

REPUBLIKA SLOVENIJA  
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

Štefanova ulica 5, 1000 Ljubljana

T: 01 478 60 01  
F: 01 478 60 58  
E: [gp.mz@gov.si](mailto:gp.mz@gov.si)  
[www.mz.gov.si](http://www.mz.gov.si)

Urad Vlade RS za komuniciranje  
Gregorčičeva 25  
1000 Ljubljana

[predlagam.vladi@gov.si](mailto:predlagam.vladi@gov.si)

Številka: 091-697/2011/2  
Datum: 7. 12. 2011

Zadeva: **Predlagam.vladi.si predlog 2159: Dodatno zdravstveno zavarovanje naj se ukine**

Zveza: vaš dopis št. 092-226/2011/1, poslan 5. 12. 2011

Skladno z vašo pobudo, ki ste jo naslovili Vladi Republike Slovenije, v kateri predlagate, da se dodatno zdravstveno zavarovanje ukine in se prek osnovnega doplača razliko, vam v nadaljevanju odgovarjamo:

Na Ministrstvu za zdravje smo v mandatu ministra Marušiča pripravili "Nadgradnjo zdravstvenega sistema do leta 2020", kjer smo predvideli ukinitvev dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja in plačevanje storitev v prenovljeni in na novo definirani košarici iz samo enega vira. Prav tako smo za izpad dohodka zaradi ukinitve dopolnilnega zavarovanja pripravili analizo in predlog novega načina financiranja, ki bi bil bolj solidaren in pravičen. Zaradi izvedenih racionalizacij v zdravstvenem sistemu in zaradi nižjih administrativnih stroškov (ker ne bi bilo več zavarovalnic, ki pobirajo premije za dopolnilno zdravstveno zavarovanje) bi bilo treba z novo predlagano dajatvijo zbrati manj denarja in državljanom bi ostalo več dohodka, saj bi bila nova dajatev za vse državljane nižja kot je sedanja premija.

V Nadgradnji smo predvideli, da bo financiranje osnovne košarice pravic v celoti zagotovljeno iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ostale pravice, ki niso zajete v košarico osnovnih pravic, bodo krite iz zasebnih sredstev. Z ukinitvijo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (DZZ) se celoten obseg sredstev, ki so bila porabljeni za škode v zavarovalnicah, ki izvajajo DZZ, zbira preko denarne dajatve. Prvotni predlog je zajemal povečanje prispevne stopnje na strani delojemalca (v skladu s sedanjim plačnikom premije, ki je prav tako delojemalec), ki pa povzroči tudi izpad dohodnine v proračunu, zato je bil predlog prilagojen v smeri oblikovanja nove denarne dajatve.

Sedanja košarica pravic je krita tudi s 350 milijoni evrov iz dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, kolikor znašajo škode oziroma sredstva, ki jih zavarovalnice dejansko namenijo zdravstvenemu sistemu in državljanom. Če bi v javna sredstva prenesli enaka sredstva, kot jih dopolnilno zavarovanje zdravstvu namenja sedaj, bi državljanom ostalo 35 milijonov evrov (podatki leta 2010), kolikor znaša razlika med zbranimi premijami in izplačanimi škodami. Za izboljšanje dostopnosti do zdravstvenih storitev smo predlagali ustrezno redefinicijo košarice v

smislu zagotovitve pravočasnega in geografsko ustreznega dostopa do ključnih zdravstvenih storitev, in sicer na račun izločitve nepotrebnih storitev za državljane ter racionalizacije in reorganizacije zdravstvenega sistema. Redefinicija košarice bi bila v smislu prevetritve liste zdravil, izločitve nekaterih zdraviliških zdravljenj, ki niso del enotne obravnave, izločitve tistih nenujnih reševalnih prevozov, ki niso medicinsko indicirani, ter prenosa financiranja socialnih pravic v socialno blagajno. Prav tako bi v zdravstvenem sistemu izvedli reorganizacijo in racionalizacijo poslovanja javnih zdravstvenih zavodov (kadrovska politika, investicije, povezovanje zavodov).

Ker državljanom ne bi bilo več treba plačevati premij za dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ukrepi racionalizacije, reorganizacije in redefinicije pravic pa kljub temu vseeno ne bi zadostovali za pokritje vrzeli, ki bi nastala z ukinitvijo plačevanja premij, bi bilo potrebna manjkajoča sredstva za zdravstvo nujno zagotoviti iz javnih virov – bodisi z dvigom prispevne stopnje delojemalcev, prenosom financiranja nekaterih pravic na proračun ali pa z uvedbo nove dajatve, ki se je po analizah pokazala za še najbolj sprejemljivo, zato jo prikazujemo bolj podrobno v nadaljevanju.

1. Dajatev, ki bo nadomestila premijo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (DZZ), je obvezna za vse, ki imajo status zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju in ki se v skladu z veljavnim zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ) prostovoljno zavarujejo za DZZ.
2. Dajatev je predpisana z zakonom in obvezna, zato ima značaj javnofinančne dajatve, sredstva se zbirajo v skladu socialnega zavarovanja, zato imajo značaj javnofinančnih sredstev.  
Dajatev je prihodek obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki ga izvaja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZSZ).
3. Dajatev se plačuje iz razpoložljivega dohodka zavezanca (po plačilu prispevkov in davkov – neto dohodek).
4. Višina dajatve se določa z razvrstitvijo zavezancev v razrede na osnovi bruto dohodka; pokojnine se za namen razporeditve v dajatveni razred in zaradi primerljivosti, preračunajo v bruto zneske.
5. Izračun višine dajatve temelji na potrebnih sredstvih, ki so ocenjena na 262 milijonov evrov.
6. Zagonski stroški uvedbe nove dajatve in vzpostavitve sistema niso upoštevani (ne bodo kriti iz dajatve).
7. Ob različnih predpostavkah so izračunane naslednje variante zneska dajatve za zdravstvo:

| Dajatveni razredi                    | Varianta 1   | Varianta 2   | Varianta 3   | Varianta 4   |
|--------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| do 60% povprečne plače               | 12           | 13           | 13           | 14,5         |
| od 60% do 140% povprečne plače       | 15           | 15,5         | 16           | 14,5         |
| od 140% do 200% povprečne plače      | 20           | 22           | 23           | 14,5         |
| od 200% povprečne plače dalje        | 25           | 25           | 25,5         | 14,5         |
| <b>SKUPAJ PRIHODKI (v mio evrih)</b> | <b>264,2</b> | <b>263,3</b> | <b>264,6</b> | <b>263,0</b> |

Tabela 1: Zneski dajatve za kritje osnovne košarice pravic v zdravstvu ob različnih predpostavkah, v EUR

8. Ob predpostavki, da je za dolgotrajno oskrbo treba zagotoviti 44 milijonov evrov, so ob različnih predpostavkah izračunane naslednje variante zneska dajatve za dolgotrajno oskrbo:

| Dajatveni razredi                    | Varianta 1  | Varianta 2  | Varianta 3  | Varianta 4  |
|--------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| do 60% povprečne plače               | 2           | 2           | 2           | 2,5         |
| od 60% do 140% povprečne plače       | 2,5         | 2,5         | 2,5         | 2,5         |
| od 140% do 200% povprečne plače      | 4,5         | 4,5         | 5           | 2,5         |
| od 200% povprečne plače dalje        | 5           | 5,5         | 5,5         | 2,5         |
| <b>SKUPAJ PRIHODKI (v mio evrih)</b> | <b>46,2</b> | <b>44,1</b> | <b>44,2</b> | <b>45,4</b> |

Tabela 2: Zneski dajatve za kritje stroškov dolgotrajne oskrbe ob različnih predpostavkah, v EUR

Nadgradnje zdravstvenega sistema kljub pripravi, oblikovanju in uspešni uskladitvi na vladni strani žal zaradi predčasnih volitev nismo uspeli izpeljati do konca. Upamo, da bo naslednja vlada upoštevala vse narejene analize in zdravstveni sistem peljala v smeri, ki bo predvsem zagotavljal zdravje državljanom Slovenije, pri tem pa upošteval vrednote, na katerih temelji nadgradnja: solidarnost, pravičnost, učinkovita in racionalna raba sredstev ter stabilnost javnega financiranja.

V upanju, da smo odgovorili na vašo pobudo, vas lepo pozdravljamo.

S spoštovanjem,

doc. dr. Valentina Prevolnik Rupel, sekretarka  
Kabinet ministra

