

UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

DIPLOMSKO DELO

MATJAŽ VEBER

UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

DIPLOMSKO DELO
**DOPOLNILNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE
IN TOŽBA EVROPSKE KOMISIJE PROTI REPUBLIKI SLOVENIJI**

Ljubljana, september 2015

MATJAŽ VEBER

IZJAVA O AVTORSTVU

Spodaj podpisani MATJAŽ VEBER, študent Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, izjavljam, da sem avtor diplomskega dela z naslovom DOPOLNILNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE IN TOŽBA EVROPSKE KOMISIJE PROTI REPUBLIKI SLOVENIJI, pripravljenega v sodelovanju s svetovalcem prof. dr. Tine Stanovnikom.

Izrecno izjavljam, da v skladu z določili Zakona o avtorski in sorodnih pravicah (Ur. l. RS, št. 21/1995 s spremembami) dovolim objavo diplomskega dela na fakultetnih spletnih straneh.

S svojim podpisom zagotavljam, da:

- je predloženo besedilo rezultat izključno mojega lastnega raziskovalnega dela;
- je predloženo besedilo jezikovno korektno in tehnično pripravljeno v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, kar pomeni, da sem
 - poskrbel, da so dela in mnenja drugih avtorjev oziroma avtoric, ki jih uporabljam v diplomskem delu, citirana oziroma navedena v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, in
 - pridobil vsa dovoljenja za uporabo avtorskih del, ki so v celoti (v pisni ali grafični obliki) uporabljena v tekstu, in sem to v besedilu tudi jasno zapisal;
- se zavedam, da je plagiatorstvo – predstavljanje tujih del (v pisni ali grafični obliki) kot mojih lastnih – kaznivo po Kazenskem zakoniku (Ur. l. RS, št. 55/2008 s spremembami);
- se zavedam posledic, ki bi jih na osnovi predloženega diplomskega dela dokazano plagiatorstvo lahko predstavljalo za moj status na Ekonomski fakulteti Univerze v Ljubljani v skladu z relevantnim pravilnikom.

V Ljubljani, dne 5. oktobra 2015

Podpis avtorja: _____

KAZALO

UVOD	1
1 OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE	2
2 OSTALA PROSTOVOLJNA ZDRAVSTVENA ZAVAROVANJA	4
3 DOPOLNILNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V SLOVENIJI	5
3.1 Pravice in obseg	6
3.2 Načela	7
3.3 Premije	7
3.4 Problemi zasebnih prostovoljnih zavarovanj	8
3.5 Izravnalne sheme	10
4 TOŽBA EVROPSKE KOMISIJE PROTI REPUBLIKI SLOVENIJI	11
4.1 Prvi opomin.....	11
4.2 Odgovor Slovenije na prvi opomin.....	13
4.2.1 Uporaba Direktiv	13
4.2.2 Ustava.....	14
4.2.3 Mednarodne primerjave	14
4.3 Dodatni uradni opomin Evropske komisije	15
4.3.1 Uporaba člena 54 Direktive 92/49/EGS.....	15
4.3.2 Čezmejno zagotavljanje storitev	15
4.3.3 Delitev dobička	15
4.3.4 Sklep.....	16
4.4 Odgovor Slovenije na dodatni uradni opomin Evropske komisije	16
4.4.1 Uporaba člena 54 Direktive 92/49/EGS.....	16
4.4.2 Svoboda opravljanja storitev in omejitve kapitala	17
4.5 Drugi dodatni opomin Evropske komisije	17
4.6 Odgovor Slovenije na drugi dodatni uradni opomin Evropske komisije.....	18
4.7 Obrazloženo mnenje Evropske komisije	19
4.7.1 Neizvajanje direktiv o neživljenjskem zavarovanju.....	19
4.7.2 Člen 54 Tretje direktive (javni interes)	20
4.7.3 Obveščanje o novih in spremenjenih pogojih	20
4.7.4 Odobritev povišanja premij	20
4.7.5 Prerazporeditev dobičkov.....	20

4.7.6 Imenovanje pooblaščenca	21
4.7.7 Sklep	21
4.8 Odgovor na obrazloženo mnenje Evropske komisije	21
4.8.1 Ureditev zdravstvenega zavarovanja v Republiki Sloveniji	21
4.8.2 Časovnica sprememb	22
4.9 Sodba Sodišča Evropske unije.....	22
4.10 Trenutno stanje	24
SKLEP	24
LITERATURA IN VIRI	25
PRILOGA	

UVOD

Zaradi želje, da bi racionalizirali porabo zdravstvenih storitev in tako znižali stroške obveznega zdravstvenega zavarovanja, v Republiki Sloveniji obvezno zdravstveno zavarovanje ne krije vseh stroškov zdravstvenih storitev. Leta 1992 je nastalo dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ki krije del stroškov, ki niso pokriti iz naslova obveznega zavarovanja. V Sloveniji so bila doplačila oz. participacija uporabnikov poznana že pred letom 1980, šlo je za obliko neposrednih plačil. To naj bi znižalo število nepotrebnih obiskov zdravnikov in razbremenilo obvezno zdravstveno zavarovanje.

Z namenom, da bi bil sistem dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji čim bolj socialen, je Republika Slovenija sprejela vrsto dopolnitev zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Te so šle v smeri večje regulacije sistema. Nekatere izmed teh dopolnitev pa niso skladne z zakonodajo Evropske unije, katera teži k bolj odprtemu in konkurenčnemu okolju zdravstvenih zavarovanj.

Namen naloge je predstaviti sistem zdravstvenega zavarovanja v Republiki Sloveniji in opisati potek dogodkov, ki so vodili do sodbe Sodišča Evropske unije zaradi kršitev zakonodaje Evropske unije na področju neživiljenjskih zavarovanj.

V prvem poglavju sem predstavil sistem zdravstvenega zavarovanja v Republiki Sloveniji. Predstavil sem trenutni sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja in tudi sistem prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Tu predstavljam tudi dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ki je glavna tema te naloge.

V drugem poglavju sem se osredotočil na problem nekompatibilnosti Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju z zakonodajo Evropske unije. Predstavil sem potek opominov in odgovorov, obrazloženo mnenje Evropske komisije in posledično tožbo proti Republiki Sloveniji.

1 OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE

V Sloveniji je zdravstveno varstvo financirano v večini iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Manjši del stroškov pokrije Republika Slovenija neposredno iz proračuna in del stroškov se pokrije tudi iz zasebnih virov t.i. »out-of-pocket payments«.

Obvezno zdravstveno zavarovanje je bilo uveljavljeno leta 1992 z zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Ur.l. RS, št. 9/1992) in ga izvaja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZZS).

Obvezno zavarovanje obsega:

- zavarovanje za primer bolezni in poškodbe izven dela,
- zavarovanje za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni.

To zavarovanje zagotavlja zavarovanim osebam v, z zakonom določenem, obsegu:

- plačilo zdravstvenih storitev,
- nadomestilo plače med začasno zadržanostjo od dela,
- povračilo potnih stroškov pri uveljavljanju zdravstvenih storitev.

Ker je zavarovanje obvezno je v njega vključena večina prebivalstva. Konec leta 2014 je bilo obvezno zavarovanih 2.076.233 ljudi. Od tega 1.541.395 zavarovancev in 534.838 po njih zavarovanih družinskih članov. 5.565 oseb v zadnjih 2 mesecih ni bilo zavarovanih (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2014). Število oseb brez obveznega zdravstvenega zavarovanja je problematično z vidika obveznosti, ki zagotavlja solidarnost sistema. Vsi, ki spadajo po 15. členu Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Ur.l. RS, št. 72/2006 – UPB3, 114/2006 – ZUTPG, 91/2007, 76/2008, 62/2010 – ZUPJS, 87/2011, 40/2012 – ZUJF, 21/2013 – ZUTD-A, 63/2013 – ZIUPTDSV, 91/2013, v nadaljevanju ZZVZZ) v eno izmed kategorij, morajo biti, po zakonu, zavarovani. To so prav tako vsi, ki imajo v Sloveniji stalno prebivališče in niso zavarovani po drugi podlagi.

Kot je razvidno iz Tabele 1, v letu 2014 med zavarovanci prevladuje skupina delavcev, zaposlenih pri pravnih osebah in osebah, ki samostojno opravljajo gospodarsko ali poklicno dejavnost. Sledijo jim upokojenci. Tretja po številčnosti je skupina oseb, ki si same plačujejo prispevke. To so npr. študentje brez statusa, prostovoljno brezposelni, iskalci prve zaposlitve in ostali; ki niso opravičeni do socialne pomoči. Sledijo osebe, ki samostojno opravljajo gospodarsko ali poklicno dejavnost. Peta po številčnosti je skupina občanov brez prihodkov, katerim zavarovanje krije občina. Sledijo upravičenci iz proračuna. To so upravičenci po predpisih, ki urejajo starševsko varstvo, prejemniki invalidnin, upravičenci po predpisih o vojnih invalidih in civilnih invalidih vojne, osebe, ki prejemajo trajno socialno pomoč,... Sedma skupina so brezposelne osebe, ki prejemajo pri zavodu za zaposlovanje denarno nadomestilo.

Tabela 1: Število zavarovancev obveznega zdravstvenega zavarovanja leta 2014.

Skupina zavarovancev		Zavarovanci	Družinski člani	Skupaj	Struktura
1	Delavci, zaposleni pri pravnih osebah in zaposleni pri osebah, ki samostojno opravljajo gospodarsko ali poklicno dejavnost	719.510	412.875	1.132.385	54,5
2	Osebe, ki samostojno opravljajo gospodarsko ali poklicno dejavnost	70.315	31.159	101.474	4,9
3	Kmetje	12.819	7.278	20.097	1,0
4	Upokojenci	547.513	35.175	582.688	28,1
5	Upravičenci iz proračuna	25.747	11.968	37.715	1,8
6	Brezposelni	19.931	5.925	25.856	1,2
7	Občani brez prihodkov	53.065	12.397	65.462	3,2
8.1	Osebe, ki same plačujejo prispevke	70.821	13.488	84.309	4,1
8.2	Drugi	21.674	4.573	26.247	1,3
Skupaj		1.541.395	534.838	2.076.233	100,0

Vir: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2015, str. 27, tabela 6.

V Sloveniji imamo več kategorij zavarovanj glede na status osebe:

- aktivni zaposleni,
- samostojni podjetniki,
- kmetje,
- brezposelni,
- upokojenci,
- osebe, ki si same plačujejo prispevek,
- osebe, ki jim je priznana pravica do plačila prispevka,
- ostali.

Pomembnejše skupine kategorij zavarovancev skupaj s stopnjami so:

- osebe v delovnem razmerju v RS. Prispevne stopnje so 13,45 % od osnove in sicer 6,36 % zavarovanci in 6,56 % delodajalci za zavarovanje vseh pravic za primer bolezni in poškodbe izven dela ter 0,53 % delodajalci za zavarovanje za vse pravice za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni. Osnova je enaka kot za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, vendar ni manjša od 60 % zadnje znane povprečne letne plače v RS, preračunane na mesec (v nadaljevanju osnova za PIZ). Določeno je prehodno obdobje do leta 2021;

- osebe, ki samostojno opravljajo gospodarsko ali poklicno dejavnost kot poklic, plačajo 13,45 % iz bruto osnove za PIZ za vse pravice v primeru bolezni in poškodb izven in pri delu. V letu 2015 mesečni znesek znaša najmanj 122,92 evrov;
- upokojenci in osebe, ki prejemajo preživnino. Zavarovanje plača ZPIZ. Prispevna stopnja znaša 5,96 % od pokojnine ali preživnine povečane s koeficientom¹;
- kmetje plačajo 18,78 % od katastrskega dohodka ali, če so obvezno vključeni v PIZ, 6,89 % od bruto osnove za PIZ. Od tega: 5,21 % za zdravstvene storitve in potne stroške, 1,15 % za nadomestila pri bolezni ali poškodbi izven dela in 0,53 % za prispevek za poškodbe pri delu;
- brezposelnim, ki prejemajo denarno nadomestilo za brezposelnost, plača zavarovanje zavod za zaposlovanje in sicer 11,92 % od nadomestila ali denarne pomoči povečane s koeficientom;
- osebe, ki si same plačujejo prispevek, plačajo 5,96 % od 25 % zadnje znane bruto povprečne letne plače v Sloveniji preračunane na mesec. V letu 2015 mesečni znesek znaša 22,95 evrov. (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, b.l., alineje 1, 5, 7, 9, 10)

Nekatere zdravstvene storitve, po zakonu, niso v celoti krite z obveznim zdravstvenim zavarovanjem. Doplačila so v ZZVZZ razdeljena v več razredov: do 10 %, do 20 %, do 30 %, do 40 % in več kot 50 %; od celotnega zneska storitve. Doplačila plača zavarovanec, država ali zavarovalnica, če se zavarovanec zavaruje pri eni od zavarovalnic, ki ponuja dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Doplačila niso potrebna pri otrocih, učencih in študentih, ki se redno šolajo do 26. leta starosti ter pri otrocih in mladostnikih z motnjami v telesnem in duševnem razvoju ali z nezgodno poškodbo glave in okvaro možganov. Tem doplačila krije ZZS iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

2 OSTALA PROSTOVOLJNA ZDRAVSTVENA ZAVAROVANJA

Poleg obveznega zdravstvenega zavarovanja so poznana tudi prostovoljna zdravstvena zavarovanja. Ta omogočajo zavarovancem priti do storitev in ugodnosti, ki jih javni sistemi zdravstvenega zavarovanja ne ponujajo. Lahko jih razporedimo v štiri skupine:

- nadomestna – to zavarovanje poznajo na primer v Nemčiji in na Nizozemskem. Nadomestno zavarovanje nadomešča obvezno zavarovanje osebam, ki na primer presegajo določeno mejo dohodka;
- vzporedna – to zavarovanje je poznano v Veliki Britaniji in Avstraliji. Vzporedno zavarovanje poteka sočasno z obveznim zavarovanjem oziroma z drugim nacionalnim sistemom zdravstvene službe. Pojavljajo se kot posledica zelo restriktivnega financiranja in omogočajo hitrejšo obravnavo zavarovancev;
- dodatna – ta zavarovanja ponujajo možnost zavarovanja za posamezne storitve, ki jih zavarovancem ne zagotavljajo javni sistemi zavarovanj. To so lahko: nadstandard pri zdravljenju v zdravstveni ustanovi, možnost izbire specialista in zdravstvene ustanove, lepotne operacije, alternativna medicina, zdraviliško zdravljenje, ostali medicinski pripomočki in zdravila ter ostale storitve;

¹ Kot osnova za obračun prispevkov se denarne pomoči povečajo s koeficientom povprečne stopnje davka od osebnih prejemkov in povprečno stopnjo prispevkov za socialno varnost, ki se plačujejo iz plač, v skladu s posebnim zakonom, ki ureja davek od osebnih prejemkov. (ZZVZZ)

- dopolnilna – to zavarovanje je poznano v državah kot so Irska, Avstralija, Nizozemska in Slovenija. Dopolnilno zavarovanje je zavarovanje za doplačila k uveljavljanju pravic iz javnega zavarovanja. Značilno je, da v teh sistemih javno zavarovanje ne krije celotnega zneska stroškov zdravstvenih storitev in je potrebno doplačilo za pokritje le teh. (Toth, 2012)

V Sloveniji so poznana predvsem dodatna zdravstvena zavarovanja za nadstandard in dopolnilno zdravstveno zavarovanje.

Zavarovanja za nadstandard ponujata zavarovalnici Vzajemna in Adriatic Slovenica. Ta zavarovanja lahko obsegajo:

- nemedicinske storitve v bolnišnicah in zdraviliščih, ki imajo pogodbo z zavarovalnico. To je lahko možnost enoposteljne sobe, dodatne nege, bivanja svojca v sobi z zavarovancem, drugačna hrana, ...;
- uveljavljanje storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v času, ko le-to ne krije storitev. To je lahko ponoči, ob nedeljah in praznikih, ko ne gre za nujne zdravstvene storitve;
- zdravstvene pripomočke, ki niso pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja vključno z zahtevnejšimi zobnoprostetičnimi nadomestki;
- ostale samoplačniške zdravstvene in zobozdravstvene storitve.

Problem nadstandardnega zavarovanja je, da višjega standarda ne ponujajo vse bolnišnice in tudi ne vsa zdravilišča. Prav tako je z vidika zavarovalnic problematičen obseg pravic, ki ga zagotavlja obvezno zavarovanje. Če je ta obseg pravic širok, sta posledično potreba in interes zavarovancev po uslugah nadstandardnega zavarovanja nižja.

3 DOPOLNILNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V SLOVENIJI

V Sloveniji je poleg obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki krije večino stroškov zdravstvenega sistema, tudi prostovoljno dopolnilno zdravstveno zavarovanje. To dopolnjuje obvezno zavarovanje tam, kjer to ne krije celotnega zneska. Osnovno zdravstveno zavarovanje je bilo v Sloveniji oblikovano leta 1992 na principu participacije oz. doplačil. Enotna doplačila so v Sloveniji poznana od leta 1980. Ob uveljavljanju zdravstvenih pravic je bilo potrebno doplačati z zakonom določen odstotek od celotne cene zdravstvene storitve in blaga. To naj bi spodbudilo državljane za bolj zdrav način življenja in za večjo skrb za lastno zdravje. S tem naj bi se zmanjšal obisk zdravstvenih ustanov, zmanjšala poraba zdravil na recept in posledično znižali zdravstveni stroški.

Leta 1992 je bil sprejet zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Ur.l. RS, št. 9/1992). Sprejet je bil z namenom, da uredi sistem zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, določi nosilce družbene skrbi za zdravje in njihove naloge, uredi zdravstveno varstvo v zvezi z delom in delovnim okoljem, uredi odnose med zdravstvenim zavarovanjem in zdravstvenimi zavodi ter uredi uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja. Po zakonu zdravstveno varstvo obsega sistem družbenih, skupinskih in individualnih aktivnosti, ukrepov ter storitev za krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, zgodnje odkrivanje bolezni, pravočasno zdravljenje, nego in rehabilitacijo zbolelih in poškodovanih. Obsega tudi pravice iz zdravstvenega zavarovanja za zagotavljanje socialne varnosti v primeru bolezni, poškodbe, poroda ali smrti. (Ur.l. RS, št. 9/1992)

Zakon je od leta 1992 doživel že veliko sprememb. Najbolj drastične so bile v noveli zakona leta 2005 z Zakonom o spremembah in dopolnitvah ZZVZZ (Ur.l. RS, št. 76/2005, v nadaljevanju ZZVZZ-H). Ta je med drugim, kar se tiče dopolnilnih zavarovanj, v slovensko zdravstveno zavarovanje vpeljal izravnalne sheme in druge novosti s področja zagotavljanja solidarnosti dopolnilnih zavarovanj.

Nekatere od teh sprememb so vprašljive in po mnenju Evropske komisije sporne z direktivo Sveta 92/49/EGS z dne 18. junija 1992 o spremembah direktiv 73/239/EGS in 88/357/EGS in o uskladitvi zakonov in drugih predpisov o neposrednem zavarovanju razen življenjskega zavarovanja (v nadaljevanju tretja direktiva o neživljenjskem zavarovanju) in Prvo direktivo Sveta 73/239/EGS z dne 24. junija 1973 o usklajevanju zakonov in drugih predpisov o začetku opravljanja in opravljanju dejavnosti neposrednega zavarovanja razen življenjskega zavarovanja (v nadaljevanju prva direktiva o neživljenjskem zavarovanju). Zaradi teh sprememb je Evropska komisija sprožila postopke proti Republiki Sloveniji.²

Zadnje pomembnejše spremembe zakona so podane z Zakonom za uravnoteženje javnih financ (Ur.l. RS, št. 40/2012, v nadaljevanju ZUJF), sprejetim maja 2012, ki je med drugim odpravil nekatera, za evropsko komisijo sporna, določila uvedena z ZZVZZ-H.

Dopolnilno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji ponujajo tri zavarovalnice. Prva je Vzajemna d.v.z. (v nadaljevanju Vzajemna), ki je nastala leta 1999 z odcepitvijo od ZZS, kjer je do tedaj potekalo dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Druga je Adriatic Slovenica d.d. (v nadaljevanju Adriatic Slovenica), ki se je z dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem začela ukvarjati leta 1993 (takrat Adriatic d.d.) po sprejemu zakona ZZVZZ, ki je omogočil, da lahko v ponudbo vključi tudi dopolnilno zavarovanje. Tretja je Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d. (v nadaljevanju Triglav ZZ), ki je na trg vstopila leta 2003 in je hčerinska družba zavarovalnice Triglav.

3.1 Pravice in obseg

Premije za dopolnilno zdravstveno zavarovanje je v Sloveniji konec leta 2014, po podatkih poslovnih poročil zavarovalnic, plačevalo okoli 1.487.000 zavarovancev. Temu je potrebno prišteti tudi vse tiste, ki so dopolnilno zavarovani iz drugih virov oziroma jim doplačila krije državni proračun ali ZZS. Iz proračuna države so kriti priporniki, obsojenci in zavarovanci, ki izpolnjujejo pogoje za pridobitev socialne pomoči ter po njih zavarovani družinski člani, če jim ne krije doplačil iz obveznega zdravstvenega zavarovanja ZZS. Teh je bilo leta 2014 okoli 67.000. ZZS, iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, plačuje doplačila otrokom, učencem in študentom, ki se redno šolajo do 26. leta starosti, mladostnikom z motnjami v telesnem in duševnem razvoju in mladostnikom z nezgodno poškodbo glave in okvaro možganov. Teh je bilo leta 2014 okoli 462.000. Tako je bila konec leta 2014 v Sloveniji osnovno in dopolnilno zavarovana večina prebivalstva. (Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d., 2015; Vzajemna d.v.z., 2015; Adriatic Slovenica d.d., 2015)

Dopolnilno zavarovanje obsega pravice, ki jih obvezno zavarovanje ne krije ali pa ne krije v celoti. Pravilo je, da so doplačila manjša pri nujnejših posegih in večja pri manj nujnih. Kritje je, po 23. členu ZZVZZ, razporejeno v 6 skupin, po velikosti kritja. Največja doplačila so v zadnji

² Več o tem je napisano v poglavju o tožbi Evropske komisije proti Sloveniji.

6. skupini kjer obvezno zavarovanje krije do 50 % vrednosti zdravstvene storitve. Sem spadajo npr. medicinski pripomočki za izboljšanje vida za odrasle, zdravila z vmesne liste in zobnoprostetično zdravljenje odraslih. V 5. skupini, kjer obvezno zavarovanje krije največ do 60 %, se nahajajo reševalni prevozi in zdraviliško zdravljenje. V 1. skupini, kjer obvezno zavarovanje krije vse stroške, se med drugimi nahajajo nujne zdravniške storitve, zdravila na recept, obvezna cepljenja, sistematični in drugi pregledi otrok, šolske mladine, študentov in nosečnic ter ostalo.

3.2 Načela

Da bi bil sistem dopolnilnega zavarovanja v Sloveniji čim bolj pravičen in socialen, se morajo zavarovalnice držati določenih pravil pri zavarovanjih. Tako morajo v zavarovanje sprejeti vsakega, ki je obvezno zdravstveno zavarovan in si to želi. Prav tako ne smejo enostransko prekiniti pogodbe. Izjeme so lahko le pri neplačnikih. Vsem zavarovancem mora zavarovalnica zagotavljati enake pogoje zavarovanja in tako enako višino premije. Dovoljen je le popust na premijo v višini treh odstotkov, v kolikor ima zavarovalnica, zaradi načina sklepanja pogodbe ali v drugih primerih, nižje administrativne stroške. Popust se po navadi upošteva, če zavarovanec zavarovanje sklene preko interneta oziroma pod drugimi, za zavarovalnico, ugodnejšimi pogoji, kot je letno plačilo premije ali plačilo preko direktne obremenitve. (62.b in c člena, ZZZVZZ)

Pri zavarovanjih bi bil problem, če bi ljudje sklepali zavarovanja samo takrat, ko jih potrebujejo. Zato je nujen sistem, ki kaznuje takšno početje. V zakonu je tako napisano, da če oseba ni zavarovana en mesec ali več mora tak novi zavarovanec plačevati premijo 3 mesece preden lahko začne koristiti pravice iz dopolnilnega zavarovanja. (62.b člen, ZZZVZZ)

Zaradi sistema, ki predpisuje enako premijo za vse zavarovance, plačujejo mlajši v povprečju več, kot povzročajo škod (Slika 2). Da bi se izognili temu, da bi se osebe zavarovale ko dosežejo višjo starost, obstaja predpis, ki predpisuje doplačila k premiji za pozen vstop v sistem dopolnilnega zavarovanja. Ta pravi, da se za vsako polno leto ne vključenosti v sistem, premija poviša za 3 odstotke do največ 80 odstotkov osnovne premije. Povišana premija se kasneje nikoli ne zniža.

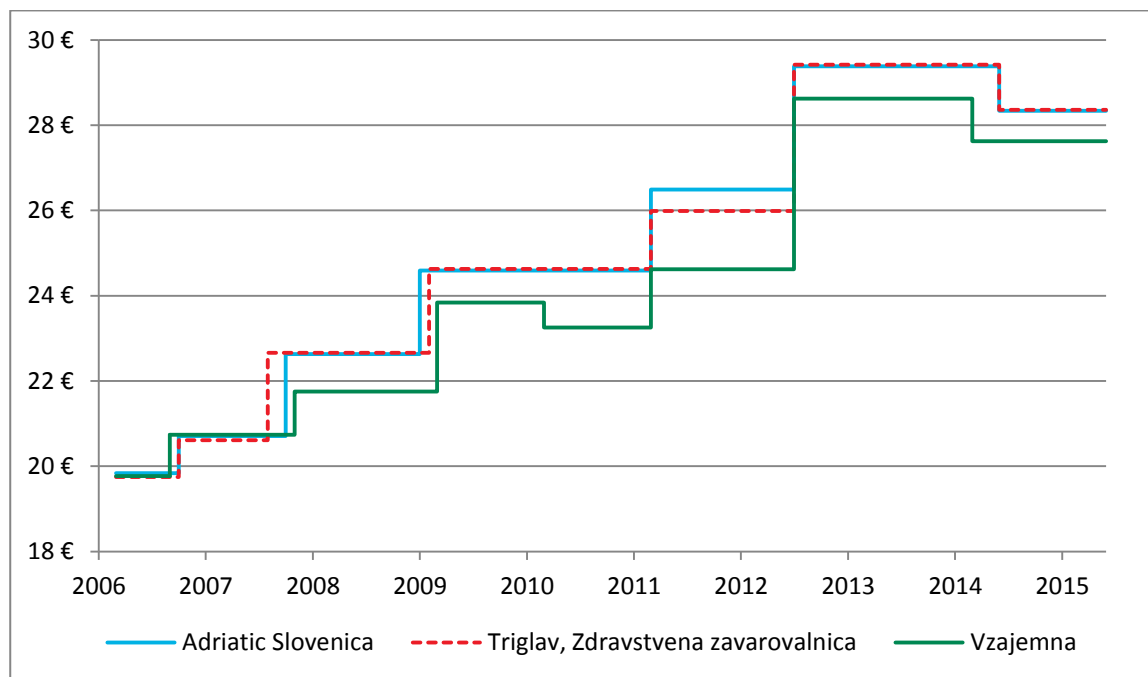
3.3 Premije

Zavarovalnice določajo premije glede na ocenjene škode, konkurenco in v okviru zakonskih določil. V Sloveniji se z dopolnilnim zavarovanjem ukvarjajo tri zavarovalnice. Dve imata profitni motiv in ena neprofitni.

Iz višine premij na sliki 1 je razvidno, da ima Vzajemna večino časa najnižjo premijo. Nižjo premijo od Vzajemne je imel od marca do oktobra 2006 le Triglav ZZ. Glavni razlog za to, da ima Vzajemna večino časa najnižjo premijo sta, kot pravijo v Vzajemni (Vzajemna d.v.z., 2011, str. 2): »pomembna načela vzajemnosti in neprofitnosti, kjer primarni interes ni ustvarjanje dobička, temveč uresničevanje interesov članov.«

Zadnje večje povišanje premij se je zgodilo 1. 7. 2012, zaradi spremembe zakonodaje z ZUJF, ki je dvignil deleže doplačil v razredih doplačil iz 2., 3. in 4. točke prvega odstavka 23. člena ZZZVZZ za 5 odstotnih točk in ostalih sprememb, ki so razbremenile ZZZS.

Slika 1: Višina premij dopolnilnega zavarovanja slovenskih zavarovalnic od 1. 3. 2006.



Viri: Adriatic Slovenica d.d., 2012, 2013, 2015; Katero zavarovalnico izbrati?, 2005; Od 1. februarja višja premija ..., 2009; Od prvega julija višja premija ..., 2012; Od prvega junija nižja premija ..., 2014; Od prvega marca višja premija ..., 2011; TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica z ..., 2006; Višja premija za dopolnilno ..., 2007; Višja premija za dopolnilno ..., 2008; Višje premije za dopolnilno ..., 2006; Vzajemna d.v.z., 2010, 2011, 2012, 2013, 2015; Vzajemna toži lekarni, ..., 2006; Vzajemna zvišuje premije, 2007; Zaradi povišanja stroškov ..., 2006; Zaradi rasti obsega ..., 2007; Zavarovanci Adriatica z ..., 2005.

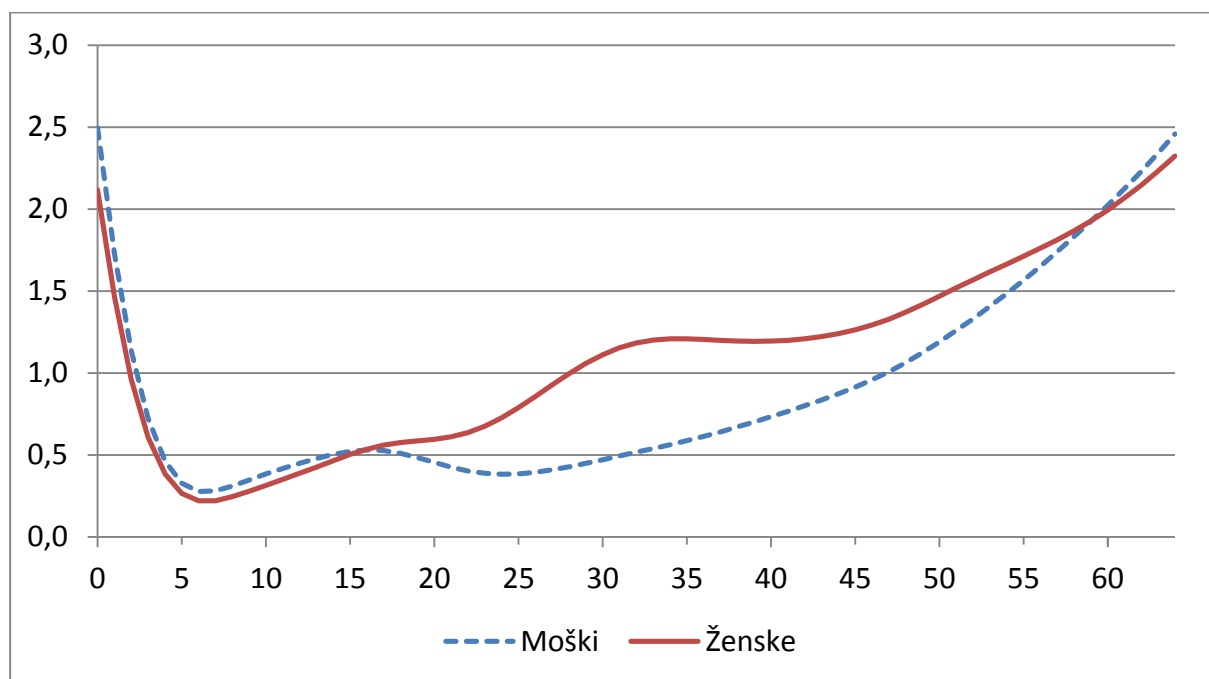
3.4 Problemi zasebnih prostovoljnih zavarovanj

V sistemu zavarovanja, kjer je glavni cilj zagotavljanje solidarnosti, je velik problem v različnih stroških, ki jih povzročajo različne skupine zavarovancev. V sistemu so vključene skupine ljudi z različnimi lastnostmi, katere bi v odprtem in konkurenčnem okolju plačevale precej različne premije. Na stroške zdravljenja tako vpliva veliko lastnosti zavarovancev, ki jih zavarovalnice lahko upoštevajo, da prilagodijo premijo vsakemu zavarovancu posebej.

Demografske značilnosti so najbolj pomembne nanje pa ima zavarovanec bolj malo vpliva. Najpomembnejša je starost zavarovanca; z leti se namreč stroški zdravljenja za zavarovanca povečujejo. Yamamoto (2013, str. 2) ugotavlja, da v povprečju 60 letnik iz Združenih držav Amerike (v nadaljevanju ZDA) povzroča kar 3,9 krat več stroškov kot povprečni 15 letnik. Kot je razvidno iz slike 2, najvišje stroške povzročajo zavarovanci do drugega leta starosti in starejši od 40 let.

Veliko vpliva na stroške ima tudi spol zavarovanca. Ženske tako povzročajo v povprečju več stroškov kot moški. Tako imajo v ZDA v večini zveznih držav različne premije glede na spol. To lahko pomeni tudi več kot 40 % višjo premijo za ženske. Na primer: 40 letni nekadilec iz mesta Boise iz zvezne države Idaho bi plačal za kratkoročno zdravstveno zavarovanje leta 2013 96,40 dolarjev na mesec. Za identično zavarovanje pri isti zavarovalnici bi 40 letna nekadilka plačala 162,73 dolarjev (Let's find the best ..., 2013). Iz slike 2 je tudi razvidno, da so stroški za ženske vidno višji v življenjskem obdobju najpogostejše nosečnosti žensk.

Slika 2: Razmerja med stroški zdravljenja glede na starost in spol na osebo iz leta 2010, ZDA.



Vir: D. H. Yamamoto, 2013, str. 2.

Lokacija bivališča ima prav tako zelo velik vpliv na stroške. Za prebivalce iz močno onesnažene regije, so stroški zdravljenja višji kot drugje. Na stroške vpliva tudi izobrazba in tako posledično tudi poklic zavarovanca.

Pomemben vpliv ima način življenja zavarovanca. Kadilci povzročajo v povprečju višje stroške zdravljenja. Prav tako na stroške vpliva prehrana in posledična prekomerna teža, ki povzroča višje tveganje za nastanek srčnih bolezni.

Drugi faktorji, ki jih zavarovalnice lahko uporabijo, če to dopušča zakonodaja, so sestava družine, trenutno zdravstveno stanje, pretekle bolezni, bolezni v družini in drugo.

Obstaja več načinov, kako lahko zavarovalnice pridejo do ugodne sestave zavarovancev, v sistemu fiksnih cen glede na starost in spol, in s tem, v nenadzorovanem sistemu, do koristi. Že, ko zavarovalnica začne ponujati določeno zavarovanje, lahko s konkurenčnejšo ceno, privabi določeno število zavarovancev. Zavarovanci, ki prestopijo, so po navadi mlajši in manj konservativni. Tako pride do relativne koncentracije mlajših zavarovancev pri novi zavarovalnici. S tem se seveda poveča delež starejših zavarovancev v drugi (starejši) zavarovalnici. In ker starejši zavarovanci povzročajo višje škode (Slika 2), silijo zavarovalnico v vse višje premije. Obratno je pri novi zavarovalnici, ki ima z mlajšimi zavarovanci manj škod in lahko posledično postavi še konkurenčnejšo ceno od prve (starejše) zavarovalnice. To se je zgodilo v slovenskem sistemu po vstopu novih zavarovalnic v sistem dopolnilnega zavarovanja.

Za rešitev nastalega problema se uporabljajo izravnalne sheme. Te v Sloveniji delujejo tako, da izenačujejo povprečne škode glede na starost in spol zavarovanca.

3.5 Izravnalne sheme

Zaradi razlik v starostni in spolni strukturi zavarovancev pri različnih zavarovalnicah, ki so nastale predvsem z vstopom zavarovalnice Triglav ZZ v sistem dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, je Slovenija vpeljala izravnalne sheme. S tem se je izognila načrtom Vzajemne, da dvigne premije za starejše od 60 let za 13,5 % (Nadzorni svet Vzajemne: ..., 2004). To bi pomenilo, da bi takrat okoli tretjina zavarovancev Vzajemne plačevala višjo premijo. Po sprejetju izravnalnih shem, starostna struktura zavarovancev zavarovalnice, kot tudi struktura po spolu, na ceno zavarovanj in posledično na dobiček nima več velikega vpliva.

V Sloveniji so bile izravnalne sheme vpeljane 1. marca 2006, to je šest mesecev po sprejetju zakona o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju ZZVZZ-H. Zavarovalnice, ki se ukvarjajo z dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem, so bile dolžne v roku šestih mesecev od začetka veljave zakona prilagoditi poslovanje določbam zakona in vstopiti v sistem izravnalnih shem.

Znesek za izravnavo se izračuna glede na sestavo zavarovancev v posameznem razredu. Razredi so ločeni na starostne skupine in po spolu. Vsega skupaj je 7 starostnih razredov ločenih glede na spol. Prvi razred je do 25 let starosti nato sledijo razredi po 10 let. Zadnji razred je za osebe starejše od 75 let. Izravnavo se tako računa za vsakega izmed štirinajstih razredov posebej. Za vsak razred se izračunajo povprečni stroški zdravstvenih storitev na zavarovanca pri posamezni zavarovalnici oziroma, če je manj kot 2000 zavarovancev v razredu zavarovalnice, povprečni stroški zavarovancev pri vseh zavarovalnicah. Tako dobljen znesek, se najprej pomnoži s številom zavarovancev v tem razredu pri vseh zavarovalnicah in nato z deležem zavarovancev te zavarovalnice glede na vse zavarovalnice skupaj. Ti zneski se nato seštejejo skupaj po razredih in dobimo standardizirani znesek stroškov zdravstvenih storitev zavarovalnice.

Po enačbi (1) pa se izhodiščni znesek za izravnavo nato izračuna kot razliko med skupnim zneskom stroškov dopolnilnega zavarovanja zavarovalnice in standardiziranim zneskom stroškov zavarovanja zavarovalnice. Ta znesek določi, ali bo zavarovalnica prejemnica ali plačnica v izravnavi. V kolikor je izhodiščni znesek pozitiven, je zavarovalnica prejemnica in obratno.

Končni znesek za izravnavo se nato izračuna tako, da je ali enak izhodiščnemu ali pa znižan izhodiščni tako, da je vsota plačnic in vsota prejemnic enaka manjši vsoti od teh dveh. (62. e in f člena, ZZVZZ)

$$IZ = C + ZN - TD \times \sum_{i=1}^7 [(ACM_i \times nm_i) + (AC\check{Z}_i \times n\check{z}_i)] \quad (1)$$

Kratice so razložene v prilogi 1.

V Sloveniji to pomeni, da zavarovalnici Triglav ZZ in Adriatic Slovenica, plačujeta svoj znesek za izravnavo zavarovalnici Vzajemna, kot je razvidno iz tabele 2. Celotni zneski za izravnavo se skozi leta povečujejo. Leta 2014 je ta znašal že okoli 12,6 milijona evrov. (Vzajemna, 2015)

Tabela 2: Prihodki ZZZS, čisti prihodki od zavarovalnih premij dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj zavarovalnic in zneski izravnalnih shem v milijonih evrov.

Leto	Prihodki ZZZS		Pobrane premije DZZ				Izravnalne sheme		
	Prispevki	Skupaj	Vzajemna	Triglav ZZ	Adriatic Slovenica	Skupaj	Vzajemna	Triglav ZZ	Adriatic Slovenica
2008	1.791	2.215	230,04	59,06	89,60	378,70	7,85	-3,29	-4,88
2009	1.818	2.263	242,03	66,95	94,38	403,37	8,71	-4,51	-4,10
2010	1.845	2.311	235,36	72,33	93,12	400,80	9,85	-5,86	-4,05
2011	1.858	2.341	241,86	79,71	98,15	419,72	10,97	-6,66	-4,23
2012	1.841	2.320	260,78	91,18	104,48	456,44	10,55	-7,41	-3,47
2013	1.806	2.289	260,86	103,49	111,60	475,95	11,89	-7,98	-4,30
2014	1.882	2.368	250,73	106,94	107,03	464,70	12,61	-7,78	-4,28

Viri: Adriatic Slovenica d.d., 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015; Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d., 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015; Vzajemna d.v.z., 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015; Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015.

4 TOŽBA EVROPSKE KOMISIJE PROTI REPUBLIKI SLOVENIJI

Zaradi domnevnega nepopolnega in nepravilnega prenosa direktiv Evropske unije v slovenski pravni red, je 26. 4. 2011 Evropska komisija vložila tožbo proti Republiki Sloveniji. V tožbi ji očita, da z nepravilnim in nepopolnim prenosom Prve direktive Sveta 73/239/EGS, spremenjene z Direktivo Evropskega parlamenta in Sveta 2005/68/ES, in Tretje direktive Sveta 92/49/EGS, ki spreminja direktivi 73/239/EGS in 88/357/EGS, spremenjene z direktivo 2005/68/ES, ni izpolnila obveznosti iz člena 8(3) Prve direktive o neživljenjskem zavarovanju 73/239/EGS, 29 in 39 člena Tretje direktive o neživljenjskem zavarovanju 92/49/EGS ter členov 56 in 63 Pogodbe o delovanju Evropske unije (PDEU).

Začelo se je s pritožbo predstavnika zavarovalnice, ki nudi dopolnilno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji, Evropski komisiji v zvezi s sistemom dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji. V pritožbi je zapisan očitek, da slovenska zakonodaja ni skladna s svobodo opravljanja storitev, svobodo ustanavljanja in zavarovalniško zakonodajo Evropske Unije. Predvsem naj bi bil sporen Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-H), ki je začel veljati 1. septembra 2005, kar bo pojasnjeno v nadaljevanju.

4.1 Prvi opomin

Evropska Komisija je 21. 3. 2007 Sloveniji poslala prvi opomin (Komisija Evropskih skupnosti, 2007). V njem je opisala stanje v Sloveniji na področju zdravstvenih zavarovanj in evropsko zakonodajo, ki naj bi bila kršena. Glavno vprašanje v opominu je, ali dopolnilno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji spada v 54. člen Direktive 92/49/EGS. Slovenske oblasti so v dopisu pred opominom menile, da je dopolnilno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji integralno

vključeno v sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja in kot tako spada v 54. člen Direktive 92/49/EGS. Ta omogoča, da se to zavarovanje šteje kot zavarovanje, pri katerih lahko država izvaja mehanizme za varovanje splošne koristi. To naj bi bilo utemeljeno z 62. členom ZZVZZ, ki pravi: »Dopolnilno zavarovanje predstavlja javni interes Republike Slovenije in se izvaja po načelih medgeneracijske vzajemnosti in vzajemnosti med spoloma med vsemi zavarovanci dopolnilnega zavarovanja. Skupaj z obveznim zdravstvenim zavarovanjem dopolnilno zavarovanje predstavlja del socialne varnosti zavarovanih oseb po tem zakonu.«

Komisija se s tem v opominu ne strinja, ker naj ne bi, po 54. členu Direktive 92/49/EGS, to zavarovanje služilo kot delna ali popolna alternativa zdravstvenemu kritju, ki ga zagotavljajo sistemi socialne varnosti in je kot tako le dopolnilo obveznemu kritju zdravniških storitev in je prostovoljno. Tako se, po evropski zakonodaji, ne more šteti kot del obveznega zdravstvenega zavarovanja. Prav tako Komisija ugotavlja, da slovenski sistem dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja spada v neživiljenjsko zavarovanje.

Za Komisijo so v opominu sporne dopolnitve zakona (ZZVZZ-H) iz septembra 2005, ki med drugim zahteva:

- Da se vse zavarovalnice, ki izvajajo dopolnilno zdravstveno zavarovanje na področju Slovenije, vključijo v sistem izravnalnih shem. (2. točka drugega odstavka 62. člena, (Ur.l. RS, št. 72/2006 – UPB3, v nadaljevanju ZZVZZ – UPB3))
- Da mora zavarovalnica, ki izvaja dopolnilno zdravstveno zavarovanje obvezno seznaniti Agencijo za zavarovalni nadzor z novimi ali spremenjenimi zavarovalnimi pogoji dopolnilnega zavarovanja. (62.i člen, ZZVZZ – UPB3)
- Da mora povišanje premije predhodno pisno potrditi imenovani pooblaščen aktuar zavarovalnice. Agencija za zavarovalni nadzor pa lahko v primeru dvoma v podatke imenuje neodvisnega pooblaščenega aktuarja, ki opravi naloge. (6. točka drugega odstavka 62. člena ZZVZZ – UPB3)
- Da si zavarovalnica pridobi predhodno soglasje ministra, pristojnega za zdravje. Vloga za pridobitev soglasja pa mora vsebovati podatke o zavarovalnici in splošne pogoje za dopolnilna zavarovanja. (62.a člen, ZZVZZ – UPB3)
- Da mora biti zavarovalna premija enaka za vse zavarovance posamezne zavarovalnice in da mora zavarovalnica sklepati ta zavarovanja za najmanj eno leto. (62.b člen, ZZVZZ – UPB3)
- Da zavarovalnica ne sme odpovedati pogodbe o dopolnilnem zavarovanju zavarovancu, razen v primeru neplačila premije. (62.c člen, ZZVZZ – UPB3)
- Da morajo zavarovalnice sredstva iz poslovanja dopolnilnega zavarovanja uporabiti le za izvajanje tega zavarovanja. V primeru pozitivnega poslovnega izida iz dopolnilnega zavarovanja morajo polovico nameniti za izvajanje dopolnilnega zavarovanja. (4. točka drugega odstavka 62. člena, ZZVZZ – UPB3)

Glede na očitano je Komisija mnenja, da zaradi veljavnosti ZZVZZ, zlasti členov 62, 62.a, 62.b, 62.c in 62.i, ki so bili sprejeti v ZZVZZ-H, Slovenija ni izpolnila obveznosti iz Prve in Tretje direktive o neživiljenjskem zavarovanju. Na podlagi tega je Komisija v opominu pozvala vlado, da odgovori na ta opomin in pošlje pripombe.

4.2 Odgovor Slovenije na prvi opomin

V odgovoru (Generalni sekretariat Vlade Republike Slovenije, 2007) na opomin je Vlada Republike Slovenije zapisala, da je dopolnilno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji del sistema socialne varnosti in tako v javnem interesu. Obvezno in prostovoljno zavarovanje sta nedeljiva celota sistema in zagotavljata ustavno določene pravice iz sistema socialne varnosti in zdravstvenega varstva.

Kot elemente, ki upravičujejo nujnost takšne zakonske ureditve za zagotavljanje javnega interesa in splošne koristi slovenska stran navaja:

- enako premijo za vse zavarovance pri isti zavarovalnici, ne glede na starost, spol, zdravstveno stanje ali druge razlike,
- enako obravnavo vseh zavarovancev pri zavarovalnici, z izjemo tri odstotnega popusta in povišane premije za pozni vstop,
- obveznost zavarovalnice, da v svoj sistem sprejme vsako osebo z obveznim zavarovanjem in željo po vključitvi,
- prepoved enostranske odpovedi pogodbe zavarovancu, razen v primeru neplačila;
- zavarovalnice lahko premijo povišajo le, ko s tem soglaša pooblaščen aktuar,
- da dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja ni mogoče skleniti za obdobje krajše od enega leta;
- nezmožnost spreminjanja splošnih in posebnih pogojev zavarovanja brez odobritve Agencije za zavarovalni nadzor.

Prostovoljno zavarovanje ne more obstajati brez obveznega in je prav zato povezano z obveznim zavarovanjem. Dopolnilno zavarovanje ne daje nobenih dodatnih pravic, ki niso že določene v obveznem zavarovanju. V sistemu dopolnilnega zavarovanja je vključenih 96 % vseh zavezancev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in ne sodi v področje, ki ga urejata Direktivi 73/239/EGS in 92/49/EGS.

4.2.1 Uporaba Direktiv

Vlada je v odgovoru mnenja, da skladno z zgoraj zapisanim in 2. členom (d, e) Direktive 73/239/EGS, ki pravi, da se Direktiva ne uporablja za zavarovanja v okviru sistema obvezne socialne varnosti in za nepreklicno dolgoročno zdravstveno zavarovanje kot posebno zavarovanje, ki ga imajo na Irskem in v Združenem kraljestvu³, uporaba predmetnih direktiv izključena. Prav tema dvema sistemoma je, s svojimi posebnostmi, po mnenju vlade podoben slovenski. Po določbi Direktive 92/49/EGS se ta ne uporablja, če je izključena uporaba prejšnje Direktive. Tako, v skladu s splošnimi pravnimi načeli, da je podobne pravne položaje potrebno

³ Na Irskem in v Združenem kraljestvu imajo javni in zasebni sistem zdravstvenega zavarovanja. Na Irskem je javni sistem financiran iz davkov ter doplačil, glede na upravičenost, in zagotavlja z zakonom določene pravice. Zasebni sistem po drugi strani lahko krije vse stroške zdravstvenih storitev in ostale nadstandardne storitve. Financiran je iz premij zavarovancev, ki dobijo za vključenost davčno olajšavo. V Združenem kraljestvu je javni sistem zdravstvenega zavarovanja financiran iz davkov. Poznajo tudi privatno zdravstveno zavarovanje, ki je komplementarno javnemu.

obravnavati podobno in različne ustrezno različno, slovenski sistem ne spada na področje regulacije teh dveh Direktiv, razen določb, ki to uporabo izključujejo.

Direktiva 92/49/EGS tudi pravi, da morajo države članice s posebnimi predpisi zagotavljati varovanje javnega in družbenega interesa. Ti predpisi lahko tudi preprečujejo, da bi zavarovalnice goljufale zavarovance ali davčni sistem. Pravi tudi, da: »lahko država sprejme posebne predpise o prostovoljnih zdravstvenih zavarovanjih, če ta niso predmet usklajevanja med članicami Evropske unije in če za to obstaja dejanska in dokazana potreba.« (*Odgovor Vlade Republike Slovenije na uradni opomin Evropske komisije ...*, 2007, str. 4).

Glede predhodnega in periodičnega obveščanja Agencije za zavarovalni nadzor slovenska stran v odgovoru pravi, da se zaveda kršitve 6. člena direktive 92/49/EGS, vendar, da je zaradi varovanja javnega interesa iz te direktive to obveščanje smiselno in možno. Hkrati pa je v istem členu zakona določeno posredovanje podatkov za potrebe kontrole nad zneski izravnalnih shem.

Uporaba polovice presežka, v primeru pozitivnega izida poslovanja dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, za izvajanje in razvoj dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj je pomembna zaradi specifičnega zgodovinskega razvoja dopolnilnega zavarovanja in njegove navezave z obveznim zavarovanjem. Kljub vsemu pa je cilj, da se to določilo izloči iz zakona.

Določilo, da mora zavarovalnica za povišanje premije pridobiti odobritev pooblaščenega aktuarja, je v naslednji noveli zakona (ZZVZZ-K), v postopku sprejemanja, izločeno iz zakona.

4.2.2 Ustava

Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja Ustava Republike Slovenije opredeljuje kot del pravice do socialne varnosti in zdravstvenega varstva (50. in 51. člen). Po 51. členu mora država vzpostaviti sistem, ki omogoča dostopnost do zdravstvenih storitev vsem, ki jih potrebujejo. Tako je Slovenija morala vzpostaviti sistem, ki poleg obveznega zavarovanja omogoča zavarovancem pravice določene z Ustavo, ker pravice iz obveznega zavarovanja niso pokrite v celoti, je bilo potrebno vzpostaviti sistem, ki bo obvezno zavarovanje dopolnil. Zaradi tega in vsebinske ter finančne povezanosti sistemov obveznega in dopolnilnega zavarovanja lahko dopolnilno zavarovanje, po mnenju Vlade (*Odgovor Vlade Republike Slovenije na uradni opomin Evropske komisije ...*, 2007, str. 7), brez dvoma »... uvrstimo v kontekst zavarovanj, pri katerih država skladno s 54. členom Direktive 92/49/EGS lahko implementira mehanizme potrebne za varovanje splošne koristi.«

4.2.3 Mednarodne primerjave

Leta 2003 je Evropska komisija že odločala o podobnem primeru zdravstvenega zavarovanja na Irskem. Na Irskem, kot pri nas, sistem zagotavlja koriščenje enakih pravic kot so v obveznem zavarovanju. Prav tako oba sistema uporabljata izravnalne sheme, imata izenačene premije pri posameznih zavarovalnicah in premije so neodvisne od vstopne starosti in spola. Irski sistem privatnega zdravstvenega zavarovanja je sicer nadomestno zavarovanje, saj je namenjeno populaciji z višjimi dohodki in se zdravljenje opravlja pri zasebnih izvajalcih zdravstvenih storitev.

Za primer Irske je Evropska komisija odločila, da takšna ureditev ni v nasprotju z načeli in direktivami Evropske unije in določila, da je takšno zavarovanje opredeljeno kot »delna ali popolna alternativa obveznemu zdravstvenemu zavarovanju«. Komisija je tudi pritrdila, da gre pri tem zavarovanju in pri izravnalnih shemah za področje posebnega javnega interesa, ki je pomembno za zdravstveno varstvo pomembnega dela prebivalstva.

Slovenska stran je še dopolnila, da lahko dopolnilna zdravstvena zavarovanja v Sloveniji opravljajo tudi zavarovalnice iz Evropske unije.

4.3 Dodatni uradni opomin Evropske komisije

Evropska komisija v opominu (Komisija Evropskih skupnosti, 2009) glede na odgovor slovenske strani ugotavlja, da dopolnilno zdravstveno zavarovanje ni obvezno in je prostovoljno. Tako glede na stalno sodno prakso Sodišča, ki pravi, da mora sistem socialne varnosti temeljiti na obveznih prispevkih, nujnih za zagotavljanje solidarnosti in finančna ravnotežja sistemov, izhaja, da to dopolnilno zdravstveno zavarovanje ni del obveznega zdravstvenega zavarovanja, kot meni Slovenija.

4.3.1 Uporaba člena 54 Direktive 92/49/EGS

Komisija meni, da to zavarovanje ni vrsta zavarovanja, ki se uporablja na Irskem in v Združenem kraljestvu. Zato argument vlade, da spada dopolnilno zdravstveno zavarovanje na področje odstopanj Direktive 73/239/EGS, ne velja.

Prav tako Komisija še vedno meni, da sistem dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja ne služi kot delna ali popolna alternativa zdravstvenemu kritju, ki ga zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje ampak ga dopolnjuje.

4.3.2 Čezmejno zagotavljanje storitev

V Sloveniji je obvezno, da mora zavarovalnica s sedežem v drugi državi članici imenovati zastopnika za Slovenijo. To pomeni oviro pri svobodi opravljanja storitev v drugi članici in lahko tujo zavarovalnico odvrne od opravljanja storitev. Slovenija tako krši člen 56 Pogodbe o delovanju Evropske unije.

4.3.3 Delitev dobička

Člen 63 Pogodbe o delovanju Evropske unije prepoveduje omejevanje pretoka kapitala med državami. To pomeni, da omejitev, da mora zavarovalnica polovico dobička nameniti izvajanju in razvoju dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, odvrta potencialne vlagatelje v zavarovalnice in s tem omejuje prost pretok kapitala. Ukrepi za omejevanje prostega pretoka kapitala so sicer lahko upravičeni iz razlogov navedenih v 65. členu Pogodbe o delovanju Evropske unije, ali iz nujnih razlogov splošnega interesa. Slovenski organi teh razlogov niso sporočili.

4.3.4 Sklep

Komisija Evropskih skupnostih ugotavlja, da Slovenija še vedno krši omenjene člene Pogodbe o delovanju Evropske unije in Direktivi EGS. Hkrati pa poziva, da vlada predloži ustrezne informacije glede razveljavitev spornih členov omenjenih v prejšnjem odgovoru.

4.4 Odgovor Slovenije na dodatni uradni opomin Evropske komisije

Vlada Republike Slovenije v odgovoru (Generalni sekretariat Vlade Republike Slovenije, 2009) meni, da trditev Evropske Komisije, da je dopolnilno zdravstveno zavarovanje zavarovalniška dejavnost, napačna. Področje zdravstvenega varstva je v Sloveniji opredeljeno kot javni interes Republike Slovenije in pomeni, s strani države, zagotovljeno socialno varnost. Vlada v odgovoru pravi (str. 1): »Ta javni interes ni samo obvezno (javno) zdravstveno zavarovanje, ampak tudi naloge, ki jih izvajajo javni zdravstveni zavodi in zasebni izvajalci na podlagi koncesije.« Tako je skladno s Pogodbo o ustanovitvi Evropske skupnosti (sedaj Pogodba o delovanju Evropske unije), tudi Slovenija samostojno uredila svoj sistem zdravstvenega varstva.

Posebnost slovenskega sistema je dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ki ga poznajo tudi v Franciji in na Nizozemskem. V odgovoru (str. 1) je Vlada zapisala: »Program storitev, ki določa količino, obseg in vrednotenje zdravstvenih storitev v obveznem zdravstvenem zavarovanju, je z ZZVZZ opredeljena kot nepridobitna dejavnost in o njem odločajo partnerji, določeni v ZZVZZ, to pa so Ministrstvo za zdravje, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije [...], kot edini izvajalec in nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji, pristojne zbornice, združenja zdravstvenih zavodov in drugih zavodov ter organizacij, ki opravljajo zdravstveno dejavnost.« Republika Slovenija ne more pokriti z javnimi sredstvi celotnega programa zdravstva. Zato je z ZZVZZ uvedla doplačila, ki jih krijejo zavarovane osebe. Te lahko doplačila plačajo iz lastnih sredstev ali pa se za doplačila zavarujejo pri eni izmed zavarovalnic, ki ponujajo dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Dopolnilno se lahko zavarujejo le zavarovanci obveznega zavarovanja in tako prejmejo le kritje dela plačil zdravstvenih storitev, ki so opredeljene z obveznim zdravstvenim zavarovanjem. Tako sta za zavarovance dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja izvajalci storitev in obseg storitev znana in določena s predpisi obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Nekaj let po uveljavitvi ZZVZZ je bila ustanovljena neprofitna vzajemna družba zdravstvenega zavarovanja Vzajemna. Ta je v lasti in upravljanju zavarovancev družbe. Ob njej delujejo sicer tudi druge zdravstvene zavarovalnice kot delniške družbe. Mnenje Vlade tako je, da to izvajanje dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja ni predmet 3. člena Prve direktive ker vzajemna družba ni komercialna zavarovalnica oziroma družba.

4.4.1 Uporaba člena 54 Direktive 92/49/EGS

V odgovoru (str. 2) glede na sklicevanje na 54. člen Direktive 92/49/EGS »Vlada Republike Slovenije ponovno opozarja, da je urejanje področja socialnega in zdravstvenega varstva v Evropski uniji v pristojnosti posamezne države.« Obvezno in dopolnilno zdravstveno zavarovanje spadata, zaradi varovanja javne koristi, v širši okvir zavarovanj. Tako se ji zdi, da

lahko uporablja mehanizme za varovanje splošne koristi skladno s 54. členom Direktive 92/49/EGS. Zaradi tega se morajo zavarovalnice držati pravil kot so:

- enaka obravnava vseh zavarovancev pri zavarovalnici, z izjemo tri odstotnega popusta in povišane premije za pozni vstop,
- obveznost zavarovalnice, da v svoj sistem sprejme vsako osebo z obveznim zdravstvenim zavarovanjem in željo po vključitvi,
- da dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja ni mogoče skleniti za obdobje krajše od enega leta;
- vsakemu zavarovancu mora zavarovalnica pokriti doplačila za zdravstvene storitve skladno z ZZVZZ,
- določiti čakalno dobo treh mesecev, če je od zadnjega sklenjenega dopolnilnega kritja minilo več kot en mesec, ko je zavarovanec zavarovan, a nima plačanih doplačil.

Torej je mnenje Vlade v odgovoru, da je dopolnilno zdravstveno zavarovanje skladno s 54. členom Direktive 92/49/EGS.

4.4.2 Svoboda opravljanja storitev in omejitve kapitala

V odgovoru je Vlada Republike Slovenije zapisala, da je pripravila reformo zdravstvenega sistema in skupaj nov Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Tako v novem zakonu ni več določb, ki določajo, da mora tuja zavarovalnica, ki želi izvajati dopolnilno zdravstveno zavarovanje v Republiki Sloveniji, imenovati pooblaščenca na njenem območju; da mora povišanje premije predhodno pisno potrditi imenovani pooblaščen aktuar zavarovalnice; da morajo zavarovalnice polovico ustvarjenih dobičkov uporabiti za izvajanje dopolnilnega zavarovanja.

Vlada tako meni, da je Republika Slovenija izpolnila obveznosti iz členov 49 in 56 Pogodbe ES. (Sedaj 56. in 63. člen Pogodbe o delovanju Evropske unije)

4.5 Drugi dodatni opomin Evropske komisije

Evropska komisija glede odgovora slovenske vlade na dodatni opomin v drugem dodatnem opominu (Komisija Evropskih skupnosti, 2010a) zapisala, da Republika Slovenija še vedno ni poslala nobenega osnutka predloga ali časovnega načrta nove zakonodaje, ki naj bi odpravila nekatere sporne določbe ZZVZZ iz prejšnjega odgovora Slovenije. Pojasnila je tudi, da pravna ocena zajema vse oblike družbe.

Za komisijo je v opominu sporno obvezno obveščanje o novih in spremenjenih zavarovalnih pogojih dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Prva direktiva o neživljenjskem zavarovanju v členu 8(3) prepoveduje članicam, da zahtevajo potrditev zavarovalnih pogojev, premijskih cenikov ali drugih dokumentov, potrebnih za redno opravljanje nadzora. Prav tako v Tretji direktivi o neživljenjskem zavarovanju člena 29 in 39 govorita o svobodi pri določanju zavarovalnih pogojev in tako nadzoru nad zavarovalnimi policami in dokumenti.

Prav tako je predhodna odobritev povišanja premij sporna s členi navedenimi zgoraj. Po mnenju sodišča je mogoče predhodno obveščanje in odobritev le v splošnem sistemu nadzora cen.

»Komisija dopušča možnost, da zavarovalniške premije v zadevnem sektorju lahko predstavljajo pomemben delež v košarici dobrin in storitev, ki se uporablja za izračun gibanja inflacije v Sloveniji.« Komisijo zanima ta delež.

Sporna je tudi obvezna sklenitev pogodbe, omejitev pri prekinitvi pogodbe, obvezno zaračunavanje enake premije in sodelovanje v izravnalni shemi. Evropska komisija je mnenja, da te omejitve zmanjšujejo možnost sprejemanja strateških tržnih odločitev in zagotavljanje storitev zavarovalnicam s sedežem v drugi državi članici. Prav tako ti predpisi pomenijo precejšnje stroške za podjetja, ki bi želela vstopiti na slovenski trg. Tako komisija ne razume, kako ti ukrepi povečujejo varstvo potrošnikov. Mnenje komisije je, da bi povečanje svobode pri oblikovanju cen in svobodna konkurenca znižala premije prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Komisija prosi vlado Republike Slovenije, da pojasni sorazmernosti in primernosti sprejetih ukrepov.

Komisija ostaja mnenja, da Republika Slovenija ne izpolnjuje obveznosti iz členov 49 in 56 Pogodbe o delovanju Evropske unije, Direktive 73/239/EGS ter Direktive 92/49/EGS in zlasti člena 8(3) Direktive 73/239/EGS ter členov 29 in 39 Direktive 92/49/EGS.

4.6 Odgovor Slovenije na drugi dodatni uradni opomin Evropske komisije

Slovenska stran je v odgovoru (Generalni sekretariat Vlade Republike Slovenije, 2010a) Komisijo obvestila, da se pripravljajo spremembe in dopolnitve ZZVZZ. Prenovljen ZZVZZ naj bi bil sprejet v roku dveh let in sicer v začetku leta 2012. Iz zakona bo tako umaknjenih pet spornih točk. Republika Slovenija meni, da zakon po prenovi ne bo več kršil 8. člena Prve direktive o neživljenjskem zavarovanju in 29. ter 39. člena Tretje direktive o neživljenjskem zavarovanju. Umaknjene točke so:

- obveznost zavarovalnic, da polovico dobička iz dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja namenijo za izvajanje in razvoj tega zavarovanja;
- obveznost predhodne pisne odobritve aktuarja za vsako povišanje cen;
- dolžnost tujih zavarovalnic, ki želijo izvajati to zavarovanje v RS, da imenujejo v RS zastopnika pred Ministrstvom za zdravje;
- dolžnost obveščanja o novih ali spremenjenih zavarovalnih pogojih dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja;
- obveznost pridobitve predhodnega soglasja Ministrstva za zdravje k splošnim pogojem poslovanja za izvajanje dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.

V nadaljevanju je Republika Slovenija utemeljevala zakaj ima sistem dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji funkcijo socialne varnosti. To omogoča enake pravice vsem zavarovancem obveznega zdravstvenega zavarovanja, ne glede na spol, starost, zdravstveno stanje in dohodek. Za delovanje tega vzajemnega sistema so ključnega pomena: enaka premija za vse zavarovance zavarovalnice; obveznost sklenitve pogodbe z vsemi, ki to želijo; omejitev odpovedi zavarovanja; obvezna vključitev zavarovalnice v sistem izravnalnih shem. Zavarovanje ima tudi cilj univerzalnega dostopa. To dokazuje 95 % vključenost v sistem dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.

Glede enotne premije za vse zavarovance zavarovalnice pravijo, da ta skupaj z obveznostjo sklenitve pogodbe in omejitvijo prekinitve pogodbe, onemogoča negativno selekcijo med zavarovanci in tako omogoča enakopravnost zavarovancev različnih spolov, starosti in zdravstvenih stanj. Omejitve pogodb pa zagotavljajo univerzalen dostop do celovite zdravstvene oskrbe. Zavarovalnice lahko še vedno tekmujejo s spreminjanjem svoje premije in z nižanjem stroškov administracije.

Podobno kot enake premije pri zavarovalnicah ohranjajo enakopravnost med zavarovanci posamezne zavarovalnice, pa izravnalne sheme izenačujejo povprečne stroške zavarovancev med zavarovalnicami in tako omogočajo konkurenčnost posamezne zavarovalnice ne glede na sestavo zavarovancev.

Slovenija je pripravila več prilog k odgovoru v katerih prikazuje delovanje izravnalnih shem, strukture zavarovancev pri zavarovalnicah in zgodovino nastanka tega zavarovanja. Opisali so možen scenarij v primeru odprave izravnalnih shem in posledičen vpliv na starejše prebivalstvo.

Sorazmernost ukrepa obvezne vključitve zavarovalnic v sistem izravnalnih shem je pojasnjena s primerom BUPA proti komisiji (ta govori o izravnalnih shemah na Irskem) in upoštevanjem takrat upoštevanih okoliščin glede sorazmernosti shem. Te so, da se izravnava vrši le, če je seštevek zneskov za izravnavo večji od 1,5 % zneskov kosmatih obračunanih škod; da se izravnava le škode iz naslova različnih struktur zavarovancev glede na starost in spol; da se ne izravnava obratovalni dodatek ampak le škode iz dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (dobiček učinkovitega poslovanja ostane zavarovalnicam); da se izravnava le zneski iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja, saj dopolnilno zdravstveno zavarovanje ne krije nadstandarda.

V sklepu je Republika Slovenija zapisala, da bodo z reformo zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju odpravljene vse ne nujno potrebne omejitve prostega trga na tem področju. Ključne omejitve za zagotavljanje stabilnega in vzdržnega sistema, kot sistema socialne varnosti, ter solidarnosti sistema so tako enotna premija za zavarovance posamezne zavarovalnice, obvezno sklepanje pogodb in omejitve pri odpovedi pogodb ter obvezna vključenost v izravnalne sheme.

4.7 Obrazloženo mnenje Evropske komisije

Po prvem opominu in dveh dodatnih opominih je evropska Komisija 30. 9. 2010 izdala obrazloženo mnenje (Komisija Evropskih skupnosti, 2010b) v katerem Slovenijo poziva, da v roku dveh mesecev od prejema, sprejme potrebne ukrepe za upoštevanje tega obrazloženega mnenja.

V prvem delu je Evropska Komisija kronološko obnovila dogajanje in razloge, ki so vodili v to obrazloženo mnenje. To zajema vse opomine Komisije in odgovore vlade RS.

4.7.1 Neizvajanje direktiv o neživljenjskem zavarovanju

V mnenju Komisija pravi, da dopolnilno zdravstveno zavarovanje ni obvezno in samo povrne del stroškov, ki niso kriti s sistemom obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ne podpira argumenta,

da to zavarovanje ne spada na področje Prve direktive o neživljenjskem zavarovanju. Da bi sistem bil sistem socialne varnosti, bi moral imeti obvezne prispevke in obvezno vključenost. Komisija je bila tako mnenja, da slovenski sistem dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja ne sodi v odstopanji, ki sta določeni v členih 2(1)(d) in 2(1)(e) Prve direktive o neživljenjskem zavarovanju. Pri člen 2(1)(d) gre za zavarovanja v okviru sistema obvezne socialne varnosti, pri členu 2(1)(e) pa za vrsto zavarovanja, ki obstaja na Irskem in v Združenem kraljestvu.

4.7.2 Člen 54 Tretje direktive (javni interes)

Komisija je bila v obrazloženem mnenju mnenja, da če se kritje prostovoljnega zavarovanja šteje za javni interes to ne pomeni, da je tako zavarovanje obravnavano kot obvezno ali da spada v delno oziroma popolno alternativo zdravstvenemu kritju obveznega zdravstvenega zavarovanja. Takšno dopolnilno zavarovanje ne nadomešča obveznega vendar krije povračila dela dogovorjenih stroškov za storitve in blago, ki niso kriti s sistemom obveznega zavarovanja.

4.7.3 Obveščanje o novih in spremenjenih pogojih

Republika Slovenija s tem, da zahteva, da mora zavarovalnica seznaniti Agencijo za zavarovalni nadzor z novimi ali spremenjenimi pogoji dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (62.i člen, ZZVZZ) in da mora vloga za pridobitev soglasja za opravljanje zavarovalnih poslov dopolnilnega zavarovanja vsebovati podatke o zavarovalnici in splošne pogoje za dopolnilna zavarovanja (62.a člen, ZZVZZ), krši člen 8(3) Prve ter člena 29 in 39 Tretje direktive o neživljenjskem zavarovanju. Direktivi izrecno prepovedujeta zahtevanje predhodnega dovoljenja ali sistematičnega obveščanja o zavarovalnih pogojih in opravljanje kakršnega koli nadzora nad zavarovalnimi policami in premijskimi ceniki ali sistematično obveščanje z odobritvijo ali hrambo dokumentov pred njihovo uporabo.

4.7.4 Odobritev povišanja premij

Obveznost predhodne odobritve povišanja premij krši člen 8(3) Prve direktive o neživljenjskem zavarovanju ter člena 29 in 39 Tretje direktive o neživljenjskem zavarovanju. Po direktivah, članice ne morejo zahtevati predhodnega obvestila oziroma potrditve sprememb premij zavarovanj.

4.7.5 Prerazporeditev dobičkov

Za Komisijo je v mnenju sporna obveznost, da mora zavarovalnica, ki izvaja dopolnilno zdravstveno zavarovanje v RS nameniti polovico dobička za izvajanje in razvoj tega zavarovanja. Ta obveznost odvrta možne vlagatelje v te zavarovalnice in tako omejuje prost pretok kapitala določenega s členom 63 Pogodbe o delovanju Evropske unije, ki prepoveduje vse omejitve pretoka kapitala.

Sodišče ES je ugotovilo, da oviranje nakupa deležev v podjetjih, zaradi ukrepov držav, pomeni omejitev pretoka kapitala.

Pretok kapitala se sicer lahko omeji z nacionalnimi ukrepi, vendar le, če so navedeni v členu 65 PDEU oziroma iz pomembnejših razlogov splošnega interesa, če ni ukrepa EU za varstvo teh interesov. Komisiji takšni razlogi splošnega interesa niso bili predstavljeni in ji niso razvidni.

4.7.6 Imenovanje pooblaščenca

Zahteva 62. f člena ZZVZZ, da mora vsaka zavarovalnica, ki opravlja dopolnilno zdravstveno zavarovanje v RS imenovati pooblaščenca omejuje svobodo opravljanja storitev določene v 56. členu PDEU. Ukrepanje bi bilo dopustno le, če bi bilo utemeljeno z razlogi javnega interesa. Komisija ne pozna razlogov, ki bi utemeljevali to omejitev.

4.7.7 Sklep

Komisija je nato izdala obrazloženo mnenje in zapisala, da Republika Slovenija ni v celoti v svojo zakonodajo prenesla Direktive 73/239/EGS, Direktive 92/49/EGS in ni uporabljala Pogodbe o delovanju Evropske unije. Komisija je tako postavila rok dveh mesecev za odpravo kršitev.

4.8 Odgovor na obrazloženo mnenje Evropske komisije

V odgovoru (Generalni sekretariat Vlade Republike Slovenije, 2010b) je Vlada zapisala, da je v odgovoru na drugi dodatni opomin Evropske komisije komisijo že obvestila, da bo odpravila 5 spornih določb ZZVZZ:

- Obveznost zavarovalnic, da polovico dobička iz dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja namenijo za izvajanje in razvoj tega zavarovanja;
- obveznost predhodne pisne odobritve aktuarja za vsako povišanje cen;
- dolžnost tujih zavarovalnic, ki želijo izvajati to zavarovanje v RS, da imenujejo v RS zastopnika pred Ministrstvom za zdravje;
- dolžnost obveščanja o novih ali spremenjenih zavarovalnih pogojih dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja;
- obveznost pridobitve predhodnega soglasja Ministrstva za zdravje k splošnim pogojem poslovanja za izvajanje dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.

4.8.1 Ureditev zdravstvenega zavarovanja v Republiki Sloveniji

V nadaljevanju odgovora je Vlada Republike Slovenije zapisala, da so v RS osebe zavarovane z obveznim zdravstvenim zavarovanjem, ki krije le del pravic, drugi del pa je potrebno doplačati. Da se osebe izognejo temu tveganju, lahko osebe sklenejo dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Ker je v to zavarovanje vključeno 95 % prebivalstva, doseže to neobvezno zavarovanje učinek obveznega.

Namen dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja je povračilo stroškov doplačil. Tako je to zavarovanje v Sloveniji, zaradi svojega namena in narave, del javnega interesa. Doplačila so lahko zelo visoka (5 % do 90 %), zato je leta 2008 RS začela kriti doplačila socialno ogroženim prebivalcem iz proračuna. Dopolnilno zavarovanje ni pogoj za uporabo zdravstvenih storitev. Prav tako, dopolnilno zavarovanje krije le stroške, ki so že delno kriti z obveznim zavarovanjem.

Vlada meni, da je sprememba sistema zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja nujna, ker pa prostovoljno zavarovanje predstavlja javni interes, hitre spremembe niso mogoče. Vlada je priložila tudi časovnico načrtovanih sprememb.

4.8.2 Časovnica sprememb

V odgovoru je ministrstvo za zdravje zapisalo, da bo do 31. 3. 2011 pripravilo osnutek zakona za celovito prenovu zdravstvenega sistema. Razlogi za to so:

- odprava kršitev določenih v obrazloženem mnenju,
- regresivnost plačevanja zdravstvenih storitev, ker so premije za vse enake ne glede na dohodek,
- omejevanje dostopa do zdravstvenih storitev, ker so cene doplačil lahko zelo visoke v kolikor zavarovanec ni dopolnilno zavarovan,
- ker dobro poslovanje ZZZS in s tem nižanje stroškov storitev povečuje dobičke zavarovalnicam DZZ,
- ker nižanje deleža obveznega zdravstvenega zavarovanja v ceni storitve znižuje učinkovitost javnih izvajalcev.

Vlada razmišlja, da bi na novo definirala košarico zdravstvenih pravic in o novem prostovoljnem sistemu zdravstvenega zavarovanja, ki bi temeljil na tržnih načelih in bi zavaroval tiste zdravstvene storitve, ki ne bi bile zajete v košarici storitev, kritih iz javnih sredstev. Ker je v sistem dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja vključen velik odstotek prebivalstva, bi hitre in nepremišljene spremembe lahko imele resne posledice za socialno varnost prebivalcev.

Po novem bodo vse storitve v košarici zdravstvenih storitev krite z obveznim zdravstvenim zavarovanjem. Ostale storitve bodo prepuščene trgu in tako krite z ostalimi zavarovanji.

Zaradi velikih sprememb socialnih pravic in usklajevanja s socialnimi partnerji bo vlada tako pripravila osnutek zakona do 1. 5. 2011.

Do 1. 7. 2011 bo osnutek na voljo javnosti za morebitne pripombe in izboljšave. Nato bo ministrstvo za zdravje v enem mesecu uskladilo osnutek zakona. Nato sledi medresorsko in socialno usklajevanje predloga zakona do 1. 10. 2011.

Sprejem zakona je tako predviden do konca 2011 na vladi RS in 30. 6. 2012 v Državnem zboru.

V odgovoru je Vlada Republike Slovenije mnenja, da potrebuje več časa za sprejetje reforme, katera bo upoštevala vse argumente Komisije, kot ga je za sprejetje ukrepov dala Komisija.

4.9 Sodba Sodišča Evropske unije

Komisija Evropske unije ni bila zadovoljna in je dvomila v to, da bo Republika Slovenija sprejela ukrepe zapisane v odgovoru na obrazloženo mnenje. Minila so prav tako že štiri leta od prvega uradnega opomina in pretekel je dvomesečni rok za sprejetje ustreznih ukrepov, ki ga je dala Komisija. Zaradi tega se je Komisija odločila in vložila tožbo (Sodba Sodišča, opr. št. C-185/11-Komisija proti Sloveniji, 2012).

Komisija v tožbi Sloveniji očita, da ne izpolnjuje obveznosti iz člena 8(3) Prve ter členoma 29 in 39 Tretje direktive o neživljenjskem zavarovanju. Prav tako očita neizpolnitev obveznosti iz 56. in 63. člena Pogodbe o delovanju Evropske unije (PDEU).

Republika Slovenija v obrambi priznava kršenje direktiv in pogodbe, vendar trdi, da poteka zakonodajna reforma, ki bo odpravila sporne določbe.

Sodišče po ustaljeni sodni praksi upošteva stanje ob izteku roka, zapisanega v obrazloženem mnenju in ne upošteva kasnejših sprememb. Veljavnost določb, ob izteku roka, za Sodišče ni sporna. Sodišče tako mora odločiti ali so določbe v zakonu sporne z ureditvijo Evropske unije.

Glede kršitve Prve in Tretje Direktive je bil sporen člen 62.a ZZVZZ, ki je določal, da mora zavarovalnica, ki želi opravljati zavarovalne posle dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, pridobiti soglasje ministra, pristojnega za zdravje. Vloga za pridobitev soglasja je morala vsebovati splošne in posebne pogoje, obrazce in tiskovine, ki jih bo zavarovalnica uporabljala v poslovanju z zavarovanci in vso dokumentacijo glede višine premij.

Člen 62.i ZZVZZ je določal obveznost, da Agencijo za zavarovalni nadzor, zavarovalnice, seznanijo vsaj dva meseca preden začnejo uporabljati nove ali spremenjene zavarovalne pogoje.

Člen 62(2) točka 6 ZZVZZ je določala, da mora vsako povišanje premij potrditi imenovani pooblaščenec aktuar zavarovalnice.

Sodišče je tako moralo razsoditi, ali člen 8(3) Prve ter člena 29 in 39(2) Tretje Direktive o neživljenjskem zavarovanju prepovedujejo zahtevanje predhodnega dovoljenja ali sistematičnega obveščanja o splošnih in posebnih zavarovalnih pogojih, o premijskih cenikih in obrazcih ter drugih tiskanih listinah, ki jih namerava zavarovalnica uporabiti pri poslovanju z zavarovanci in ali členi prepovedujejo predhodno obveščanje ali odobritev premij, kot to določa ZZVZZ.

Komisija v povzetku drugega očitka navaja, da Republika Slovenija s tem, da je sprejela in ohranja v veljavi člena 62(2) točka 4, ki govori, da morajo zavarovalnice polovico dobička nameniti za izvajanje dopolnilnega zavarovanja in 62.f(9), ZZVZZ, ki govori o obveznosti imenovanja pooblaščenca za vročitve odločb ministrstvu, ni izpolnila obveznosti iz členov 56 in 63 PDEU, ki govorita o prepovedi omejevanja svobode opravljanja storitev ter prepovedi omejevanja pretoka kapitala in plačil znotraj Unije. Hkrati Komisija v tožbi Sodišču predlaga, naj ugotovi, da Republika Slovenija, z nepravilnim prenosom Prve in Tretje direktive o neživljenjskem zavarovanju, ni izpolnila obveznosti iz členov 56 in 63 PDEU.

Sodišče je bilo mnenja, da tožnik ni dovolj jasno navedel predmeta spora. Tako Sodišče ni moglo odločati, ker bi sicer lahko odločalo o zadevah, ki niso predmet spora oziroma o nekem očitku ne bi odločilo.

Sodišče je razsodilo, da Republika Slovenija ni izpolnila obveznosti iz člena 8(3) Prve ter iz členov 29 in 39 Tretje Direktive o neživljenjskem zavarovanju. Drugi očitek, glede neizpolnitve obveznosti iz členov 56 in 63 PDEU, je Sodišče zavrnilo.

4.10 Trenutno stanje

Po sodbi je Republika Slovenija z zakonom o uravnoteženju javnih financ (ZUJF) odpravila vse kršitve navedene v sodbi, ki jih je Sodišče spoznalo, da ne upoštevajo obveznosti iz Prve in Tretje Direktive o neživljenjskem zavarovanju. To pomeni, da je ZUJF iz ZZVZZ:

- odstranil 6. točko 62. člena, ki govori o predhodnem potrjevanju povišanja premij s strani pooblaščenega aktuarja zavarovalnice,
- črtal 62.a člen, ki zahteva predhodno soglasje ministra, pristojnega za zdravje, za opravljanje zavarovalnih poslov dopolnilnega zavarovanja in
- odstranil prvi in drugi odstavek 62.i člena, ki pravita, da mora zavarovalnica seznaniti Agencijo za zavarovalni nadzor z novimi ali spremenjenimi zavarovalnimi pogoji dopolnilnega zavarovanja.

Od sprejetja ZUJF-a pa do sredine leta 2015 ni večjih sprememb ZZVZZ v zvezi z dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem. Trenutno se Zdravstveno ministrstvo ukvarja s pripravljanjem celovite reforme zdravstva. Menim, da je velika verjetnost, da bo dopolnilno zdravstveno zavarovanje ukinjeno in nadomeščeno z drugačnim sistemom financiranja zdravstvenega sistema.

SKLEP

Zdravstveno varstvo spada v področje temeljnih človekovih pravic (25. člen deklaracije o človekovih pravicah). To se odraža tudi v Ustavi Republike Slovenije, kjer je zapisano, da mora država vzpostaviti sistem, ki omogoča dostopnost do zdravstvenih storitev vsem, ki jih potrebujejo.

Tako je bil v Sloveniji leta 1992 vzpostavljen sistem obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje je bilo vzpostavljeno na načelu pravičnosti in solidarnosti med prebivalci. Država je poskrbela tudi za tiste, ki si dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja ne morejo privoščiti. Da bi premije za to zavarovanje zagotavljale solidarnost, je Republika Slovenija sprejela mnoge ukrepe, ki pa vsi niso bili v skladu z zakonodajo Evropske unije. Evropska komisija, ki skrbi za skladnost zakonodaj članic z zakonodajo Evropske unije, je tako zahtevala odpravo določenih členov ZZVZZ. Sporni so bili predvsem členi, ki omejujejo prost pretok kapitala in storitev.

Po sodbi Sodišča Evropske unije je Republika Slovenija, z Zakonom o uravnoteženju javnih financ, odpravila vse sporne kršitve in napovedala celovito reformo zdravstvenega sistema, katerega priprava še vedno poteka. Najbolj verjeten scenarij je ukinitvev dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja in iskanje drugih virov financiranja.

LITERATURA IN VIRI

1. Adriatic Slovenica d.d. (2009). *Letno poročilo 2008*, Koper: Adriatic Slovenica d.d.
2. Adriatic Slovenica d.d. (2010). *Konsolidirano letno poročilo 2009 revidirano*, Koper: Adriatic Slovenica d.d.
3. Adriatic Slovenica d.d. (2011). *Letno poročilo 2010 revidirano*, Koper: Adriatic Slovenica d.d.
4. Adriatic Slovenica d.d. (2012). *Revidirano konsolidirano letno poročilo 2011*, Koper: Adriatic Slovenica d.d.
5. Adriatic Slovenica d.d. (2013). *Konsolidirano letno poročilo 2012*, Koper: Adriatic Slovenica d.d.
6. Adriatic Slovenica d.d. (2014). *Konsolidirano letno poročilo 2013*, Koper: Adriatic Slovenica d.d.
7. Adriatic Slovenica d.d. (2015). *Revidirano letno poročilo 2014*, Koper: Adriatic Slovenica d.d.
8. Generalni sekretariat Vlade Republike Slovenije. (2007). *Odgovor Vlade Republike Slovenije na uradni opomin Evropske komisije v zvezi z neizpolnjevanjem obveznosti, ki jih nalagata Prva in Tretja direktiva o neživljenjskih zavarovanjih* (interno gradivo). Ljubljana: Generalni sekretariat Vlade Republike Slovenije.
9. Generalni sekretariat Vlade Republike Slovenije. (2009). *Odgovor Vlade Republike Slovenije na dodatni uradni opomin Evropske komisije glede kršitve točke d) in e) prvega odstavka 2. člena Prve direktive Sveta 73/239/EGS z dne 24. 6. 1973 o usklajevanju zakonov in drugih predpisov o začetku opravljanja in opravljanja dejavnosti neposrednega zavarovanja razen življenjskega zavarovanja in 54. člena Direktive Sveta 92/49/EGS z dne 18.6.1992 o spremembi Direktiv 73/239/EGS in 88/357/EGS in o uskladitvi zakonov in drugih predpisov o neposrednem zavarovanju razen življenjskega zavarovanja (tretja direktiva o premoženjskem zavarovanju) ter 49. in 56. člena Pogodbe o ustanovitvi Evropske skupnosti.* (interno gradivo). Ljubljana: Generalni sekretariat Vlade Republike Slovenije.
10. Generalni sekretariat Vlade Republike Slovenije. (2010a). *Predlog odgovora Evropski komisiji glede drugega dodatnega Uradnega opomina Evropske komisije, kršitev št. 2006/4624, glede kršitve 49. in 56. člena Pogodbe o delovanju Evropske unije (prej 43. in 49. člena Pogodbe ES), tretjega odstavka 8. člena Prve direktive o neživljenjskem zavarovanju ter 29. in 39. člena Tretje direktive o neživljenjskem zavarovanju.* (interno gradivo). Ljubljana: Generalni sekretariat Vlade Republike Slovenije.
11. Generalni sekretariat Vlade Republike Slovenije. (2010b). *Odgovor Republike Slovenije na obrazloženo mnenje zaradi nepopolnega in nepravilnega prenosa Prve Direktive 73/239/EGS Sveta z dne 24. junija 1973 o usklajevanju zakonov in drugih predpisov o začetku opravljanja in opravljanju dejavnosti neposrednega zavarovanja razen življenjskega zavarovanja, kot je bila naknadno spremenjena, in nepravilnega prenosa Direktive Sveta 92/49/EGS z dne 18. junija 1992 o spremembah Direktiv 73/239/EGS in 88/357/EGS in o uskladitvi zakonov in drugih predpisov o neposrednem zavarovanju razen življenjskega zavarovanja (Tretja direktiva o premoženjskem zavarovanju) v nacionalno zakonodajo ter*

- zaradi neizpolnitve obveznosti iz 56. in 63. člena Pogodbe o delovanju Evropske unije (kršitev št. 2006/4624). Ljubljana: Generalni sekretariat Vlade Republike Slovenije.
12. *Katero zavarovalnico izbrati?* (2005, 14. november). Najdeno 2. oktobra 2015 na spletnem naslovu <http://www.rtv slo.si/slovenija/katero-zavarovalnico-izbrati/45943>
 13. Komisija Evropskih skupnosti. (2007, 21. marec). *Uradni opomin kršitev št. 2006/4624*. Bruselj: Komisija Evropskih skupnosti, 2007.
 14. Komisija Evropskih skupnosti. (2009, 25. junij). *Dodatni pisni opomin Kršitev št. 2006/4624*. Bruselj: Komisija Evropskih skupnosti, 2009.
 15. Komisija Evropskih skupnosti. (2010a, 18. marec). *Dodatni pisni opomin Kršitev št. 2006/4624*. Bruselj: Komisija Evropskih skupnosti, 2010.
 16. Komisija Evropskih skupnosti. (2010b, 30. september). *Obrazloženo mnenje Št. kršitve 2006/4624*. Bruselj: Komisija Evropskih skupnosti, 2010.
 17. *Let's find the best short-term plan for your needs*. Najdeno 26. septembra 2013 na spletnem naslovu <https://www.ehealthinsurance.com/ehi/st/short-term-census>
 18. *Nadzorni svet Vzajemne: Napovedani dvig premij naj se zamrzne*. (2004, 8. julij). *Finance*. Najdeno 4. junija 2015 na spletnem naslovu <http://www.finance.si/83421/Nadzorni-svet-Vzajemne-Napovedani-dvig-premij-naj-se-zamrzne>
 19. *Od 1. februarja višja premija dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja in nižje plače zaposlenih v TRIGLAV, Zdravstveni zavarovalnici*. (2009, 14. januar). Najdeno 2. oktobra 2015 na spletnem naslovu <http://www.zdravstvena.net/novice/od-1-februarja-vi%C5%A1ja-premija-dopolnilnega-zdravstvenega-zavarovanja-ni%C5%BEje-pla%C4%8De-zaposlenih-v>
 20. *Od prvega julija višja premija dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja*. (2012, 8. junij). Najdeno 2. oktobra 2015 na spletnem naslovu <http://www.zdravstvena.net/novice/od-prvega-julija-vi%C5%A1ja-premija-dopolnilnega-zdravstvenega-zavarovanja/8-6-2012>
 21. *Od prvega junija nižja premija dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja*. (2014, 3. marec). Najdeno 2. oktobra 2015 na spletnem naslovu <http://www.zdravstvena.net/novice/od-prvega-junija-ni%C5%BEje-premija-dopolnilnega-zdravstvenega-zavarovanja/3-3-2014>
 22. *Od prvega marca višja premija dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja*. (2011, 4. februar). Najdeno 2. oktobra 2015 na spletnem naslovu <http://www.zdravstvena.net/novice/od-prvega-marca-vi%C5%A1ja-premija-dopolnilnega-zdravstvenega-zavarovanja/4-2-2011>
 23. Sodba Sodišča, opr. št. C-185/11 – Komisija proti Sloveniji, 26. januar 2012 (2012). Najdeno 15. junija 2015 na spletnem naslovu <http://curia.europa.eu/juris/liste.jsf?language=sl&num=c-185/11>
 24. Toth, M. (2012). *Socialno zdravstveno zavarovanje*. Ljubljana: Slovensko zavarovalno združenje.
 25. *TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica z najnižjo zavarovalno premijo*. (2006, 28. februar). Najdeno 2. oktobra 2015 na spletnem naslovu <http://www.zdravstvena.net/novice/triglav-zdravstvena-zavarovalnica-z-najni%C5%BEjo-zavarovalno-premijo/28-2-2006>
 26. Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d. (2009). *Revidirano letno poročilo za leto 2008*, Koper: Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d.
 27. Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d. (2010). *Revidirano letno poročilo za leto 2009*, Koper: Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d.

28. Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d. (2011). *Revidirano letno poročilo za leto 2010*, Koper: Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d.
29. Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d. (2012). *Revidirano letno poročilo za leto 2011*, Koper: Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d.
30. Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d. (2013). *Revidirano letno poročilo za leto 2012*, Koper: Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d.
31. Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d. (2014). *Revidirano letno poročilo za leto 2013*, Koper: Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d.
32. Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d. (2015). *Revidirano letno poročilo za leto 2014*, Koper: Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d.
33. *Višja premija za dopolnilno zdravstveno zavarovanje*. (2007, 31. avgust). Najdeno 2. oktobra 2015 na spletnem naslovu <http://www.as-skupina.si/-/visja-premija-za-dopolnilno-zdravstveno-zavarovanje>
34. *Višja premija za dopolnilno zdravstveno zavarovanje*. (2008, 21. november). Najdeno 2. oktobra 2015 na spletnem naslovu <http://www.as-skupina.si/-/visja-premija-za-dopolnilno-zdravstveno-zavarovan-1>
35. *Višje premije za dopolnilno zdravstveno zavarovanje*. (2006, 7. september). Najdeno 2. oktobra 2015 na spletnem naslovu <http://www.as-skupina.si/-/visje-premije-za-dopolnilno-zdravstveno-zavarovanje>
36. Vzajemna d.v.z. (2009). *Revidirano letno poročilo za leto 2008*, Ljubljana: Vzajemna d.v.z.
37. Vzajemna d.v.z. (2010). *Revidirano letno poročilo za leto 2009*, Ljubljana: Vzajemna d.v.z.
38. Vzajemna d.v.z. (2011). *Revidirano letno poročilo za leto 2010*, Ljubljana: Vzajemna d.v.z.
39. Vzajemna d.v.z. (2012). *Revidirano letno poročilo za leto 2011*, Ljubljana: Vzajemna d.v.z.
40. Vzajemna d.v.z. (2013). *Revidirano letno poročilo za leto 2012*, Ljubljana: Vzajemna d.v.z.
41. Vzajemna d.v.z. (2014). *Revidirano letno poročilo za leto 2013*, Ljubljana: Vzajemna d.v.z.
42. Vzajemna d.v.z. (2015). *Revidirano letno poročilo za leto 2014*, Ljubljana: Vzajemna d.v.z.
43. *Vzajemna toži lekarni, viša premije*. (2006, 21. julij). Najdeno 2. oktobra 2015 na spletnem naslovu <http://www.rtv slo.si/slovenija/vzajemna-tozi-lekarni-visa-premije/57363>
44. *Vzajemna zvišuje premije*. (2007, 28. september). Najdeno 2. oktobra 2015 na spletnem naslovu <http://www.rtv slo.si/gospodarstvo/vzajemna-zvisuje-premije/77081>
45. Yamamoto, D. H. (2013). Health Care Costs - From Birth to Death. *Health Care Cost Institute's Independent Report Series – Report 2013-1*. Najdeno 1. oktobra 2015 na spletnem naslovu <http://www.healthcostinstitute.org/SOA-1-2013>
46. Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-H). *Uradni list RS* št. 76/2005.
47. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. *Uradni list RS* št. 9/1992.
48. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. *Uradni list RS* št. 72/2006 – UPB3.
49. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. *Uradni list RS* št. 72/2006 – UPB3, 114/2006 – ZUTPG, 91/2007, 71/2008 – *Sk. US*, 76/2008, 62/2010 – ZUPJS, 87/2011, 40/2012 – ZUIJF, 21/2013 – ZUTD-A, 63/2013 – ZIUPTDSV, 91/2013.
50. *Zaradi povišanja stroškov zdravstvenih storitev za 4,35 odstotka višja premija za dopolnilno zdravstveno zavarovanje pri TRIGLAV, Zdravstveni zavarovalnici, d.d.* (2006, 31. avgust).

Najdeno 2. oktobra 2015 na spletnem naslovu <http://www.zdravstvena.net/novice/zaradi-povi%C5%A1anja-stro%C5%A1kov-zdravstvenih-storitev-za-435-odstotka-vi%C5%A1ja-premija-za-dopolnilno>

51. *Zaradi rasti obsega stroškov zdravstvenih storitev sprememba premije dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.* (2007, 27. julij). Najdeno 2. oktobra 2015 na spletnem naslovu <http://www.zdravstvena.net/novice/zaradi-rasti-obsega-stro%C5%A1kov-zdravstvenih-storitev-sprememba-premije-dopolnilnega>
52. *Zavarovanci Adriatica z najugodnejšo premijo 4.611 tolarjev.* (2005, 28. november). Najdeno 2. oktobra 2015 na spletnem naslovu http://www.as-skupina.si/prikaz-sporocil/-/asset_publisher/8Jo8d1fJUBPi/content/zavarovanci-adriatica-z-najugodnejso-premijo-4-611-tolarjev
53. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (2010). *Poslovno poročilo za leto 2009.* Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
54. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (2011). *Poslovno poročilo za leto 2010.* Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
55. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (2012). *Poslovno poročilo za leto 2011.* Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
56. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (2013). *Poslovno poročilo za leto 2012.* Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
57. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (2014). *Poslovno poročilo za leto 2013.* Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
58. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (2015). *Poslovno poročilo za leto 2014.* Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
59. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (b.l.). Preglednica prispevkov. Najdeno 4. junija 2015 na spletnem naslovu [http://www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzs.nsf/0/7f079796008ee60ec1256d3a00460146/\\$FILE/pr-eglednica%20po%20zavarovancih%20-%20novela%20zzvzz.docx](http://www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzs.nsf/0/7f079796008ee60ec1256d3a00460146/$FILE/pr-eglednica%20po%20zavarovancih%20-%20novela%20zzvzz.docx)

PRILOGA

Priloga: Seznam kratic enačbe (1)

- IZ = izhodiščni znesek za izravnavo zavarovalnice
- C = stroški kritja dopolnilnega zavarovanja za obdobje
- ZN = znesek nadomestil za zagotavljanje podatkov za obdobje
- TD = količnik števila zavarovancev zavarovalnice in števila vseh zavarovancev v vseh zavarovalnicah
- ACM_i = povprečni stroški zdravstvenih storitev na moškega zavarovanca pri zavarovalnici v razredu i
- $AC\check{Z}_i$ = povprečni stroški zdravstvenih storitev na ženskega zavarovanca pri zavarovalnici v razredu i
- i = zaporedni starostni razred (0-25, 25-35, 35-45, 45-55, 55-65, 65-75, 75+)
- nm_i = število moških zavarovancev v razredu i pri vseh zavarovalnicah
- $n\check{z}_i$ = število ženskih zavarovancev v razredu i pri vseh zavarovalnicah