave in pogosto le navidez svobodno izbrane načine življenja. V tem smislu bi podobno rešitev lahko predstavljala vzpostavitev jasne obveznosti davčnega sofinanciranja obveznega zdravstvenega zavarovanja v razliki med prihodki in odhodki, brez uvedbe namensko vezanih davkov. Vendar pa drži, da povečevanje ravni davčnega financiranja funkcionalno decentraliziranih³³ socialnih zavarovanj še dodatno krepí dejansko moč zakonodajne oziroma izvršilne veje oblasti pri izvajanju zavarovanja oziroma delovanju zavodov.

LITERATURA

- Evropska komisija, STATE OF HEALTH IN THE EU. SLOVENIJA. ZDRAVSTVENI PROFIL DRŽAVE 2021, OECD, European Observatory on Health Systems and Policies, 2021.
- Ivanc, Blaž, v: Šturm, Lovro (ur.), KOMENTAR USTAVE REPUBLIKE SLOVENIJE, Dopolnitev A, Fakulteta za podiplomske državne in evropske študije, Ljubljana 2011, str. 815-873.
- Kresal, Barbara (idr.), SOCIAL SECURITY LAW IN SLOVENIA, Wolters Kluwer, Alphen aan den Rijn 2016.
- 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.
- Mišič, Luka, Pravni in etični vidiki pravice do zdravljenja v času epidemije, v: Delavci in delodajalci 21 (2021) 2-3, str. 137-170.
- Mišič, Luka, Zakaj (in kako) ukiniti sistem doplačil in dopolnilno zdravstveno zavarovanje?, v: Delavci in delodajalci 20 (2020) 1, str. 47-72.
- Mišič, Luka, Strban, Grega, Devolution and decentralisation in social security: the situation in Slovenia, v: Vonk, Gijsbert J., Schoukens, Paul (ur.), DEVOLUTION AND DECENTRALISATION IN SOCIAL SECURITY: A EUROPEAN COMPARATIVE PERSPECTIVE, Eleven International Publishing, Haag 2019, str. 165-177.
- Spiegel, Bernhard (ur.) (idr.), ANALYTICAL REPORT 2014. THE RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL SECURITY COORDINATION AND TAXATION LAW. FreSso, Social Europe. European Union, 2015.
- Strban, Grega, Predvidene novosti v obveznem zdravstvenem zavarovanju, v: Delavci in delodajalci 17 (2017) 4, str. 447-471.

³² Izčrpno o različnih oblikah javnih dajatev v Spiegel (ur.) (2015), str. 10 in nasl.

³³ Izčrpno v Mišič, Strban, v: Vonk, Schoukens (ur.) (2019), str. 165 in nasl.

- Strban, Grega, Zdravstvena zavarovanja, v: Bubnov Škoberne, Anjuta, Strban, Grega, PRAVO SOCIALNE VARNOSTI, GV Založba, Ljubljana 2010, str. 267-308.
- Strban, Grega, TEMELJI OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA, Cankarjeva založba, Ljubljana 2005.
- Thomas, Steve (idr.), ANALYSIS OF THE HEALTH SYSTEM IN SLOVENIA. MAKING SENSE OF COMPLEMENTARY HEALTH INSURANCE, World Health Organization, Copenhagen 2016.
- Triller Vrtovec, Katja, ZDRAVSTVENO PRAVO. PRAVNA RAZMERJA MED OBLASTNIMI ORGANI IN NOSILCI ČLOVEKOVIH PRAVIC V SEDANJI ZDRAVSTVENI UREDITVI TER PREDLOG SPREMEMB, Uradni list, Ljubljana 2019.

Co-payments in Compulsory Health Insurance: From Supplementary Health Insurance to the Mandatory Health Contribution

Luka Mišič*

Summary

After several legislative attempts made in the past few years to abolish the system of co-payments in Slovenian compulsory health insurance, the social policy goal was finally achieved on January 1st, 2024, when the Act Amending the Healthcare and Health Insurance Act (ZZVZZ-T) entered into force. Since all medical services were now covered in-full by the compulsory health insurance scheme, the supplementary health insurance, once covering the difference to the full price of medical services or supplies, was abolished as well. In the past, most compulsorily insured persons (e.g., workers, self-employed persons) were liable for surcharges. Since they had to be paid in respect to most medical services and supplies, the great majority of compulsorily insured persons actually opted for the private insurance relieving them from direct out-of-pocket payments, making the insurance *de facto* mandatory. Only some groups of persons were either free from surcharges (e.g., dependent family members like school children or students) or free from having to pay the surcharges themselves (e.g., income support recipients).

The voluntary, but highly regulated insurance for co-payments, organized by private insurance companies, was disputed ever since its introduction in the 1990s, following a lack of sufficient financial resources to carry out the public healthcare and health insurance scheme. This was due to the fact that its monthly premium of around 35 euros was the same for all compulsorily insured persons, regardless of the amount of their income, and offered no progressivity whatsoever. That is why a number of previous legislative proposals that would abolish both the supplementary health insurance as well as the system of co-payments aimed to introduce a progressive public duty, paid from one's disposable income, in order to substitute for the loss of health insurance funds following the abolition, whilst mimicking the logic of social security contributions paid in percentages

* Luka Mišič, PhD, Assistant Professor at the Faculty of Law, University of Ljubljana, Guest Lecturer at the University of Trieste.
luka.misic@pf.uni-lj.si

of one's income. However, the legislative proposal that actually made it through parliament (ZZVZZ-T), abolished the system of co-payments and supplementary health insurance, whilst substituting the once voluntary premium with a mandatory health contribution in the current amount of 35 euros that is again the same for all insured persons, regardless of the amount of their income.

Interestingly enough, none of the proposals suggested a simple increase of social security contributions, which would have insured that high-earners pay more than low-earners in net amounts, nor were socially earmarked taxes ever considered as a viable solution of solving the challenges of co-payments, the supplementary health insurance and the loss of income for the public healthcare network, following their abolition.