

**UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA**

MAGISTRSKO DELO

TANJA ARČON

**UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA**

MAGISTRSKO DELO

**USPEŠNOST POSLOVANJA SLOVENSКИH ZAVAROVALNIC, KI
PONUJAJO ZDRAVSTVENA ZAVAROVANJA**

Ljubljana, december 2009

TANJA ARČON

IZJAVA

Študentka Tanja Arčon izjavljam, da sem avtorica tega magistrskega dela, ki sem ga napisala v soglasju s svetovalko prof. dr. Metko Tekavčič, in da v skladu s 1. odstavkom 21. člena Zakona o avtorskih in sorodnih pravicah dovolim njegovo objavo na fakultetnih spletnih straneh.

V Ljubljani, dne 23.12.2009

Podpis: _____

KAZALO

UVOD	1
1 ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V REPUBLIKI SLOVENIJI	5
1.1 Zdravstveno varstvo	5
1.1.1 Zdravstveno varstvo kot del sistema socialne varnosti	6
1.2 Zgodovinski pregled zdravstvenega zavarovanja.....	6
1.2.1 Reforma zdravstvenega sistema leta 1992.....	8
1.2.2 Zdravstvena reforma – bela knjiga – leta 2003	8
1.2.2.1 Cilji zdravstvene reforme	10
1.2.2.2 Kritika zdravstvene reforme	10
1.3 Zakonska ureditev zdravstvenega zavarovanja.....	12
1.4 Osnovne značilnosti zdravstvenega zavarovanja.....	14
1.4.1 Obvezno zdravstveno zavarovanje	14
1.4.2 Prostovoljno zdravstveno zavarovanje.....	16
1.4.2.1 Izravnalne sheme	18
1.5 Pravno organizacijske oblike zavarovalnic.....	19
1.5.1 Družba za vzajemno zavarovanje	20
1.5.2 Zavarovalna delniška družba.....	21
1.6 Zavarovalnice, ki ponujajo zdravstvena zavarovanja	21
1.6.1 VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica, d.v.z.	22
1.6.1.1 Ponudba zdravstvenih zavarovanj	22
1.6.2 TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d.....	23
1.6.2.1 Ponudba zdravstvenih zavarovanj	24
1.6.3 ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d.....	24
1.6.3.1 Ponudba zdravstvenih zavarovanj	25
1.6.4 Primerjava vseh treh zavarovalnic	26
2 STORITVE ZDRAVSTVENIH ZAVAROVANJ.....	28
2.1 Trženjski splet storitev	31
2.2 Ponudba novih zdravstvenih storitev	35
3 PRESOJANJE USPEŠNOSTI S POMOČJO KAZALNIKOV	37
3.1 Finančno-računovodski kazalniki poslovanja.....	37
3.2 Nefinančni kazalniki poslovanja	38
3.3 Uravnotežen sistem kazalnikov	39

4 EMPIRIČNA RAZISKAVA O IZBIRI ZAVAROVALNICE, KI PONUJA	
ZDRAVSTVENA ZAVAROVANJA.....	39
4.1 Metodologija raziskave	39
4.2 Opredelitev populacije in vzorca ter metode zbiranja podatkov.....	41
4.3 Predstavitev vprašalnika in spremenljivk.....	41
4.4 Predstavitev in analiza raziskovalnih rezultatov.....	42
5 PRIMERJALNA ANALIZA POSLOVANJA ZAVAROVALNIC, KI PONUJAJO	
ZDRAVSTVENA ZAVAROVANJA.....	48
5.1 Teoretična opredelitev analize poslovanja	50
5.1.1 Cilj in namen analize poslovanja.....	51
5.2 Analiza poslovnega uspeha zavarovalnic	52
5.2.1 Analiza prihodkov.....	52
5.2.2 Analiza odhodkov	55
5.2.3 Analiza poslovnega izida	57
5.3 Analiza poslovne uspešnosti zavarovalnic.....	60
5.3.1 Analiza produktivnosti dela	61
5.3.2 Analiza ekonomičnosti poslovanja	63
5.3.3 Analiza rentabilnosti poslovanja	65
5.4 Analiza bilance stanja zavarovalnic	68
5.5 Analiza škodnih rezultatov zavarovalnic	70
5.6 Analiza stroškov poslovanja.....	72
6 STRATEŠKE USMERITVE ZAVAROVALNIC, KI PONUJAJO PROSTOVOLJNO	
ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE.....	74
SKLEP	76
LITERATURA IN VIRI.....	80
PRILOGE	

KAZALO SLIK

Slika 1: Ali ste zvesti in zadovoljni pri vaši zavarovalnici ter kakšno je vaše mnenje glede ponovne odločitve o izbiri zavarovalnice (združena vprašanja št. 4, 6, 7 in 8)	44
Slika 2: Katera je bistvena lastnost, ki jo ima vaša zav. in ji zato ostajate zvesti (vpr. št. 5)	45
Slika 3: Prikaz nihanja rentabilnosti kapitala in sredstev leta 2008 in 2007	68

KAZALO TABEL

Tabela 1: Prikaz deleža prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v letu 2008	27
Tabela 2: Prikaz višine premije vseh treh zavarovalnic	27
Tabela 3: Obseg prihodkov vseh treh zavarovalnic (v €) v letih 2008 in 2007	54
Tabela 4: Obseg odhodkov vseh treh zavarovalnic v letih 2008 in 2007 (v €)	56
Tabela 5: Izkaz izida posamezne vrste zavarovanj vseh treh zavarovalnic	58
Tabela 6: Obseg poslovnega izida vseh treh zavarovalnic v letih 2008 in 2007 (v €)	59
Tabela 7: Izračun produktivnosti dela vseh treh zavarovalnic v letih 2008 in 2007 (v €)	63
Tabela 8: Kazalci ekonomičnosti vseh treh zavarovalnic v letih 2008 in 2007 (v €)	65
Tabela 9: Izračun rentabilnosti zdr. zav. pri zavarovalnicah v letih 2008 in 2007 (v €)	67
Tabela 10: Obračunana kosmata premija in škode ter čisti prihodki od zavarovalnih premij in čisti odhodki za škode vseh treh zavarovalnic v letih 2008 in 2007 (v €)	71
Tabela 11: Obseg stroškov poslovanja vseh treh zavarovalnic v letih 2008 in 2007 (v €)	73

UVOD

Problematika magistrskega dela: zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Ur. l. RS, št. 72/2006-UPB3, 114/2006-ZUTPG, 91/2007, 71/2008, 76/2008, 118/2008 Skl.US: U-I-163/08-12, v nadaljevanju ZZVZZ) v 12. členu določa, da je zdravstveno zavarovanje obvezno in prostovoljno. Določa tudi obseg obveznega zdravstvenega zavarovanja in njenega nosilca, ki je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZZS) ter opredeljuje, da prostovoljno zdravstveno zavarovanje (v nadaljevanju prostovoljno zavarovanje) v Republiki Sloveniji izvajajo zavarovalnice.

V Republiki Sloveniji delujejo tri zavarovalnice, ki ponujajo zdravstvena zavarovanja¹ (v nadaljevanju zavarovalnice), in sicer so to: VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica, d.v.z., TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d. ter ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d.² Na trgu nastopajo v pravno-organizacijski obliki. Zaradi pomanjkljive zakonodaje na področju dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj je med njimi do 1.9.2005 delovala nepravna konkurenca. Nov zakon o ZZVZZ je uvedel obvezno vključitev vseh zavarovalnic, ki izvajajo dopolnilno zavarovanje v izravnalno shemo, s katero so se med zavarovalnicami izravnale razlike v stroških zdravstvenih storitev, ki so bili posledica različnih struktur zavarovancev po starosti in spolu v posamezni zavarovalnici.

Z novim zakonom je tako postalo, glede na premijo, vseeno pri kateri zavarovalnici se posameznik prostovoljno zavaruje. Tekavčič in Šink (2002, str. 197) sta mnenja, da so se razmere, v katerih poslujejo podjetja, v zadnjih desetletjih močno spremenile. Naraščajoča stopnja konkurenčnosti, vse bolj napredna tehnologija, nove zahteve trgov (kupcev) in drugi dejavniki vplivajo na to, da so kakovostne in pravočasne informacije, ki omogočajo poslovanju podjetja pravilne in pravočasne odločitve, ključne za obstanek in preživetje podjetja. V storitvenih dejavnostih, kamor spada tudi zavarovalništvo, pa so vse bolj ključnega pomena odjemalci storitev. Omenjene zavarovalnice so se začele boriti za vsakega zavarovanca.

¹ Te zavarovalnice ponujajo poleg prostovoljnih zavarovanj še nezgodna zavarovanja (nekatera izmed njih so samostojni produkti in se uvrščajo med premoženjska zavarovanja, nekatera pa obstajajo le ob vezavi na neko drugo prostovoljno zavarovanje in se uvrščajo med zdravstvena zavarovanja). To je tudi razlog zakaj je v naslovu magistrskega dela zdravstveno zavarovanje in ne prostovoljno zavarovanje, o katerem bo sicer ves čas tekla beseda.

² ADRIATIC SLOVENICA, Zavarovalna družba, d.d., ponuja poleg že omenjenih zavarovanj še premoženjska in življenjska.

Zavedajo se, da je za kakovostno prodajo zavarovalnih storitev potrebno upoštevati posebno kombinacijo sestavin trženja. Tradicionalnega tržnega spleta (4P) zaradi njegovih pomanjkljivosti in specifičnih lastnosti zavarovalnih storitev ne moremo preprosto aplicirati na področje zavarovalnih storitev. Osnovnim sestavinam trženja moramo dodati še pisne materiale in fizične dokaze, prodajne procese in ljudi.

Dejstvo je, da obstajajo stvari, na katere imajo podjetja ali zavarovalnice vpliv in stvari, na katere težko vplivajo, saj so se mejniki postavili že v preteklih letih njihovega poslovanja. Tako je tudi z blagovno znamko ali imidžem zavarovalnice, podjetja. Vsaka zavarovalnica ima svojo blagovno znamko. Vrednost blagovne znamke je odvisna od več dejavnikov in ne samo od finančnih vložkov. Gledano z vidika porabnika poseduje blagovna znamka določeno vrednost v tolikšni meri, kolikor so porabniki seznanjeni z znamko in kolikor so shranili v spominu ugodne, unikatne in močne asociacije v zvezi z njo.

Zavarovalnice opravljajo specifično dejavnost. To se kaže v trženju storitev, prepoznavanju blagovne znamke ter tudi v analizi poslovanja. Številni avtorji navajajo različne trditve o analizi poslovanja. Tako denimo pravi Pučko (2005, str. 11), da je analiza poslovanja proces spoznavanja poslovanja konkretnega podjetja (združbe), ki služi za odločanje o izboljšanju ekonomske uspešnosti poslovanja te združbe (podjetja) z vidika uporabnika analize.

Pri analiziranju poslovanja organizacije si pomagamo s finančno-računovodskimi kazalniki. Ena izmed metod presojanja uspešnosti je primerjava posameznih kazalnikov. Najbolj elementarni kazalniki, ki jih tudi najpogosteje uporabljamo, so: donosnost ali rentabilnost, gospodarnost ali ekonomičnost, proizvodnost ali produktivnost, plačilna sposobnost ali solventnost ter različni kazalniki financiranja (Rebernik, 2008, str. 368). Tyran (1992, str. 136-137) je mnenja, da analiza na podlagi kazalnikov omogoča jasnost in razumljivost informacij o poslovanju organizacije ter primerljivost s preteklimi izidi in konkurenčnimi organizacijami (v tem primeru zavarovalnicami); vpogled v posamezne računovodske informacije, ki lahko opozorijo na nezaželene in krizne razmere; prikaz prednosti in slabosti poslovanja glede na okolje organizacije ... Glede pomena kazalnikov poslovanja, pa Milost (2007, str. 191-199) pravi, so leti lahko finančni in nefinančni. Klasični računovodski kazalniki so zelo slaba slika tega, kar se je v poslovnem življenju podjetij zgodilo. Zato to lahko dopolnimo z nefinančnimi – opisnimi kazalniki, ki nam denimo podajo informacije o konkurenčni prednosti podjetja, zadovoljstvu strank, vrednosti naložb v zaposlene, ... Vrednosti nefinančnih kazalnikov ne vplivajo na premoženjsko in finančno stanje podjetja ter na njegovo poslovno uspešnost, pač pa nefinančni kazalniki te dejavnike le pojasnjujejo. Finančni in nefinančni kazalniki, ki kažejo na uspešnost

uresničevanja ciljev podjetja, morajo biti uravnoreženi v razmerju »vzrok – posledica«. Takrat govorimo o uravnoreženem sistemu kazalnikov (angl. *balanced scorecard*).

Namen magistrskega dela: magistrsko delo obravnava kazalnike uspešnosti poslovanja. Namen magistrskega dela je analizirati uspešnost poslovanja slovenskih zavarovalnic, ki ponujajo zdravstvena zavarovanja. Omenjene zavarovalnice se bodo lahko seznanile tako s svojim položajem na konkurenčnem trgu zdravstvenih zavarovanj, kot tudi z mnenjem anketirancev o njihovi ponudbi. Posledično bodo odgovori anketirancev posamezni zavarovalnici pomagali odgovoriti na vprašanje o pomenu širitve njihove ponudbe zdravstvenih zavarovanj. Raziskati želim, ali je pri izboru zavarovalnice odigrala pomembno vlogo njena blagovna znamka ali je morda imel pomembnejšo vlogo način trženja prostovoljnih zavarovanj posamezne zavarovalnice. Predvsem pa želim ugotoviti, kateri so poglobitni vzroki za uspeh posamezne zavarovalnice ter izpostaviti njegove konkurenčne prednosti. Ker je zavarovalna dejavnost zelo specifična, sem analizo poslovanja zelo poenostavila in jo primerjalno interpretirala tako, da je le-ta čim bolj nazorna. Šele končna povezava analize z rezultati ankete je podala pravo sliko o uspešnosti. Z lastnimi predvidevanji, torej nefinančnimi kazalniki, in strnjenimi dognanji drugih avtorjev, želim vsaj deloma pripomoči k lažjemu razumevanju finančnih kazalnikov, ki nam prikazujejo primerljivost podatkov in s tem nazoren prikaz najuspešnejše zavarovalnice.

Cilj magistrskega dela: analiza uspešnosti poslovanja vseh treh zavarovalnic v letu 2008 in primerjava uspešnosti le-teh z letom 2007. Ker menim, da na uspešno poslovanje nedvomno vplivajo številni dejavniki, je eden izmed ciljev naloge tudi analizirati trg zdravstvenih, predvsem prostovoljnih zavarovanj na področju Slovenije, njihovo ponudbo in storitve ter povpraševanje – število zavarovancev in s tem povezano plačilo premij. S pomočjo ankete sem skušala ugotoviti razloge, ki vplivajo na odločitev posameznika o pripadnosti določeni zavarovalnici. Z anketo sem torej preizkusila raziskovalna vprašanja, ki so: »Ali ima pri odločitvi o izbiri zavarovalnice pomembno vlogo ugled blagovne znamke v okolju«, »Ali ima pri odločitvi o izbiri zavarovalnice pomembno vlogo strokovnost in prijaznost zaposlenih« ter »Ali bi imele pri ponovni odločitvi posameznika o izbiri zavarovalnice pomembno vlogo ponujene ugodnosti konkurenčnega ponudnika prostovoljnih zavarovanj«. Na podlagi zbranih rezultatov ankete ter s pomočjo analize uspešnosti poslovanja (kjer sem analizirala poslovni uspeh, poslovno uspešnost, bilance stanja, škodni rezultat zavarovalnic ter stroške poslovanja), sem skušala zavarovalnici (ki zajema najmanjši delež zavarovancev) predlagati ukrepe, s katerimi bi lahko povečala delež le-teh.

Metode raziskovanja in zasnova magistrskega dela: metodološki prijemi pri izdelavi magistrskega dela temeljijo predvsem na izbiri domače in tuje strokovne literature, prispevkov in člankov strokovnjakov s področja obravnavane teme ter vire, ki teoretično in praktično obravnavajo delovanje in uspešnost poslovanja zavarovalnic ter pomen nefinančnih kazalnikov v današnjem času in prostoru. V empiričnem delu raziskave sem uporabila metodo kvalitativne in kvantitativne analize. Le-ta predstavlja osnovo za nadaljnje obdelovanje podatkov o uspešnosti poslovanja. Na osnovi zbranih podatkov in informacij, ki sem jih pridobila iz javnih podatkov posamezne zavarovalnice (za leto 2007 in 2008), sem skušala oceniti uspešnost poslovanja le-teh v Republiki Sloveniji tako, da sem podatke statistično obdelala in jih tudi analizirala. Rezultati ankete so služili kot dodatno orodje za interpretacijo dobljenih računovodskih rezultatov. Pri izdelavi magistrskega dela sem uporabila tudi teoretična znanja, pridobljena med študijem v okviru podiplomskega programa.

Magistrsko delo je sestavljeno iz šestih glavnih poglavij, v katerih se skozi podpoglavja prepletajo obravnavane teme posameznega področja. Uvodni del predstavlja, poleg obravnavane problematike, še načrt in cilj raziskave. Sledi poglavje o zdravstvenem zavarovanju v Republiki Sloveniji, kjer so teoretično predstavljene spremembe zdravstvenih zavarovanj skozi čas, njihova zakonska ureditev ter pomen izravnalnih shem za zavarovalnice. Predstavljeni so tudi vsi trije ponudniki zdravstvenih in s tem tudi prostovoljnih zavarovanj v Republiki Sloveniji. Ker menim, da je v današnjem času za oblikovanje prave tržne ponudbe storitev najpomembnejša prava trženjska strategija, namenjam le-temu celo drugo poglavje. Za presojanje uspešnosti poslovanja podjetja poznamo različne kazalnike (finančno-računovodske in nefinančne kazalnike ter sistem uravnoteženih kazalnikov). Le-ti so podrobneje obravnavani v tretjem poglavju. Četrto poglavje podaja odgovor na raziskovalna vprašanja, ki sem jih preizkusila s pomočjo ankete. Sledi poglavje primerjalne analize uspešnosti slovenskih zavarovalnic, v katerem so prikazani izračuni za celotno zavarovalnico in posebej za zdravstvena zavarovanja, katerim pa je namenjen večji del razlage. V zadnjem poglavju so podani moji predlogi posamezni zavarovalnici, za morebitno izboljšanje njihovega položaja na trgu zdravstvenih zavarovanj. Magistrsko delo zaključujem s sklepnimi ugotovitvami. Na koncu magistrske naloge so priloge, za katere menim, da so nujen del, saj dopolnjujejo magistrsko delo tako vsebinsko kot tudi statistično.

1 ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V REPUBLIKI SLOVENIJI

1.1 Zdravstveno varstvo

Vsi ljudje si želimo dobrega zdravja. Poleg tega, da obstajajo zdravstvene institucije, ki skrbijo za naše zdravje, lahko za svoje zdravje naredimo veliko prav sami. Po besedah Totha (2003, str. 92-93) izvajamo ljudje v sodobnem času vrsto aktivnosti, za katere se niti ne zavedamo, da so namenjene našemu zdravju in zdravju širše okolice. Vse te aktivnosti je bilo potrebno povezati v celoto, jih uskladiti s sprejemom raznih predpisov ter moralnih in etičnih norm posameznih držav ter mednarodnih organizacij. Nastali so sistemi zdravstvenega varstva, ki pomenijo zavestno, organizirano ter usklajeno delovanje posamezne države za doseganje boljšega zdravstvenega stanja in kakovosti življenja ljudi. Zdravstveno varstvo tako zajema celotno dejavnost človeštva in vse dejavnike okolja, ki vplivajo na zdravje. To je razvejan, odprt in dinamičen sistem, za katerega je značilno, da vse dejavnosti upoštevajo potrebe zdravstvene politike. Dejstvo je, da je zdravstveno varstvo zelo pomembna pravica vsakega posameznika v naši državi.

Pričakovanja slovenskih državljanov glede zdravja in zdravstvenega varstva so primerljiva z zahtevami prebivalcev najrazvitejših držav. Pričakujemo ohranjanje solidarnosti, boljšo dostopnost, nove programe, večjo možnost izbire, boljšo odzivnost izvajalcev, večjo kakovost in večjo soudeležbo pri odločanju.

Zdravstveno varstvo se financira iz:

- **javnih virov za financiranje zdravstva:** tu uvrščamo proračunska sredstva države in občin ter sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja (ta se zbirajo v obliki prispevkov delodajalcev, delojemalcev in drugih zavezancev, ki jih določa zakon po predpisani proporcionalni stopnji ali v obliki pavšalnih prispevkov za ostale kategorije zavarovancev).
- **zasebnih virov za financiranje zdravstva:** tu uvrščamo neposredna plačila prebivalcev za zdravstvene storitve oziroma za zdravila in za medicinske tehnične pripomočke in sredstva različnih dobrodelnih organizacij in donatorjev, del sredstev nezgodnih zavarovalnic ter sredstva prostovoljnih zdravstvenih zavarovalnic (ta se zberejo z vplačilom premij prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, ki jih plačujejo zavarovanci. Premije se določajo za vsako poslovno leto posebej in vnaprej. Njihova višina se uravnava po višini izplačanih zavarovalnin).

1.1.1 Zdravstveno varstvo kot del sistema socialne varnosti

Najpomembnejše področje sistema socialne varnosti je pokojninski sistem, sledi pa mu zdravstveni sistem. Kot navaja Cvetko (1992, str. 12) temeljijo vsi sistemi socialne varnosti na številnih načelih, ki se med seboj le malo ali pa sploh ne razlikujejo. Le-ta so:

- **načelo enotnosti:** zaradi upoštevanja tega načela morajo biti predpisi, ki urejajo delovanje in organizacijo dela socialne varnosti, enotni in med seboj skladni;
- **načelo univerzalnosti:** zaradi tega načela skuša sistem zajeti čim večji krog upravičencev in čim širši obseg pravic s težnjo po nekakšni popolni socialni varnosti;
- **načeli vzajemnosti in solidarnosti:** to je temeljno načelo v sistemu zdravstvenega varstva. Po njem lahko zavarovanec dobi priznane večje pravice kot bi jih, če bi se upoštevali samo njegovi plačani prispevki;
- **načelo obveznosti:** obveznost je podana za vse tiste, ki jim ustrezni predpisi določajo obveznosti ali pravice iz zdravstvenega varstva;
- **načelo varstva pravic:** zoper vsako odločitev v sistemu zdravstvenega varstva je predpisan oziroma omogočen postopek varstva pravic (pritožbeni postopek).

Osnovno izhodišče socialnega modela zdravstvenega varstva je, da zdravje ni običajno tržno blago, temveč javna dobrina. Dostop do ustreznega zdravstvenega varstva je ena izmed državljskih pravic, zagotovljena vsem, ki so vključeni v javni sistem, ne glede na njihovo zdravstveno, socialno in ekonomsko stanje.

1.2 Zgodovinski pregled zdravstvenega zavarovanja

Socialna varnost, katere del je tudi zdravstveno varstvo, se je pričela najhitreje razvijati v industrijsko razvitih državah. Prvi zakon o bolniškem zavarovanju je bil sprejet v Nemčiji leta 1883, leta 1884 je sledil zakon o zavarovanju za primer nesreče pri delu in kasneje leta 1889 še zakon o zavarovanju za primer invalidnosti in starosti.

Leta 1854 se je z rudarskim zakonom v Avstro-Ogrski prvič pojavil princip solidarnosti, kar je pomenilo začetek obveznega zdravstvenega zavarovanja za rudarje in topilniške delavce, kasneje tudi železničarje.

Slovenija na področju razvoja socialne varnosti ni zaostajala za drugimi državami. Bila je v okviru avstrijske monarhije in sta tudi zanjo veljala leta 1887 in 1888 sprejeta zakona. To pa niso

bili prvi pojavi zdravstvenega zavarovanja pri nas. Že prej so zavarovanja začela urejati podporna društva ali društva za vzajemno pomoč. V Ljubljani tako že leta 1835 zasledimo društveno bolniško in podporno blagajno trgovskih in zdravstvenih uslužbencev. V vseh večjih slovenskih mestih so se ustanovljale takšne bolniške blagajne, ki so sprva zagotavljale predvsem delavčeve pravice do nadomestila plače zaradi odsotnosti z dela v času bolezni, kasneje pa tudi pravice do zdravstvenih storitev. Delovale so do razpada avstro-ogrske monarhije ob koncu prve svetovne vojne. Socialno zavarovanje za delavce so ponovno vzpostavili že leta 1918. Leta 1919 so na ozemlju Slovenije ustanovili zvezo bolniških blagajn.

Od leta 1918 do 1945 je bilo za vso državo (SHS – Kraljevina Jugoslavije) uvedeno bolniško in nezgodno zavarovanje delavcev v primeru bolezni in nezgode, ki pa ni vključevalo zavarovanja v obdobju brezposelnosti.

Po drugi svetovni vojni se je zdravstveno varstvo financiralo iz enotnega zdravstvenega zavarovanja. Takratno socialno zavarovanje je vključevalo pokojninsko zavarovanje, invalidsko zavarovanje, zdravstveno zavarovanje in zavarovanje za porodniški dopust. V tem času kmetje, samozaposleni in obrtniki ter druge poklicne skupine niso bili zavarovani.

Zdravstveno zavarovanje se je prvič ločilo od socialnega zavarovanja z reformo leta 1954 in 1955. Zdravstveno zavarovanje so upravljali občinski zavodi za zdravstveno zavarovanje, ki so jih vodili predstavniki delodajalcev in zavarovancev. Prispevne stopnje so bile različne za različne vrste zavarovanja (zavarovanje za delavce, za obrtnike in kmete), kar pa so na referendumu leta 1972 ovrgli. Šele takrat je prišlo do univerzalnega zdravstvenega varstva, ki je utrdilo socialno pravičnost. Takrat smo tudi prešli na proračunsko financiranje.

Osemdeseta leta veljajo za dobo »nacionalnega zdravstvenega varstva«, saj so regijsko zasnovani zdravstveni centri (vključevali so zdravstvene domove, bolnišnice, lekarne, zavode za zdravstveno varstvo) zagotavljali enako dostopnost do zdravstvenega varstva povsod po Republiki Sloveniji tako za preventivne kot kurativne dejavnosti. Centri so se financirali preko samoupravnih interesnih skupnosti za zdravstvo iz republiških in občinskih proračunov. Problem takšne organiziranosti je bila predvsem nepreglednost zdravstvene politike in slab nadzor nad porabo stroškov v zdravstvu ob nenadzorovani širitvi obsega pravic, kar je privedlo do tega, da je bil takšen sistem ukinjen. Skrb za zdravstveno varstvo je leta 1990 prevzela Republiška uprava za zdravstveno varstvo kot državni upravni organ v sestavi Ministrstva za zdravstvo.

1.2.1 Reforma zdravstvenega sistema leta 1992

Leto 1992 predstavlja pomembno prelomnico v razvoju slovenskega zdravstvenega varstva, saj so bile s to reformo sprejete bistvene sistemske spremembe zdravstvenega zavarovanja. Trenutno je to še vedno zadnja izpeljana reforma.

V začetku marca, torej leta 1992 je začela veljati nova zdravstvena zakonodaja. Gre za tri zakone: zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, zakon o zdravstveni dejavnosti in zakon o lekarniški dejavnosti. Vsi trije so bili objavljeni v Ur. l. RS št. 9/92.

Na novo postavljen sistem zdravstvenega varstva se bistveno razlikuje od dosedanjega. V dosedanjem »sistemu nacionalnega zdravstvenega varstva«, ki je veljal do marca 1992, smo imeli vsi prebivalci zagotovljeno zdravstveno varstvo glede na potrebe in ne glede na lastni prispevek. Neskladje med neomejenimi pravicami in ekonomskimi zmožnostmi naše družbe je povzročalo stalne težave v poslovanju zdravstvenih zavodov. Ta sistem se je zamenjal s sistemom zdravstvenega zavarovanja, kjer so pravice do določene mere omejene in vedno vezane tudi na določen prispevek. Slovenska država se je tako delno umaknila s področja javnega financiranja zdravstvenega varstva in prenesla del izdatkov na zasebna sredstva. To pomeni, da morajo zavarovanci za storitve plačati razliko do polne vrednosti storitev. Zavarovanje je torej obvezno za vse, vendar je obseg pravic določen v % od vrednosti storitve oz. zdravljenja. V to dopolnilno zavarovanje so se v nekaj letih vključili skoraj vsi državljani; izjema so le-tisti, ki jim zakon zagotavlja pokrivanje vseh stroškov v okviru obveznega zavarovanja (otroci, šolajoča se mladina in invalidi). Za razliko pa se lahko zavarovanec dodatno prostovoljno zavaruje ali pa razliko v ceni plača iz svojih sredstev neposredno po opravljeni storitvi (Žagar, 1992, str. 10).

1.2.2 Zdravstvena reforma – bela knjiga – leta 2003

Vsakdo si želi, da bi prišel do katerekoli zdravstvene storitve, kadarkoli in kjerkoli jo bo potreboval. Dejstvo je, da se potrebe državljanov na zdravstvenem področju nenehno spreminjajo, zato je danes v svetu veliko držav, ki pripravljajo ali pa izvajajo zdravstveno reformo, saj mora zdravstveni sistem spremembam nenehno slediti. Reforma predstavlja diskontinuiteto z obstoječimi rešitvami ali pa pomeni pospešen razvoj dosedanjih usmeritev. Vsaka država se samostojno odloča, kdaj bo začela novo reformo. Običajno so razdobja med reformami krajša od deset let.

Po reformi leta 1992 je Ministrstvo za zdravje leta 2003 pripravilo predlog nove zdravstvene reforme. Z reformo izvajanja, organizacije in financiranja zdravstvenega varstva je želelo doseči manjši razkorak med povečanimi pričakovanji in omejenimi možnostmi. Bistveni cilj vsakršne reforme pa je zagotovo to, da omogočijo državljanom univerzalen in čim bolj pravičen sistem do zdravstvene oskrbe.

Ministrstvo za zdravje, ki ga je takrat vodil dr. Dušan Keber, je s strokovnjaki in svetovalci za določena področja proučilo dobre in slabe strani našega zdravstvenega sistema. Oceno stanja v zdravstvu, vrednote, na katerih bo temeljila reforma ter njene cilje so prvič združeno predstavili v tako imenovani Beli knjigi.

V uvodnem delu Bele knjige (Keber, 2003, str. 14) je zapisano, da je Slovenija edina država, ki v obdobju zamenjave družbene ureditve ni zanemarila temeljnih vrednot zdravstvenega varstva in ni privolila, da bi denar, in ne zdravstvene potrebe, odpiral vrata v zdravstveni sistem. V svojo ustavo je zapisala, da se s pravicami do zdravstvenih storitev uresničuje ustavna človekova pravica do socialne varnosti, ta pa mora biti zagotovljena vsakomur brez razlikovanja glede na osebne okoliščine, med katerimi je tudi gmotno stanje.

Napredek medicine (znanosti in tehnologije) je v zadnjih desetletjih zelo hiter. Ljudje smo vse bolj zdravstveno osveščeni glede ohranjanja in krepitev zdravja. Aktivno iščemo informacije tudi o tem, kakšne možnosti imamo v primeru bolezni. Zdravstveni sistemi se po vsem svetu soočajo s povečanim povpraševanjem državljanov po njihovih zdravstvenih pravicah. To je eden izmed razlogov za nujno povečanje sredstev za zdravstveno varstvo. Drug razlog je naraščanje števila starejših prebivalcev, ki znatno bolj kot mlajši potrebujejo in uporabljajo zdravstveno varstvo. Stroški za zdravstvo pri tej starostni skupini so približno pet krat višji od povprečnih stroškov v predhodnih življenjskih obdobjih. Drastično se povečuje tudi število kroničnih bolnikov, katerih zdravljenje je mnogo uspešnejše kot nekoč, zato se podaljšuje njihovo preživetje. Kot posledica zviševanja družbenega standarda in socialnih sprememb v družbi se v zdravstvu pojavljajo še stroški zaradi uvajanja novih programov, kot so podaljšano bolnišnično zdravljenje, nega na domu, nega v domovih za ostarele, ... Našteti razlogi tako povečujejo povprečne stroške na zavarovanca, kar se odraža tudi v višini škodnih zahtevkov zavarovalnic. Omenjen pojav je poznan pod pojmom tako imenovane medicinske inflacije. Reforma, zapisana v Beli knjigi, je odraz problemov, ki so posledica demografskih, socialnih, ekonomskih, političnih in zdravstvenih sprememb, s katerimi se poleg ostalih držav sveta sooča tudi Slovenija.

1.2.2.1 Cilji zdravstvene reforme

Keber (2003, str. 46) navaja cilje zdravstvene reforme v Republiki Sloveniji, ki so temeljili na štirih sklopkih vrednot:

- **pravičnost:** načelo pravičnosti pomeni, da imajo ne glede na plačilne možnosti državljani pravico do take zdravstvene obravnave, ko jo potrebujejo; tisti, ki imajo večje potrebe, dobijo več kot tisti, ki imajo manjše potrebe;
- **dostopnost:** univerzalna dostopnost pomeni splošno dostopnost zdravstvenega varstva za vse državljane ali za vse ljudi, pravična dostopnost pa pomeni dostopnost, ki upošteva zdravstvene potrebe ljudi, pri čemer dobijo tisti, ki imajo večje potrebe več in obratno;
- **kakovost:** pri zdravljenju je pomemben odnos med zdravnikom in bolnikom, ter drugimi zdravstvenimi delavci in bolnikom; o kakovostni zdravstveni oskrbi govorimo takrat, ko bolnik dobi pravo oskrbo pravočasno in na pravi način, ko le-ta dobi pravočasne in razumljive informacije o zdravstveni oskrbi, ... ;
- **učinkovitost:** učinkovitost lahko v zdravstvenem sistemu izboljšamo z: zbiranjem in razporejanjem sredstev, zagotavljanjem dostopnosti, izvajanjem zdravstvenega varstva in z zagotavljanjem kakovosti.

Iz omenjenih vrednot je izviralo šest glavnih ciljev reforme:

- pravičnost pri zagotavljanju sredstev za zdravstveno varstvo,
- razporejanje sredstev po potrebah državljanov,
- boljša dostopnost do zdravstvenega varstva,
- razvoj sistema celovite kakovosti,
- večja učinkovitost regulacije in upravljanja sistema zdravstvenega varstva ter
- krepitev področja javnega zdravja.

1.2.2.2 Kritika zdravstvene reforme

Za uspešno izpeljavo zdravstvene reforme bi bila potrebna podpora skupine aktivnih zavarovancev, skupine uporabnikov, vlade, ustreznih socialnih institucij ter podpora izvajalcev zdravstvene oskrbe. Do tega pa ni prišlo, saj so se do predloga zdravstvene reforme kritično odzvali tako ekonomisti kot tudi takratna nova vlada. Del njihovih odzivov je predstavljenih v nadaljevanju.

Ekonomisti navajajo, da so avtorji reforme (izmed 32ih, so le štirje ekonomisti) najverjetneje zaradi nepoznavanja ekonomskega področja izhajali iz trditve, da je zdravstveni trg zelo specifičen, saj zanj ne veljajo klasični ekonomski zakoni (v Beli knjigi niso navedli, kateri so ti zakoni, a najverjetneje so to ponudba, povpraševanje, trg in cene). Ekonomisti se strinjajo, da v zdravstvu zaradi določenih razlogov ne deluje konkurenčni trg, kot ga zahteva ekonomska teorija, ni pa to razlog za neveljavo ekonomskih zakonitosti v zdravstvu. Višja cena tudi v zdravstvu pomeni večjo ponudbo in manjše povpraševanje in obratno.

Kranjec (2003, str. 85) pravi, da je zdravstvo specifično v odnosu do trga in ekonomike zato, ker je zanj značilna velika negotovost glede nastopa bolezni, poteka zdravljenja, stroškov, delovanja zdravil in drugih faktorjev. V takšnih razmerah ni ustreznih informacij, ki so potrebne za delovanje trga, zato je, iz treh razlogov, tako na področju izvajanja (ponudbe zdravstvenih storitev) kot na področju financiranja težko organizirati trg, ki bi vodil do teoretično učinkovite alokacije. Ti razlogi so predvsem: a) informacijska asimetrija med ponudniki in povpraševalci, b) zdravstvo ima pomembne eksterne učinke, zaradi česar je zaželena in potrebna državna intervencija c) problem zdravstva je problem pravičnosti.

Ekonomisti tudi navajajo, da ni popolnoma, ampak le delno prava trditev, da je zdravstvo povsem javna dobrina. Ne strinjajo se niti s tem, da je glavni cilj zdravstvene reforme predvsem sprememba sistema financiranja zdravstva (temelji na predpostavki, da se odpravi sedanji sistem dopolnilnega zavarovanja s fiksno mesečo premijo in zamenja s posebnim zdravstvenim prispevkom (davkom) po stopnji (1,95 % na bruto plače) ampak menijo, da bi moral biti glavni cilj zdravstvene reforme predvsem v povečanju učinkovitosti in kakovosti zdravstvenih storitev.

Priključitev dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj k obveznemu zdravstvenemu zavarovanju s povečanjem prispevne stopnje bi povzročila spremembo razmerja med javnimi in zasebnimi sredstvi v zdravstvu iz takratnih 76 % javnih izdatkov na 90 % javnih izdatkov. S tem bi Slovenija predstavljala posebnost v evropskem prostoru, saj se v večini držav zaradi povečevanja stroškov zdravstvenega varstva javni izdatki zmanjšujejo, povečuje pa se delež neposrednih plačil pacientov. Rešitev sistema zdravstvenega zavarovanja, ki jo je predlagala reforma, bi imela negativen vpliv na makroekonomske razmere v državi, saj bi vplivala na inflacijo ter izvozno konkurenčnost in s tem oslabilo gospodarstvo države. To je bilo pomembno tudi z vidika prizadevanj za znižanje inflacije na raven, ki je omogočila nemoteno vključitev v mehanizem menjalnih tečajev ERM2 (Tajnikar, 2003, str. 29).

Vlada (mandat 2004-2008) je belo knjigo zdravstvene reforme ocenjevala kot političen in ne strokovni projekt, ki je bil narejen pomanjkljivo in površno.

Za izpolnitev cilja pravičnosti pri zagotavljanju sredstev za zdravstveno varstvo je bil osrednji namen zdravstvene reforme ukinitvev doplačil v obveznem zdravstvenem zavarovanju, kar naj bi odpravilo podlago za dopolnilno zdravstveno zavarovanje, kot ga poznamo sedaj. Uvedba novega zdravstvenega prispevka pa naj bi nadomestila izpad premij dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. V okviru reforme so zato predlagali razvoj prostovoljnih dodatnih zdravstvenih zavarovanj, kot jih poznajo v Evropi, vendar zanje niso predstavili možnega razvoja in uvedbe le-teh na slovenskem trgu. Temu sledi, da je vlada namenila največ kritik predvsem omenjeni ukinitvi prostovoljnega dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja ter uvedbi zdravstvenega prispevka, saj so bili mnenja, da bi lahko nepravilno ureditev, ki obremenjuje vse zavarovance ne glede na dohodek, brez večjih težav odpravili znotraj obstoječega sistema.

Ker pa so se v vladi zavedali, kot tudi ostali državljani, da je reforma v slovenskem zdravstvu nujna, so se odločili, da bodo na ministrstvu pripravili kratkoročni, srednjeročni in dolgoročni program zdravstva do leta 2013 ter pripravili ustrezne spremembe zakonodaje na področju zdravstva za dobrobit vseh nas, česar zdravstvena reforma zagotovo ni.

1.3 Zakonska ureditev zdravstvenega zavarovanja

Zdravstveno varstvo je prvič uredil Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju iz leta 1992. Nato je prihajalo do številnih sprememb in dopolnil tega zakona. S 1.9.2005 je že pričel veljati nov Zakon o spremembah in dopolnitvah tega zakona. Zaradi lažjega razumevanja nadaljevanja magistrske naloge bom pomembnejše spremembe iz leta 2005, ki so sicer že zajete v sedaj veljavnem zakonu, nazorneje predstavila. Te spremembe so:

- **preoblikovanje obstoječih pogodb:** zakon je omogočil preureditev obstoječih pogodb dopolnilnega zavarovanja. S tem je zamenjava zavarovalnice po enoletnem zavarovalnem obdobju mogoča kadar koli in zavarovancem ne prinaša dodatnih stroškov. Za menjavo zavarovalnice so se morali zavarovanci odločiti do konca leta 2005, dopolnilno zdravstveno zavarovanje pri izbrani zavarovalnici pa je stopilo v veljavo s 1.3.2006.
- **sprejem v zavarovanje:** zavarovalnica mora v zavarovanje sprejeti vse osebe (in jih enako obravnavati), ki so obvezno zdravstveno zavarovane in se želijo pri določeni zavarovalnici zavarovati.

- **trajanje pogodbe:** pogodbe je potrebno sklepati najmanj za eno leto, razen v primerih, kjer je status zavarovane osebe v obveznem zavarovanju časovno omejen.
- **odpoved pogodbe s strani zavarovalca/zavarovanca:** zavarovalec/zavarovanec lahko odpove pogodbo po poteku enega leta od začetka veljavnosti zavarovanja, pred tem rokom pa v primerih prenehanja statusa zavarovane osebe v obveznem zavarovanju. Odpovedni rok je tri mesece.
- **odpoved pogodbe s strani zavarovalnice:** zavarovalnica lahko odpove pogodbo o prostovoljnem zavarovanju samo v primeru, če zavarovanec ne plača premije.
- **premija in popusti:** od 1.3.2006 je višina premije v okviru posamezne zavarovalnice enotna, in to ne glede na spol, starost in zdravstveno stanje osebe. Dovoljeno odstopanje od enotne premije je 3 % popust v primerih, ko bo imela zavarovalnica ob sklenitvi ali izvajanju zavarovanja nižje administrativne stroške (npr. skupinska zavarovanja).
- **pribitek na premijo:** pribitek na premijo je posledica pozne vključitve v zavarovanje. Premija se bo posamezniku, ki se ne bo vključil v zavarovanje v roku enega leta od dne, ko bo postal zavezan plačevati razliko med polno ceno zdravstvenih storitev in delom, ki se krije iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, povišala za 3 % z vsakim polnim nezavarovanim letom. Za izračun števila polnih let se bodo upoštevali vsi dnevi po 1.1.2006. Skupno povišanje premije zaradi ne vključitve v dopolnilno zdravstveno zavarovanje lahko znaša največ 80 %.
- **čakalna doba:** zakon uveljavlja trimesečno čakalno dobo, ki pomeni, da bo zavarovanec tri mesece od sklenitve dopolnilnega zavarovanja ob obisku zdravnika sam kril delež stroškov zdravstvenih storitev, ki bi bili sicer pokriti iz naslova dopolnilnega zavarovanja. Čakalne dobe ni, če oseba sklene dopolnilno zavarovanje v roku enega meseca od dne, ko je postala zavezana plačevati razliko med polno ceno zdravstvenih storitev in delom, ki ga krije obvezno zdravstveno zavarovanje, oziroma če sklene dopolnilno zavarovanje v roku enega meseca od prekinitve prejšnjega dopolnilnega zavarovanja.
- **izravnalne sheme:** najpomembnejša sprememba je uvedba sistema izravnalnih shem na področju dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Z izravnavo se bodo med zavarovalnicami izravnale razlike v stroških zdravstvenih storitev, ki so posledica različnih struktur zavarovancev glede na starost in spol. Zavarovalnice z ugodnejšo strukturo zavarovancev po starosti in spolu bodo prenesle sredstva na zavarovalnice, ki imajo to strukturo manj ugodno in zato višje stroške pri plačevanju zdravstvenih storitev.
- **vrnitev neizkoriščenega dela vplačanih premij:** zavarovalnice so morale svojim zavarovancem oziroma zavarovalcem najkasneje do 31.3.2006 povrniti neizkoriščeni del vplačanih premij po stanju na dan prenehanja stare zavarovalne pogodbe.

V 1. členu ZZVZZ je določeno, da ta zakon ureja sistem zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, določa nosilce družbene skrbi za zdravje in njihove naloge, zdravstveno varstvo v zvezi z delom in delovnim okoljem, ureja odnose med zdravstvenim zavarovanjem in zdravstvenimi zavodi, ureja uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja. ZZVZZ v 12. členu določa, da je zdravstveno zavarovanje obvezno in prostovoljno ter da ga izvajajo zavarovalnice. Določa tudi obseg in nosilca obveznega zdravstvenega zavarovanja, pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, pogoje za izvajanje prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja in vire sredstev.

V letu 2008 je v zakonu prišlo do dveh zelo pomembnih sprememb. Prva sprememba je v postavitvi starostnega limita za vključitev v obvezno zdravstveno zavarovanje. Otrok namreč, ki ni sam zavarovanec, je zdravstveno zavarovan kot družinski član do dopolnjenega 15. leta starosti oziroma do dopolnjenega 18. leta starosti, po tej starosti pa le, če se šola, in sicer do konca šolanja, vendar največ do dopolnjenega 26. leta starosti. Zavarovane osebe, ki med časom veljavnosti potrdila o šolanju dopolnijo 26 let, si morajo najkasneje v 8 dneh po dopolnitvi 26. leta urediti obvezno zdravstveno zavarovanje in posledično tudi dopolnilno zdravstveno zavarovanje, saj postanejo s tem zavezanci za doplačila. Druga sprememba pa je naklonjena socialno ogroženim zavarovancem z izdano odločbo o socialni pomoči, saj so po novem le-ti oproščeni doplačila, ki ga je prevzela država preko ZZZS. Za občane, ki so dopolnilno zavarovani, polica dopolnilnega zavarovanja za čas veljave odločbe o socialni pomoči miruje. V tem obdobju takšnim osebam ni potrebno plačevati premije.

1.4 Osnovne značilnosti zdravstvenega zavarovanja

Osnovna značilnost zavarovanja je, da lahko določene pravice uveljavlja le oseba, ki je zavarovana. Zavarovana pa je, če je bil zanjo plačan prispevek. Zdravstveno se zavarujemo za tveganja, ki jih povzročijo bolezni in poškodbe, te pa so lahko zdravstvene ali socialne narave. Tveganja v zvezi z zdravjem so lahko velika, saj obstaja velika možnost, da bomo zboleli ali se celo poškodovali. S tem pa so povezani visoki stroški, ki jih kot posamezniki ne bi zmogli sami. Zato je s sorazmerno velikim obsegom obveznega zavarovanja vseh prebivalcev vzpostavljena medsebojna solidarnost, ki pokriva takšna tveganja, za katera je značilno, da so neenakomerno razpršena med prebivalci (Žagar, 1992, str. 12).

1.4.1 Obvezno zdravstveno zavarovanje

ZZZS je bil ustanovljen 1.3.1992 na podlagi sprejetja prvega Zakona o zdravstvenem varstvu in

zdravstvenem zavarovanju. Je nosilec in izvajalec obveznega zdravstvenega zavarovanja, katero obsega:

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

ZZZS zagotavlja učinkovito zbiranje in razdeljevanje javnih sredstev za pravično in kakovostno uresničevanje pravic vseh zavarovancev. Zavarovanci, delodajalci in osebe, ki opravljajo pridobitno gospodarsko, kmetijsko ali športno dejavnost, so dolžni plačevati ZZZS-ju prispevek za obvezno zavarovanje. Le-ti se plačujejo od osnov, določenih z zakonom, po predpisanih proporcionalnih stopnjah ali v pavšalnih zneskih. V nekaterih primerih pa plačuje prispevke občina ali država (socialno ogroženim ljudem), Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje (upokojevcem), Zavod za zaposlovanje (brezposelnim osebam)...

ZZVZZ v 23. členu navaja, da so pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja razporejene v šest skupin. Z obveznim zavarovanjem je zavarovanim osebam zagotovljeno plačilo zdravstvenih storitev v različnih %, katere določi skupščina ZZZS v soglasju z Vlado Republike Slovenije. To pomeni, da obvezno zdravstveno zav. sicer pokriva večino zdravstvenih tveganj, vendar ne pokriva vseh v celoti (Priloga 1). Zakon določa njihovo spodnjo mejo, torej najnižji %, ki ga mora zagotoviti obvezno zavarovanje pri posameznih skupinah storitev. Zavarovane osebe morajo razliko do polne cene plačati iz lastnih sredstev, lahko pa se za doplačilo tudi dodatno zavarujejo. Obstajajo pa tudi primeri, za katere je obvezno zav. krito v celoti in so le-ti zapisani v zakonu v posameznih členih, česar pa v svojem delu nisem posebej izpostavljala.

Vsem zavarovancem obveznega zdravstvenega zavarovanja sta zagotovljeni dve skupini pravic. Ta podatek je mogoče najti na spletni strani ZZZS (Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, 2009). Le-te so:

1. **pravice do zdravstvenih storitev** iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja, do katerih so upravičene vse zavarovane osebe in med njimi ni razlik. Tu spadajo:
 - pravica do storitev osnovne zdravstvene dejavnosti,
 - pravica do storitev zobozdravstvene dejavnosti,
 - pravica do storitev v posebnih socialnih zavodih,
 - pravica do storitev specialistično-ambulantne, bolnišnične in terciarne zdravstvene dejavnosti,

- pravica do zdraviliškega zdravljenja,
- pravica do obnovitvene rehabilitacije,
- pravica do prevoza z reševalnimi in drugimi vozili,
- pravica do zdravil na recept,
- pravica do medicinsko-tehničnih pripomočkov,
- pravice med potovanjem in bivanjem v tujini,
- pravica do zdravljenja v tujini.

2. pravice do denarnih prejemkov, kamor spadajo:

- pravica do nadomestila plače med začasno zadržanostjo od dela,
- pravica do pogrebnine,
- pravica do posmrtnine,
- pravica do povračila potnih stroškov.

1.4.2 Prostovoljno zdravstveno zavarovanje

Obvezno zdravstveno zavarovanje v njegovi polni ceni ne krije vseh storitev, zato je že prvi zakon iz leta 1992 predvidel, da se lahko zavarovane osebe, katerim takšno kritje ni zagotovljeno, odločijo, ali bodo razliko v ceni krile iz lastnih sredstev ali pa se za takšno tveganje prostovoljno zavarujejo. V tistem času so že nastali konkretni predlogi o vrstah prostovoljnih zavarovanj in zavarovalnih produktih, o sklepanju zavarovalnih pogodb, določanju premij, ...

ZZVZZ v 61. členu določa, da se prostovoljna zavarovanja uvrščajo v zavarovalno vrsto zdravstveno zavarovanje in zavarovalno skupino premoženjska zavarovanja. Takšna zavarovanja smejo na območju Republike Slovenije izvajati zavarovalnice, ki izpolnjujejo predpisane pogoje po tem zakonu in po zakonu, ki ureja zavarovalništvo. Ta zavarovanja krijejo zavarovancem:

- stroške zdravstvenih in z njimi povezanih storitev,
- stroške oskrbe z zdravili in medicinsko-tehničnimi pripomočki,
- izplačila dogovorjenih denarnih nadomestil v primeru bolezni, poškodbe ali posebnega zdravstvenega stanja.

Zakonodajalec je za uvedbo prostovoljnega zavarovanja najprej, torej od 1.1.1993 dalje, zavezal ZZVS. Le-ta je hkrati obvezno in prostovoljno zavarovanje izvajala vse do 31.9.1999. Izvajanje slednjega pa se je takrat preneslo na VZAJEMNO zdravstveno zavarovalnico, d. v. z. Ker je bila ponudba prostovoljnega zavarovanja od vsega začetka dovoljena tudi drugim zavarovalnicam, se

je takratna Zavarovalna družba Adriatic, d.d., odločila za trženje le-tega že v letu 1993. Šele v drugi polovici leta 2004 se je na trgu prostovoljnih zavarovanj pojavil še en ponudnik, in sicer TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d.

ZZVZZ v 61. členu določa, da lahko zavarovalnice uvedejo naslednje tipe prostovoljnih zavarovanj:

1. **dopolnilno zdravstveno zavarovanje** predstavlja javni interes Republike Slovenije (Priloga 2) 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 zakonu ZZVZZ. To zavarovanje krije razliko med vrednostjo zdravstvenih storitev v skladu s 23. členom zakona ZZVZZ (2006) in deležem te vrednosti, ki ga v skladu z istim členom krije obvezno zdravstveno zavarovanje. Ta vrednost, je z vsakoletnim partnerskim dogovarjanjem določena med ZZZS in izvajalci zdravstvenih storitev. To zavarovanje je najpogostejša oblika prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Potrebujemo ga vsi, razen otrok, šolske mladine, študentov in dijakov mlajših od 26 let ter osebe, ki so po zakonu oproščeni doplačil. S tem zavarovanjem se torej zavarujemo za stroške doplačil zdravstvenih storitev na področju vseh zdravstvenih dejavnosti, vključno s storitvami nastanitve in prehrane v bolnišnici ali zdravilišču, vseh zdravil s pozitivne in vmesne liste predpisanih na recept (do priznane vrednosti za to zdravilo), nenujnih reševalnih prevozov, zdravstvenih pripomočkov, ortopedskih, ortotičnih, slušnih, očesnih, ortodontskih in drugih tehničnih pripomočkov ter zobnoproteničnih nadomestkov.
2. **nadomestno zdravstveno zavarovanje** krije stroške zdravstvenih in z njimi povezanih storitev ter oskrbe z zdravili in medicinsko-tehničnimi pripomočki osebam, ki po predpisih Republike Slovenije ne morejo biti obvezno zavarovane.
3. **dodatno zdravstveno zavarovanje** krije stroške zdravstvenih in z njimi povezanih storitev ter oskrbe z zdravili in medicinsko-tehničnimi pripomočki in za izplačila denarnih prejemkov, ki niso sestavni del pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ni ne dopolnilno niti ne nadomestno zdravstveno zavarovanje. Značilen primer je zavarovanje nadstandardne nastanitve v bolnišnici, zavarovanje za zdravila in pripomočke, ki jih obvezno zdravstveno zavarovanje ne krije, zavarovanje zdravstvene asistencije v tujini itd.
4. **vzporedno zdravstveno zavarovanje** krije stroške zdravstvenih in z njimi povezanih storitev ter oskrbe z zdravili in medicinsko-tehničnimi pripomočki, ki so sicer pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, a jih zavarovanci uveljavljajo po drugačnih postopkih

in ob drugih pogojih, kot jih predpisuje obvezno zdravstveno zavarovanje. Značilen primer je zavarovanje samoplačniških storitev v specialističnih ambulantah.

Zavarovalnice, ki tržijo prostovoljna zavarovanja lahko uvedejo tudi kombinacije teh tipov zavarovanj, ki pa ne smejo vključevati dopolnilnega zavarovanja. Zavarovalnice še vedno tržijo največ dopolnilnega zavarovanja, saj je premija še sprejemljiva v primerjavi s tem, da ga lahko koristimo vsak dan in z njim pokrijemo skoraj da vse zdravstvene storitve. Ostala prostovoljna zavarovanja so mnogo manj izkoriščena, najverjetneje zaradi premije in možnosti koriščenja. Madura (2007, str. 336) navaja, da lahko, če nismo zdravstveno zavarovani, zaradi visokih stroškov zdravstvene oskrbe kaj hitro izgubimo naše premoženje. Kakorkoli že, ali nam je premija visoka ali ne, jo moramo vključiti v naš osebni finančni plan.

1.4.2.1 Izravnalne sheme

Pomanjkljiva zakonodaja iz leta 1992 je na področju dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj omogočala nepravo konkurenco, ki je temeljila na starostno in bolezensko ugodnejši strukturi portfelja posamezne zavarovalnice. Kljub že takratnim določbam, da so zavarovalnice dolžne sprejeti v zavarovanje vsakega posameznika ne glede na spol, starost in njegovo zdravstveno stanje, so si zavarovalnice za doseganje boljše strukture zavarovalnega portfelja prikrito posluževale selektivne oblike trženja. S tem so si v svoj portfelj pridobivale manj rizične posameznike. Na tak način so lažje dosegale boljše rezultate.

Uvedba izravnalnih shem (1.9.2005) je prinesla rešitev za nevtralizacijo nastalih razlik v škodah med zavarovalnicami. Izravnalne sheme so namreč sredstvo, s katerim je mogoče nevtralizirati razlike v tistih stroških posamezne zavarovalnice, ki so posledica različne rizičnosti zavarovalnega portfelja, kar se izvede s prenosom sredstev od zavarovalnic, ki imajo manj rizičen zavarovalni portfelj od povprečnega, k zavarovalnicam, ki imajo podpovprečno rizičen zavarovalni portfelj. Različna rizičnost posameznega portfelja temelji na dejavnikih, kot so starost, spol ter zdravstveno stanje zavarovancev. Med zavarovalnicami so torej vzpostavile zdravo konkurenco. Le-ta sedaj temelji na kakovostni ponudbi, nižjih stroških poslovanja, boljši prodaji in dostopnosti zavarovanj. Izravnalna shema omogoča enako premijo za vse svoje zavarovance (z izjemo doplačil za kasnejši vstop v zavarovanje, kar pa vzpodbuja mlajše za čim prejšnjo vključitev v zavarovanje), še večji nadzor nad izvajanjem zavarovanj ter zaščito interesa zavarovanca, kar posledično zagotavlja stabilnost sistema dopolnilnega zavarovanja, saj je osnovni namen izravnalne sheme vzajemnostne narave.

Zavarovalnice, ki izvajajo dopolnilno zavarovanje so se po določbah 62. člena ZZVZZ dolžne vključiti v izravnalno shemo dopolnilnega zavarovanja. Voditi morajo računovodske evidence o stroških zdravstvenih storitev za vsakega zavarovanca. Stroški zdravstvenih storitev vključujejo zneske obračunskih škod iz naslova kritja dopolnilnega zavarovanja ter zneske obračunanih nadomestil. Za višino teh nadomestil se dogovorijo zavarovalnice z izvajalci zdravstvenih storitev v obliki % od zneskov kosmatih obračunanih škod, znaša pa lahko največ 0,75 %. Izvajalci zdravstvenih storitev so dolžni zavarovalnicam posredovati vse potrebne podatke. Te zavarovalnice so udeležene pri izračunih zneskov za izravnavo in v izravnavi razlik.

Izhodiščni znesek za izravnavo se za zavarovalnico izračuna kot razlika med zneskom stroškov zdravstvenih storitev dopolnilnega zavarovanja te zavarovalnice in standardiziranim zneskom stroškov zdravstvenih storitev dopolnilnega zavarovanja te zavarovalnice. Če je prvi znesek stroškov manjši od drugega, je zavarovalnica plačnica v izravnavi, sicer je zavarovalnica prejemnica v izravnavi. Zavarovalnica plačnica je dolžna plačati znesek za izravnavo zavarovalnicam prejemnicam. O izravnavi odloča ministrstvo, pristojno za zdravje. Obdobje izravnave je obdobje treh zaporednih koledarskih mesecev. Prvo obdobje izravnave v koledarskem letu se začne s prvim dnevom koledarskega leta.

Spremembe in prilagoditve trga prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj so bile potrebne tudi zaradi uskladitve s pravom Evropske unije. Temeljni akti o pravicah državljanov Evropske unije razglashajo, da ima vsak posameznik pravico dostopa do preventivnega zdravstvenega varstva in pravico do medicinskega zdravljenja. Tretja zavarovalniška direktiva neživljenjskih zavarovanj je na voljo na spletni strani podjetja Lloyd's (Third Non-Life Insurance Directive, 2009). Le-ta zavezuje vse države članice, da sklenejo sporazume za uvedbo notranjega trga na področju neživljenjskih zavarovanj. V 24. odstavku te direktive so uvrščene tudi izravnalne sheme, kar pomeni, da je Slovenija z njihovo uvedbo septembra 2005 skladna tudi z zakonodajo Evropske unije.

1.5 Pravno organizacijske oblike zavarovalnic

Temeljni pravni vir za zavarovalno pravo je Zakon o zavarovalništvu (Ur. l. RS, št. 109/2006-UPB2, 9/2007, 102/2007, 69/2008, 19/2009, 49/2009, v nadaljevanju ZZavar). Zakon predvideva le dve obliki organiziranosti zavarovalnic, ki se ustanovljajo v RS. To sta delniška družba in družba za vzajemno zavarovanje.

1.5.1 Družba za vzajemno zavarovanje

Pavliha (2000, str. 98) navaja, da je družba za vzajemno zavarovanje oziroma vzajemna zavarovalnica (angl. *mutual insurance company*) najstarejša pravnoorganizacijska oblika za opravljanje zavarovalnih poslov. V Republiki Sloveniji pa imamo le eno takšno zavarovalnico. Zanj je značilno, da so njeni ustanovitelji hkrati tudi zavarovanci, ki združujejo sredstva (premijo) za plačilo bodočih in negotovih zavarovalnih škod.

Ta družba je zavarovalnica z omejenim področjem dejavnosti. Opravlja zavarovalne posle za svoje člane po načelu vzajemnosti, ne more pa se ukvarjati z aktivnim pozavarovanjem. Če je tako določeno v statutu, lahko zavarovalne posle opravlja tudi za nečlane.

Načelo vzajemnosti pomeni, da vsi zavarovanci, ki so hkrati tudi člani družbe, prispevajo približno enak znesek za kritje stroškov zdravstvenih storitev ne glede na osebno tveganje, ki ga predstavljajo, in ne glede na njihov finančni položaj. Z medgeneracijsko izmenjavo stroškov si zavarovanci takšne družbe izravnajo različne stopnje tveganja, ki nastajajo pri različnih rizičnih skupinah. S tem sta zagotovljeni dolgoročna in socialna varnost tudi v zrelem življenjskem obdobju, ko stroški za zdravstvene storitve presegajo finančne zmožnosti zavarovancev. Medgeneracijski sporazum starejšim članom omogoča nižje premije od aktuarsko izračunanih, razliko pa prevzamejo mlajši člani. Zavarovalnica kot družba za vzajemna zavarovanja z izpolnjevanjem poslovnih načel poslovanja hkrati izpolnjuje tudi načela vzajemnih organizacij, kot so nedobičkonosni cilji, prost vstop v članstvo ter odsotnost deležev družbe.

Ureditev te družne je določena v poglavjih od 36. do 64. člena ZZavar. Firma družbe za vzajemno zavarovanje mora vsebovati označbo d.v.z. Družba je ustanovljena, ko ustanovitelji sprejmejo in podpišejo statut ter vplačajo ustanovni kapital. Ima upravo in nadzorni svet, za kateri veljajo ista pravila kot v primeru zavarovalno delniške družbe ter skupščino, za katero se uporabljajo določbe iz Zakona o gospodarskih družbah. Posebnost vzajemne zavarovalnice je, da mora statut določiti način oblikovanja rezerv za kritje izgub iz poslovanja (varnostne rezerve) in njihovo najnižjo višino, kakor tudi prispevke (premije), ki se letno uporabijo za delovanje varnostnih rezerv. V praksi se pogosto zgodi, da se vzajemna zavarovalnica preoblikuje v delniško družbo najverjetneje zaradi želje po ustvarjanju še večjega dobička. O tem odloča skupščina.

1.5.2 Zavarovalna delniška družba

V 15. členu ZZavarar je definirana zavarovalno delniška družba, kot delniška družba, ki pridobi dovoljenje Agencije za zavarovalni nadzor (v nadaljevanju AZN) za opravljanje zavarovalnih poslov. Uporabljajo se določbe Zakona o gospodarskih družbah (v nadaljevanju ZGD), če ni drugače predpisano v ZZavarar.

Zavarovalno delniško družbo, tako kot druge delniške družbe, ustanovi najmanj pet fizičnih oziroma pravnih oseb, ki sprejmejo statut. Delnice zavarovalne delniške družbe se lahko glasijo le na ime (imenske delnice) in morajo biti v celoti vplačane v denarju pred vpisom ustanovitve oziroma povečanja osnovnega kapitala zavarovalne delniške družbe v sodni register. Dovoljena je torej le sočasna (simultana) ustanovitev. Pavliha (2000, str. 90-93) navaja, da za zavarovalne delniške družbe velja strožja zakonska zahteva kot za ostale delniške družbe, iz česar sledita dve posebnosti teh družb, ki sta najmanj tričlanski nadzorni svet ter najmanj dvočlanska uprava.

Zavarovalno delniška družba se lahko ukvarja z vsemi zavarovalnimi posli. Če pa želi družba sočasno voditi zavarovalne in pozavarovalne posle, mora pridobiti dovoljenje nadzornega organa. Družba mora izkazati ekonomsko smotrnost dejavnosti ter zagotoviti ločeno vodenje zavarovalnih in pozavarovalnih poslov.

Nad delovanjem omenjenih družb bdi AZN, in sicer tako, da daje dovoljenja za opravljanje raznih zavarovalnih poslov, dovoljenje za opravljanje funkcije člana uprave, dovoljenje za preoblikovanje ali prenehanje delovanja družbe, določa oblike izdaje kazalnikov poslovanja, ...

1.6 Zavarovalnice, ki ponujajo zdravstvena zavarovanja

Na slovenskem trgu prostovoljna zavarovanja tržijo: VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica, d.v.z., ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d. in TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d.

ZZVZZ tudi določa, da morajo zavarovalnice, ki izvajajo dopolnilno zavarovanje:

- za opravljanje zavarovalnih poslov dopolnilnega zavarovanja pridobiti predhodno soglasje ministra, pristojnega za zdravje,
- AZN seznaniti z novimi ali spremenjenimi zavarovalnimi pogoji dopolnilnega zavarovanja (najmanj dva meseca prej, preden jih začne uporabljati),

- vsakemu zavarovancu v času trajanja zavarovanja kriti razliko med vrednostjo zdravstvenih storitev v skladu s 23. členom tega zakona in deležem te vrednosti, ki ga v skladu z istim členom krije obvezno zdravstveno zavarovanje,
- zbirati in hraniti vse podatke o izvajanju dopolnilnega zavarovanja za najmanj 10 let.

V predstavitvi ponudbe prostovoljnih zavarovanj sem naštela produkte, ki jih posamezna zavarovalnica trži. Želela sem namreč nazorno prikazati širino ponudbe posamezne zavarovalnice, kar se bo lahko izkazalo kot eden izmed elementov, ki vpliva na njihovo uspešnost poslovanja. Nekatero izmed njih sem na kratko opisala, nisem pa opisovala možnih kombinacij sklenitve posameznega paketa in njihovih nadgradenj, pogojev, cenikov, možnih kombinacij, ... saj mi omenjene posebnosti, za doseg cilja magistrske naloge ne koristijo.

1.6.1 VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica, d.v.z.

VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica, d.v.z. je 1.11.1999 prevzela izvajanje prostovoljnega zavarovanja od ZZZS in takrat postala samostojni pravni subjekt. Je največja specializirana zavarovalnica za prostovoljna zavarovanja v Republiki Sloveniji, saj je edina zavarovalnica, ki nudi vse štiri zakonsko določene oblike prostovoljnega zavarovanja. S svojo osnovno dejavnostjo zagotavlja dopolnitev in nadgradnjo obveznega zdravstvenega zavarovanja v Republiki Sloveniji. Poleg omenjenih zavarovanj pa ponuja tudi **nezgodno zavarovanje**. Podpira različne organizacije, ki skrbijo za zdravje in njegovo varovanje ter športne in rekreativne dejavnosti kot obliko preventive za bolj zdravo življenje. Najpomembnejše načelo, ki predstavlja temelj odnosov v VZAJEMNI zdravstveni zavarovalnici, d.v.z., je vzajemnost.

Eden glavnih ciljev je uvedba trženja življenjskih zavarovanj, kar bi zavarovancem prineslo dodano vrednost, saj bi imeli možnost skleniti življenjsko zavarovanje v kombinaciji z zdravstvenim zavarovanjem po ugodnih premijah, ki jih zavarovalnica lahko zagotavlja zaradi svoje organizacijske strukture. V 62. členu ZZVZZ je navedeno, da obstaja možnost preoblikovanja družbe za vzajemno zavarovanje v delniško družbo. To preoblikovanje pa je za omenjeno zavarovalnico osnovni pogoj za začetek trženja življenjskih zavarovanj.

1.6.1.1 Ponudba zdravstvenih zavarovanj

Oblike zdravstvenih zavarovanj so na voljo na spletni strani VZAJEMNE zdravstvene zavarovalnice, d.v.z. (Zavarovanja, 2009). Le-ta so:

1. **dopolnilno zdravstveno zavarovanje:**

- Vzajemna Zdravje; k temu zavarovanju ponujajo še druga zavarovanja (Vzajemna Nezgode, Vzajemna Nadomestila, Vzajemna 5000), ki jih lahko zavarovanci sklenejo kot dodatek k obstoječemu dopolnilnemu zdravstvenemu zavarovanju.

2. **nadomestno zdravstveno zavarovanje:**

- zavarovanje za tujce (VOZ) ter VOA, VOB, VOC, VOS.

3. **dodatno zdravstveno zavarovanje:**

- Vzajemna Tujina je zdravstveno zavarovanje z medicinsko asistenco v tujini, ki ga VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica, d.v.z. zagotavlja svojim zavarovancem v sodelovanju s pogodbenim partnerjem Mondial Assistance (Elvia),
- zavarovanje Vzajemna Nadomestila +,
- zavarovanje Vzajemna Nadstandard A.

4. **vzporedno zdravstveno zavarovanje:**

- zavarovanje Vzajemna Diagnoza +,
- zavarovanje Vzajemna Nadstandard B.

1.6.2 TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d.

TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d. je specializirana zdr. zavarovalnica, ki se je na slovenskem trgu zdravstvenih zavarovanj pojavila v letu 2003, z aktivnim trženjem produktov pa v drugi polovici leta 2004. Je odvisna družba Zavarovalnice Triglav, d.d. in kot taka del Skupine Triglav. Njen večinski lastnik je Zavarovalnica Triglav, d.d. (99,51 % na dan 31.12.2008).

Podatke o razvoju in rasti zavarovalnice najdemo na spletni strani TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d. (Osnovni podatki, 2009). Tu je navedeno, da je zavarovalnica po odprtju trga dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj (1.9.2005) postala najhitreje rastoča zdravstvena zavarovalnica v Republiki Sloveniji. Od sredine oktobra 2005 je zavarovalnica pričela široko tržno akcijo pridobivanja zavarovancev dopolnilnega zavarovanja po takratnih novih zakonskih določbah. Do konca leta 2008 je svoj tržni delež povečala iz 0,7 % na 15,2 % in dosegla 243.000 zavarovanj. To tudi sovпада z njihovo vizijo, da bi postali (po zadovoljstvu zavarovancev) vodilna, najuspešnejša in najučinkovitejša privatna zdravstvena zavarovalnica v RS.

Dolgoročni poslovni cilji TRIGLAV, Zdravstvene zavarovalnice, d.d. so:

- nadaljnje uspešno izvajanje dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja,

- dokončanje razvoja novih zavarovalnih produktov in začetek njihovega trženja,
- pospešitev izvajanja nezgodnega zavarovanja za primer smrti,
- vstop v sfero izvajalcev zdravstvenih storitev in sodelovanje pri oblikovanju zasebnitva v izvajanju zdravstvenih storitev,
- preučitev, spremljanje in aktivno sodelovanje v javnih razpravah o oblikovanju ustrezne zakonodaje s področja financiranja zdravstvenih storitev v RS in njenih nadaljnjih spremembah.

1.6.2.1 Ponudba zdravstvenih zavarovanj

Ponudba TRIGLAV, Zdravstvene zavarovalnice, d.d., ki jo najdemo na njihovi spletni strani (Zavarovalni produkti, 2009) obsega:

1. **dopolnilno zdravstveno zavarovanje:**

- dopolnilno zdravstveno zavarovanje – ZZ11,
- dodatno zavarovanje za primer smrti zaradi nezgode – NZ11, ki je mogoče skleniti kot dodatno zavarovanje k dopolnilnemu zdravstvenemu zavarovanju po ugodni mesečni premiji. Zavarovanje nima čakalne dobe, zavarujejo pa se lahko osebe do doseženega sedemdesetega leta starosti.

2. **dodatno in vzporedno zdravstveno zavarovanje:**

- zavarovanje zdraviliškega zdravljenja po poškodbah – ZZ69, ki ima značilnosti tako dodatnega zdravstvenega zavarovanja iz 3. točke drugega odstavka 61. člena ZZVZZ, kot tudi vzporednega zdravstvenega zavarovanja iz 4. točke istega odstavka. Krije stroške do 14-dnevnega zdraviliškega zdravljenja v primeru nekaterih zahtevnejših poškodb. Zavarovalnica sodeluje s priznanimi slovenskimi zdravilišči za zdravljenje po poškodbah.

1.6.3 **ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d.**

ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d. je zavarovalnica, ki je nastala z združitvijo dveh uglednih slovenskih zavarovalnic Adriatica in Slovenice. Pravno formalno je do združitve prišlo 29.12.2005 s pripojitvijo Slovenice, Zavarovalniške hiše d.d., Ljubljana k Adriatic zavarovalni družbi d.d., Koper. Adriatic je spremenil ime v ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d. S tem se je oblikovala druga največja zavarovalna družba v Republiki Sloveniji. Je tudi prva slovenska delniška družba, ki se je preoblikovala iz monopolnega

zavarovalnega sistema ter leta 1991 vnesla na slovenski zavarovalni trg mnogovrstnost in konkurenco. V nekaj letih se je iz regijske zavarovalnice razvila v vseslovensko zavarovalnico.

Poslujejo s pestro ponudbo zavarovalniških produktov. Razvoj novih zavarovanj predstavlja zavarovalnici eden izmed osrednjih strateških ciljev. Ključnega pomena (za takratni Adriatic) je bil razvoj in uvedba prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, saj je bila leta 1993 edina zavarovalnica, ki je poleg ZZZS-ja trgu uspela ponuditi prostovoljna zdravstvena zavarovanja. Poleg teh zavarovanj pa ponudba Zavarovalne družbe Adriatic vključuje še **življenjska in premoženjska zavarovanja**. Glede na zbrano premijo za leto 2008 je bilo najobsežnejše področje premoženjskih zavarovanj (57 %) (znotraj tega zavarovanja se trži tudi **nezgodno zavarovanje**, ki je v obravnavanem letu predstavljalo kar 13 %). Sledi področje zdravstvenih zavarovanj (37 %) ter področje življenjskih zavarovanj (6 %).

1.6.3.1 Ponudba zdravstvenih zavarovanj

Kratek vodnik po prostovoljnih zavarovanjih (2008, str. 10-28) navaja, da ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d. ponuja tri od štirih tipov prostovoljnih zavarovanj:

1. **dopolnilno zdravstveno zavarovanje:**

- A01: dopolnilno zdravstveno zavarovanje.

2. **vzporedno zdravstveno zavarovanje:**

- C01: zavarovanje samoplačniških storitev v specialističnih ambulantah.

3. **dodatno zdravstveno zavarovanje:**

- B01: zavarovanje podaljšane ortopedske rehabilitacije v bolnišnici Valdoltra,
- B02: zavarovanje nadstandardnih zobozdravstvenih materialov,
- B03: zavarovanje nadstandardnih očesnih pripomočkov,
- B04: zavarovanje nadstandardnih ortopedskih pripomočkov,
- B05: zavarovanje zdravil,
- B06: zavarovanje podaljšanega zdraviliškega zdravljenja,
- B07: zavarovanje hospitalizacije spremljevalca otroka,
- B08: zav. nadstandardne nastavitve pri bolnišničnem in zdraviliškem zdravljenju,
- C02: zavarovanje kozmetičnih operativnih posegov,
- C04: zavarovanje zobozdravstvenega nadstandarda,
- C05: zavarovanje bolniške dnevnice,
- C06: zavarovanje nadomestila pri negi ožjega družinskega člana.

ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d. s poslovnim partnerjem, asistenčno družbo CORIS, ponuja izbor zdravstvenih zavarovanj v tujini z asistenco. CORIS je prva in edina slovenska asistenčna družba, ki v primeru bolezni ali nezgode nudi zavarovancem 24-urno pomoč v slovenskem jeziku. V okviru ponudbe zdravstvenih zavarovanj z asistenco nudi z ustreznim doplačilom premije tudi posebne ponudbe za določene skupine ljudi, in sicer za poslovneže, športnike, dijake in študente ter za imetnike določenih kreditnih kartic.

Poleg omenjenih produktov se lahko zavarovanec odloči tudi za že pripravljene zavarovalne pakete (v paketih so pod bolj ugodnimi pogoji vključena zavarovanja iz skupin B in C), in sicer: Popolni nadstandard, Visoki nadstandard, Specialistični nadstandard, Za zrelejša leta, Brezskrbno materinstvo, Zdravje in udobje, Pripomočki in zdravila ter Mladostniki.

1.6.4 Primerjava vseh treh zavarovalnic

Če želimo primerjati zavarovalnice, je tržni delež, ki ga posamezna zavarovalnica na področju prostovoljnih zavarovanj dosega, najprimernejši kriterij. Primerjalni podatki vseh treh zavarovalnic so na voljo na spletni strani Agencije za zavarovalni nadzor (Poročila, 2009). Navedeno je, da je bila na področju prostovoljnih zavarovanj v letu 2008 precej v ospredju VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica, d.v.z. s 60,3 % tržnim deležem, ki se je v primerjavi s predhodnim letom sicer zmanjšal za 1,4 odstotne točke. Sledila ji je zavarovalnica ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d. s 24,5 % tržnim deležem, ki se je v primerjavi s predhodnim letom povečal, a le za 0,2 odstotni točki in TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d. s 15,2 % tržnim deležem, kar je za 1,2 odstotni točki več kot v predhodnem letu. Po zbrani premiji pa se ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d., VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica, d.v.z. ter TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d. uvrščajo na drugo, četrto in osmo mesto med klasičnimi zavarovalnicami v Republiki Sloveniji.

Zanimivo je tudi vedeti kolikšen delež pri celotni ponudbi posamezne zavarovalnice predstavljajo prostovoljna zavarovanja in s tem kolikšen del celotne premije je iz zdravstvenih zavarovanj. Tabela 1 nazorno prikazuje, da se VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica, d.v.z. ter TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d. ukvarjata »samo« z zdravstvenimi zavarovanji, saj predstavlja tale delež skoraj 100 %. Tudi pri ADRIATIC SLOVENICI Zavarovalni družbi d.d. je ta delež velik, saj predstavlja kar 37 %, kar je več kot tretjina. Vsem trem zavarovalnicam je skupno to, da predstavlja delež premij dopolnilnih zavarovanj v zdravstvenih zavarovanjih večino (od 94 % do 99,99 %), kar nakazuje na to, da se bodo morale zavarovalnice še bolj

potruditi pri trženju ostalih oblik prostovoljnih zavarovanj. Glede na pestro ponudbo ostalih prostovoljnih zavarovanj pri VZAJEMNI zdravstveni zavarovalnici, d.v.z. je zanimivo, da predstavljajo le-ta tako zelo majhen delež (1,37 %). Majhen, 6 % delež omenjenih zavarovanj je pri ADRIATIC SLOVENICI Zavarovalni družbi d.d. sestavljen iz nadstandardnih zavarovanj in CORIS zavarovanj (2 % ter 4 %). Tako je omenjena zav. na slovenskem trgu vodilna v strukturi dodatnih in vzporednih zavarovanj in dosega pri omenjenih zavarovanjih največji tržni delež.

Tabela 1: Prikaz deleža prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v letu 2008

ZAVAROVALNICA	VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica, d.v.z.	ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d.	TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d.
% zavarovanj v letu 2009			
% ZDRAVSTVENIH ZAV.	99,94	37	99,99
Delež dopolnilnih zavarovanj v zdravstvenih zav. (v %)	98,57	94	99,91
Delež ostalih prostovoljnih zav. v zdravstvenih zav. (v %)	1,37	6	0,089
% OSTALIH ZAV.	0,06	63	0,000184
SKUPAJ VSA ZAV.	100	100	100

Vir: ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d., Letno poročilo 2008, str. 30; TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d. Revidirano letno poročilo za leto 2008, str. 11; VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica, d.v.z., Revidirano letno poročilo za leto 2008, str. 20.

Vse tri zavarovalnice ponujajo vsebinsko ne razlikujoča se dopolnilna zdravstvena zavarovanja. Razlike med ponudniki tega zavarovanja so opazne le pri višini premije (Tabela 2), čeprav je za nekoga razlika med najvišjo in najnižjo mesečno premijo (0,77 € / mesec ali 9,24 € / leto) zanemarljiva, za drugega zagotovo to ni. Vsi trije ponudniki omogočajo tudi 3 % popust na mesečno premijo. Različne pa so zahteve za odobritev tega popusta. Večinoma ga nudijo krvodajalcem, osebam, ki bodo plačevale premijo prek TRR ali z odtegljajem od plače, osebam, ki sklenejo zavarovanje prek interneta,

Tabela 2: Prikaz višine premije vseh treh zavarovalnic

ZAVAROVALNICA	VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica, d.v.z.	ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d.	TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d.
PREMIJA V LETU 2009			
Mesečna premija	23,84 €	24,59 €	24,63 €
Mesečna premija (3 % popust)	23,12 €	23,85 €	23,89 €

Vir: Dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje, 2009; Osnovne informacije o ureditvi zdravstvenega zavarovanja v RS, 2009; Dopolnilno zdravstveno zavarovanje, 2009.

Glede na to, da je število potencialnih porabnikov njihovih zdravstvenih storitev omejeno (vsak državljan, razen zakonsko izvzetih oseb, ima najkasneje po 26. letu starosti sklenjeno maksimalno eno dopolnilno zavarovanje in mogoče še kakšno prostovoljno zavarovanje, medtem ko ima ta ista oseba lahko dva avta in s tem dve avtomobilski zavarovanji, pa še premoženjska zavarovanja, življenjska ...), me preseneča dejstvo o tolikšni razliki v zavarovalni premiji.

Med zavarovalnicami pa obstajajo bistvene razlike v trženju drugih oblik prostovoljnih zavarovanj. Razlike so v poimenovanju posameznega zavarovanja, v vključujočih rizikih, ponujenih ugodnostih, popustih, ... Dejstvo je, da vse to onemogoča ali otežuje primerjavo podobnega ali istega produkta različne zavarovalnice, kar je za potencialnega zavarovanca slabost, za zavarovalnico pa prednost. To se dogaja zaradi konkurence, ki je, kljub samo trem zavarovalnicam, za slovenski trg velika.

2 STORITVE ZDRAVSTVENIH ZAVAROVANJ

Storitev je dejanje ali delovanje, ki ga ena stran ponudi drugi in je po svoji naravi neotipljivo in ne pomeni posedovanja česar koli. Njena izvedba je lahko ali pa ni povezana z izdelki (Kotler, 2004, str. 444).

Storitvena podjetja so bistveno zaostajala za proizvodnimi podjetji, vendar se je stanje v zadnjih letih bistveno spremenilo. Gospodarstva razvitega sveta čedalje bolj temeljijo na uspešnosti storitvenih dejavnosti. Po 2. svetovni vojni se je storitveni sektor eksplozivno razvil in postal dominanten gospodarski sektor razvitih držav, saj ustvarja že več kot 70 % BDP in zaposluje več kot dve tretjini vseh zaposlenih. Na rast storitvenega sektorja so vplivali številni razlogi, kot so demografski, socialni, ekonomski, politični ... V Republiki Sloveniji se storitveni sektor izboljšuje in postaja pomembnejši kot je bil v preteklosti, vendar pa obstajajo med našimi in tujimi storitvami še vedno razlike, ki so predvsem vidne v njihovi kakovosti, raznovrstnosti in razpoložljivosti (Potočnik, 2004, str. 20-23). To velja za vse storitve, vključno z zavarovalnimi, kamor spadajo tudi zdravstvene storitve.

Številni avtorji omenjajo štiri tipične lastnosti storitev, ki jih je potrebno upoštevati pri izdelavi tržnih načrtov. Ker so izmed vseh storitev zavarovalne, in s tem tudi zdravstvene storitve, še posebej specifične, bom ob vsaki lastnosti pojasnila ali veljajo tudi zanje:

1. **neotipljivost**: je lastnost, ki velja za vse storitve, vključno z zdravstvenimi, saj si nikakršne storitve pred nakupom ne moremo ogledati, poskusiti, vonjati, preizkusiti, niti ne videti

njenega rezultata. Storitve si je zato težko predstavljati, kar ustvarja občutek negotovosti. Medtem ko izdelke proizvajamo, storitve izvajamo, zato odjemalci pred nakupom iščejo zunanje dokaze o kakovosti storitev, ki jih lahko najdejo na osnovi zaposlenih v podjetju, prostoru, opremi, simbolih ali ceni. Kupcem je torej potrebno dati čim več vidnih znakov storitve.

2. **neločljivost:** tako ponudnik, kot tudi odjemalec vplivata na končni rezultat storitve, ki praviloma nastane in se porabi istočasno. To popolnoma ne drži za zdravstvene storitve, saj se le-te ne porabijo istočasno s sklenitvijo. Lahko se, ampak ni nujno. Ko sklenemo prostovoljno zavarovanje (npr. za eno leto), je le to veljavno od datuma sklenitve pa do datuma skadence, storitev pa lahko koristimo kadarkoli znotraj tega obdobja. Posebnost zavarovalnih storitev se kaže predvsem v primerih, ko med trajanjem zavarovanja ne pride do zavarovalnega primera. Na zunaj je videti, kot da storitev sploh ni bila opravljena. Zavarovanec je imel sicer zavarovalno kritje, vendar za svoje plačilo premije ni prejel ničesar, kar bi lahko porabil ali zamenjal. Če smo se npr. prostovoljno – nadstandardno zavarovali pri eni izmed zavarovalnic in smo za to zavarovanje plačali premijo in v tistem letu nismo potrebovali bolnišničnega zdravljenja, kjer bi lahko storitev koristili, se kaj kmalu zgodi, da rečemo »da zavarovalnice pobirajo samo denar!«
3. **spremenljivost:** je neizogibna posledica hkratne izvedbe in porabe opravljene storitve. Kakovost storitve se spreminja, odvisno od tega, kdo, kje in kdaj jo izvaja. Splošna kakovost zdravstvene storitve zaradi navedenega ni mogoča in zaradi tega ne obstaja zanesljivost oziroma obstojnost kakovosti storitve. Poti za doseganje stalne ravni kakovosti storitev so standardizacija procesa izvajanja storitve, skrbna izbira zaposlenih ter njihovo izobraževanje in spremljanje zadovoljstva odjemalcev in njihovih povratnih informacij o storitvah. Pri zavarovalnicah, ki ponujajo prostovoljno zavarovanje drži, da kljub temu, da so posamezna zavarovanja standardizirana, igra pomembno vlogo posrednik ali ponudnik prostovoljnega zavarovanja. Dejstvo je, da če le dva zastopnika ponujata enako prostovoljno zavarovanje, bo eden zagotovo tržno uspešnejši od drugega.
4. **minljivost:** storitev ne moremo shranjevati oziroma skladiščiti. Proizvedene so na podlagi zahteve oziroma povpraševanja in prenehajo obstajati z uporabo. V primeru zavarovalnic njihove storitve prenehajo obstajati, ko preteče datum, zapisan v pogodbi (datum skadence). Če pa se zgodi, da zavarovalnica ne ponuja več določene storitve, katere si želimo, bomo preprosto odšli k drugi zavarovalnici, ki ponuja takšno ali podobno prostovoljno zavarovanje.

Ker so torej storitve neopredmetene in s tem tudi neotipljive, je izjemno težavno ugotavljanje in nadziranje njihove kakovosti. Podjetje doseže uspeh samo, če na trgu ponudi kakovostno

storitev. To pa je razlika med pričakovano in dejansko prejeta storitvijo, kot jo zazna porabnik. Med porabniki obstajajo pomembne razlike glede njihovega ocenjevanja kakovosti storitev. Potočnik (2004, str. 98) navaja, da so glavne značilnosti kakovosti storitev: celovitost, čistost, dostopnost, estetičnost, funkcionalnost, komunikativnost, odzivnost, prilagodljivost, razpoložljivost, skrbnost, udobnost, uslužnost, vpljdnost, zanesljivost, zavezanost in zmožnost. Naštete značilnosti predstavljajo pomembno izhodišče za oblikovanje meril za merjenje kakovosti vseh storitev in ustvarjanje zadovoljstva uporabnikov storitev. Najbolje bi bilo, če bi vsaka storitev imela vse te značilnosti, a na žalost temu ni tako.

Na zadovoljstvo in navdušenje nad storitvijo vplivajo zlasti pričakovanja uporabnikov. Pričakovanja so objektivna (lahko jih opredelimo s povprečno ravni kakovosti, ki temeljijo na znanih informacijah) in subjektivna (izražajo počutje porabnikov v zvezi s storitvijo in kakšna bi po njihovem mnenju morala biti kakovost storitve). Motnje pričakovanj so vrzeli med znano in pričakovano kakovostjo storitve, zato zadovoljstvo pogosto opredeljujejo tudi kot vrzel med zaznavanjem in pričakovanjem. Le-te so lahko pozitivne (če presegajo pričakovanja) in negativne (če ne dosežajo pričakovane ravni). Da bi storitveno podjetje doseglo večje zadovoljstvo porabnikov, mora sprejeti koncept navdušenja, ki temelji na pozitivnem presenečenju. Navdušenje je najvišja stopnja zadovoljstva, ki se kaže zlasti v višji stopnji zvestobe uporabnikov. Izboljšanje zadovoljstva ima na začetku progresivni vpliv na rast prodaje. Nato ostaja stopnja zadovoljstva na isti ravni, dokler podjetje s pozitivnim presenečenjem ne ustavi navdušenja, ki poveča zvestobo mnogo bolj kot samo zadovoljstvo. Odlična storitvena podjetja razvijajo strategijo stalnega navdušenja svojih strank s trajnim razvijanjem in izboljševanjem storitev, da bi obdržala konkurenčno prednost pred tekmeci.

Lahko rečemo, da je človeški dejavnik bistvenega pomena, ko govorimo o storitvah, zato morajo ponudniki storitev zelo dobro poznati želje in potrebe uporabnika in jih vplesti kot soustvarjalca storitve, saj je verjetnost za njihovo zadovoljstvo tako večja. Storitvene organizacije morajo:

- slediti pričakovanjem svojih porabnikov,
- vedeti kakšno raven kakovosti pričakujejo ljudje in kakšne koristi pričakujejo od storitve,
- negovati odnose s svojimi strankami in si znati pridobiti zvestobo porabnikov,
- ugotoviti zakaj so ljudje nezadovoljni in zato razviti sistem pritožb,
- znati prilagajati storitve (nuditi tudi podporne storitve).

2.1 Trženjski splet storitev

Dejstvo je, da se je trženje najprej razvilo v zvezi s prodajo skoraj čistih izdelkov, šele nato s prodajo storitev. Harrell (2002, str. 340-341) navaja, da kljub temu, da obstajajo razlike med trženjem izdelkov in storitev, obstajajo med njimi tudi številne podobnosti. Nekatera podjetja namreč tržijo samo izdelke, druga samo storitve, nekatera pa oboje, zato pravi, da poznamo:

- **skoraj čiste izdelke:** to so izdelki, ki jih nabavimo in porabimo z zelo malo ali nič vključujoče storitve (npr. trgovine z živili, samopostrežne benzinske črpalke, ...);
- **izdelke s storitvami:** to so izdelki, ki so podprti s servisi, z vzdrževanjem in nasveti (npr. avto, gospodinjski aparati, ...);
- **pol izdelke in pol storitve:** ravnovesje med deležem izdelka in storitve (npr. restavracije, knjigarne, delitev pripravljene hrane, ...);
- **storitve z izdelki:** človeško znanje (intelektualna lastnina), ki izdelek vzpostavi za delovanje (npr. programska oprema, faks storitev, ...);
- **skoraj čiste storitve:** izkušnje pridobljene med izvajanjem storitve (npr. zdravstvene organizacije, svetovanje, pravne storitve, zdravniška nega, ...).

Za lažje razumevanje in uspešno izvajanje trženja pa moramo poznati elemente, ki sestavljajo trženjski splet. Številni avtorji navajajo, da ga najlažje ponazorimo s sistemom 4P. Lauterborn (1990, str. 26) pa navaja, da so prodajalčevi štirje P vzporedni kupčevim štirim C.

4 P	4 C
Izdelek ali storitev (angl. <i>product</i>)	Rešitev za kupca (angl. <i>customer solution</i>)
Cena (angl. <i>price</i>)	Stroški za kupca (angl. <i>customer cost</i>)
Tržne poti (angl. <i>place</i>)	Udobje (angl. <i>convenience</i>)
Trženjsko komuniciranje (angl. <i>promotion</i>)	Komuniciranje (angl. <i>communication</i>)

Tradicionalni tržni splet za izdelke (4P) ima svoje pomanjkljivosti v odnosu do storitev, saj imajo le-ta svoje specifične lastnosti (to velja tudi za zdravstvene storitve). Potočnik (2004, str. 223) navaja, da moramo pri trženju storitev vključiti še dodatne pomembne sestavine, ki so: pisni materiali in fizični dokazi (angl. *physical evidence*), prodajni ali storitveni procesi (angl. *processing*) in ljudje ali udeleženci (angl. *people*). Tako dobimo trženjski splet za storitve ali 7P. Avtor v nadaljevanju navaja, da trženjski splet za storitve čedalje bolj vključuje še osmi instrument, to je produktivnost in z njo povezana kakovost storitve (angl. *productivity and quality*), kar končno gledano pomeni 8P.

Pomembno je poudariti, da mora biti vsak trženjski instrument interaktivno (vzajemno) povezan z drugimi in zagotavljati medsebojno podporo pri uresničevanju trženjskih strategij in izvajanju trženjskih aktivnosti. Instrumenti se morajo medsebojno podpirati in vplivati na doseganje sinergije, to je večjega skupnega učinka, kot je vsota posameznih učinkov. To zagotovo velja tudi pri zdravstvenih zavarovanjih. **Trženjski splet zdravstvenih storitev:**

1. **storitev:** zdravstvena storitev je kompleks dejanj (seznanitev z zavarovalnimi pogoji, svetovanje zavarovancu, ocenitev zdravja, ...) med zavarovalnico in zavarovancem z namenom, da se zadovolji potreba zavarovanca po varnosti. Omenjeno je bilo, da je zdravstvena storitev nevidna. Celotni rezultati storitve so vidni šele po škodnem dogodku, zato je zavarovanje za porabnike dokaj nejasna in težko razumljiva storitev. Zavarovalnica mora s predstavitvijo storitve in z zavarovalnimi pogoji poskrbeti, da porabniki razumejo, da jim zavarovanje omogoča ekonomsko varnost in da je zato sklenitev prostovoljnega zavarovanja pametna odločitev.
2. **cena:** prodajna cena prostovoljnih zavarovanj je zavarovalna premija, ki jo mora zavarovanec plačati. Zavarovalnice določajo višino premije glede na vrsto zavarovanja. Zavarovalnice oblikujejo premijo na področju dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj prvenstveno na podlagi ocenjenih izplačanih in bodočih odškodnin, pri čemer upoštevajo svoje obratovalne stroške in zavarovalno-tehnične rezervacije. Tako kot pri drugih oblikah zavarovanj se izračuna premija na podlagi okoliščin, pomembnih za oceno nevarnosti. Kot predvideva ZZvar v 113. členu, mora zavarovalnica oblikovati zavarovalno-tehnične rezervacije tako, da lahko krije bodoče obveznosti iz zavarovanja v zvezi z vsemi zavarovalnimi posli, ki jih opravlja, ter zaradi izgub, ki so lahko posledica tveganj, s katerimi se sooča pri opravljanju poslov. Glede na strukturo zavarovancev oziroma zavarovalnih razredov bi morale slovenske zavarovalnice, ki izvajajo dopolnilno zavarovanje, imeti med seboj občutnejše različne premije. Toda uvedba izravnalne sheme dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj razlike v škodah med zavarovalnicami izravnava, zlasti razlike glede na starost in spol. To je poglobitveni razlog, da bistvenih razlik v premijah med zavarovalnicami ni, saj v izravnavi dosežejo približno enake odškodnine, medtem ko ekonomija obsega vpliva na manjša odstopanja v premiji. Ne glede na konkurenco pa ne prihaja do prevelikih znižanj (ugodnosti) saj lahko le to ogrozi poslovanje zavarovalnice. Lahko rečemo, da so zdravstvene storitve specifične tudi v pogledu cen, saj porabniki teh storitev niso zelo odvisni od cen. Pomembnejša jim je kakovost storitve, kakšne oblike zavarovanj krijejo, kakšne rizike, s kakšnim paketom se določena oblika zavarovanja lahko veže, ... saj jim nižja premija ne pomeni ničesar, če ne dobijo zadovoljivega povračila ob škodnem primeru oziroma ne morejo koristiti ugodnosti, za katere so mislili, da so prostovoljno zavarovani.

3. **distribucija – tržne poti:** tržne poti so ena glavnih elementov trženjskega spleta za zdravstvene storitve. Na izbiro tržne poti vpliva predvsem vrsta zavarovanja, ki jo zavarovalnica želi prodati, struktura posameznega zavarovanja, ciljna skupina uporabnikov. Trženje prostovoljnega zavarovanja je lahko:

- **neposredno ali direktno:** pomeni, da zavarovalnice same prodajajo zavarovanja končnim porabnikom, brez vmesnih členov na tržni poti. Takšne neposredne tržne poti so predvsem prodaja zavarovanj preko prodajnih okenc na zavarovalnicah in njihovih predstavništvi, preko telefona, preko televizije in interneta. Kotler in Armstrong (2001, str. 640) navajata, da podjetja vedno bolj oblikujejo svojo spletno stran zato, da bi privabila potencialne porabnike. Takšna stran naj vključuje katalog (v našem primeru zavarovalne pogoje), produkte, cenik ter »promocijske« značilnosti, kot so razni popusti in druge ugodnosti. Priporočata tudi rubriko, kjer podjetje odgovarja na porabnikova vprašanja. Trženja prek interneta se poslužujejo vse tri slovenske zavarovalnice. Ta oblika v zadnjem času pridobiva na veljavi predvsem zaradi hitrosti, nudenja popustov in možnosti sklenitve zavarovanja v vsakem trenutku.
- **posredno ali indirektno:** za to obliko – trženje zavarovanj s tržnimi posredniki, ki so običajno zavarovalni zastopniki, se odloča večina zavarovalnic zaradi večje učinkovitosti in ekonomskih razlogov (Dimovski & Volarič-Prijatelj, 2000, str. 201).

Če omenjeno teorijo prenesem na konkretne primere vseh treh zavarovalnic, lahko povem, da poteka prodaja produktov v:

- VZAJEMNI zdravstveni zavarovalnici, d.v.z. preko poslovnih enot, poslovalnic in zastopstva ter drugih alternativnih prodajnih poti, kot so: info točke na izpostavah ZZZS in preko pogodbenih partnerjev. Vse bolj pomembna pa postaja t.i. «modra številka» ali kontaktni center, ki postaja samostojna prodajna pot.
 - ADRIATIC SLOVENICI Zavarovalni družbi d.d. preko poslovnih enot, poslovalnic, predstavništev, na pogodbenih agencijah pooblaščenih za opravljanje zavarovalnih poslov ter preko spleta.
 - TRIGLAV, Zdravstveni zavarovalnici, d.d. preko lastne prodajne poti, enote Zavarovalnice Triglav, d.d, preko pogodbenih agencij za zavarovalno zastopanje in posredovanje ter enote Abanke Vipa, d.d. (s svojimi poslovalnicami, kar je urejeno z ustreznimi pogodbenimi razmerji).
4. **promocija – tržno komuniciranje:** tržno komuniciranje se tako kot na vseh področjih in v vseh panogah tudi v zavarovalnicah uporablja z namenom, da bi posamezna zavarovalnica prepričala porabnike, da potrebujejo prostovoljno zavarovanje in da naj le to sklenejo prav pri njih. Lahko rečemo, da je glavni namen tržnega komuniciranja to, da porabnike poučimo

o posledicah, če npr. ne sklenejo dopolnilnega zdravstvenega oziroma o tem, kaj jim prinese vzporedno, nadstandardno zavarovanje, ... saj se le tako lahko odločijo za sklenitev določenega prostovoljnega zavarovanja. Poleg storitve pa je potrebno predstaviti tudi zavarovalnico in njene prednosti pred konkurenčno zavarovalnico. Na področju zdravstvenih storitev poteka promocija večinoma preko oglaševanja, osebne prodaje, preko akcij pospeševanja prodaje, v posebnih razmerah pa lahko marketinške akcije povezujemo tudi s področjem odnosov z javnostmi. Vsem trem zavarovalnicam je skupno, da z zavarovanci ali potencialnimi zavarovanci komunicirajo preko telefonskega studia, brezplačnega telefona, spletne strani, preko pohval in pritožb ter preko medijev. Tudi zavedanje blagovne znamke je eden najpomembnejših ciljev tržnega komuniciranja. Ob uvajanju nove blagovne znamke ima tržno komuniciranje velik vpliv, saj je pogosto edini vir informiranja.

5. **fizični dokazi:** fizični dokazi so del marketinškega spleta, ki se nanaša na okolje (prostor), v katerem je zdravstvena storitev opravljena, in na predmete, ki so z njo povezani. Končina (1994, str. 261) pravi takole: » Zavarovanje je neoprijemljiva storitev, stranke dobijo le zavarovalno obljubo in zato potrebujejo fizične dokaze, da se prepričajo, da se storitev res izvaja in da bodo njihova pričakovanja tudi uresničena.« Primer fizičnih dokazov za zavarovalnice je opremljenost poslovnih prostorov, sprejemni prostori za zavarovance, oblikovanje in razumljivost splošnih in posebnih pogojev, predpogodb, zavarovalnih polic in drugih za zavarovanca pomembnih listin, ki morajo biti vsebinsko in oblikovno ustrezni. To je zelo pomemben del trženjskega spleta, saj je težko zadovoljiti npr. z novo podobo poslovalnice ali obliko zavarovalnih polic večino ljudi. Dejstvo pa je, da je za splošno zadovoljstvo potrebna večina.
6. **ljudje ali udeleženci:** pri sklepanju prostovoljnih zavarovanj morata biti prisotni obe stranki, tako ponudnik kot tudi zavarovanec, zato lahko rečemo, da sta obe stranki enako pomembni. Ponudniki zavarovanj (zastopniki, posredniki) morajo biti primerno usposobljeni, saj bodo le tako znali predstaviti zdravstveno storitev in pomagati zavarovancu pri svoji odločitvi, ki je zagotovo zelo zahtevna. Zavarovalnica mora poskrbeti za učinkovito motiviranje tudi ostalih zaposlenih v računovodstvu, pravni službi, škodnem oddelku, ..., saj so tudi oni eden ključnih elementov storitve. Zavarovanec svojo potencialno negotovost glede nakupa storitve prenaša na kakovost storitve in zavarovalnico kot celoto, lahko pa zaradi dobrih izkušenj izbrano zavarovalnico priporoča drugim potencialnim zavarovancem. Zavarovalnica mora biti dosledna do obeh zavarovančevih reakcij, saj jim njihova negotovost pove, da mora zavarovalnica povečati kvaliteto storitev ter znanje ponudnikov, medtem ko je zavarovančev »dober glas« za zavarovalnico brezplačna promocija, ki po uspehu presega vse druge oblike promocije.

7. **prodajni ali storitveni procesi:** gre za izvajanje zavarovalnega procesa čez celotno dobo trajanja zdravstvenega zavarovanja, torej vse do njegovega izteka. Proces se začne z oblikovanjem zdravstvene storitve, se nadaljuje s svetovanjem porabnikom, s prodajo zavarovanja, nato pa sledijo obveznosti, ki jih morajo zavarovalnice ali ponudniki storitev izpolniti, če pride do zavarovalnega primera. Vsi ti koraki v procesu morajo biti skrbno izvedeni, saj to vpliva na kakovost storitve in posledično na zadovoljstvo zavarovancev. To pa je zelo pomembno, ker vemo, da je zavarovanje kontinuirano in če so bili zavarovanci s celotnim procesom zadovoljni, bodo po preteku prostovoljnega zavarovanja le to obnovili, v nasprotnem primeru se kaj hitro lahko zgodi, da bo zavarovalnica izgubila nezadovoljnega zavarovanca ter morebiti še družinske člane ali prijatelje.
8. **produktivnost in kakovost storitve:** v primeru zdravstvenih storitev bi to pomenilo, da se z večanjem števila zdravstvenih produktov, torej z razširitvijo ponudbe, ne sme poslabšati kakovost storitve, saj se to neposredno odraža v nezadovoljstvu in razočaranju porabnikov, kar ima lahko za posledico izgubo porabnika storitve.

Pri prebiranju literature nisem, kljub Potočnikovim navedbam, nikjer drugje zasledila 8P. Zato ostajam zvesta osnovnemu trženjskemu spletu za storitve, ki je 7P.

2.2 Ponudba novih zdravstvenih storitev

Po besedah Potočnika (2004, str. 226) je razvijanje novih storitev vedno tvegano, saj je odvisno od številnih dejavnikov, zlasti od:

- zadostnega števila dobrih idej,
- potrebnih investicijskih sredstev in razvojnih strokovnjakov,
- časa razvoja,
- čedalje krajšega življenjskega cikla sedanjih produktov in storitev,
- potencialnega povpraševanja.

Tržno gledano je nova storitev vsaka storitev, ki se na določenem trgu pojavi prvič, ne glede na to ali jo na drugem trgu že poznajo. To velja tudi za zdravstvene storitve. Nova storitev nastane prek številnih faz razvojnega dela, med katerimi so najpomembnejše:

- iskanje idej za nove storitve,
- ocenjevanje idej,

- ehnično razvijanje nove storitve,
- tržno testiranje (če je možno),
- uvedba nove storitve na trg.

Če gre zamisel za novo storitev uspešno čez vse stopnje, lahko upravičeno pričakujemo, da bo nova storitev našla porabnike in zadovoljila njihove potrebe. To pa je draga in tvegana naložba. Kljub temu, da na trg prihajajo vedno nove storitve, le-te postopno zastarevajo, dokler na koncu ne izginejo s trga. Življenjska doba ali življenjski cikel storitev je čedalje krajši zaradi konkurence ter vplivov tržnega nihanja. Le-ta so lahko posledica gospodarskih, političnih, tehnoloških, kulturnih, socialnih in drugih razlogov. Kažejo se v obliki večjega ali manjšega povpraševanja, večje ali manjše ponudbe, naraščanja in znižanja cen, tržnega odpora do določenih storitev in dajanja prednosti drugim storitvam. Cikle storitev delimo na štiri stopnje, in sicer: uvajanje, rast, zrelost in upadanje, ki prikazujejo različne ravni prodaje in doseganja dobička. Po uspešni uvedbi storitve na trg se prodaja postopno povečuje, dokler ne doseže najvišje točke. Takrat se prodaja storitve ustali in nato postopno upada. Storitveno podjetje mora skrbno proučiti, na kateri stopnji življenjskega cikla so njegove storitve, se zavedati problemov, ki se lahko pojavijo na vsaki stopnji ter tega, da:

- ima vsaka storitev omejeno življenjsko dobo,
- se obseg prodaje med življenjsko dobo spreminja,
- dobiček narašča in upada v posameznih fazah življenjske dobe storitve,
- različne storitve zahtevajo različne trženjske pristope in aktivnosti.

Povedano velja tudi za razvoj novega zavarovalnega produkta. Najpreprostejša in skoraj najbolj gotova možnost je, da zavarovalnice nadgradijo že obstoječa prostovoljna zavarovanja. Tako se, na podlagi že sprejetega in uveljavljenega produkta, razvije nov, samostojen produkt. Veliko bolj rizično je, ko si zavarovalnice pri razvoju novih prostovoljnih zavarovanj pomagajo z že obstoječimi zavarovanji v tujini. Na tem mestu je potrebno poudariti nevarnost ali tveganje, saj ima vsaka država razvit svoj sistem zdravstvenih zavarovanj ter svojo strukturo prebivalstva, tako iz zdravstvenega kot finančnega vidika. Na ponudbo zdravstvenih storitev v Republiki Sloveniji zagotovo najbolj vpliva zakonodaja. Pri nas je še relativno veliko storitev, ki jih krije obvezno zavarovanje. V prihodnosti pa ni izključena možnost razvoja novih oblik prostovoljnih zavarovanj za storitve, ki so zaenkrat še del sistema obveznega zavarovanja in ki na podlagi novo sprejetega zakona ne bodo več. Tako bi to funkcijo prevzele zavarovalnice, ki ponujajo prostovoljno zavarovanje. Ne glede na to, kako pestra je ponudba prostovoljnih zavarovanj, je

povpraševanje po zdravstvenih storitvah v veliki meri odvisno od finančnega položaja državljanov, stopnje brezposelnosti, geografskega področja, od kulture ali celo verske pripadnosti. Vse to in še več vpliva na uvedbo in posledično na sprejetje novega zdravstvenega produkta na trgu.

3 PRESOJANJE USPEŠNOSTI S POMOČJO KAZALNIKOV

3.1 Finančno-računovodski kazalniki poslovanja

Koletnik (2006, str. 125-126) navaja, da daje računovodstvo najcelovitejše in najpopolnejše znanje o gospodarjenju poslovne osebe. Viri za oblikovanje takih informacij so praviloma v denarnih in naravnih merskih enotah izraženi podatki. Premožensko-finančno sliko kažejo v bilanci stanja, uspešnost pa v izkazu poslovnega izida in v izkazu denarnega izida.

Računovodski izkazi so osnovni instrument za obveščanje zunanjega poslovnega sveta in širše javnosti o finančni trdnosti, zanesljivosti, razvoju oziroma nazadovanju vsakega podjetja. Podatki v računovodskih izkazih se oplemenitijo s kazalci in kazalniki, ki omogočajo:

- razumljivejšo interpretacijo gospodarskega stanja in uspeha,
- večji pregled nad uspešnostjo in varnostjo poslovanja,
- večjo primerljivost z drugimi poslovnimi osebami in boljše spoznavanje prednosti, slabosti in priložnosti ter nevarnosti za poučevano poslovno osebo.

Vsako podjetje je pri izboru kazalnikov in njihove informacijske vrednosti samostojno. Izbrati pa mora takšne kazalnike, ki mu prinesejo najbolj realen pogled na stanje v podjetju in najširšo možno primerjavo z drugimi podjetji, pri čemer mora biti analitik pozoren na določene izjemne vplive in spremembe, ki so vplivale na izračunano velikost kazalnikov, kajti iz primerjav kazalnikov so razvidne le spremembe na koncu poslovnega obdobja, niso pa razvidni razlogi za te spremembe. Potrebno je torej, da kazalnike opazujemo v več zaporednih obračunskih obdobjih. Koletnik (1997, str. 113) navaja, kako lahko primerjamo kazalnike:

- **enak kazalnik iste organizacije iz preteklih obdobj:** običajno izbiramo obdobje pred tekočim ali pa tudi povprečje več preteklih obdobj. Takšna primerjava kazalnikov ima svoje prednosti – z njimi odkrivamo vzroke neugodnih situacij, zlasti še, kadar se pogoji poslovanja bistveno ne spreminjajo in slabosti – dobimo vpogled, kako je bilo in ne kako bi moralo biti.

- **enak kazalnik v okolju (medpodjetniška primerjava):** gre za primerjavo uresničene velikosti v enem ali v drugem podjetju, lahko pa so to vrednosti vseh podjetij v skupini ali podskupini dejavnosti. Primerjavo z okoljem ovirajo razlike v tehnologiji, položaju na trgu in v izraznih računovodskih rešitvah, zato se moramo teh razlik, pri izvajanju kazalnika, zavedati.
- **kombinirane primerjave:** do ocenitve stanja pridemo tako, da uporabimo podatke iz preteklih obdobj in ocenimo prihodnje. Oceniti moramo tudi ali bodo pogoji v prihodnosti enaki kot v preteklosti.

3.2 Nefinančni kazalniki poslovanja

V preteklosti so presojali uspešnost izključno s finančnimi kazalniki, katerih največja pomanjkljivost je kratkoročna usmerjenost. Z razvojem gospodarstva so se začeli razvijati sodobni modeli za presojanje uspešnosti, ki temeljijo predvsem na nefinančnih podatkih, izraženih opisno. To pomeni, da se v finančno-računovodski model vključi neopredmetena in intelektualna sredstva podjetja, kot so visokokakovostni izdelki ali storitve, motivirani in usposobljeni zaposleni, odzivni in predvidljivi notranji procesi ter zadovoljne in zveste stranke. Nefinančni kazalniki poslovanja se zelo hitro razvijajo in vedno bolj uporabljajo.

Milost (2007, str. 195-199) navaja, da imajo nefinančni kazalniki poslovanja svoje:

- **prednosti:** so dopolnilo podatkom v računovodskih izkazih (le-ti ne povedo ničesar o tehnološkem razvoju podjetja, zadovoljstvu in motiviranosti zaposlenih, o varnosti pri delu, o konkurenci, ...), kažejo na krizo v klasičnem računovodstvu (le to se ne odziva na sodobne izzive in spremembe v poslovanju podjetij, kjer se delež znanja v lastni ceni poslovnih učinkov močno povečuje).
- **slabosti:** njihova informacijska moč je precenjena (ugodnejše vrednosti nefinančnih kazalnikov nujno ne pomenijo tudi večje tržne vrednosti), uporabljajo se tudi za zunanje poslovno poročanje (čeprav niso preverjeni iz revizorskih strani), so neustrezen pristop za reševanje problema.

Pri določanju trdne finančne vrednosti za sredstva, kot so procesne zmogljivosti, sposobnosti, motivacija in prožnost zaposlenih, zvestoba strank, ..., se soočamo s številnimi težavami. Realno gledano bodo v bilancah stanja le-ta zelo težko priznana.

3.3 Uravnotežen sistem kazalnikov

Uravnoteženi sistem kazalnikov (angl. *balanced scorecard*) je metoda, ki je bila razvita na osnovi spoznanj, pridobljenih z raziskavo opravljeno na inštitutu Nolan Norton v devetdesetih letih prejšnjega stoletja v ZDA. Spodbuda za raziskavo (vodja raziskave Norton in Kaplan) je temeljila na prepričanju, da postajajo obstoječi pristopi presojanja uspešnosti, ki temeljijo le na finančnih in računovodskih kazalnikih, zastareli. Nastala je metoda, katere posebnost je, da vsebuje štiri vidike, ki so za uspešnost poslovanja enako pomembni; finančni, notranji (procesni), vidik kupcev in inovacijski vidik ali vidik zaposlenih.

Uspešnost delovanja vsakega podjetja je pogojena z zmožnostjo pretvorbe strategije v dejanja in s tem doseganje zastavljenih ciljev. Uravnoteženi sistem kazalnikov je eno izmed sodobnih managerskih orodij za obvladovanje strategije. Kaplan in Norton (2000, str. 14-19) navajata, da uravnotežen sistem kazalnikov:

- zagotavlja managerjem inštrumente, ki jih potrebujejo za usmerjanje proti konkurenčnemu uspehu v prihodnosti,
- pretvarja poslanstvo in strategijo neke organizacije v celovito paleto kazalnikov uspešnosti, ki zagotavljajo okvir za strateški sistem merjenja managementa,
- ohranja poudarek na doseganju finančnih ciljev, vendar vključuje tudi gibala za doseg te ciljev, saj uspešnost organizacije meri s štirih uravnoteženih vidikov. Le-ti so: finančni vidik, vidik poslovanja s strankami, vidik notranjih poslovnih procesov in vidik učenja in rasti.

Če management želi, da bo podjetje poslovalo uspešno in raslo v skladu s pričakovanji, mora skrbeti, da bodo tako finančni kot tudi nefinančni kazalniki, ki kažejo uspešnost uresničevanja ciljev podjetja, uravnoteženi v razmerju »vzrok – posledica«. Le na ta način je mogoče dobiti prave informacije, na podlagi katerih je mogoče sklepati in načrtovati poslovanje na dolgi rok.

4 EMPIRIČNA RAZISKAVA O IZBIRI ZAVAROVALNICE, KI PONUJA ZDRAVSTVENA ZAVAROVANJA

4.1 Metodologija raziskave

Osnovni namen magistrskega dela je analizirati uspešnost poslovanja slovenskih zavarovalnic. Pri prebiranju literature sem ugotovila, da je zelo malo poudarka namenjenega nefinančnim

kazalnikom, ki prav tako vplivajo na uspešnost poslovanja. Odločila sem se, da bom v praktičnem delu magistrske naloge predstavila raziskavo o razlogih, ki morebiti vplivajo na odločitve o izbiri zavarovalnice in s tem na njeno uspešnost. Razlogi so lahko: pripadnost določeni zavarovalnici – blagovni znamki, večje ugodnosti konkurenčne zavarovalnice, strokovnost zaposlenih, njihova prijaznost, ... Z analizo ankete se pomen nefinančnih kazalnikov potrdi ali pa ovrže.

Osnovni cilj ankete je bil, da sem pridobljene rezultate in ocene ankete primerjala z raziskovalnimi vprašanji. Le-ta so bila:

Prvo raziskovalno vprašanje: »Ali ima pri odločitvi o izbiri zavarovalnice pomembno vlogo blagovna znamka posamezne zavarovalnice?«

Pred nedavnim je bil pojem blagovne znamke slabo prepoznaven v poslovnem svetu. Razmere na trgu so pripomogle, da so se podjetja začela zavedati pomena in vrednosti, ki jo lahko ima blagovna znamka. Od njene prepoznavnosti in ugleda v družbi je odvisna tudi uspešnost podjetja. Zavedanje pomena blagovne znamke, njene moči in vrednosti je premoženje, ki je lahko izredno trajno in lahko sčasoma z rastjo izkušenj in izpostavljenosti samo še raste. Nova, izzivajoča blagovna znamka pa bo namreč kljub večjim izdatkom za trženje zelo težko pregnala staro blagovno znamko s področja, kjer ima slednja dominanten nivo prepoznavnosti (Aaker, 1991, str. 208-209). Z anketo želim torej ugotoviti ali ima pri odločitvi o izbiri zavarovalnice pomembno vlogo ugled njene blagovne znamke v okolju.

Drugo raziskovalno vprašanje: »Ali na odločitve o izbiri zavarovalnice vpliva strokovnost in prijaznost zaposlenih?«

Ker je konkurenca tudi na trgu prostovoljnih zavarovanj velika, se morajo zavarovalnice boriti prav za vsakega zavarovanca. Potencialni zavarovanec se z lahkoto odloči za eno ali drugo zavarovalnico, če ni že v osnovi pripadnik določeni zavarovalnici. Vodstvo zavarovalnice se tega zaveda in skuša zato vplivati na svoje zaposlene tako, da jih plačilno motivira, spodbuja k izobraževanju iz področja stroke, organizira razne »delavnice« na temo komuniciranja s strankami, ... Zavedajo se tudi, da bo le zadovoljen uslužbenec, tako s plačilom, kot tudi z organizacijsko klimo o svojem podjetju pozitivno govoril ter se tudi osebno trudil za vsakega zavarovanca. To pa je brezplačna promocija V potencialnih ter že obstoječih zavarovancih morajo vzbujati občutek pomembnosti, jim nameniti dovolj časa za razlago posamezne oblike

zavarovanja, jim prilagajati časovni termin za sestanek, ... Najpomembnejša vrlina oziroma značilnost je nevsiljivost.

Tretje raziskovalno vprašanje: »Ali bi imele pri ponovni odločitvi posameznika o izbiri zavarovalnice pomembno vlogo ponujene ugodnosti konkurenčne zavarovalnice?«

Dejstvo je, da živimo v težkih časih. V časih, ko nekateri živijo v prevelikem izobilju, drugi v pomanjkanju, a zdravje potrebujemo vsi. In s tem je povezana naslednja hipoteza, da se bodo posamezniki odločili za tisto zavarovalnico, ki ponuja več ugodnosti. Le-te so lahko finančne ali pa kakovostne narave.

4.2 Opredelitev populacije in vzorca ter metode zbiranja podatkov

Populacijo moje raziskave so predstavljali naključno izbrani mimoidoči. Vzorec so tvorile torej vse osebe, ki so želele sodelovati, razen otrok, dijakov in študentov v starosti do 26. let. Izvedla sem 100 anket. Primarne podatke sem zbirala z raziskovalno metodo anketiranja, ki sem jo izvajala v Novi Gorici in Šempetru pri Gorici. V svoji raziskavi sem se odločila za pridobivanje primarnih podatkov, ker sem želela ugotoviti kaj vpliva na izbor zavarovalnice. Pri načrtovanju raziskave sem se opirala na sekundarne podatke, ki so mi bili v pomoč pri oblikovanju ciljev raziskave in pri sestavljanju vprašalnika. V svojih ugotovitvah sem se pri interpretiranju rezultatov opirala predvsem na podatke, pridobljene v raziskavi, občasno pa sem se sklicevala tudi na druge vire.

4.3 Predstavitev vprašalnika in spremenljivk

V raziskovalni nalogi sem uporabila vprašalnik, ki je eden najprimernejših inštrumentov za pridobivanje primarnih podatkov. Je zelo prožno sredstvo, saj je mogoče vprašanja oblikovati na najrazličnejše načine. Za vprašalnik pa je značilno, da preden ga uporabimo na terenu, ga moramo natančno zasnovati, preizkusiti in odpraviti njegove pomanjkljivosti. Anketa je bila sestavljena iz petnajstih vprašanj. Vsa vprašanja so bila zaprtega tipa, le eno je bilo dopolnjeno z opisnim delom. Sestava vprašalnika je bila takšna, da sem lahko čim lažje povzela odgovore na postavljena raziskovalna vprašanja.

Anketni vprašalnik (Priloga 3) sem skušala oblikovati kratko in jedrnato, zato sem uporabljala preproste, lažje razumljive besede. To je anketirancem omogočalo hitrejše odgovarjanje na

zastavljena vprašanja. Vprašalnik je temeljil na splošnih vprašanjih, saj sem se zavedala, da bo k sodelovanju zelo težko pridobiti ljudi, še posebej, če so vprašanja preveč osebna. Prvotna anketa je bila zasnovana za vsa prostovoljna zavarovanja, ki jih zavarovalnice lahko ponujajo. Le to sem testirala na desetih osebah, izmed katerih ni prav nihče imel sklenjenega nobenega drugega prostovoljnega zavarovanja razen dopolnilnega, kar mi je dalo zelo slabe rezultate. Anketo sem zato popravila. Ker je temelj prostovoljnih zavarovanj prav dopolnilno zavarovanje, predstavlja le to osnovno izhodišče v novi anketi. Anketo sem ponovno razdelila istim osebam, ki so bile enotnega mnenja, da je anketa sedaj razumljivejša. Da bi se izognila nepravilnim odgovorom in izvajanju ankete zgolj v krogu poznanih ljudi, sem anketo v mesecu marcu in aprilu izvajala osebno, kar mi je sicer vzelo veliko časa.

Vprašalnik je sestavljen iz treh sklopov. Prvi sklop (vprašanja od 1 do 6) obravnava razloge za izbor zavarovalnice, pri kateri je trenutno anketiranec. Drugi sklop (vprašanja od 7 do 12) podaja odgovore o trenutni / ponovni odločitvi za zavarovalnico ter navaja razloge za to odločitev. Tretji sklop pa daje podatke o samem anketirancu.

4.4 Predstavitev in analiza raziskovalnih rezultatov

Podatke sem uredila s programom MS Excel 2007, analizo podatkov pa podajam v obliki predstavitve posameznega ali smiselno združenih vprašanj. Ker je bilo anketirancev 100, predstavlja odgovor posameznika (celotno gledano) hkrati tudi %. Kot sem že omenila, je bil vzorec naključen. Anketirancev nisem ločevala med seboj po spolu, starosti in drugih karakteristikah.

Izmed vseh anketirancev je bilo kar 73 % žensk, kar pomeni, da ženske predstavljajo večji del vzorca. Pri anketiranju je sodelovalo 43 % ljudi starih med 35 in 45 let, sledili sta predhodna (od 25 do 35 let) in naslednja starostna skupina (od 45 do 55 let). Zanimivo je dejstvo, da je bilo pripravljeno sodelovat zelo malo ljudi starejših od 55 let. Razlog lahko iščem v bojazni pred nepoznavanjem odgovorov. Presenetljiv je tudi delež višje, visoko in univerzitetno izobraženih ljudi, kar 49 %, ki so nujnost sodelovanja verjetno povezali s svojimi izkušnjami iz študijskih let, ko so podobne zadeve izvajali sami.

Na osnovno vprašanje, »Pri kateri zavarovalnici imate urejeno dopolnilno zavarovanje?«, je 55 anketirancev odgovorilo, da ima le to sklenjeno pri VZAJEMNI zdravstveni zavarovalnici, d.v.z., sledi ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d. (25 %), najmanj anketirancev pa

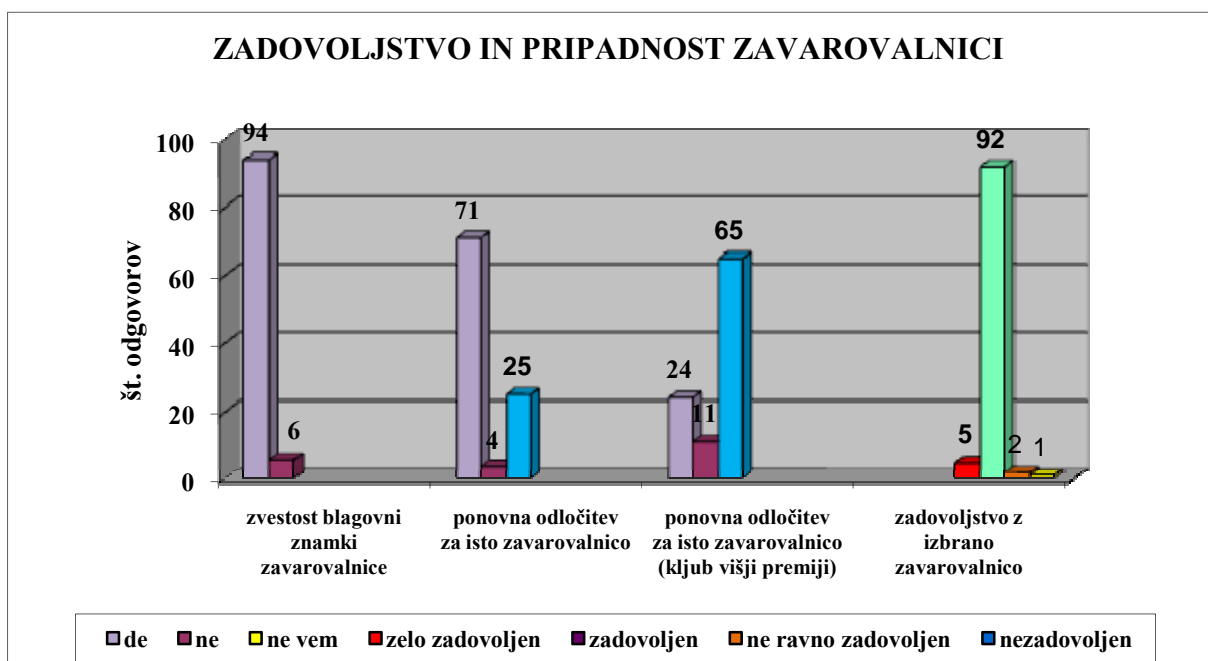
ima dopolnilno zavarovanje sklenjeno pri TRIGLAV, Zdravstveni zavarovalnici, d.d. (20 %). Lahko vidimo, da je dobra polovica vseh anketirancev (61) ostala pri prvotni zavarovalnici, kar me je zelo presenetilo, saj pomeni, da jo je zamenjalo le 39 anketiranih. Pričakovano pa je, da jih je izmed teh, kar 19, ki dopolnilnega zavarovanja niso imeli sklenjenega pri TRIGLAV-u, Zdravstveni zavarovalnici, d.d., saj se je le-ta pojavila na trgu šele leta 2004. Teh 39 anketirancev je nato odgovarjalo še na tretje vprašanje.

Kot poglobitni razlog za zamenjavo je kar 16 anketiranih navedlo dejstvo, da so se za zamenjavo zavarovalnice odločili zato, ker jim zdajšnja zavarovalnica nudi številne druge ugodnosti. Menim, da tu lahko izpostavim predvsem ugodnosti v obliki popusta, ki so povezane z že sklenjenimi drugimi oblikami zavarovanj pri izbrani zavarovalnici. Zanimivo je, da so štirje anketiranci zamenjali zavarovalnico zaradi dobrega in doslednega agenta, dva zato, ker imata tam poznanstvo, štirje pa so odgovorili, da zavarovalnice dejansko niso zamenjali, saj je to njihovo prvo zdravstveno zavarovanje, ki so ga morali skleniti ker so izgubili bodisi status dijaka ali študenta, ali pa so dopolnili 26 let. Skupno je bilo takih 10 anketirancev. Presenetilo me je, da dan danes še vedno odločajo podjetja, kje bodo imeli njihovi zaposleni sklenjeno zdravstveno zavarovanje. Kar šest jih je namreč odgovorilo, da imajo dopolnilno zavarovanje sklenjeno pri Adriatic Slovenica, Zavarovalna družba d.d., saj ga imajo vsi zaposleni tega podjetja. Zanimivo bi bilo vedeti, za kakšen dogovor gre v takšnem primeru med podjetjem in omenjeno zavarovalnico in, ali je to pravno dovoljeno ali ne, vendar pa se v te zadeve nisem poglobljala. Kar precej (7) anketiranih pa je imelo pri prvotni zavarovalnici težave in so jo zato zamenjali.

Slika 1 prikazuje, poleg ostalih odgovorov, tudi odgovor na vprašanje »Ali ste torej zvesti vaši zavarovalnici – blagovni znamki?«, na katero je kar 94 vprašanih odgovorilo z »DA«. Menim, da je ta delež v takšnih časih presenetljivo visok. V nadaljevanju bomo videli, ali gre za realen rezultat ali pa dejstvo, da anketiranci ne razumejo pravilno pojma blagovna znamka. Zanimivo je tudi nasprotje odgovorov, saj je 5 % anketiranih z izbrano zavarovalnico zelo zadovoljnih, 92 % pa zadovoljnih. Za izbrano zavarovalnico bi se jih, brez kakršnih koli sprememb, ponovno odločilo le 71 %. Ne glede na višjo premijo (zaradi neodobravanja zakonsko določenega max. popusta, ki znaša 3 %) v primerjavi z drugimi zavarovalnicami, pa bi se jih za isto zavarovalnico odločilo, bistveno manj (24 %). Ta del odgovora že nakazuje na nerazumevanje pripadnosti oziroma zvestosti blagovni znamki. Da se ne bi odločili za isto zavarovalnico, jih je odgovorilo 4 % (to povezujem s 3 %, ki so dejali, da niso ravno zadovoljni oz., da sploh niso zadovoljni z izbrano zavarovalnico). Kar 25 % vprašanih ne ve, ali bi se odločili za isto zavarovalnico ali ne. Lahko sklepam, da je to tisti del ljudi, na katere posamezna zavarovalnica lahko vpliva, in sicer s

številnimi dejavniki, kot so promocija, obisk agenta na domu, razne ugodnosti, načini plačevanja, ... Dejstvo je, da tako, kot se mi vsi borimo za najboljše storitve, se ponudniki zdravstvenih storitev borijo za vsakega izmed nas.

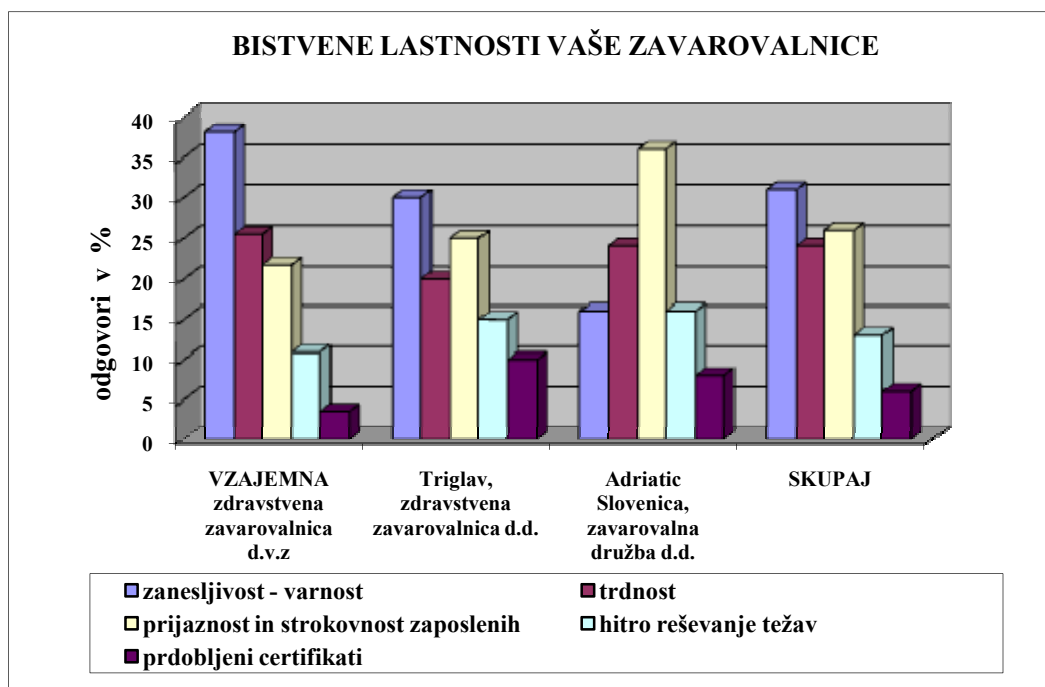
Slika 1: Ali ste zvesti in zadovoljni pri vaši zavarovalnici ter kakšno je vaše mnenje glede ponovne odločitve o izbiri zavarovalnice (združena vprašanja št. 4, 6, 7 in 8)



Zanimalo me je, katere so za anketirance bistvene oziroma najpomembnejše lastnosti, ki jih ima zavarovalnica, kateri le-ta pripada.

Iz Slike 2 je razvidno, da je večina anketiranih, kot najpomembnejšo lastnost navedla zanesljivost – varnost (skupno 31 %), tesno pa si sledita prijaznost in strokovnost zaposlenih ter trdnost (skupno 26 % in 24 %). Slika prikazuje različnost rangiranja omenjenih treh lastnosti glede na pripadnost posamezni zavarovalnici. Mislim, da so dobljeni rezultati realni. Tako visoko uvrščena strokovnost in prijaznost zaposlenih potrjuje dejstvo, da je tržno komuniciranje eden izmed pomembnih sestavin trženjskega spleta za storitve. Presenetljivo malo pa anketirancem (skupno 6 %) pomenijo pridobljeni certifikati, ki pa so nenazadnje odraz kakovostnega dela posamezne zavarovalnice. Zanimivo je tudi, da je hitro reševanje težav postavljeno za prijaznostjo in strokovnostjo zaposlenih.

Slika 2: Katera je bistvena lastnost, ki jo ima vaša zav. in ji zato ostajate zvesti (vpr. št. 5)



Tavčar (1994, str. 79) pravi, da je trženjsko komuniciranje lahko neosebno in osebno. Sestavine neosebnega komuniciranja so oglaševanje ali ekonomska propaganda, pospeševanje prodaje in publiciteta. Osebno komuniciranje pa obsega interaktivno komuniciranje z obstoječimi in potencialnimi odjemalci in konkurenti organizacije, ki poteka neposredno v osebnem stiku ali po telefonu. Dobro osebno komuniciranje je daleč najbolj učinkovito, je pa na enoto informacij in pri številnih ciljnih prejemnikih predrago ter ga podjetja nadomeščajo z neosebno. Omenjena trditev avtorja drži tudi v našem primeru, saj je rezultat ankete pokazal, da bi zavarovalnica doživela največji uspeh (vprašanje št. 9), če bi k anketirancu prišel na dom njihov agent (42 % vseh), temu sledi propagandni material, ki ga pregledamo, kljub temu, da nam je v nabiralnikih »nadležni« (26 %). Samo 11 % vseh anketiranih je mnenja, da bi na njihovo odločitev lahko vplivala tudi reklama na TV. Zanimiva je trditev 21 anketiranih, da na njihovo odločitev druga zavarovalnica nikakor ne more vplivati, ker si zamenjave preprosto ne želijo. Ta delež tudi sovpada s tistim, ki trdi, da bi svoji blagovni znamki ostali zvesti ne glede na spremembo premije (Slika 1).

Dejstvo je, da živimo v izobilju, ki pa je za mnoge predrago, da bi v njem lahko normalno živeli. To nam dokazujejo tudi odgovori na naslednje vprašanje »Ali imate pri vaši zavarovalnici sklenjeno še kakšno prostovoljno zavarovanje?« Kar 96 vseh anketirancev je namreč odgovorilo, da ga nima, kar se mi zdi skoraj nemogoče, a vendar lahko poudarim, da je podatek realen, saj

omenjeno zadevo potrjujejo podatki v tabeli št. 1, kjer je jasno prikazano, da pri zavarovalnicah, ki ponujajo prostovoljna zavarovanja povprečno 97,49 % vseh zdravstvenih zavarovanj odpade na dopolnilno zavarovanje. Tako velik delež nezanimanja za ostale oblike prostovoljnih zavarovanj lahko iščemo tudi v tem, da so ostale oblike prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja zelo specifične in se zanje odločimo le, če vemo, da bomo storitev tudi potrebovali. Kar pa je pri zdravju skoraj nemogoče predvideti, zato bi se morali zavedati, da je zdravje minljivo. Zagotovo bi vsak izmed nas raje prišel prej na vrsto, se pogovoril s specialistom, imel boljše zobozdravstvene usluge, ..., a za vse to je potrebno plačati premijo, ki morda sama zase ni visoka, a ko seštejemo vse stroške, ki jih imamo na mesec in ob upoštevanju prihodkov, lahko kaj hitro sklepam, da si dodatne zdravstvene ugodnosti zares ne more privoščiti prav vsak.

Na vprašanje »Denimo, da bi se ena izmed zavarovalnic odločila za agresivnejšo prodajo svojih storitev. Za pristop k njim, bi vam a) uredili vse potrebno za odjavo in prijavo pri vaši trenutni zavarovalnici b) za eno leto ponudili enkratno ugodnost po vaši izbiri. Za katero ugodnost bi se odločili?«, je kar 54 anketirancev odgovorilo, da bi se odločili za brezplačno zdravstveno zavarovanje v tujini z asistenco za dve osebi (najvišja zavarovalna vsota, za čas: 15 dni). Po pričakovanjih je ta % zelo visok, saj si skoraj vsak izmed nas vsaj enkrat letno privoščiti oddih izven naše države. Zagotovo si je, za brezskrben dopust v primeru bolezni ali poškodbe, pametno urediti takšno zavarovanje pred odhodom v tujino. 24 anketiranih je odgovorilo, da bi sprejeli brezplačen pregled pri specialistu (po lastni izbiri), saj so le-ti zelo dragi, pa tudi čakalne dobe so zelo dolge in bi se jim, s sprejetjem te ugodnosti, preprosto izognili. Ker je takšna ali drugačna oblika dopusta še vedno dobrodošla v vsakem gospodinjstvu, bi se kar 19 anketirancev odločilo za ugodnosti pri letovanju v slovenskem zdravilišču. Samo trije anketiranci bi sklenili še eno prostovoljno zavarovanje in bili ob tem nagrajeni z 10 % popustom za plačilo celoletne premije v naprej. V prejšnjem vprašanju smo ugotovili, da kar 92 anketiranih nima sklenjene nobene druge oblike prostovoljnega zavarovanja. Predvidevala sem, da je razlog za takšen rezultat v premiji, kar pa mislim, da ne drži, saj se tudi v primeru nudenja popusta ljudje ne odločajo za nova zavarovanja. Ali pa je, če gledamo z druge strani, kljub popustu premija še vedno previsoka.

Zaradi ugodnosti, ki sem jih prej naštel, bi se 59 anketirancev odločilo zamenjati zavarovalnico. Zanimivo je dejstvo, da jih je kljub 94 % zvestosti svoji blagovni znamki in popolnemu zadovoljstvu (Slika 1) ob ponujenih ugodnostih pripravljenih ostati pri svoji zavarovalnici samo še 11. Le 18 pa bi jih ostalo zvesto sedanji zavarovalnici, saj menijo, da bo tudi njihova zavarovalnica tako ali tako morala zaradi konkurenčnosti ponuditi podobne ugodnosti. Za te zavarovance lahko sklepamo, da se bodo preusmerili drugam, če njihova zavarovalnica ne bo

ponudila podobnih ugodnosti v primernem časovnem obdobju. Najmočneje pa bodo zavarovalnice lahko s posrednim komuniciranjem in danimi ugodnostmi vplivale na 12 anketirancev, saj se le-ti niso opredelili ali bi svojo zavarovalnico zamenjali ali ne.

Če povzamemo celotno analizo, lahko potrdimo ali pa ovržemo postavljena raziskovalna vprašanja. Prvo raziskovalno vprašanje »Ali ima pri odločitvi o izbiri zavarovalnice pomembno vlogo blagovna znamka posamezne zavarovalnice?« lahko ovržemo. Blagovni znamki je prvotno pripadalo 94 % anketiranih, a je le-ta delež iz vprašanja v vprašanje močno padal (ponovno bi se jih odločilo za isto zavarovalnico le 71 % (vprašanje št. 7), ne glede na višjo premijo, bi jih ostalo zvestih zavarovalnici le 24 % (vprašanje št. 8), samo 21 % jih nikakor ne sprejme nobenega oglaševanja (vprašanje št. 9) in končno bi jih samo še 11 ostalo popolnoma zvestih svoji zavarovalnici ne glede na ponujene ugodnosti drugih zavarovalnic (vprašanje št. 12)). Celotno gledano so analizirani odgovori v nasprotju s trditvijo, da je 5 % anketiranih zelo zadovoljnih s svojo zavarovalnico, 92 % pa zadovoljnih. Kotler (2004, str. 61-62) navaja, da »zadovoljen kupec« za podjetje ni dovolj, saj obstaja zelo velika verjetnost, da bo tak kupec zamenjal dobavitelja takoj, ko bo dobil boljšo ponudbo. Podjetje mora torej skrbeti za to, da bodo kupci »popolnoma zadovoljni«, saj le takšni kupci ponavadi niso pripravljene zamenjati blagovne znamke. Dejstvo je namreč, da zadovoljstvo kupcev s proizvodom ustvari tudi čustveno nagnjenje in ne samo razumske preference do blagovne znamke, to pa vodi do visoke ravni kupčeve zvestobe. Lahko poudarim, da je šele celotna analiza ankete podala pravi odgovor o nepripadnosti blagovni znamki. Odgovori na vprašanja, ki niso neposredno vključevala pojma blagovna znamka, so bili najbolj realni.

Drugo raziskovalno vprašanje, »Ali na odločitev o izbiri zavarovalnice vpliva strokovnost in prijaznost zaposlenih?«, lahko potrdimo, saj predstavlja skoraj najpomembnejšo lastnost, ki jo mora imeti zavarovalnica, da ji bo zavarovanec ostal zvest. Podjetja, ki se tega zavedajo, omogočajo svojim zaposlenim razne seminarje iz komuniciranja, izobraževalne programe za njihovo področje, razna usposabljanja, ... V storitveni dejavnosti so prav zaposleni zlata nit do uspeha. Dejstvo je, da se zavarovalne storitve sklepajo za določeno obdobje, npr. teden, mesec, leto ali celo za več let in je potem takšno ali podobno zavarovanje potrebno obnoviti ali pa skleniti podobno. Kaj hitro pa se lahko zgodi, da če zavarovanec s storitvijo ni zadovoljen, bo le-ta izbral drugo. To pomeni, da se mora zavarovalnica s strokovnostjo in prijaznostjo svojih zaposlenih ves čas intenzivno ukvarjati.

Tretje raziskovalno vprašanje, »Ali bi imele pri ponovni odločitvi posameznika o izbiri

zavarovalnice pomembno vlogo ponujene ugodnosti konkurenčne zavarovalnice?«, lahko tudi potrdimo, saj je kar 59 anketirancev odgovorilo, da bi svojo zavarovalnico zamenjale za drugo zavarovalnico zaradi ponujenih ugodnosti. K temu številu pa lahko dodamo še 12 anketirancev, kateri še ne vedo, kaj bi v konkretnem primeru naredili. Dejstvo pa je, da bi le-ti anketiranci bili »plen« vseh ponudnikov prostovoljnih zavarovanj. Predvidevam lahko, da jih bo v najboljšem primeru, zavarovalnico zamenjalo kar 71 %, kar pa je zelo velik delež. To ponovno potrjuje, da na izbiro zavarovalnice ne vpliva blagovna znamka.

Na podlagi rezultatov izvedene ankete lahko potrdimo pomen nefinančnih kazalnikov, saj le-ti vplivajo na izbor zavarovalnice in s tem na njeno uspešnost. Ker so le-ti nemerljivi, izraženi so namreč opisno z besedami (npr. sem zadovoljen, blagovna znamka mi veliko pomeni, zaposleni so prijazni, ugodnosti, ...) težko izpostavimo, katera zavarovalnica je po teh kazalnikih najuspešnejša, saj so odgovori pri temeljnih vprašanjih skoraj izenačeni. Lahko izpostavimo le TRIGLAV, Zdravstveno zavarovalnico, d.d., saj so rezultati 4., 6., 7. in 8. vprašanja nekoliko slabši kot pri ostalih dveh zavarovalnicah. Ker nisem zaposlena v nobeni zavarovalnici in nimam z zaposlenimi nikakršnega poznanstva, lahko povzamem analizo ankete zelo na splošno, kar je zagotovo slabost. Po drugi strani pa je to celo prednost, saj je pogled na dobljene rezultate povsem objektivni. Menim, da so analizirani dejavniki ključnega pomena za izbor zavarovalnice, kar ima za posledico njeno uspešnost, saj pri posamezni zavarovalnici zavarovanci za prostovoljno zavarovanje plačujemo premijo, kar predstavlja zavarovalnici prihodek. Prihodki pa so ključnega pomena za uspešno poslovanje posamezne zavarovalnice. To pa sem s finančno-računovodskimi kazalniki prikazala v naslednjem poglavju.

5 PRIMERJALNA ANALIZA POSLOVANJA ZAVAROVALNIC, KI PONUJAJO ZDRAVSTVENA ZAVAROVANJA

Do sedaj sem v magistrski nalogi že predstavila nefinančne kazalnike, s katerimi presojam uspešnost in dejavnike, ki lahko vplivajo na poslovno uspešnost ter opravila raziskavo o njihovih vplivih. Če pa želimo govoriti o tem, katera zavarovalnica je uspešnejša ali najuspešnejša, moramo imeti neko »dokazno gradivo« in je zato potrebna celovita analiza. Poslovanje organizacije je mogoče narediti na različne načine, dejstvo pa je, da je največkrat uporabljen postopek prav ta, da primerjamo dosežene ekonomske kategorije v tekočem letu s kategorijami, doseženimi v prejšnjem letu. Primerjamo pa lahko le primerljive vrednosti, zato moram poudariti, da je v ponudbi obravnavanih zavarovalnic zelo veliko razlika, saj predstavljajo v ADRIATIC SLOVENICI Zavarovalni družbi, d.d. zdravstvena zavarovanja le 37 %, ostalima

dvema zavarovalnicam pa predstavljajo skoraj celoto. Zato je primerjava zavarovalnic (celotno gledano) pri določenih kazalcih skoraj nemogoča, zagotovo pa precej nerealna. Da bo primerjava sploh podala neko pravo sliko, sem se odločila, da bom največji poudarek pri interpretacijah namenila prav prostovoljnemu zavarovanjem. Analizo poslovanja sem skušala prikazati čim bolj nazorno (v tabeli ločeno za celotno zavarovalnico in za zdravstvena zavarovanja), a še vedno dovolj strokovno, da so dobljeni rezultati podali pravo sliko o uspešnosti zdravstvenih zavarovanj v posamezni zavarovalnici. V magistrski nalogi sem tako primerjala poslovno leto 2008 z letom 2007.

Vsi podatki, ki sem jih v svojem delu uporabila, so bili javno objavljeni in so prosto dostopni. Zavarovalnice lahko individualne računovodske izkaze pripravijo na dva načina:

- prvi način je v skladu z mednarodnimi standardi računovodskega poročanja (v nadaljevanju MSRP), kot jih je sprejela Evropska unija. Zavarovalnice so morale prvič sestaviti računovodska poročila v skladu z MSRP za poslovno leto, ki se je začelo 1.1.2007. Takšna priprava računovodskih izkazov zahteva uporabo ocen in predpostavk, ki vplivajo na vrednost poročenih sredstev in obveznosti ter na razkritje o potencialnih sredstvih in obveznostih na datum poročanja ter na višino prihodkov in odhodkov v poročevalskem obdobju. Računovodski izkazi so pripravljani na osnovi predpostavke o delujočem podjetju, kar pomeni, da obstaja zgolj grob okvir, znotraj katerega lahko zavarovalnica poljubno prikazuje podatke. Podrobnejša primerjava podatkov zavarovalnic, na podlagi MSRP, je po tem takem zelo otežena.
- drugi način priprave računovodskih izkazov je po predpisanih shemah AZN. Ti izkazi so lahko priloga letnemu poročilu. Ker torej zavarovalnice niso dolžne javno objaviti podrobne računovodske izkaze za posamezno podvrsto, sem tu naletela na velike probleme. ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d. je objavila le skupen izkaz poslovnega izida ter skupno bilanco stanja, ne pa podrobnih izkazov in ločene bilance stanja po sklepu AZN, saj so mnenja, da so omenjeni podatki zadeva zavarovalnice in AZN, ne pa širše javnosti. Ves čas sem bila v kontaktu z g. Kogoj Saro, strokovno sodelavko za finance in računovodstvo, ki mi je na podlagi dovoljenja g. Ivana Moharja, izvršnega direktorja za področje računovodstva in financ, lahko posredovala še nekaj računovodskih podatkov, ki sicer niso bili javno objavljeni, a sem jih za analizo nujno potrebovala. Ostali dve zavarovalnici, sta vse podatke, v takšni obliki, kot so jih posredovale AZN, tudi objavile v svojih Letnih poročilih. Ker pa kljub vsemu neka javna primerljivost poslovanja zavarovalnic

vendar mora obstajati, AZN predpisuje **shemo za uradno objavo povzetka revidiranega letnega poročila**. Zato sem podatke uporabila večinoma iz omenjenega vira.

Pojasnila k računovodskim izkazom sem našla v javno objavljenih letnih poročilih posamezne zavarovalnice, saj le to obsega, poleg računovodskih izkazov, tudi druge podatke in informacije, ki so podlaga za odločanje. To so ne-računovodske informacije, npr. število zaposlenih, kakovost, pritožbe, napake, delovni čas, število dobropisov, ... Družbe objavljajo letna poročila (po predhodnem posredovanju pooblaščenici organizaciji za obdelovanje in objavljanje podatkov – AJPES) na svojih spletnih straneh ali pa celo v tiskanih oblikah.

5.1 Teoretična opredelitev analize poslovanja

Človek že od nekdaj gospodari, saj ne poznamo obdobja, ko bi vsi živeli v izobilju. To pomeni, da se človek stalno ukvarja z vprašanji, kako priti do dobrin, s katerimi bo lahko zadovoljeval svoje potrebe. Gospodarjenje pomeni zavestno dejavnost človeka, s katero zmanjšuje redkost dobrin, s katerimi je mogoče zadovoljevati potrebe ljudi. Ker človek v naprej razmišlja, je njegova dejavnost plod razmišljanja, proučevanja, sklepanja, odkrivanja povezav in zakonitosti, ustvarjanja novosti, ... (Pučko & Rozman, 2000, str. 2). Kljub dolgemu obstoju gospodarjenja in gospodarstva so ljudje začeli dokaj pozno sistematično raziskovati gospodarske pojave in procese. Razvoj ekonomske vede je torej pozen, a je v kratkem času prišlo do skoraj eksplozivnega razvitja znanj in vedenj o gospodarjenju in gospodarskih procesih. V tem okviru se je razvila tudi ekonomika podjetja, ki proučuje proces gospodarjenja ali proces reprodukcije v okviru podjetja. S tem pa je povezana analiza³ poslovanja podjetja.

Dandanes je konkurenca skoraj v vseh panogah zelo velika, zato podjetja stalno iščejo možnosti za izboljšavo poslovanja. Vsako podjetje potrebuje prave informacije za pravilno odločanje o ukrepih za izboljšanje konkurenčnosti, za dvig produktivnosti, za doseganje višje donosnosti itd. Za pridobitev potrebnih informacij mora podjetje dobro spoznati poslovanje podjetja, pri čemer si lahko pomaga s številnimi znanstvenimi disciplinami. Mednje sodijo upravljalno računovodstvo, poslovodenje celovite kakovosti, analiza na osnovi usmernikov (angl. *benchmarking*), kontroling, prenova poslovnih procesov in analiza poslovanja. Slednjo bom uporabljala v svoji magistrski nalogi.

³ Koletnik (1997, str. 29) navaja, da beseda analiza izvira iz grške besede *analysis* in pomeni razstavljanje neke celote na sestavne dele z namenom, da pridemo do vzrokov, ki so povzročili nastanek pojava.

Pučko (2005, str. 11) pa navaja, da je analiza poslovanja proces spoznavanja poslovanja konkretnega podjetja, ki služi za odločanje o izboljšanju ekonomske uspešnosti poslovanja tega podjetja z vidika uporabnika analize. Pučko (2005, str. 5) navaja, da je analiza poslovanja sestavljena iz:

- več sestavin procesa ali dejavnosti,
- objekta oziroma predmeta analize poslovanja,
- cilja analize kot spoznavanja ali odkrivanja pogojenosti oziroma kot ustvarjanja vpogleda v poslovanje podjetja,
- namena analize, ki se kaže kot ocena analiziranega objekta ter kot napor po izboljšanju poslovanja,
- metode kot določene poti do spoznanja.

5.1.1 Cilj in namen analize poslovanja

Pri odločanju in presojanju uspešnosti poslovanja podjetja ima analiza poslovanja veliko vlogo. Cilj analize poslovanja je spoznavanje poslovanja podjetja po določenih zaporednih korakih, ki nas po določeni poti pripeljejo do spoznanja predmeta analiziranja (količinsko in kakovostno).

Namen analize poslovanja je ugotoviti probleme in prednosti podjetja, s tem pa omogočiti pripravo odločitev in vplivati na uspešnost poslovanja. To fazo pogosto razdelimo na dva dela: oceno poslovanja (se začne z ugotavljanjem katere in koliko informacij bomo obravnavali za spoznavanje poslovanja podjetja, njihova obdelava, primerjanje z drugimi primerljivimi podatki in ugotavljanje odstopanj) in diagnozo poslovanja (tu gre za iskanje vzrokov za odstopanje, ki zahteva zbiranje novih podatkov).

Pučko (2005, str. 7) navaja, da je namen analize poslovanja določen s tremi vidiki:

- **ekonomskim**: ta del temelji na samih merilih uspešnosti gospodarjenja v družbeno-ekonomskem sistemu. Le-ta so usmerjena v maksimizacijo doseganja cilja gospodarjenja in maksimiziranje dosežene uspešnosti poslovanja na dolgi rok.
- **organizacijskim**: samo celota organizacijskega procesa (kljub členitvi na mnoge podprocese) vzpostavlja povezavo med procesom analiziranja in doseganjem ekonomske uspešnosti poslovanja. Na uspešnost vpliva tudi tehnična delitev dela, delitev na miselne in izvedbene procese, personalna delitev nalog v podjetju, ... Taka delitev zahteva usklajevanje

poteka procesov razdeljenega dela. Pri tem je nujen proces odločanja, ki pa ga brez analize ni mogoče zagotoviti.

- **uporabniškim:** namen vsake analize poslovanja je odvisen od interesov uporabnikov. Analiza je lahko namenjena notranjim ali zunanjim uporabnikom, ki so lahko: določen organ podjetja, dobavitelji, kupci, financerji, ... Razumljivo je, da so notranje analize zaradi večje dostopnosti podatkov lahko mnogo boljše od zunanjih. Poudariti pa je potrebno še to, da imajo različni uporabniki interes za različno naravnost analize poslovanja.

5.2 Analiza poslovnega uspeha zavarovalnic

Pučko in Rozman (2000, str. 216) navajata, da podjetje proizvaja proizvode in storitve. Ko jih proda, mora zanje prejeti tudi plačilo. Rezultat podjetja prizna podjetju trg s prodajno ceno za njegove storitve ali proizvode. Večja kot je prodajna vrednost proizvodov in storitev in manjši kot so stroški zanje, boljši je izid ali rezultat poslovanja podjetja. Le to je uspešno, če ustvarja dobiček in neuspešno, če ima izgubo. Večja kot je razlika med prihodki in odhodki, bolj je podjetje uspešno. Ugotavljanje uspeha je izjemno pomembno, saj kaže na delo v podjetju, omogoči popravljanje posledic in preprečevanje vzrokov, ki bi vodili v neuspešnost. Ugotavljanje poslovnega uspeha je zelo zahtevno. Ugotavljati bi ga morali v celoti od ustanovitve do prenehanja podjetja, kar bi bilo zahtevno, zato se ga ugotavlja le za eno leto. Problem se pojavi tudi v tem, da prodaja proizvodov ali storitev ni enaka skozi vse leto, ker nanjo vplivajo sezonski vplivi. To se odraža tako na prihodkih, kot na odhodkih. Poslovni uspeh je prikazan v izkazu poslovnega izida, ki je pri zavarovalnicah specifičen (Priloga 4).

Rozman, Kovač in Koletnik (1993, str. 46) navajajo, da je poslovni uspeh podjetij zelo pomemben, saj je uspešno gospodarjenje podjetij ključnega pomena v vsaki družbi. Od uspešnega gospodarjenja podjetij so odvisni uspešnost narodnega gospodarstva, blaginja ljudi in celoten družbeni sistem.

V nadaljevanju bom najprej analizirala prihodke, nato odhodke in na koncu še poslovni izid vseh treh zavarovalnic.

5.2.1 Analiza prihodkov

Prihodki predstavljajo zmnožek količin proizvodov in storitev ter njihovih prodajnih cen, ali pa, v kolikor jih ne moremo izraziti količinsko, predstavljajo kar neposredno prodajno vrednost (Pučko & Rozman, 2000, str. 218).

Računovodski standardi za vse vrste prihodkov natančno opredeljujejo, kateri pogoji morajo biti izpolnjeni, da se v računovodstvu izkažejo kot prihodki. Dejstvo je, da moramo prihodke ločiti od prejemkov, saj slednji povečujejo le stanje sredstev v izkazu stanja, prihodki pa vplivajo na izkaz uspeha. Prihodki se v splošnem delijo na **redne prihodke**, ki se delijo na poslovne in finančne prihodke ter **izredne prihodke** (sestavljajo jih neobičajne postavke, ki v obravnavanem poslovnem letu povečujejo poslovni izid rednega poslovanja).

Slovenski računovodski standardi – Računovodske rešitve v zavarovalnicah (Ur. l. RS, št. 118/2005, v nadaljevanju SRS 32) v podpoglavjih 32.33–32.35 določajo, da se prihodki v zavarovalnicah delijo na:

- **poslovne prihodke**: v zavarovalnici jih sestavljajo čisti prihodki od zavarovalnih premij, prihodki zaradi zmanjšanja matematičnih rezervacij, prihodki zaradi zmanjšanja izravnalnih rezervacij, prihodki zaradi zmanjšanja drugih tehničnih rezervacij, drugi čisti zavarovalni prihodki in tisti del prihodkov naložb, ki se ne nanaša na finančne prihodke.
- **finančne prihodke**: zavarovalnica jih mora uvrščati med prihodke naložb.
- **prihodke od zavarovalnih premij**: to so čisti prihodki od zavarovalnih premij ter so izračunani iz obračunanih kosmatih zavarovalnih premij v obračunskem obdobju, zmanjšanih za pozavarovalni del premij in popravljenih za spremembo čiste prenosne premije. Zavarovalnica mora zato v poslovnih knjigah ločeno spremljati obračunane kosmate zavarovalne premije, pozavarovalne premije in prenosne premije. Med prihodke od zavarovalnih premij ne sme všteti zneskov davkov ali drugih dajatev, povezanih z zavarovalnimi premijami.
- **prihodke naložb**: zavarovalnica mora razčlenjevati na prihodke naložb, ki so financirane iz posameznih vrst tehničnih rezervacij in prenosnih premij, in prihodke naložb, ki so financirane iz drugih virov. Zavarovalnica mora zagotavljati podatke o prihodkih naložb tehničnih sredstev po osnovnih oblikah, skupinah in podskupinah ter po možnosti tudi po osnovnih enotah zavarovanj. Prihodki naložb tehničnih sredstev se lahko ugotavljajo oziroma razvrščajo na podlagi povprečnega stanja tehničnih rezervacij in prenosnih premij po omenjenih kategorijah.

Primerjalna analiza prihodkov zavarovalnic: tabela 3 prikazuje izračune prihodkov vseh treh zavarovalnic za leti 2008 in 2007, ki sem jih združila (po posvetovanjih pri računovodjih posamezne zavarovalnice) v tri osnovne skupine: poslovni, finančni in drugi prihodki (ki obsegajo neobičajne postavke in niso neposredno vezane na redno delovanje zavarovalnice).

Tabela 3: Obseg prihodkov vseh treh zavarovalnic (v €) v letih 2008 in 2007

VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica, d.v.z.							
A	PRIHODKI	leto 2008		leto 2007		I _{08/07}	
		SKUPAJ VSA ZAVAROV.	ZDRAVSTVENA ZAV.	SKUPAJ VSA ZAVAROV.	ZDRAVSTVENA ZAV.	SKUPAJ	ZDR. ZAVAR.
A1	Poslovni	245.824.134	245.689.309	233.300.814	233.277.904	105,37	105,32
A2	Finančni	4.664.490	4.663.545	5.831.687	5.831.663	79,99	79,97
A3	Drugi	508.772	508.768	540.187	540.139	94,18	94,19
A4	SKUPAJ	250.997.396	250.861.622	239.672.688	239.649.706	104,73	104,68
ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d.							
A	PRIHODKI	leto 2008		leto 2007		I _{08/07}	
		SKUPAJ VSA ZAVAROV.	ZDRAVSTVENA ZAV.	SKUPAJ VSA ZAVAROV.	ZDRAVSTVENA ZAV.	SKUPAJ	ZDR. ZAVAR.
A1	Poslovni	259.508.429	95.128.340	256.756.263	88.578.450	101,07	107,39
A2	Finančni	-29.325.615 ⁴	98.862	38.079.474	2.478.503	/	/
A3	Drugi	2.718.930	148.842	1.395.414	183.026	194,85	81,32
A4	SKUPAJ	232.901.744	95.376.044	296.231.151	91.239.979	78,62	104,53
TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d.							
A	PRIHODKI	leto 2008		leto 2007		I _{08/07}	
		SKUPAJ VSA ZAVAROV.	ZDRAVSTVENA ZAV.	SKUPAJ VSA ZAVAROV.	ZDRAVSTVENA ZAV.	SKUPAJ	ZDR. ZAVAR.
A1	Poslovni	59.116.045	59.115.937	51.331.794	51.331.794	115,16	115,16
A2	Finančni	496.528	496.528	302.352	302.352	164,22	164,22
A3	Drugi	57.312	57.312	163.161	163.161	35,13	35,13
A4	SKUPAJ	59.669.885	59.669.777	51.797.307	51.797.307	115,20	115,20

Vir: ADRIATIC SLOVENICA Zav. družba d.d., Povzetek revidiranega letnega poročila z revizorjevim poročilom in mnenjem pooblaščenega aktuarja za leto 2008, izkaz poslovnega izida; TRIGLAV, Zdravstvena zav., d.d., Povzetek revidiranega letnega poročila z revizorjevim poročilom in mnenjem pooblaščenega aktuarja za leto 2008, izkaz poslovnega izida; VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica., d.v.z., Povzetek revidiranega letnega poročila z revizorjevim poročilom in mnenjem pooblaščenega aktuarja za leto 2008, izkaz poslovnega izida.

V Tabeli 3 je prikazana analiza prihodkov za posamezno zavarovalnico kot celoto in posebej za zdravstvena zavarovanja. Iz tabele je razvidno, da predstavljajo poslovni prihodki tako v vseh treh zavarovalnicah, kot tudi pri zdravstvenih zavarovanjih največji delež. Opazimo tudi, da so se le-ti v primerjavi z letom 2007 povsod povečali. Najbolj je to opazno pri TRIGLAV, Zdravstveni zavarovalnici, d.d., saj so se skupno ter samo pri zdravstvenih zavarovanjih povečali za 15 %. Pri ADRIATIC SLOVENICI Zavarovalni družbi d.d. so se poslovni prihodki skupno povečali za 1 %, medtem ko so pri zdravstvenih zavarovanjih v letu 2008 bili v primerjavi z letom 2007 višji za dobrih 7 %. 5 % porast omenjenih prihodkov je zabeležila, tako skupno kot tudi samo na področju zdravstva, VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica, d.v.z. V vseh treh zavarovalnicah predstavljajo prihodki iz financiranja in drugi prihodki (to so prihodki, ki se ne nanašajo na zavarovalno dejavnost) zelo majhen %. Tako so poslovni prihodki najbolj vplivali

⁴ Neto finančni izid iz naložbenja (Priloga 5).

na skupne prihodke, ki so se v TRIGLAV, Zdravstveni zavarovalnici, d.d. povečali za 15 %, v VZAJEMNI zdravstveni zavarovalnici, d.v.z. za dobre 4 %. Zmanjšali so se samo v ADRIATIC SLOVENICI Zavarovalni družbi d.d., in sicer za 22 %. Razlog je v finančnih prihodkih, ki so bili negativni, kar je nerazumljivo, zato je zadevo potrebno dodatno objasniti in dokazati s podatki (Priloga 5).

5.2.2 Analiza odhodkov

Turk, Melavc in Korošec (2004, str. 91) navajajo, da so odhodki nasprotje prihodkom, skupaj z njimi pa ustvarjajo poslovni izid v obračunskem obdobju. Odhodki so stroški prodanih količin. Nanašajo se na prodane količine, s katerimi so pridobljeni prihodki, zajemajo pa tudi nekatere druge postavke zunaj stroškov in nabavnih vrednosti, ki prav tako zmanjšujejo poslovni izid. Poenostavljeno jih lahko poimenujemo kot žrtvovane vrednosti za doseganje prihodkov pridobljenih vrednosti. V splošnem se delijo na **redne odhodke**, ki se delijo na poslovne in finančne odhodke ter **izredne odhodke**.

SRS 32 v podpoglavjih 32.29–32.30 opredeljujejo, da se zaradi specifičnosti zavarovalne dejavnosti odhodki delijo na:

- **poslovne odhodke**: v zavarovalnici jih sestavljajo čisti odhodki za škode, odhodki za povečanja matematičnih rezervacij, čisti odhodki za bonuse in popuste, odhodki za povečanja izravnalnih rezervacij, odhodki za povečanja drugih čistih tehničnih rezervacij, odhodki za čiste obratovalne stroške, drugi čisti zavarovalni odhodki in tisti del odhodkov naložb, ki se ne nanaša na finančne odhodke.
- **finančne odhodke**: zavarovalnica jih uvršča med odhodke naložb.
- **odhodke naložb**: zavarovalnica jih razčlenjuje na odhodke naložb, financiranih iz posameznih vrst tehničnih rezervacij in prenosnih premij, in odhodke naložb, financiranih iz drugih virov. Zavarovalnica mora zagotavljati podatke o odhodkih naložb tehničnih sredstev po osnovnih oblikah, skupinah in podskupinah zavarovanj ter po možnosti tudi po osnovnih enotah zavarovanj. Odhodki naložb tehničnih sredstev se lahko ugotavljajo oziroma razvrščajo na podlagi povprečnega stanja tehničnih rezervacij in prenosnih premij po omenjenih kategorijah.

Primerjalna analiza odhodkov zavarovalnic: tabela 4 prikazuje izračune odhodkov zavarovalnic za leti 2008 in 2007, ki sem jih prav tako združila (po posvetovanjih pri računovodjih posamezne zavarovalnice) v tri osnovne skupine: poslovni odhodki, finančni

odhodki in drugi odhodki. Nato sem dobljene rezultate opisno interpretirala tako, da sem naredila primerjalno analizo vseh treh zavarovalnic.

Tabela 4: Obseg odhodkov vseh treh zavarovalnic v letih 2008 in 2007 (v €)

VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica, d.v.z.							
B	ODHODKI	leto 2008		leto 2007		I _{08/07}	
		SKUPAJ VSA ZAVAROV.	ZDRAVSTVENA ZAV.	SKUPAJ VSA ZAVAROV.	ZDRAVSTVENA ZAV.	SKUPAJ	ZDR. ZAVAR.
B1	Poslovni	242.215.616	242.012.456	228.669.711	228.650.595	105,92	105,84
B2	Finančni	7.706.465	7.706.465	2.062.550	2.061.969	373,64	373,74
B3	Drugi	178.274	178.273	53.064	53.064	335,96	335,96
B4	SKUPAJ	250.100.355	249.897.194	230.785.325	230.765.628	108,37	108,29
ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d.							
B	ODHODKI	leto 2008		leto 2007		I _{08/07}	
		SKUPAJ VSA ZAVAROV.	ZDRAVSTVENA ZAV.	SKUPAJ VSA ZAVAROV.	ZDRAVSTVENA ZAV.	SKUPAJ	ZDR. ZAVAR.
B1	Poslovni	246.077.933	91.304.627	249.519.103	82.686.001	98,62	110,42
B2	Finančni	383.218	/	329.880	/	116,17	/
B3	Drugi	5.357.659	1.147.515	8.580.819	1.248.346	62,44	91,92
B4	SKUPAJ	251.818.810	92.452.142	258.429.802	83.934.347	97,44	110,15
TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d.							
B	ODHODKI	leto 2008		leto 2007		I _{08/07}	
		SKUPAJ VSA ZAVAROV.	ZDRAVSTVENA ZAV.	SKUPAJ VSA ZAVAROV.	ZDRAVSTVENA ZAV.	SKUPAJ	ZDR. ZAVAR.
B1	Poslovni	59.240.630	59.135.428	50.635.554	50.635.554	116,99	116,79
B2	Finančni	24.072	24.072	15.636	15.636	153,95	153,95
B3	Drugi	117.310	117.310	112.830	112.830	103,97	103,97
B4	SKUPAJ	59.382.012	59.276.810	50.764.020	50.764.020	116,98	116,77

Vir: ADRIATIC SLOVENICA Zav. družba d.d., Povzetek revidiranega letnega poročila z revizorjevim poročilom in mnenjem pooblaščenega aktuarja za leto 2008, izkaz poslovnega izida; TRIGLAV, Zdravstvena zav., d.d. Povzetek revidiranega letnega poročila z revizorjevim poročilom in mnenjem pooblaščenega aktuarja za leto 2008, izkaz poslovnega izida; VZAJEMNA zdravstvena zav., d.v.z., Povzetek revidiranega letnega poročila z revizorjevim poročilom in mnenjem pooblaščenega aktuarja za leto 2008, izkaz poslovnega izida.

Tabela 4 prikazuje obseg in strukturo odhodkov po posameznih zavarovalnicah. Celotni odhodki so se leta 2008 glede na preteklo leto tako v TRIGLAV, Zdravstveni zavarovalnici, d.d., kot tudi pri VZAJEMNI zdravstveni zavarovalnici, d.v.z. povečali, in sicer pri prvi za skoraj 17 %, ter pri drugi za 8 % (pri obeh velja enako tudi za zdravstvena zavarovanja). Pri ADRIATIC SLOVENICI Zavarovalni družbi d.d. lahko opazimo skoraj 2,5 % zmanjšanje celotnih odhodkov, čeprav so se le-ti pri zdravstvenih zavarovanjih povečali za 10 %. Pri vseh zavarovalnicah predstavljajo poslovni odhodki največji delež vseh odhodkov. Zanimivo je, da so se finančni odhodki v letu 2008 v primerjavi s prejšnjim letom povečali pri vseh treh zavarovalnicah, vendar pa zaradi skromnega deleža med vsemi odhodki niso bistveno vplivali na smer gibanja odhodkov. Drugi odhodki so se pri ADRIATIC SLOVENICI Zavarovalni družbi d.d. zmanjšali za 37 %, medtem ko so se pri zdravstvenih zavarovanjih zmanjšali za samo 8 %.

Pri ostalih dveh zavarovalnicah so se drugi odhodki povečali (gledano skupno in posebej zdravstvena zavarovanja). Presenetljivo so se pri VZAJEMNI zdravstveni zavarovalnici, d.v.z. povečali za 236 %.

5.2.3 Analiza poslovnega izida

Rebernik (2008, str. 365) navaja, da izkaz poslovnega izida včasih imenujemo tudi izkaz uspeha, ali izkaz dobička ali izgube. Kaže ustvarjene prihodke in povzročene odhodke v določenem časovnem obdobju. To časovno obdobje je praviloma omejeno z dvema bilancama stanja. Izkaz poslovnega izida je v bistvu povezava med začetno (otvoritveno) in končno bilanco stanja za določeno obračunsko obdobje. Osnovna funkcija izkaza poslovnega izida je, da ugotovi celotne prihodke in celotne odhodke, ki so bili povzročeni v tem obdobju. Razlika med tema dvema vrednostma pomeni vrednostno izražen izid poslovanja za to obdobje.

Slovenski računovodski standardi – Vrste poslovnega izida in finančnega izida (Ur. l. RS, št. 118/2005, v nadaljevanju SRS 19) v podpoglavju 19.2 navaja, da so temeljne vrste poslovnega izida (dobiček ali izguba): poslovni izid iz prodaje, poslovni izid iz celotnega delovanja, poslovni izid iz rednega delovanja, celotni poslovni izid in čisti poslovni izid (čisti dobiček in čista izguba). Te vrste so pomembne za zunanje in notranje uporabnike računovodskih informacij. Nekatere vrste poslovnega izida pa so pomembne samo za notranje uporabnike računovodskih informacij. Take vrste so prispevek za kritje, kosmati poslovni izid iz celotnega poslovanja, celotni poslovni izid skupaj s finančnimi odhodki, celotni poslovni izid (celotni dobiček ali celotna izguba) skupaj z deleži zaposlencev v njem ter razširjeni dobiček in dohodek (dodana vrednost).

SRS 32 v podpoglavju 32.38 navajajo, da mora zavarovalnica ugotavljati poslovni izid iz zdravstvenih zavarovanj ter čisti izid obračunskega obdobja. Te izide mora zavarovalnica ugotavljati za osnovne oblike zavarovanj (tudi po podskupinah in po možnosti tudi po enotah zavarovanj) in za zavarovalnico kot celoto. Pri izračunavanju izidov iz zavarovanj po osnovnih oblikah zavarovanj mora zavarovalnica upoštevati tudi donose naložb iz tehničnih virov teh zavarovanj.

Primerjalna analiza izida posamezne vrste zavarovanj: AZN predpisuje obliko izkaza poslovnega izida zavarovalnic (Priloga 4). Za lažjo predstavbo pa na tem mestu podajam samo »grobno« delitev tega izkaza:

- **A:** izkaz izida premoženjskih zavarovanj, razen zdravstvenih zavarovanj,
- **B:** izkaz izida iz življenjskih zavarovanj,
- **C:** izkaz izida iz zdravstvenih zavarovanj,
- **Ca:** izkaz izida iz dopolnilnih zavarovanj,
- **D:** izračun čistega izida zavarovalnice.

Tabela 5: Izkaz izida posamezne vrste zavarovanj vseh treh zavarovalnic v letih 2008 in 2007 (v €)

VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica, d.v.z.				
POSTAVKA V IZKAZU POSLOVNEGA IZIDA		31.12. 2008	31.12 2007	I_{08/07}
A	Izid iz prem zav. (razen zdravstvenih zavarovanj)	-67.391	3.333	/
C	Izid iz zdravstvenih zav.	6.288.339	5.444.658	115,49
Ca	Izid iz dopolnilnih zavarovanj	7.809.771	12.406.799	62,94
ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d.				
POSTAVKA V IZKAZU POSLOVNEGA IZIDA		31.12. 2008	31.12 2007	I_{08/07}
A	Izid iz prem zav. (razen zdravstvenih zavarovanj)	?	?	?
C	Izid iz zdravstvenih zav.	?	?	?
Ca	Izid iz dopolnilnih zavarovanj	2.646.205	3.892.391	67,98
TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d.				
POSTAVKA V IZKAZU POSLOVNEGA IZIDA		31.12. 2008	31.12 2007	I_{08/07}
A	Izid iz prem zav. (razen zdravstvenih zavarovanj)	- 105.093	/	/
C	Izid iz zdravstvenih zav.	417.283	941.001	44,00
Ca	Izid iz dopolnilnih zavarovanj	796.736	1.380.777	58,01

Vir: ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d., Letno poročilo 2008, str. 30; TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d. Revidirano letno poročilo za leto 2008, str. 11; VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica, d.v.z., Revidirano letno poročilo za leto 2008, str. 20.

Edino primerjavo, ki jo (glede na omejenost podatkov v Tabeli 5) lahko naredim je, da primerjam dopolnilna zavarovanja. Po pričakovanjih je izid iz teh zavarovanj največji pri VZAJEMNI zdravstveni zavarovalnici, d.v.z., sledi ji ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba, d.d. ter TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d. Potrebno je poudariti, da se je izid iz dopolnilnih zavarovanj v vseh treh zavarovalnicah v letu 2008, glede na leto 2007, močno zmanjšal, in sicer v povprečju od 37 % do 42 %. Izid iz zdravstvenih zavarovanj je, pri zavarovalnicah, za katerega imam podatek, pozitiven. Vidimo pa lahko, da je le-ta nižji kot pri dopolnilnih zavarovanjih, saj je izid iz ostalih premoženjskih zavarovanj negativen. Skleпам lahko, da je izid iz zdravstvenih zavarovanj pozitiven tudi pri ADRIATIC SLOVENICI Zavarovalni družbi, d.d.

Do sedaj sem prikazala samo posamezne izide, ki pa nam ne podajo končne slike celotne zavarovalnice. Zato je potreben še izkaz poslovnega izida, ki nam torej poda jasno sliko, kaj se je natančno dogajalo s posamezno skupino zavarovanj. Poudariti je potrebno, da poslovni izid

upošteva še druge postavke (D), ki povzročajo povečanje ali manjšanje izidov posameznih zavarovalnih skupin. Te postavke se ne nanašajo na zavarovanja, ampak na poslovni del zavarovalnice.

Primerjalna analiza poslovnega izida zavarovalnic: tabela 6 prikazuje, ali je posamezna zavarovalnica poslovala uspešno ali ne. Pri analizi poslovnega izida lahko vidimo, da je edino TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d. poslovala pozitivno, saj je imela 323.044 € dobička. Rezultat se je sicer v primerjavi s predhodnim letom zmanjšal za 70 %. Še boljši izid so dosegla zdravstvena zavarovanja, saj so v letu 2008 imela 428.138 € dobička, kar je sicer za 59 % manj kot predhodno leto. Največji vpliv na izid je imel obseg izravnalne sheme, ki je bil skoraj 2 mio EUR večji od leta prej (odhodki iz izravnalne sheme za leto 2007 so bili 1.347.372 €, za leto 2008 pa 3.285.768 €). VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica, d.v.z. je imela v letu 2008 glede na predhodno leto izgubo (celotno gledano, kot tudi na področju zdravstvenih zavarovanj). Kot glavni razlog so navedli upad števila aktivnih zavarovanj. Pri ADRIATIC SLOVENICI Zavarovalni družbi d.d. so, celotno gledano v letu 2008 v primerjavi z letom 2007, zabeležili visoko izgubo (-14.905.730 €). Poslovanje zavarovalnice je bilo leta 2008 v negotovem in globalno delujočem ekonomskem okolju izpostavljeno spletu neugodnih okoliščin. Zlasti v drugi polovici leta je poslovanje zaznamovala dolgotrajna finančna kriza, ki se je v začetku leta pojavila na ameriškem kapitalskem trgu in se kasneje razširila vse do slovenskega kapitalskega trga. Prav tako je zavarovalništvo občutilo tudi katastrofalne škodne dogodke kot posledico pogostih naravnih nesreč, ki so od pomladi do jeseni bremenili zavarovalnice (Letno poročilo 2008, str. 25). Tudi pri zdravstvenih zavarovanjih je bilo poslovanje v letu 2008 slabše kot v letu 2007 kar za 50 %, a so kljub temu imeli pri omenjenih zavarovanjih 2.738.978 € dobička. V vseh treh zavarovalnicah pa pričakujejo upad števila dopolnilnih zavarovanj v letu 2009, saj bo socialno ogroženim osebam plačilo razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev zagotovljeno iz proračunskih sredstev Republike Slovenije, kar bo zagotovo vplivalo na njihov poslovni izid.

Tabela 6: Obseg poslovnega izida vseh treh zavarovalnic v letih 2008 in 2007 (v €)

VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica, d.v.z.						
ELEMENT	31.12. 2008		31.12 2007		I _{08/07}	
	SKUPAJ VSA ZAVAROV.	ZDRAVSTVENA ZAV.	SKUPAJ VSA ZAVAROVANJA	ZDRAVSTVENA ZAV.	SKUPAJ	ZDR. ZAV.
Poslovni izid pred obdavčitvijo (A4 - B4)	897.041	964.428	8.887.363	8.884.078	10,09	10,86
Davek iz dobička	-1.928.531	-1.928.351	-414.551	-414.186	465,21	465,6
Odloženi davki	422.969	422.930	-2.387.047	-2.384.944	/	/
ČISTI POSLOVNI IZID (obrač. obdobja)	-608.521	-540.993	6.085.765	6.084.948	/	/

se nadaljuje

nadaljevanje

ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d.						
ELEMENT	31.12. 2008		31.12 2007		I _{08 / 07}	
	SKUPAJ VSA ZAVAROV.	ZDRAVSTVENA ZAV.	SKUPAJ VSA ZAVAROVANJA	ZDRAVSTVENA ZAV.	SKUPAJ	ZDR. ZAV.
Poslovni izid pred obdavčitvijo (A4 - B4)	-18.917.066	2.923.902	37.801.349	7.305.632	/	40,02
Davek od dohodka pravnih oseb	-713.727	-702.149	-10.587.285	-1.603.706	/	/
Odloženi davki	4.725.063	517.225	1.205.525	-279.256	391,95	/
ČISTI POSLOVNI IZID (obrač. obdobja)	-14.905.730	2.738.978	28.419.589	5.422.670	/	50,51
TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d.						
ELEMENT	31.12. 2008		31.12 2007		I _{08 / 07}	
	SKUPAJ VSA ZAVAROV.	ZDRAVSTVENA ZAV.	SKUPAJ VSA ZAVAROVANJA	ZDRAVSTVENA ZAV.	SKUPAJ	ZDR. ZAV.
Poslovni izid pred obdavčitvijo (A4 - B4)	287.873	392.967	1.033.287	1.033.287	27,86	38,03
Davek od dohodka pravnih oseb	/	/	/	/	/	/
Odloženi davki	35.171	35.171	15.356	15.356	/	/
ČISTI POSLOVNI IZID (obrač. obdobja)	323.044	428.138	1.048.643	1.048.643	30,81	40,83

Vir: ADRIATIC SLOVENICA Zav. družba d.d., Povzetek revidiranega letnega poročila z revizorjevim poročilom in mnenjem pooblaščenega aktuarja za leto 2008, izkaz poslovnega izida; TRIGLAV, Zdravstvena zav., d.d. Povzetek revidiranega letnega poročila z revizorjevim poročilom in mnenjem pooblaščenega aktuarja za leto 2008, izkaz poslovnega izida; VZAJEMNA zdravstvena zav., d.v.z., Povzetek revidiranega letnega poročila z revizorjevim poročilom in mnenjem pooblaščenega aktuarja za leto 2008, izkaz poslovnega izida.

5.3 Analiza poslovne uspešnosti zavarovalnic

Tekavčič v poglavju Merjenje in presojanje uspešnosti poslovanja (Možina et al, 2002, str. 665) opozarja, da morajo biti informacije o uspešnosti poslovanja kakovostne, saj se na njihovi podlagi oblikuje podoba o organizaciji in njenem vodstvu v javnosti, ter da so informacije o poslovanju potrebne tako pri iskanju odgovorov na strateška vprašanja, kot tudi za sprejemanje sprotnih, taktičnih odločitev.

Tekavčič (1995, str. 67) navaja, da tradicionalno pojmovanje uspešnosti poslovanja izhaja iz reševanja temeljnega ekonomskega problema v procesu gospodarjenja. Odgovarja na vprašanje, kako se uresničuje temeljno načelo gospodarjenja, to je t.i. načelo »minimax«. Izrazimo ga lahko na dva načina:

- doseči dani rezultat (učinek) z minimalno možno porabo sredstev,
- z danimi sredstvi doseči maksimalen možni rezultat.

Pri ugotavljanju uspešnosti poslovanja nas ne zanima absolutna velikost rezultata, temveč rezultat poslovanja v primerjavi s sredstvi, potrebnimi za njegovo doseganje. Mero uspešnosti poslovanja lahko zapišemo kot:

$$\text{mera uspešnosti poslovanja} = \frac{\text{rezultat}}{\text{sredstva}} \quad (1)$$

Kot je razvidno iz enačbe (1), pomeni rezultat v števcu merjeno količino, sredstva v imenovalcu pa so merilo rezultata.

Ta opredelitev je za merjenje uspešnosti poslovanja preširoka, zato se poslužujemo drugih, konkretnjših ali ožjih kazalnikov, kot so (Rebernik, 2008, str. 368):

- donosnost ali rentabilnost,
- gospodarnost ali ekonomičnost,
- proizvodnost ali produktivnost,
- plačilna sposobnost ali solventnost,
- različni kazalniki financiranja.

V nadaljevanju bom obdelala kazalnik produktivnosti, ekonomičnosti in rentabilnosti poslovanja vseh treh zavarovalnic in dobljene rezultate medsebojno primerjala, saj nam šele hkratna obravnavanje vseh treh kazalcev daje pravo sliko o uspešnosti poslovanja.

5.3.1 Analiza produktivnosti dela

Tekavčič (1995, str. 68-69) navaja, da je produktivnost dela (P_L) naturalno merilo uspešnosti poslovanja. Izračunamo jo z razmerjem med proizvedeno količino poslovnih učinkov (Q) in zanjo vloženim delovnim časom (L) ali z ustreznim recipročnim kazalcem, kar zapišemo kot:

$$P_L = \frac{Q}{L} \quad (2)$$

Produktivnost se poveča, če se poveča količina poslovnih učinkov po enoti delovnega časa ali če se skrajša čas, potreben za proizvodnjo enote poslovnega učinka. Možina et al. (2002, str. 669) navaja, da se pri merjenju produktivnosti soočamo s številnimi problemi, ki se nanašajo na merjenje ustvarjene količine poslovnih učinkov kot tudi na zajemanje delovnega časa. Pri

delovnem času se pojavlja vprašanje ali zajeti celoten delovni čas, ali zajeti vse delavce ali le tiste, ki sodelujejo pri nastajanju poslovnih učinkov. Lahko ga izražamo z opravljenimi delovnimi urami, delovnimi dnevi ali delovnimi meseci, lahko pa tudi s povprečnim številom zaposlenih delavcev. Še težje pa je z zajemanjem količine ustvarjenih poslovnih učinkov v števcu produktivnosti dela. Večina organizacij namreč ustvarja raznovrstne poslovne učinke, ki jih ni mogoče preprosto sešteti. Da bi jih lahko sešteli, bi potrebovali pretvornike, s pomočjo katerih bi jih izrazili v primerljivih enotah mere. Tovrstnih informacij v organizacijah običajno primanjkuje, zato tudi prihaja do številnih težav pri merjenju produktivnosti dela. Podjetja običajno to izražajo tako, da v števcu upoštevajo kar prihodke (bodisi poslovne bodisi celotne), kar pa zamegli bistvo produktivnosti kot naturalnega kazalnika poslovanja. Poznamo pa tudi dejavnike, ki vplivajo na produktivnost. Razvrščeni so na: tehnično – tehnološke, organizacijske, človeške, naravne in družbene dejavnike. Če vse to apliciram na zavarovalnice lahko ugotovim, da na njihovo produktivnost vplivajo predvsem organizacijski, človeški in družbeni dejavniki.

Računanje količnika produktivnosti je bilo oteženo, saj sem sicer za ADRIATIC SLOVENICO Zavarovalno družbo d.d. uspela pridobiti podatke o številu zaposlenih na področju zdravstvenih zavarovanj, a le-ti niso vključevali službe računovodstva, informatike, škodnega oddelka, ..., kar pa podatki ostalih dveh zavarovalnic vključujejo, zato sem za izračun produktivnosti dela pri vseh treh zavarovalnicah upoštevala skupno število zaposlenih. Enote zavarovalnih polic v števcu, ki so ponavadi izražene naturalno, sem izrazila s stalnimi cenami. Ker so razlike v produktivnosti dela med letom 2008 in 2007 pri TRIGLAV, Zdravstveni zavarovalnici, d.d. zelo majhne, sem uporabila decimalni zapis podatkov in rezultat lastnih izračunov.

Primerjalna analiza produktivnosti dela v zavarovalnicah: tabela 7 prikazuje, da se je produktivnost dela pri VZAJEMNI zdravstveni zavarovalnici, d.v.z. leta 2008 glede na preteklo leto celotno gledano zmanjšala za 5 %, medtem ko se je pri zdravstvenih zavarovanjih zmanjšala v istem obdobju le za 0,5 %. Pri TRIGLAV, Zdravstveni zavarovalnici, d.d. lahko opazimo 5 % padeč produktivnosti dela tako celotno gledano, kot tudi samo pri zdravstvenih zavarovanjih. Pri obeh zavarovalnicah opazimo celotno gledano povečanje poslovnih prihodkov (pri VZAJEMNI zdravstveni zavarovalnici, d.v.z. za 5 %, pri TRIGLAV, Zdravstveni zavarovalnici, d.d. za 15 %) ter povečanje števila zaposlenih (v prvi zavarovalnici za skoraj 6 %, v drugi pa za dobrih 20 %), kar ima za posledico različen izid produktivnosti dela pri omenjenih zavarovalnicah. V ADRIATIC SLOVENICI Zavarovalni družbi d.d. pa se je produktivnost dela celotno gledano povečala za 6,65 %, pri zdravstvenih zavarovanjih pa za kar 13 %, čeprav je ta podatek zelo »zamegljen«, saj kljub temu, da je na področju zdravstva v letu 2008 delalo 29 ljudi ter na

področju trženja vseh zavarovanj 220 ljudi, je še vedno razlika do skupnega števila zaposlenih, ki je bilo v lanskem letu 1.033, zelo velika. Če kljub vsemu povzamem, je bila v letu 2008, pri zdravstvenih zavarovanjih, najbolj uspešna ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d. Vzrok je v povečanju poslovnih prihodkov (celotno gledano za 1 % in pri zdravstvenih zavarovanjih za 7 %) ter 5,5 % zmanjšanju števila zaposlenih.

Tabela 7: Izračun produktivnosti dela vseh treh zavarovalnic v letih 2008 in 2007 (v €)

VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica, d.v.z.						
ELEMENT	leto 2008		leto 2007		I _{08/07}	
	SKUPAJ VSA ZAVAROVANJA	ZDRAVSTVENA ZAV.	SKUPAJ VSA ZAVAROVANJA	ZDRAVSTVENA ZAV.	SKUPAJ	ZDR. ZAV.
Poslovni prihodki	245.824.134	245.689.309	233.300.814	233.277.904	105,37	105,32
Št. zaposlenih	289		273		105,86	
PRODUKTIVNOST DELA	850.603	850.136	899.961	854.582	94,52	99,48
ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d.						
ELEMENT	leto 2008		leto 2007		I _{08/07}	
	SKUPAJ VSA ZAVAROVANJA	ZDRAVSTVENA ZAV.	SKUPAJ VSA ZAVAROVANJA	ZDRAVSTVENA ZAV.	SKUPAJ	ZDR. ZAV.
Poslovni prihodki	259.508.429	95.128.340	256.756.263	88.578.450	101,07	107,39
Št. zaposlenih	1.033		1.090		94,77	
PRODUKTIVNOST DELA	251.218	92.089	235.556	81.265	106,65	113,32
TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d.						
ELEMENT	leto 2008		leto 2007		I _{08/07}	
	SKUPAJ VSA ZAVAROVANJA	ZDRAVSTVENA ZAV.	SKUPAJ VSA ZAVAROVANJA	ZDRAVSTVENA ZAV.	SKUPAJ	ZDR. ZAV.
Poslovni prihodki	59.116.045,00	59.115.937,00	51.331.794,00	51.331.794,00	115,1646	115,1644
Št. zaposlenih	82		68		120,5801	
PRODUKTIVNOST DELA	720.927,38	720.926,06	754.879,32	754.879,32	95,5023	95,5022

Vir: ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d., Letno poročilo 2008, str. 61; ADRIATIC SLOVENICA Zav. družba d.d., Povzetek revidiranega letnega poročila z revizorjevim poročilom in mnenjem pooblaščenega aktuarja za leto 2008, izkaz poslovnega izida; TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d., Revidirano letno poročilo za leto 2008, str. 5, 11; VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica, d.v.z., Revidirano letno poročilo za leto 2008, str. 25, 40.

5.3.2 Analiza ekonomičnosti poslovanja

Ekonomičnost (E) je po besedah Tekavčičeve (1995, str. 69) razmerje med ustvarjeno količino poslovnih učinkov (Q) in zanjo potrebnimi stroški (C).

$$E = \frac{Q}{C} \text{ ali } E = \frac{C}{Q} \quad (3) (4)$$

Enačbi (3) in (4) prikazujeta, da se ekonomičnost poveča, če se poveča količina ustvarjenih poslovnih učinkov na enoto stroškov ali če se zmanjšajo stroški na enoto poslovnega učinka.

Rebernik (2008, str. 370) navaja, da nam princip ekonomičnosti pokaže učinkovitost pretvorbe inputov v outpute z vrednostnega vidika, torej je tesno povezan z ekonomskim načelom racionalnosti. Ekonomičnost se izraža kot razmerje med proizvedeno (in prodano) vrednostjo količine učinkov, ki so izraženi vrednostno, ter med stroški, ki so bili za to ustvarjeno vrednost potrebni.

Oba omenjena avtorja navajata, da ob proučevanju podjetja heterogene proizvodnje, kamor zagotovo sodijo tudi zavarovalnice, postaneta zgornja obrazca neoperativna, zato v praksi ekonomičnost izračunavamo kot razmerje med prihodki in odhodki:

$$E = \frac{\text{prihodki}}{\text{odhodki}} \quad (5)$$

Ekonomičnost lahko torej izračunamo na različne načine ali t.i. delne izračune ekonomičnosti (razmerje med poslovnimi prihodki in poslovnimi odhodki, med prihodki od financiranja in odhodki od financiranja, ...). Podatke za izračun črpamo iz izkaza poslovnega izida.

Slovenski računovodski standardi navajajo številna druga možna izražanja ekonomičnosti, kot so recimo stopnja kosmate dobičkovnosti poslovnih prihodkov, stopnja dobičkovnosti poslovnih prihodkov, stopnja dobičkovnosti prihodkov ali stopnja čiste dobičkovnosti prihodkov.

Dejavniki, ki vplivajo na ekonomičnost poslovanja so poleg tistih, ki vplivajo na produktivnost (tehnično – tehnološki, organizacijski, človeški, naravni in družbeni dejavniki) še tisti, ki vplivajo na raven cen tako poslovnih učinkov kot tudi prvin poslovnega procesa. Le-ti pogojujejo racionalnost potroškov prvin poslovnega procesa (Tekavčič, 1995, str. 72).

Primerjalna analiza ekonomičnosti poslovanja zavarovalnic: tabela 8 prikazuje, da sta VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica, d.v.z. in TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d. v obeh letih poslovali ekonomično, saj sta oba kazalca celotne ekonomičnosti dosegla vrednost večjo od ena, kar pomeni, da so prihodki pokrili celotne odhodke, s tem pa sta bili obe zavarovalnici zmožni pokrivati prihodke z odhodki. To velja za celotno zavarovalnico kot tudi posebej za zdravstvena zavarovanja, kljub temu, pa je bila le-ta nekoliko slabša kot predhodno leto. ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d. je v letu 2007 poslovala ekonomično, v letu 2008 pa je bila celotna ekonomičnost pod ena in je znašala 0,92, torej poslovanje ni bilo ekonomično, saj so bili celotni prihodki večji od celotnih odhodkov. Potrebno pa je poudariti, da je bila ekonomičnost pri zdravstvenih zavarovanjih pri omenjeni zavarovalnici tako v letu 2007,

kot tudi v letu 2008 večja od ena, a tako kot pri ostalih dveh zavarovalnicah v letu 2008 nekoliko nižja kot predhodno leto. Ponovno je bila pri zdravstvenih zavarovanjih (v letu 2008) najuspešnejša ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d. Sledili sta ji TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d. ter VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica, d.v.z.

Tabela 8: Kazalci ekonomičnosti vseh treh zavarovalnic v letih 2008 in 2007 (v €)

VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica, d.v.z.						
ELEMENT	leto 2008		leto 2007		I _{08/07}	
	SKUPAJ VSA ZAVAROV.	ZDRAVSTVENA ZAV.	SKUPAJ VSA ZAVAROV.	ZDRAVSTVENA ZAV.	SKUPAJ	ZDR. ZAVAR.
Celotni prihodki	250.997.396	250.861.622	239.672.688	239.649.706	104,73	104,68
Celotni odhodki	250.100.355	249.897.194	230.785.325	230.765.628	108,37	108,29
CELOTNA EKONOMIČNOST	1,0036	1,0039	1,0385	1,0385	96,64	96,66
ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d.						
ELEMENT	leto 2008		leto 2007		I _{08/07}	
	SKUPAJ VSA ZAVAROV.	ZDRAVSTVENA ZAV.	SKUPAJ VSA ZAVAROV.	ZDRAVSTVENA ZAV.	SKUPAJ	ZDR. ZAVAR.
Celotni prihodki	232.901.744	95.376.044	296.231.151	91.239.979	78,62	104,53
Celotni odhodki	251.818.810	92.452.142	258.429.802	83.934.347	97,44	110,15
CELOTNA EKONOMIČNOST	0,9249	1,0316	1,1463	1,0870	80,69	94,90
TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d.						
ELEMENT	leto 2008		leto 2007		I _{08/07}	
	SKUPAJ VSA ZAVAROV.	ZDRAVSTVENA ZAV.	SKUPAJ VSA ZAVAROV.	ZDRAVSTVENA ZAV.	SKUPAJ	ZDR. ZAVAR.
Celotni prihodki	59.669.885	59.669.777	51.797.307	51.797.307	115,20	115,20
Celotni odhodki	59.382.012	59.276.810	50.764.021	50.764.021	116,98	116,77
CELOTNA EKONOMIČNOST	1,0048	1,0066	1,0204	1,0204	98,48	98,65

Vir: ADRIATIC SLOVENICA Zav. družba d.d., Povzetek revidiranega letnega poročila z revizorjevim poročilom in mnenjem pooblaščenega aktuarja za leto 2008, izkaz poslovnega izida; TRIGLAV, Zdravstvena zav., d.d. Povzetek revidiranega letnega poročila z revizorjevim poročilom in mnenjem pooblaščenega aktuarja za leto 2008, izkaz poslovnega izida; VZAJEMNA zdravstvena zav., d.v.z., Povzetek revidiranega letnega poročila z revizorjevim poročilom in mnenjem pooblaščenega aktuarja za leto 2008, izkaz poslovnega izida.

5.3.3 Analiza rentabilnosti poslovanja

Rebernik (2008, str. 368) navaja, da rentabilnost ali donosnost izraža temeljno razmerje med določenim donosom (kosmati dobiček, čisti dobiček, čisti poslovni izid) in povprečnimi, za to potrebnimi vlaganji. V odvisnosti od tega, kaj opredelimo kot donosi in kaj kot vlaganje, lahko pridemo do različnih koeficientov donosnosti. Najbolj splošno lahko rentabilnost zapišemo kot:

$$\text{Rentabilnost} = \frac{\text{donos}}{\text{vlaganja}} \quad (6)$$

Ban in Tekavčič (2001, str. 74) navajata, da je rentabilnost lahko opredeljena z vidika:

- **lastnika:** kot razmerje med dobičkom in zanj vloženim povprečnim kapitalom (**dobičkonosnost** ali **rentabilnost kapitala** ali **ROE** (angl. *Return on Equity*)). Visoka donosnost kapitala je ponavadi odraz uspešnega posloводства, lahko pa tudi pomeni, da organizaciji primanjkuje kapitala, ker ni bil zagotovljen ustrezen vložek ali se je le-ta zmanjšal zaradi akumulirane izgube preteklih let. Višja vrednost tega kazalnika lahko pomeni večje tveganje na račun večjega zadolževanja organizacije. Nizka donosnost kapitala je ponavadi rezultat neuspešnega posloводства ali pa lahko pomeni kapitalno intenzivno organizacijo.
- **celotnega podjetja:** kot razmerje med dobičkom in povprečno vloženimi vsemi poslovnimi sredstvi (**dobičkonosnost** ali **rentabilnost sredstev** ali **ROA** (angl. *Return on Assets*)). Pokaže nam tudi, kako uspešno organizacija razpolaga s celotnimi sredstvi, ki so na drugi strani bilance enaka obveznostim do virov sredstev, ki ga sestavljata kapital in dolgovi.

Rentabilnost je mera uspešnosti celotnega podjetja, zato je v današnjih podjetjih širši pojem od ekonomičnosti. Med njima obstaja povezanost. Tekavčič (1995, str. 72) navaja, da je potrebno rentabilnosti razčleniti po t.i. Du Pontovem obrazcu, ki vodi do dveh kazalcev: prihodkov v primerjavi s povprečnimi sredstvi in deleža dobička v prihodkih.

$$\text{Rentabilnost} = \frac{\text{dobiček}}{\text{povprečna sredstva}} = \frac{\text{prihodki}}{\text{povprečna sredstva}} * \frac{\text{dobiček}}{\text{prihodki}} \quad (7)$$

Kot je razvidno iz enačbe (7), vodi povečanje kateregakoli od obeh kazalcev v zmnožku pri nespremenjeni velikosti drugega kazalca do povečanja rentabilnosti. Večji kot je kazalnik rentabilnost, bolj donosno je uporabljeno premoženje. Pri tem kazalec »prihodek v primerjavi s povprečnimi sredstvi« odraža hitrost obračanja sredstev, medtem ko kazalec »delež dobička v prihodkih« vključuje tudi ekonomičnost, kar utemeljuje tudi naslednja razčlenitev:

$$\frac{\text{dobiček}}{\text{prihodki}} = \frac{\text{prihodki} - \text{odhodki}}{\text{prihodki}} = 1 - \frac{\text{odhodki}}{\text{prihodki}} = 1 - \frac{I}{E} \quad (8)$$

Iz tega lahko povzamemo, da so dejavniki, ki vplivajo na rentabilnost enaki kot tisti, ki vplivajo na ekonomičnost ter dejavniki, ki pogojujejo hitrost obračanja sredstev.

Primerjalna analiza rentabilnosti poslovanja zavarovalnic: tabela 9 prikazuje izračun rentabilnosti poslovanja zdravstvenih zavarovanj posamezne zavarovalnice, pri čemer sem potrebovala povprečen kapital in povprečna sredstva. Izračunala sem ju na podlagi *Navodil za izračun kazalnikov*, ki jih je AZN javno objavil (Ur. l. RS, št. 111/02). Povprečen kapital sem izračunala tako, da sem seštel kapital na koncu leta 2007 in na koncu leta 2008 ter delila z 2. Na enak način sem izračunala tudi povprečna sredstva.

Tabela 9: Izračun rentabilnosti zdravstvenih zav. pri zavarovalnicah v letih 2008 in 2007 (v €)

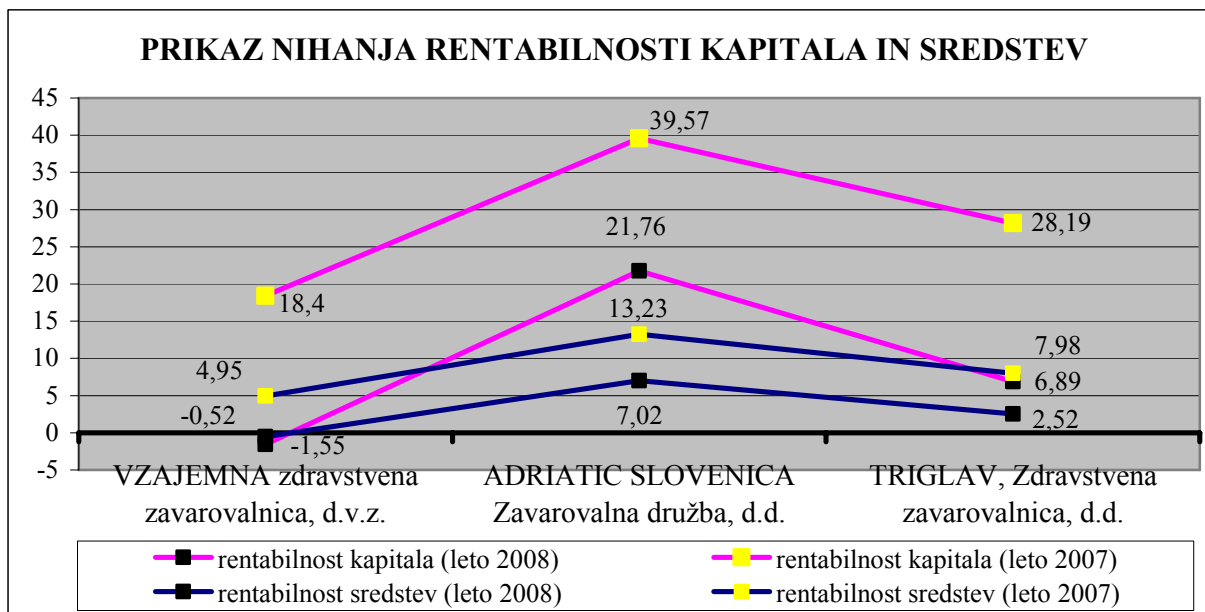
VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica, d.v.z.					
		leto 2008	leto 2007	leto 2006	I_{08/07}
1	Čisti poslovni izid (v €)	-540.993	6.084.948	/	/
2	Kapital (v €)	32.814.647	36.770.776	29.353.073	89,24
3	Povprečni kapital (v €)	34.792.711,5	33.061.924	/	105,23
4	Sredstva (v €)	104.845.760	101.738.849	144.114.797	103,05
5	Povprečna sredstva (v €)	103.292.304,5	122.926.823	/	84,03
6	RENTABILNOST KAPITALA (1/3) (v %)	-1,55	18,40	/	/
7	RENTABILNOST SREDSTEV (1/5) (v %)	-0,52	4,95	/	/
ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d.					
	ELEMENT	leto 2008	leto 2007	leto 2006	I_{08/07}
1	Čisti poslovni izid (v €)	2.738.978	5.422.670	/	50,51
2	Kapital (v €)	9.323.281	15.846.376	11.558.512	58,83
3	Povprečni kapital (v €)	12.584.829	13.702.444	/	/
4	Sredstva (v €)	36.801.966	41.230.264	40.770.240	89,26
5	Povprečna sredstva (v €)	39.016.115	41.000.252	/	/
6	RENTABILNOST KAPITALA (1/3) (v %)	21,76	39,57	/	55,00
7	RENTABILNOST SREDSTEV (1/5) (v %)	7,02	13,23	/	53,08
TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d.					
	ELEMENT	leto 2008	leto 2007	leto 2006	I_{08/07}
1	Čisti poslovni izid (v €)	428.138	1.048.643	/	40,83
2	Kapital (v €)	6.386.242	6.035.707	1.403.227	105,81
3	Povprečni kapital (v €)	6.210.974,5	3.719.467	/	166,99
4	Sredstva (v €)	17.857.198	16.175.490	10.100.024	110,40
5	Povprečna sredstva (v €)	17.016.344	13.137.757	/	129,52
6	RENTABILNOST KAPITALA (1/3) (v %)	6,89	28,19	/	24,45
7	RENTABILNOST SREDSTEV (1/5) (v %)	2,52	7,98	/	31,52

*Vir: ADRIATIC SLOVENICA Zav. družba d.d., Povzetek revidiranega letnega poročila z revizorjevim poročilom in mnenjem pooblaščenega aktuarja za leto 2008, izkaz poslovnega izida; TRIGLAV, Zdravstvena zav., d.d. Povzetek revidiranega letnega poročila z revizorjevim poročilom in mnenjem pooblaščenega aktuarja za leto 2008, izkaz poslovnega izida; VZAJEMNA zdravstvena zav., d.v.z., Povzetek revidiranega letnega poročila z revizorjevim poročilom in mnenjem pooblaščenega aktuarja za leto 2008, izkaz poslovnega izida.
ter pridobljen podatek za ADRIATIC SLOVENICO Zavarovalno družbo d.d.*

Ker je imela VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica, d.v.z. v letu 2008 pri zdravstvenih zavarovanjih izgubo sta tudi kazalnika ROE in ROA negativna, kar je vidno na Sliki 3.

Rentabilnost kapitala se je leta 2008, glede na leto 2007, zmanjšala v vseh treh zavarovalnicah. Vidimo lahko, da se je rentabilnost kapitala pri VZAJEMNI zdravstveni zavarovalnici, d.v.z. zmanjšala za 19,95 odstotne točke, pri ADRIATIC SLOVENICI Zavarovalni družbi d.d. pa se je le-ta zmanjšala za 17,81 odstotne točke. Pri TRIGLAV, Zdravstveni zavarovalnici, d.d., se je stopnja donosnosti kapitala v letu 2008 prav tako zmanjšala, saj je znašala 6,89, kar pomeni, da je vrednost vloženega kapitala predstavljala 6,89 % čistega dobička, medtem ko je bila leta 2007 stopnja vloženega kapitala 28,19 (to pomeni 75,55 % padec v letu 2008). Pri vseh zavarovalnicah lahko opazimo, da se je v letu 2008, glede na 2007, zmanjšala tudi rentabilnost sredstev. Pri VZAJEMNI zdravstveni zavarovalnici, d.v.z. se je rentabilnost sredstev zmanjšala za 5,47 odstotne točke, medtem ko so se se pri ADRIATIC SLOVENICI Zavarovalni družbi d.d. zmanjšala za 6,21 odstotne točke. Na koncu sem izračunala še stopnjo donosnosti sredstev za TRIGLAV, Zdravstveno zavarovalnico, d.d., ki je leta 2008 znašala 2,52 %, kar pa glede na leto 2007 pomeni 68,482 % padec. Sedi, da je 100 denarnih enot sredstev podjetju v letu 2008 prineslo 2,52 denarnih enot dobička. ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d. je bila v letu 2008 najbolj rentabilna.

Slika 3: Prikaz nihanja rentabilnosti kapitala in sredstev leta 2008 in 2007



5.4 Analiza bilance stanja zavarovalnic

Izkaz bilance stanja je temeljni računovodski izkaz, v katerem je resnično in pošteno prikazano stanje sredstev (Priloga 6) in obveznosti do njihovih virov sredstev (Priloga 7) za poslovno leto ali medletna obdobja, za katera se sestavlja. Ima obliko dvostranske uravnotežene bilance stanja.

Zavarovalnica sestavi bilanco stanja na podlagi podatkov iz knjigovodskega stanja računov, predpisanih s kontnim okvirom za zavarovalnice. Bilanca stanja prikazuje stanje sredstev ter stanje kapitala in obveznost. Postavke v bilanci stanja se izkazujejo ločeno za premoženjska, življenjska in dopolnilna zdravstvena zavarovanja ter skupno za zavarovalnico kot celoto. Znotraj navedene razdelitve se ločeno prikažejo podatki tekočega poslovnega leta ter podatki predhodnega poslovnega leta. Členitev bilance je, zaradi specifičnosti zavarovalne dejavnosti, precej drugačna od drugih bilanc stanja, saj predstavljajo zavarovalno – tehnične rezervacije precejšnji delež v pasivi bilance stanja.

Zavarovalnice morajo sestavljati bilanco stanja posebej za dopolnilna zavarovanja, ki pa je za ADRIATIC SLOVENICO Zavarovalno družbo d.d. nikakor nisem mogla dobiti. Podali so mi samo podatek za sredstva in kapital za zdravstvena zavarovanja, ki sem ga potrebovala za izračun rentabilnosti poslovanja. Ker so glede na velikost zavarovalnice, podatki v številkah popolnoma neprimerljivi, sem analizo bilance stanja opravila tako, da sem primerjala deleže posameznih postavk pri posamezni zavarovalnici (kot celota).

Primerjalna analiza sredstev in obveznosti do virov sredstev vseh treh zavarovalnic: stanje sredstev je na dan 31. 12. 2008 znašalo pri VZAJEMNI zdravstveni zavarovalnici, d.v.z. 104.845.760 €, kar je v primerjavi z letom poprej za 3 % več. Finančne naložbe predstavljajo največji delež med vsemi sredstvi, in sicer slabih 60 %. Drugi dve zelo pomembni postavki v aktivni bilanci so terjatve, ki so se leta 2008 v primerjavi z letom 2007 zmanjšale za skoraj 8 % ter opredmetena osnovna sredstva, ki so v letu 2008 predstavljale skoraj 14 % delež. Ostale postavke aktivne bilance so manj pomembne in predstavljajo manjši delež. Med obveznostmi je tako v letu 2008, kot tudi v letu 2007 prevladoval kapital, ki pa se je glede na predhodno leto zmanjšal za 11 %. Kljub vsemu je imel kapital 31 % delež vseh obveznosti. Zavarovalno tehnične rezervacije ostajajo skoraj nespremenjene in predstavljajo 25 % delež pasive. V letu 2008 lahko opazimo tudi spremembe pri obveznostih za davek, in sicer so se le-te povečale za 273,5 %. Močen padec (96 %) pa je viden pri odloženih obveznostih za davek. Celotno gledano so se obveznosti v letu 2008, glede na leto 2007 povečale za 3 %.

Pri TRIGLAV, Zdravstveni zavarovalnici, d.d., se je stanje sredstev v letu 2008, glede na leto 2007, povečalo za kar 10,4 % in so tako sredstva na dan 31.12.2008 znašale 17.857.198 €. Najpomembnejše tri postavke ostajajo nespremenjene; tako predstavljajo finančne naložbe 59 % vseh sredstev in so se v primerjavi s predhodnim letom povečale za skoraj 11 %, sledijo opredmetena sredstva, ki predstavljajo dobrih 17 % in so se povečale za 2 % glede na leto 2007

ter terjatve, ki predstavljajo dobrih 16 % in so se v letu 2008 povečale za 6 %. Sestava pasive pa je zelo skopa, saj jo sestavljajo le štiri postavke. Med njimi predstavljajo največji delež zavarovalno tehnične rezervacije, ki so se v letu 2008, glede na leto 2007, povečale za 23,7 %. Sledi kapital, ki predstavlja 36 % vseh obveznosti ter druge obveznosti, ki pa so se v primerjavi s predhodnim letom nekoliko zmanjšale (za 2,72 %). Zelo močno so se povečale druge rezervacije (za skoraj 88 %), a kljub vsemu predstavljajo zanemarljiv delež, saj v letu 2008 niso dosegle niti 1 %. Celotno gledano so se obveznosti v letu 2008, glede na leto 2007 povečale za 10,4 %.

Pri ADRIATIC SLOVENICI Zavarovalni družbi d.d. je stanje nasprotno, saj so se sredstva v letu 2008, glede na leto 2007, zmanjšala za 12,5 % in so 31.12.2008 znašale 350.184.877. Že na prvi pogled vidimo, da je med primerljivima letoma velika razlika v postavkah, saj so se le-te bistveno spremenile. V primerjavi z ostalima zavarovalnicama so se tu finančne naložbe zmanjšale za skoraj 31 %, a kljub temu predstavljajo največji delež sredstev (55 %). Nekatere postavke so se v primerjavi z letom 2007 bistveno povečale. To so: naložbene nepremičnine (za 317 %), finančne naložbe v družbah (za 2638 %), sredstva iz finančnih pogodb (za 133 %). Bistveno pa so se zmanjšala opredmetena sredstva (za 86,5 %). V letu 2008 je zavarovalnica doživela močan upad kapitala, saj se je le-ta zmanjšal za 62,4 %. Velik porast pa so doživele druge obveznosti (35 %) ter finančne obveznosti (56 %) in predstavljajo 8 % in 7 % celotnih obveznosti. Največji delež pasive pa so v letu 2008 predstavljale zavarovalno tehnične rezervacije (72 %). V primerjavi z letom 2007 so se le-te povečale za 5 %. Celotne obveznosti so se v letu 2008, glede na predhodno leto zmanjšale za 12,5 %.

5.5 Analiza škodnih rezultatov zavarovalnic

Na strani škod je pretežni del izplačil povezanih prav z dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem. Izplačila zavarovalnin iz naslova dopolnilnih zavarovanj se izvajajo neposredno izvajalcem zdravstvenih storitev, kar zavarovancem omogoča preprost dostop do zdravstvenih storitev.

Primerjalna analiza škodnih rezultatov v zavarovalnicah: tabela 10 prikazuje, da je pri VZAJEMNI zdravstveni zavarovalnici, d.v.z. bilo v letu 2008 skupaj plačanih premij za zdravstvena zavarovanja 234.753.823 €, kar je za 3,5 % več kot leto prej. V letu 2008 so obračunali za 7 % več kosmatih zneskov škod kot predhodno leto. Kosmat škodni rezultat je bil 88,26 %, čisti škodni rezultat pa 88,78 %, kar je za 4 % oz. 3 % več kot predhodno leto. Pri ADRIATIC SLOVENICI Zavarovalni družbi d.d. je pri zdravstvenih zavarovanjih čisti škodni rezultat (rast deleža čistih škod v čisti premiji zdravstvenih zavarovanj) v letu 2008 zrasel na

79,85 % (v letu 2007 je bil 75,73 %) in se je torej poslabšal za 4,12 odstotne točke. Kosmati škodni rezultat pa se je leta 2008 v primerjavi z letom 2007 zelo izboljšal, saj je leta v letu 2007 presegal 100 %, kar pomeni, da so bili kosmati zneski škod višji od kosmate zavarovalne premije. TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d., je v letu 2008 zbrala za 59.287.154 € kosmatih premij pri zdravstvenih zavarovanjih, kar je za 15 % več kot v preteklem letu. Čisti prihodki iz zavarovalnih premij so v letu 2008 znašali 59.109.001 €, kar predstavlja porast v višini 15 % glede na preteklo leto. Največji odhodek zavarovalnice predstavljajo kosmate škode, ki so se v primerjavi s preteklim letom povečale za skoraj 22 %. Delež obračunanih kosmatih škod v obračunani kosmati premiji je bil v letu 2008 80 % in je višji od prejšnjega leta za 4 odstotne točke. Čisti škodni rezultat pa je v letu 2008 znašal 82,24 % in je bil višji za 3,17 odstotne točke.

Potrebno je poudariti še, da je zavarovalnica v skupini zdravstvenih zavarovanj odvisna od izida neposredne zavarovalne dejavnosti, zato imajo odhodki za škode iz dopolnilnih zavarovanj največjo težo pri doseganju izida te skupine zavarovanj. Porast škod dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj in porast stroškov bolnišničnih storitev vplivajo tudi na povišanje premije dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj, kar ob koncu poslovnega leta pripomore k čim boljšemu poslovnemu izidu.

Tabela 10: Obračunana kosmata premija in škode ter čisti prihodki od zavarovalnih premij in čisti odhodki za škode vseh treh zavarovalnic v letih 2008 in 2007 (v €)

VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica, d.v.z.							
	ELEMENT	leto 2008		leto 2007		I _{08/07}	
		SKUPAJ ZAVAROV.	ZDRAVSTVENA ZAV.	SKUPAJ ZAVAROV.	ZDRAVSTVENA ZAV.	SKUPAJ	ZDR. ZAVAR.
1	Obračunana kosmata zav. premija	234.900.182	234.753.823	226.933.200	226.856.443	103,51	103,48
2	Čisti prihodki od zav. premij	233.508.026	233.374.414	224.686.777	224.663.883	103,93	103,88
3	Obračunani kosmati znesek škod	207.194.444	207.192.337	192.321.763	192.321.763	107,73	107,73
4	Čisti odhodki za škode	207.205.970	207.182.307	193.545.488	193.545.488	107,06	107,05
5	Kosmati škodni rezultat (v %) (3/1)	88,21	88,26	84,75	84,78	104,08	104,11
6	ČISTI ŠKODNI REZULTAT (v %) (4/2)	88,74	88,78	86,14	86,15	103,01	103,05

se nadaljuje

nadaljevanje

ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d.							
	ELEMENT	leto 2008		leto 2007		I _{08/07}	
		SKUPAJ ZAVAROV.	ZDRAVSTVENA ZAV.	SKUPAJ ZAVAROV.	ZDRAVSTVENA ZAV.	SKUPAJ	ZDR. ZAVAR.
1	Obračunana kosmata zav. premija	256.914.535	95.441.409	251.530.710	59.505.332	102,14	160,39
2	Čisti prihodki od zav. premij	248.237.718	95.093.799	239.440.856	88.537.180	103,67	107,41
3	Obračunani kosmati znesek škod	184.839.760	76.204.781	172.430.766	67.317.329	107,20	113,20
4	Čisti odhodki za škode	181.221.021	75.929.008	168.303.303	67.052.197	107,68	113,24
5	Kosmati škodni rezultat (v %) (3/1)	71,95	79,84	68,55	113,13	104,95	70,58
6	ČISTI ŠKODNI REZULTAT (v %) (4/2)	73,00	79,85	70,29	75,73	103,86	105,43
TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d.							
	ELEMENT	leto 2008		leto 2007		I _{08/07}	
		SKUPAJ ZAVAROV.	ZDRAVSTVENA ZAV.	SKUPAJ ZAVAROV.	ZDRAVSTVENA ZAV.	SKUPAJ	ZDR. ZAVAR.
1	Obračunana kosmata zav. premija	59.287.335	59.287.154	51.331.794	51.272.819	115,50	115,63
2	Čisti prihodki od zav. premij	59.109.109	59.109.001	51.331.794	51.331.794	115,15	115,15
3	Obračunani kosmati znesek škod	47.450.508	47.450.508	38.987.272	38.987.272	121,71	121,71
4	Čisti odhodki za škode	48.612.482	48.612.482	40.588.125	40.588.125	119,77	119,77
5	Kosmati škodni rezultat (v %) (3/1)	80,03	80,04	75,95	76,04	105,38	105,26
6	ČISTI ŠKODNI REZULTAT (v %) (4/2)	82,24	82,24	79,07	79,07	104,01	104,01

Vir: ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d., Letno poročilo 2008, str. 76, 190; TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d. Revidirano letno poročilo za leto 2008, str. 9, 19; VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica, d.v.z.,

Revidirano letno poročilo za leto 2008, str. 40, 76.

5.6 Analiza stroškov poslovanja

V Navodilih za izračun kazalnikov, ki jih najdemo na spletni strani Agencije za zavarovalni nadzor (Zakonodaja, 2009) so objavljeni vsi kazalniki, ki jih zavarovalnica lahko izračunava. V teh navodilih je med drugimi omenjen tudi kazalnik stroškov poslovanja, ki se mi je zdel zanimiv dodatek k analizi poslovanja in kazalniku škodnih rezultatov. Enačba (9) predstavlja stroške poslovanja v % od kosmate obračunane zavarovalne premije.

$$\text{stroški poslovanja (v \%)} = \frac{\text{stroški poslovanja}}{\text{kosmate obračunane zav. premije}} * 100 \quad (9)$$

Primerjalna analiza stroškov poslovanja v zavarovalnicah: tabela 11 prikazuje obseg stroškov poslovanja v letih 2008 in 2007 tako za celotno zavarovalnico kot tudi za zdravstvena zavarovanja Poudarit moram, da zavarovalnice pri izračunu tega kazalnika jemljejo za postavko stroški poslovanja, obratovalne stroške.

Tabela 11: Obseg stroškov poslovanja vseh treh zavarovalnic v letih 2008 in 2007 (v €)

VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica, d.v.z.						
ELEMENT	leto 2008		leto 2007		I _{08/07}	
	SKUPAJ ZAVAROV.	ZDRAVSTVENA ZAV.	SKUPAJ ZAVAROV.	ZDRAVSTVENA ZAV.	SKUPAJ	ZDR. ZAVAR.
Kosmata zav. premija	234.900.182	234.753.823	226.933.200	226.856.443	103,51	103,48
Obratovalni stroški	26.020.289	25.850.400	25.419.932	25.401.224	102,36	101,76
STROŠKI POSLOVANJA	11,08	11,01	11,20	11,20	98,89	98,34
ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d.						
ELEMENT	leto 2008		leto 2007		I _{08/07}	
	SKUPAJ ZAVAROV.	ZDRAVSTVENA ZAV.	SKUPAJ ZAVAROV.	ZDRAVSTVENA ZAV.	SKUPAJ	ZDR. ZAVAR.
Kosmata zav. premija	256.914.535	95.441.409	251.530.710	59.505.332	102,14	160,39
Obratovalni stroški	60.244.768	15.216.021	63.235.738	15.470.606	95,27	98,35
STROŠKI POSLOVANJA	23,45	15,94	25,14	26,00	93,27	61,32
TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d.						
ELEMENT	leto 2008		leto 2007		I _{08/07}	
	SKUPAJ ZAVAROV.	ZDRAVSTVENA ZAV.	SKUPAJ ZAVAROV.	ZDRAVSTVENA ZAV.	SKUPAJ	ZDR. ZAVAR.
Kosmata zav. premija	59.287.335	59.287.154	51.331.794	51.272.819	115,50	115,63
Obratovalni stroški	10.349.749	10.244.547	10.398.301	10.398.301	99,53	98,52
STROŠKI POSLOVANJA	17,46	17,28	20,26	20,28	85,74	85,21

Vir: Povzetek revidiranega letnega poročila (ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d., TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d. in VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica, d.v.z.) z revizorjevim poročilom in mnenjem pooblaščenega aktuarja za leto 2008, izkaz poslovnega izida.

Iz Tabele 11 lahko vidimo, da so obratovalni stroški v VZAJEMNI zdravstveni zavarovalnici, d.v.z. tako pri zdravstvenih zavarovanjih, kot tudi celotno gledano ostali v obeh letih skoraj nespremenjeni (11 %) in so hkrati tudi najnižji izmed vseh treh zavarovalnic. Celotno gledano so se stroški poslovanja pri ADRIATIC SLOVENICI Zavarovalni družbi d.d. zmanjšali za 6,73 %,

medtem ko so se pri zdravstvenih zavarovanjih zmanjšali za skoraj 39 %. Stroški poslovanja pa so bili pri zdravstvenih zavarovanjih v TRIGLAV, Zdravstveni zavarovalnici, d.d. najvišji, a so se v letu 2008, glede na leto 2007, zmanjšali za 14,79 %. Podobno se je dogajalo tudi pri zavarovalnici, kot celota. Najmanj uspešna je glede stroškov torej slednja zavarovalnica, medtem ko je najbolj uspešna VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica, d.v.z.

6 STRATEŠKE USMERITVE ZAVAROVALNIC, KI PONUJAJO PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE

Na področju zdravstvenega varstva so vidne številne spremembe. Kljub temu, da zdravstvena reforma 2003 in z njo povezana Bela knjiga, ni zaživela, lahko rečemo, da se je na trgu prostovoljnih zavarovanj začela odvijati prava konkurenca. To velja od konca leta 2005, ko je zakon omogočil preureditev obstoječih pogodb dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Ko govorimo o konkurenci, je le-ta vedno dobrodošla, saj povečuje kakovost storitev ali pa znižuje njihove cene. Vendar pa lahko rečem, da kljub temu, da je ponudba prostovoljnih zavarovanj napredovala, mislim, da še niso izkoriščene vse možnosti. Ne morem pa soditi, kaj bi bilo še potrebno postoriti, katere oblike zavarovanj še ponuditi, katere produkte nadgraditi, ..., ker je za to zagotovo potrebno veliko, veliko več znanja s področja zdravstva ter prostovoljnih zavarovanj, kot sem ga jaz pridobila pri pisanju magistrske naloge. Potrebne so tudi številne študije na višjem nivoju. Vsekakor pa je pomembna sprememba zdravstvenega sistema. Kljub vsemu pa si bom drznila podati vsem trem zavarovalnicam sledeče predloge:

- ker porabniki številnih storitev že naročajo ali sklepajo želene storitve prek multimedijskih povezav, je za posamezno podjetje ali zavarovalnico nujno pomembno sprotno dograjevanje in ažuriranje novih produktov. Pomembno je predvsem to, da je spletna stran razumljiva, pregledna ter da nam omogoča enak pregled produktov, kot nam bi jih sicer predstavil zastopnik posamezne zavarovalnice. Omenjenega za zavarovalnice ne morem trditi, saj se ponujeni produkti na spletu ne ujemajo v celoti s tistimi, ki jih dobimo v njihovih brošurah ali letakih, zato zavarovalnicam predlagam večjo doslednost pri omenjenih zadevah.
- uspešnost razvoja slovenskih zavarovalnic je odvisna od uvajanja novosti pri trženju, kamor po mojem mnenju ne sodi telefonsko trženje. Menim, da če se ga zavarovalnica poslužuje, mora za to izbrati ustrezen urnik, kar zagotovo ni v večernih urah. S telefonskim trženjem bi morali zaključiti najkasneje ob 19-ih in ne ob 21-ih, kot se dogaja sedaj.
- uspešnost posamezne zavarovalnice je in bo vedno bolj odvisna tudi od sodelovanja z obstoječimi zavarovanci. Pogodbe za dopolnilno zdravstveno zavarovanje se običajno sklepajo za 10 let z možnostjo prekinitve po letu dni (menim, da je to relativno dolgo

obdobje plačevanja premije isti zavarovalnici). Zdi se mi, da bi morale zavarovalnice zaradi konkurence in možnosti odhoda trenutnega zavarovanca h konkurenčni zavarovalnici (brez s tem povezanih stroškov) nameniti zavarovancem kakršnokoli pozornost, kot npr. žogo, kemik, blok, dežnik, parkirno uro, obesek za ključe, senčnik za avto, družinsko vstopnico za npr. živalski vrt, bazen, razstavo cvetja, ... Dejstvo je, da precej ljudi živi v izobilju in ničesar od naštetega ne potrebuje, a kljub vsemu ljudem ugaja če nekaj prejmejo brezplačno, pa čeprav ponujene ugodnosti na predstavištvu zavarovalnice sploh ne prevzamemo ali pa dobljene ugodnosti (popust, vstopnice, ...) povečini pozabimo izkoristiti.

Predlagala bi še nekaj zadev posamezni zavarovalnici:

- VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica, d.v.z.
 - ker imajo življenjska zavarovanja največji potencial rasti, se VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica, d.v.z. odloča za uvedbo trženja le-teh, kar pa je v javnosti naletelo na slab odziv, saj je v Republiki Sloveniji že veliko zavarovalnic, ki se ukvarja s trženjem teh zavarovanj. Menim, da bi bilo bolje, če bi ostali pri svoji osnovni dejavnosti, torej pri trženju prostovoljnih zavarovanj in na tem področju razvijali nove produkte. Bojim se, da bi uvedba trženja življenjskih zavarovanj posledično vplivala za zavarovalnico tako, da bi se njen ugled v družbi omajal. Dejstvo je, da predstavlja v Republiki Sloveniji sedaj VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica, d.v.z najtrdnejšo zavarovalnico, kateri zaupa največ zavarovancev in katera se trenutno še vedno ukvarja v večini samo z zdravstvenimi zavarovanji.
- ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d.
 - mnogo ljudi ne ve, da ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d. trži tudi prostovoljna zavarovanja. Šele ko gremo na njihovo spletno stran, lahko vidimo, da tržijo tudi zdravstvena zavarovanja. Mogoče bi bilo pametno, če bi imeli naziv ADRIATIC SLOVENICA Zdravstveno zavarovalna družba d.d.
- TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d.
 - gre za majhno zavarovalnico, ki posluje ločeno od svoje krovne družbe – Zavarovalnice Triglav d.d. Menim, da če bi Zavarovalnica Triglav d.d. ponujala zdravstvena zavarovanja, bi bila uspešnejša od TRIGLAV, Zdravstvene zavarovalnice, d.d., saj bi razpolagali z več sredstvi, s katerimi bi lahko poslovali in razvijali nove produkte ter bili s tem konkurenčnejši od ostalih zavarovalnic, ki tržijo samo ali pa tudi zdravstvena zavarovanja. Dejstvo pa je, da je že iz imena zavarovalnice – TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d. možno takoj razbrati, da gre za trženje zdravstvenih zavarovanj, kar pa ima glede na konkurenco, svojo prednost.

- poudariti je potrebno, da TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d. ne trži zdravstvenega zavarovanja na potovanjih v tujini z asistenco in zdravstvenega zavarovanja na poslovnih potovanjih v tujini z asistenco, ampak omenjena produkta trži Zavarovalnica Triglav, d. d., kar je zelo nenavadno in zato sem se pozanimala, zakaj je temu tako. Gospa Vita Kernel, ki je na TRIGLAV, Zdravstveni zavarovalnici, d.d. odgovorna za komunikacijsko upravljanje, mi je podala sledeči odgovor: »Zdravstvena zavarovanja v tujini z asistenco sodijo kot vsa zdravstvena zavarovanja med premoženjska zavarovanja. Zavarovalnica Triglav jih je kot zavarovalniški produkt v svoj portfelj uvedla pred ustanovitvijo specializirane TRIGLAV, Zdravstvene zavarovalnice, d.d. in jih razvijala v okviru premoženjskih zavarovanj. Zaradi že uveljavljenega poslovnega in tržnega modela (infrastruktura, klicni center), se za prenos na specializirano zavarovalnico še ni odločila.« Mislim, da zavarovalnica izgublja na konkurenčni prednosti, saj ostali dve zavarovalnici tržita omenjeni produkt samostojno in s tem je tudi povezan rezultat v poslovnem izidu. Zadevo bi morali čim prej urediti.
- zavarovalnica ima za dopolnilno zavarovanje najvišjo osnovno mesečno premijo, kot tudi premijo, ki je znižana za zakonsko dovoljene 3 %. Glede na to, da se je na trgu pojavila zadnja, menim, da ne bi smela voditi v višini premije, ki je sicer pogojena s stroški. Dejstvo pa je, da zavarovancev pravzaprav ne zanimajo njeni stroški, ampak le to, koliko bodo morali plačati. V nasprotju s premijo, pa je zavarovalnica daleč v ozadju glede ponujenih produktov prostovoljnih zavarovanj.

SKLEP

Vsi ljudje si želimo dobrega zdravja. Poleg tega, da obstajajo zdravstvene institucije, ki skrbijo za naše zdravje, lahko za svoje zdravje naredimo veliko prav sami. Zdravstveno varstvo tako zajema celotno dejavnost človeštva in vse dejavnike okolja, ki vplivajo na zdravje in je kot tako zelo pomembna pravica vsakega posameznika v naši državi. Zdravstveno zavarovanje je v Republiki Sloveniji opredeljeno z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ki tudi določa, da je zdravstveno zavarovanje obvezno in prostovoljno. Določa obseg obveznega zdravstvenega zavarovanja in njenega nosilca ter opredeljuje, da prostovoljno zavarovanje izvajajo na območju RS zavarovalnice (ki izpolnjujejo zato postavljene zakonske zahteve). Te zavarovalnice so: VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica, d.v.z, ki deluje od 1.11.1999, ko je prevzela izvajanje prostovoljnega zavarovanja od ZZS in je imela v letu 2008 največji tržni delež (60,3 %), ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d., ki zdravstvena zavarovanja trži od leta 1993 in je imela lani 24,5 % tržni delež ter TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d., ki deluje od druge polovice leta 2004 in je lansko leto imela 15,2 % tržni

delež zdravstvenih zavarovanj. Med njimi se je vzpostavila prava konkurenca šele z uvedbo izravnalnih shem 1.9.2005, saj morajo sedaj vse tri zavarovalnice sprejeti vsakega zavarovanca in vse enako obravnavati. V okviru prostovoljnega zavarovanja lahko ponujajo naslednje tipe zavarovanj: dopolnilno, nadomestno, dodatno in vzporedno zdravstveno zavarovanje. Produkti zavarovalnic se med seboj bistveno ne razlikujejo.

Oblikovanje zavarovalne storitve je niz dejanj, ki vključujejo zavarovalne pogoje, oceno nevarnosti, svetovanje zavarovancu in dajanje informacij, ocenitev škod, izplačil nadomestil za škode, uveljavljanje regresov za odškodnine in podobno. Zaradi kompleksnosti nekaterih vrst zavarovanj je potrebno nameniti zavarovancem precej časa (za razlage in pojasnjevanja) zato, da storitev postane bolj razumljiva (Končina, 1994, str. 242). To velja tako za premoženjska in življenjska, kot tudi za zdravstvena zavarovanja. Za uspešno poslovanje zavarovalnice je torej pomemben prav vsak zavarovanec, zato mora le-ta v to vložiti veliko truda, ki je povezan z intenzivnim trženjem. Trženje zavarovalnih storitev pa zajema široko področje različnih poslovnih aktivnosti, kot so: raziskovanje trga, tržno načrtovanje, pripravo, izvedbo in spremljanje uspešnosti tržnih aktivnosti, neposredno trženje in kontrolo. Najpomembnejšo vlogo pri trženju ima zagotovo človeški dejavnik, saj je od njega odvisno pridobivanje novih in ohranjanje obstoječih zavarovancev. Število zavarovancev je odvisno tudi od kakovosti zavarovalne storitve. Če so porabniki zadovoljni, bodo zelo verjetno ponovno porabili to storitev ali jo priporočili znancem. Dejstvo je tudi, da mora zavarovalnica stalno komunicirati s sedanjimi in prihodnjimi porabniki storitev prek osebne prodaje, oglaševanja, neposrednega ali elektronskega trženja, ...

Merjenje in presojanje uspešnosti poslovanja podjetja je ena izmed najpomembnejših aktivnosti vsakega podjetja. Uspešnost lahko merimo na različne načine: s finančnimi (tu spadajo izračuni na podlagi računovodskih podatkov) in nefinančnimi kazalniki (opisno izraženi dejavniki, ki vplivajo na uspešnost poslovanja). V podjetjih se vedno bolj zavedajo potrebe po vključevanju nefinančnih kazalnikov, kar utemeljujemo s tem, da morajo podjetja, če želijo biti uspešna, zagotoviti visoko učinkovitost opravljanja dejavnosti v vseh delih poslovnega procesa.

V magistrskem delu sem poskušala analizirati uspešnost in dejavnike uspešnosti poslovanja slovenskih zavarovalnic, ki ponujajo prostovoljna zavarovanja. Najprej sem izvedla anketo in jo predstavila v empiričnem delu, kjer sem ugotovila in s pomočjo rezultatov tudi dokazala pomen nefinančnih kazalnikov za uspešnost zavarovalnice. Dejavniki, ki vplivajo na uspešnost so: strokovnost zaposlenih in njihova prijaznost, ponudba raznih ugodnosti, zanesljivost, ... Lahko

rečem, da na izbiro zavarovalnice in s tem na njeno uspešnost v neki meri vpliva tudi blagovna znamka, vendar pa sem skozi anketo spoznala, da ostaja omenjeni pojem še vedno nepoznan, saj so odgovori na vprašanje, povezani z blagovno znamko, močno nihali. Še enkrat naj poudarim, da gre za dejavnike, kateri nam pomagajo pri odločitvi o tem, ali bomo pri določeni zavarovalnici ostali ali ne. Ta odločitev pa vpliva na to, kateri zavarovalnici bomo mesečno nakazovali zavarovalno premijo, ki je glavni vir poslovnih prihodkov. Le-ti predstavljajo, največji delež vseh prihodkov. To je torej povezava med dejavniki in uspešnostjo poslovanja. Na podlagi nefinančnih kazalnikov bi se, glede na minimalne razlike med odgovori za posamezno zavarovalnico, zelo težko odločila, katera zavarovalnica je uspešnejša, zato sem naredila še analizo poslovanja omenjenih zavarovalnic.

Najprej sem analizirala poslovni uspeh zavarovalnic. Potrebno je poudariti, da se je poslovni izid v letu 2008, glede na leto 2007, poslabšal v vseh treh zavarovalnicah. Pri zdravstvenih zavarovanjih je v letu 2008 z največjim dobičkom najbolj izstopala ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d., ki pa je celotno gledano ustvarila 14.905.730 € izgube predvsem zaradi trajne slabitve naložb in katastrofalnih škod zaradi naravnih nesreč. Sledila ji je TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d., ki je v minulem letu poslovala pozitivno (celotno gledano je čist poslovni izid znašal 323.044 €, samo pri zdravstvenih zav. pa 428.138 €). Dejstvo pa je, da je zavarovalnica še v letu 2007 ustvarila več kot milijon evrov dobička pri zdravstvenih zavarovanjih, kar pomeni, da se je poslovni izid poslabšal za skoraj 60 %. VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica, d.v.z. pa je v letu 2008 poslovala z izgubo 608.521 € celotno gledano ter s 540.993 € izgube pri zdravstvenih zavarovanjih. Kot glavni razlog navajajo gospodarsko krizo, katere posledica je realizacija izgube pri prodaji finančnih naložb ter oblikovanja rezervacij za potencialne davčne obveznosti.

Nato sem analizirala poslovno uspešnost zavarovalnic. S produktivnostjo dela, večjo od mejne vrednosti ena, je pri zdravstvenih zavarovanjih v letu 2008, glede na leto 2007, izstopala ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d. Produktivnost dela se je le tu povečala za 13 %. Sledila ji je VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica, d.v.z. ter nato TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d., ki pa sta bili manj produktivni od predhodnega leta. Vsem trem zavarovalnicam je bilo v omenjenem obdobju skupno to, da so na področju zdravstvenih zavarovanj imele prihodke večje od odhodkov, kar se odraža na ekonomičnosti, ki je večja od ena. V ospredju je ponovno bila ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d., sledili sta TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d. ter VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica, d.v.z. Nenazadnje sem primerjala tudi rentabilnost poslovanja in ugotovila, da se je stanje na področju

zdravstvenih zavarovanj v letu 2008, glede na leto 2007, močno poslabšalo. Kljub vsemu pa je bila ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d. v lanskem letu najbolj rentabilna, tako na področju kapitala kot tudi sredstev.

Analizirala sem tudi gibanje postavk zavarovalnic (celotno gledano) v aktivni in pasivi bilance stanja v obravnavanem obdobju. Finančne naložbe, ki predstavljajo največji delež med sredstvi v bilanci stanja, so se v izbranih zavarovalnicah leta 2008, v primerjavi s predhodnim letom, povečale. Največji delež v pasivi bilance stanja zavarovalnic predstavljajo zavarovalne-tehnične rezervacije, ki so se prav tako v vseh treh zavarovalnicah povečale.

Absolutni konsolidirani škodni rezultat, ki predstavlja razliko med čistimi prihodki od zavarovalnih premij in čistimi odhodki za škode, je bil tako v letu 2008, kot tudi v letu 2007 pozitiven pri vseh treh zavarovalnicah. Relativni škodni rezultat ali čisti škodni rezultat, ki predstavlja razmerje med čistimi odhodki za škode in čistimi prihodki od zavarovalnih premij, je v ADRIATIC SLOVENICI Zavarovalni družbi d.d. znašal slabih 80 %. Sledi ji TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d., z 82,24 % ter VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica, d.v.z., pri kateri je čisti škodni rezultat za zdravstvena zavarovanja znašal 88,78 %. Škodni rezultati vseh treh zavarovalnic so se v letu 2008, v primerjavi s predhodnim letom, poslabšali.

VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica, d.v.z. je bila v letu 2008 stroškovno najbolj učinkovita slovenska zavarovalnica, ki ponuja prostovoljna zavarovanja, saj je delež obratovalnih stroškov v kosmatih prihodkih od zdravstvenih premij znašal le 11 %. Sledili sta ji ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d. ter TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d.

Za boljšo analizo bi zagotovo potrebovala podrobnejše podatke (predvsem ADRIATIC SLOVENICE Zavarovalne družbe d.d.), ki pa mi nikakor niso bili odobreni. Zato lahko povzamem samo glede na izračunane kazalnike, na podlagi katerih menim, da je bilo poslovanje z zdravstvenimi zavarovanji pri ADRIATIC SLOVENICI Zavarovalni družbi d.d. v letu 2008, glede na 2007, najbolj uspešno, saj večina kazalnikov izkazuje boljše vrednosti od ostalih dveh zavarovalnic. Sledili sta TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d. in VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica, d.v.z., ki sta v letu 2008, glede na 2007, poslovali nekoliko slabše. Še enkrat je potrebno povedati, da predstavlja (pri vseh treh zavarovalnicah) dopolnilno zavarovanje najpomembnejši del zdravstvenih zavarovanj in bodo najverjetneje druge oblike prostovoljnih zavarovanj ostale v ozadju, vse dokler ne bo prišlo do zakonskih sprememb, ki bodo zares ločile javno in zasebno zdravstvo. Tega pa, kot kaže, še dolgo ne bo.

LITERATURA IN VIRI

1. Aaker, D. (1991). *Managing brand equity: capitalizing on the value of a brand name*. New York: The Free Press.
2. ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d. (2008). Kratek vodnik po prostovoljnih zdravstvenih zavarovanjih. Koper: ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d.
3. ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d. (2008). Letno poročilo ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d. Koper: ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d.
4. ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d. (2009, 20. maj). Povzetek revidiranega letnega poročila z revizorjevim poročilom in mnenjem pooblaščenega aktuarja za leto 2008. *Dnevnik*, str. 36.
5. Agencija za zavarovalni nadzor. (2003). Navodilo za izračun kazalnikov. Najdeno 14. avgusta 2009 na spletnem naslovu <http://www.a-zn.si/slo/client/default.asp?r=-1&n=287&p=content>
6. Agencija za zavarovalni nadzor. (2007). Poročilo o stanju na področju zavarovalništva in o delu Agencije za zavarovalni nadzor za leto 2007. Najdeno 19. julija 2009 na spletnem naslovu <http://www.a-zn.si/slo/client/default.asp?r=-1&n=169&s=-1&p=content>
7. Ban, S., & Tekavčič, M. (2001). Primerjalno analiziranje slovenskih podjetij z različnimi ekonomskimi kazalci in kazalniki. *Zbornik referatov 7. strokovnega posvetovanja o sodobnih vidikih analize poslovanja in organizacije* (str. 66-101). Portorož: Zveza ekonomistov Slovenije.
8. Brigham, F. E. (1995). *Fundamentals of Financial Management* (7th ed.). Fort Worth: The Dryden Press, str. 843.
9. Catana, S. (2002). *Planning in the flow of change*. US: The Facilitation Center.
10. Cvetko, A. (1992). *Zdravstveno zavarovanje – po novem*. Ljubljana: ČZP Enotnost.
11. Devetak, G. (2000). *Evropski marketing storitev*. Maribor: Založba moderna organizacija, str. 91-140.
12. Dimovski, V., & Volarič-Prijatelj, J. (2000). Načini trženja zavarovalniških storitev. *7. dnevi slovenskega zavarovalništva*. Ljubljana: Slovensko zavarovalno združenje, str. 201-216.
13. *Dopolnilno prostovoljno zdravstveno za varovanje*. Najdeno 23. junija 2009 na spletnem naslovu <https://www.zdravstvena.net/secure/dopolnilno.asp#forma>
14. *Dopolnilno zdravstveno zavarovanje*. Najdeno 15. maja 2009 na spletnem naslovu <http://www.adriatic-slovenica.si/insurance.cp2?iid=20885&linkid=Insurance&cid=20244>
15. Feldstein, P. J. (2002). *Health care economics* (5th ed). Clifton Park (NY): Delmar, str. 627.
16. Folland, S., Goodman, A. C., & Stano, M. (2001). *The Economics of Health and Health Care* (3rd ed.). Upper Saddle River: Prentice Hall, str. 667.
17. Harrell, G. (2002). *Marketing: connecting with Customers*. Upper Saddle River (NJ): Prentice Hall, str. 272-285, 328-364.
18. Harrington, S. E., & Niehaus G. R. (2003). *Risk Management and Insurance* (2nd ed.). Boston: Irwin/McGraw-Hill.

19. Kaplan, R. S. & Norton, D. P. (2000). *Uravnotežen sistem kazalnikov*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
20. Keber, D., Albreht, T., Bracar, P., Pečar-Čad, S., Kirar-Fazarinc, I., Markota, M., Marušič, D., Grobovšek-Opara, S., Pribaković Brinovec, R., Robida, A., Rok-Simon, M., Šelb-Šemerl, J., Šešok, J., Kelšin, N., Kraigher, A., Moravec Berger, D., Rotar-Pavlič, D., Seljak, M., Truden-Dobrin, P., Tajnikar, M., Kovačič, A., Došenović Bonča, P., Arzenšek, J., & Bizjak-Mlakar, J. (2003). *Zdravstvena reforma*. Ljubljana: Vlada RS, Ministrstvo za zdravje.
21. Koletnik, F. (1997). *Analiziranje računovodskih izkazov*. Maribor: Ekonomsko-poslovna fakulteta.
22. Koletnik, F. (2006). *Proučevanje (analiziranje) računovodskih izkazov* (3., dopolnjena izdaja). Maribor: Ekonomsko-poslovna fakulteta.
23. Končina, M. (1994). *Trženje osebnih in premoženjskih zavarovanj na slovenskem zavarovalnem trgu*. Ljubljana: Petit d.o.o., samozaložba.
24. Kotler, P., & Armstrong, G. (2001). *Principles of marketing*. (9th ed.). Upper Saddle River (NY): Prentice Hall, str. 636-645.
25. Kotler, P. (2004). *Management trženja* (11. izdaja). Ljubljana: GV Založba.
26. Kranjec, M. (2003). Slovenski zdravstveni sistem in javni sektor. *Uprava*, 1(2), str. 83-103.
27. Kutzin, J. (2008). Health systems – Financing. *Health financing policy: a guide for decision makers*. Najdeno 27. januarja 2009 na spletnem naslovu http://www.euro.who.int/healthsystems/financing/20061004_1
28. Lovelock, C., & Wright, L. (2002). *Principles of service marketing and management* (2nd ed). New Jersey: Prentice Hall.
29. Madura, J. (2007). *Personal finance* (3th ed.). Boston. Personal Education, Inc., str. 335-363.
30. Milost, F. (2007). *Računovodstvo človeških zmožnosti: zakaj klasične bilance ne kažejo prave slike o premoženjskem in finančnem stanju podjetij ter o njihovi uspešnosti?*. Koper: Fakulteta za Management, str. 35-47, 191-201.
31. Možina, S., Rozman, R., Glas, M., Tavčar, M., Pučko, D., Kralj, J., Ivanko, Š., Lipičnik, B., Gričar, J., Tekavčič, M., Dimovski, V., & Kovač, B. (2002). *Management: nova znanja za uspeh*. Radovljica: Didakta, str. 664-693.
32. *New marketing litany: four Ps passe; C-words take over*. Najdeno 1. junija 2009 na spletnem naslovu <http://dis.shef.ac.uk/sheila/marketing/mix.htm>
33. *Osnovne informacije o ureditvi zdravstvenega zavarovanja v RS*. Najdeno 20. junija 2009 na spletnem naslovu <http://www.vzajemna.si/default.asp?CatId=378>
34. Pavliha, M. (2000). *Zavarovalno pravo*. Ljubljana: Gospodarski vestnik, str. 86-102.
35. Pearce, A. J., & Robinson, B. R. (1994). *Strategic Management: Formulation, Implementation, and Control*. Burr Ridge: Irwin.
36. Phelps, C. E. (2003). *Health Economics* (3rd ed.) (XVI). Boston: Addison Wesley, str. 671.
37. Potočnik, V. (2004). *Trženje storitev s primeri iz prakse* (2. izdaja). Ljubljana: GV Založba.
38. *Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja*. Najdeno 26. maja 2009 na spletnem naslovu <http://www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzs.nsf/o/92EC1C604E32A956C1256E8C002DB020>
39. Pučko, D. (2005). *Analiza in načrtovanje poslovanja*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
40. Pučko, D., & Rozman, R. (2000). *Ekonomika podjetja*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.

41. Rebernik, M. (2008). *Ekonomika podjetja* (4. izdaja). Ljubljana: GV Založba, str. 347-377.
42. Rozman, R. (1995). Opredelitev analize kot metode spoznavanja. *Zbornik referatov 1. strokovnega posvetovanja o sodobnih vidikih analize poslovanja in organizacije* (str. 39-53). Portorož: Zveza ekonomistov Slovenije.
43. Rozman, R., Koletnik, F., & Kovač, J. (1993). *Management*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
44. Slovenski računovodski standardi. *Uradni list RS* št. 118/2005, str.
45. Stock, J. R., & Lambert, D. M. (2001). *Strategic logistic management* (4th ed.). Boston: McGraw-Hill: Irwin, str. 657.
46. Tajnikar, M. (2003). Bela knjiga zdravstvene reforme v Sloveniji v letu 2003 – komentar. *Strokovno posvetovanje Bela knjiga* (str. 23-33). Ljubljana: Društvo ekonomistov Slovenije.
47. Tavčar, M. (1994). *Trženje v prometu*. Portorož (i.e.). Piran: Visoka pomorska in prometna šola, str. 79.
48. Tekavčič, M. (1995). Nekateri vidiki analize uspešnosti poslovanja. *Zbornik referatov 1. strokovnega posvetovanja o sodobnih vidikih analize poslovanja in organizacije* (str. 66-75). Portorož: Zveza ekonomistov Slovenije.
49. Tekavčič, M., & Šink, D. (2002). Uporaba sodobnih managerskih orodij v slovenskih podjetjih in njihov vpliv na uspešnost poslovanja: rezultati empirične raziskave. *Primerjajmo se z najboljšimi*. Ljubljana: Časnik Finance, str. 197-215.
50. *Third non-life insurance Directive*. Najdeno 19. junija 2009 na spletnem naslovu http://www.lloyds.com/Lloyds_Worldwide/EU_insurance_update/Non_Life_Insurance_Directives.htm
51. Toth, M. (2003). *Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
52. TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d. (2008). Revidirano letno poročilo TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d. Koper: TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d.
53. TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d. (2009, 24. junij). Povzetek revidiranega letnega poročila z revizorjevim poročilom in mnenjem pooblaščenega aktuarja za leto 2008. *Finance*, str. 9.
54. Turk, I., Melavc, D., & Korošec, B. (2004). *Uvod v računovodstvo*. Ljubljana: Zveza računovodij, finančnikov in revizorjev Slovenije. Slovenski inštitut za revizijo, str. 91-129.
55. Tyran, M. R. (1992). *Handbook of business and Financial Ratios*. New York: Woodhead-Faulkner, str. 135-137.
56. VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica, d.v.z. (2008). Revidirano letno poročilo VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica, d.v.z. Ljubljana: VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica, d.v.z. Najdeno 12. julija 2009 na spletnem naslovu <http://www.vzajemna.si/content.asp?contentid=1005>
57. VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica, d.v.z. (2009, 9. junij). Povzetek revidiranega letnega poročila z revizorjevim poročilom in mnenjem pooblaščenega aktuarja za leto 2008. *Dnevnik*, str. 10.
58. Williams, A. C., & Heins, R. M. (1998). *Risk Management and Insurance*. Boston, Irwin: McGraw Hill Book Company.
59. Zakon o zavarovalništvu. *Uradni list RS* št. 109/2006-UPB2, 9/2007, 102/2007, 69/2008, 19/2009, 49/2009.

60. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. *Uradni list RS* št. 9/1992, 20/2004-UPB1, 62/2005 Odl.US: U-I-390/02-27, 76/2005, 100/2005-UPB2, 100/2005 Odl.US: U-I-69/03-17, 21/2006 Odl.US: U-I-277/05-32, 38/2006, 72/2006-UPB3, 114/2006-ZUTPG, 91/2007, 71/2008, 76/2008, 118/2008 Skl.US: U-I-163/08-12.
61. Žagar, I. (1992). *Zdravstveno zavarovanje*. Ljubljana: ZZZS.

PRILOGE

KAZALO PRILOG

Priloga 1: Zdravstvene storitve, ki jih krije ZZZS	1
Priloga 2: Javni interes RS na področju dopolnilnega zavarovanja	3
Priloga 3: Predstavitev vprašalnika s pripisanimi rezultati ankete	4
Priloga 4: Izkaz poslovnega izida skladno s sklepi AZN	8
Priloga 5: Finančni izid iz naložbenja	11
Priloga 6: Struktura sredstev zavarovalnic	13
Priloga 7: Struktura obveznosti do virov sredstev zavarovalnic.....	15

Priloga 1: Zdravstvene storitve, ki jih krije ZZZS

V 23. členu ZZZVZZ določa, da je z obveznim zavarovanjem zavarovanim osebam zagotovljeno plačilo zdravstvenih storitev:

– **v celoti:**

- sistematični in drugi preventivni pregledi otrok, šolske mladine, študentov, ki se redno šolajo, žensk v zvezi z nosečnostjo in drugih odraslih oseb v skladu s programom, razen preventivnih pregledov, ki jih na podlagi zakona zagotavljajo delodajalci,
- zgodnje odkrivanje in preprečevanje bolezni, skladno s programom,
- zdravljenje in rehabilitacija otrok, učencev in študentov, ki se redno šolajo, ter otrok in mladostnikov z motnjami v telesnem in duševnem razvoju,
- zdravstveno varstvo žensk v zvezi s svetovanjem pri načrtovanju družine, kontracepcijo, nosečnostjo in porodom,
- preprečevanje, odkrivanje in zdravljenje infekcije HIV in nalezljivih bolezni, za katere je z zakonom določeno izvajanje ukrepov za preprečevanje njihovega širjenja,
- obvezna cepljenja, imunoprofilaksa in kemoprofilaksa skladno s programom,
- zdravljenje in rehabilitacija malignih bolezni, mišičnih in živčno-mišičnih bolezni, paraplegije, tetraplegije, cerebralne paralize, epilepsije, hemofilije, duševnih bolezni, razvitih oblik sladkorne bolezni, multiple skleroze in psoriaze,
- zdravljenje in rehabilitacija zaradi poklicnih bolezni in poškodb pri delu,
- zdravstveno varstvo v zvezi z dajanjem in izmenjavo tkiv in organov za presaditev drugim osebam,
- nujna medicinska pomoč, vključno z nujnimi reševalnimi prevozi,
- patronažni obiski, zdravljenje in nega na domu ter v socialnovarstvenih zavodih,
- zdravila na recept v skladu z razvrstitvijo zdravil, ortopedski in drugi pripomočki v zvezi z zdravljenjem pri osebah in stanjih iz prve do desete alinee te točke
- zdravila na recept iz pozitivne in vmesne liste za otroke, učence, dijake, vajence in študente ter otroke z motnjami v duševnem in telesnem razvoju.

– **najmanj 95 % vrednosti:**

- storitev v zvezi s presaditvijo organov in z drugimi najzahtevnejšimi operativnimi posegi ne glede na razlog,
- zdravljenja v tujini,
- storitev v zvezi z intenzivno terapijo, radioterapijo, dializo in drugimi nujnimi najzahtevnejšimi diagnostičnimi, terapevtskimi in rehabilitacijskimi posegi.

- **najmanj 85 % vrednosti:**
 - za storitve v zvezi z zagotavljanjem in zdravljenjem zmanjšane plodnosti in umetno oploditvijo, sterilizacijo in umetno prekinitvijo nosečnosti;
 - za specialističnoambulantne, bolnišnične in zdraviliške storitve kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, razen za poškodbe izven dela,
 - za nemedicinski del oskrbe v bolnišnici in zdravilišču v okviru nadaljevanja bolnišničnega zdravljenja, razen za poškodbe izven dela,
 - za storitve v osnovni zdravstveni dejavnosti, ki niso zajete v 1.točki, ter zdravljenje zobnih in ustnih bolezni,
 - za ortopedske, ortotične, slušne in druge pripomočke, (razen v primerih iz 1. in 4. točke tega odstavka).
- **najmanj 75 % vrednosti:**
 - za specialističnoambulantne, bolnišnične in zdraviliške storitve kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja in nemedicinski del oskrbe v bolnišnici in zdravilišču kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, ortopedske, ortotične in druge pripomočke v zvezi z zdravljenjem poškodb izven dela,
 - za zdravila s pozitivne liste za vse druge primere.
- **največ do 60 % vrednosti:**
 - za reševalne prevoze, ki niso nujni, zavarovanih oseb, ki so nepokretne ali rabijo prevoz na in z dialize ali v drugih primerih, ko bi bil prevoz z javnim prevoznim sredstvom ali osebnim avtomobilom za njihovo zdravje škodljiv, ali zaradi svojega zdravstvenega stanja potrebujejo spremstvo zdravstvenega delavca,
 - za zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja.
- **največ do 50 % vrednosti:**
 - za zdravila z vmesne liste,
 - za zobnoprotopetično zdravljenje odraslih, očesne pripomočke za odrasle.

Priloga 2: Javni interes RS na področju dopolnilnega zavarovanja

62. člen ZZVZZ določa, da se javni interes Republike Slovenije na področju dopolnilnega zavarovanja se uresničuje tako, da:

- zaradi varovanja interesov zavarovancev država s tem zakonom zagotavlja enako obravnavo zavarovancev ne glede na starost, spol in zdravstveno stanje;
- so se zavarovalnice, ki izvajajo dopolnilno zavarovanje, dolžne po določbah tega zakona vključiti v izravnalno shemo dopolnilnega zavarovanja;
- morajo zavarovalnice voditi prihodke in odhodke dopolnilnega zavarovanja ločeno od drugih tipov prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj in drugih zavarovalnih vrst ter v okviru izkaza poslovnega izida iz zdravstvenih zavarovanj izdelati ločen izkaz poslovnega izida dopolnilnega zavarovanja;
- morajo zavarovalnice sredstva iz poslovanja dopolnilnega zavarovanja uporabiti le za izvajanje tega zavarovanja; v primeru pozitivnega izida iz dopolnilnega zavarovanja morajo polovico tega izida nameniti za izvajanje dopolnilnega zavarovanja;
- veljajo za izračun minimalnega kapitala zavarovalnic, ki izvajajo dopolnilno zavarovanje, posebni pogoji iz 62.č člena ZZVZZ;
- povišanje premije dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj v času trajanja zavarovanja mora predhodno pisno potrditi imenovani pooblaščen aktuar zavarovalnice; agencija za zavarovalni nadzor lahko v primeru dvoma v podatke imenuje neodvisnega pooblaščenega aktuarja, ki opravi naloge imenovanega pooblaščenega aktuarja po tem zakonu;
- so izvajalci zdravstvenih storitev, ki so vključeni v mrežo javne zdravstvene službe, dolžni poslovno sodelovati na področju dopolnilnega zavarovanja z vsemi zavarovalnicami, ki izvajajo takšno zavarovanje, in jim zagotavljati praviloma v elektronski obliki vse podatke, potrebne za delovanje izravnalne sheme dopolnilnega zavarovanja, in sicer specificirane po zavarovancih in storitvah.

Priloga 3: Predstavitev vprašalnika s pripisanimi rezultati ankete

1. UVODNI DEL ANKETNEGA VPRAŠALNIKA

VPRAŠALNIK O IZBIRI ZDRAVSTVENE ZAVAROVALNICE

Moje ime je Tanja Arčon in sem absolventka podiplomskega študijskega programa Ekonomija na Ekonomski Fakulteti UL. Pripravljam magistrsko delo z naslovom USPEŠNOST POSLOVANJA SLOVENSКИH ZAVAROVALNIC, KI PONUJAJO ZDRAVSTVENA ZAVAROVANJA. Zavedam se, da bo analiza poslovanja omenjenih zavarovalnic dosegla svoj namen le, če bom z vašo pomočjo ugotovila razloge, ki so vplivali na odločitev o izbiri ponudnika zdravstvenega zavarovanja. Prosim Vas, da vprašalnika ne izpolnujete, če imate status dijaka ali študenta in ste mlajši od 26 let.

Glede na povedano Vas prosim, da si vzamete nekaj minut časa in odgovorite na spodnji vprašalnik.

Za Vaš čas in Vašo pomoč se Vam najlepše zahvaljujem in Vas lepo pozdravljam!

Tanja Arčon

2. PREDSTAVITEV VPRAŠALNIKA S PRIPISANIMI REZULTATI RAZISKAVE

V anketnem vprašalniku sem zaradi omejenosti prostora namesto »Slovenske zavarovalnice, ki ponujajo zdravstveno zavarovanje« uporabila besedo ZAVAROVALNICA.

Tabela 1: Predstavitev vprašalnika in rezultatov ankete

VPRAŠANJE	Anketiranelec ima ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE sklenjeno pri:						SKUPAJ ODG.	
	VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica, d.v.z		TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d.		ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d.			
1. Pri kateri zavarovalnici imate urejeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje?	št. odg	%	št. odg	%	št. odg	%	št. odg	
VZAJEMNA zdravstvena zav., d.v.z	55	55	-	-	-	-	55	
TRIGLAV, Zdravstvena zav., d.d.	-	-	20	20	-	-	20	
ADRIATIC SLOVENICA Zav. družba d.d.	-	-	-	-	25	25	25	
2. Ali ste imeli to zavarovanje vedno urejeno pri sedanji zavarovalnici?	št. odg	%	št. odg	%	št. odg	%	št. odg	
Da	52	95	1	5	8	32	61	
Ne	3	5	19	95	17	68	39	
Na spodnje vprašanje odgovorite le, če ste na prejšnje odgovorili z NE .								
3. Zakaj ste se odločili za zamenjavo zavarovalnice?	št. odg		št. odg		št. odg		št. odg	%
Zaradi težav, ki sem jih imel/a pri prejšnji zavarovalnici	2		1		4		7	18
Zaradi nudenja številnih ugodnosti sedanje zavarovalnice	-		9		7		16	41
Ker je podjetje, kjer sem zaposlen/a, izbralo določeno zavarovalnico in ureja dopolnilno zavarovanje za vse zaposlene pri izbrani zavarovalnici	-		-		6		6	15
Drugo	1 (poznanstvo)		1 (član družine zaposlen pri ZZ), 4 (strokovnost agenta) 4 (prvič sklenjeno zdravstveno zav.)		-		10	26
4. Ali ste zvesti vaši zavarovalnici – blagovni znamki?	št. odg	%	št. odg	%	št. odg	%	št. odg	
Da	53	96	18	90	23	92	94	
Ne	2	4	2	10	2	8	6	
5. Katera je bistvena lastnost, ki jo ima vaša zavarovalnica in ji zato ostajate zvesti?	št. odg	%	št. odg	%	št. odg	%	št. odg	
Zanesljivost - varnost (dolgoleten obstoj, izkušnje)	21	38	6	30	4	16	31	
Trdnost (dober finančni položaj)	14	25	4	20	6	24	24	
Prijaznost in strokovnost zaposlenih	12	22	5	25	9	36	26	
Hitro reševanje težav	6	11	3	15	4	16	13	
Pridobljeni certifikati (kot »potrdilo« kakovostnega poslovanja ter poslovanja v skladu s postavljenimi pravili)	2	4	2	10	2	8	6	

se nadaljuje

nadaljevanje

VPRAŠANJE	Anketiranec ima ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE sklenjeno pri:						SKUPAJ ODG.
	VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica, d.v.z		TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d.		ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d.		
	št. odg	%	št. odg	%	št. odg	%	št. odg
6. Kako ste zadovoljni z izbiro vaše zavarovalnice?							
Zelo zadovoljen	3	5	1	5	1	4	5
Zadovoljen	50	91	18	90	24	96	92
Ne ravno zadovoljen	1	2	1	5	0	0	2
Nezadovoljen	1	2	0	0	0	0	1
7. Ali bi se za zavarovalnico, pri kateri ste trenutno, ponovno odločili?	št. odg	%	št. odg	%	št. odg	%	št. odg
Da	39	71	14	70	18	72	71
Ne	4	7	0	0	0	0	4
Ne vem	12	22	6	30	7	28	25
8. Ali bi ostali pri izbrani zavarovalnici tudi, če bi se premija povečala (zaradi neodobravanja zakonsko dovoljenega max. 3 % popusta) v primerjavi z drugimi zavarovalnicami?	št. odg	%	št. odg	%	št. odg	%	št. odg
Da, ostajam zvest/a svoji zavarovalnici	12	22	7	35	5	20	24
Ne, zamenjal/a bi zavarovalnico	5	9	3	15	3	12	11
Ne vem, odvisno od velikosti spremembe	38	69	10	50	17	68	65
9. Kako bi lahko druga zavarovalnica najbolj vplivala na vašo nadaljnjo izbiro?	št. odg	%	št. odg	%	št. odg	%	št. odg
S TV oglasi	9	16	0	0	2	8	11
S propagandnim materialom	13	24	2	10	11	44	26
Z obiskom agenta na vašem domu	23	42	12	60	7	28	42
Nikakor ne more vplivati, ker zamenjave ne želim	10	18	6	30	5	20	21
10. Ali imate pri zavarovalnici sklenjeno še kakšno prostovoljno zavarovanje?	št. odg	%	št. odg	%	št. odg	%	št. odg
Da	1	1,8	0	0	3	12	4
Ne	54	98,2	20	100	22	88	96
11. Denimo, da bi se ena izmed zavarovalnic odločila za agresivnejšo ponudbo dopolnilnega zavarovanja. Za pristop k njej, bi vam a) uredili vse potrebno za objavo in prijavo pri vaši trenutni zav. b) za eno leto bi vam ponudili ugodnost po vaši izbiri. Za katero ugodnost bi se odločili?	št. odg	%	št. odg	%	št. odg	%	št. odg
Brezplačno zdravstveno zavarovanje v tujini z asistenco za dve osebi (najvišja zavarovalna vsota, za čas: 15 dni)	29	53	11	55	14	56	54
10 % popust pri plačilu celoletne premije katerekoli druge oblike prostovoljnega zavarovanja	2	4	0	0	1	4	3
Ugodnosti, kot so: brezplačna vodena telovadba, savna, masaža, fitnes, izposoja koles, ... pri letovanju v slovenskem zdravilišču	12	22	2	10	5	20	19
Brezplačen pregled pri specialistu (po vaši izbiri) brez čakalne vrste	12	22	7	35	5	20	24

se nadaljuje

nadaljevanje

VPRAŠANJE	Anketiranec ima ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE sklenjeno pri:						SKUPAJ ODG.
	VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica, d.v.z		TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d.		ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d.		
12. Ali bi se v tem primeru odločili za pristop k tej zavarovalnici?	št. odg	%	št. odg	%	št. odg	%	št. odg
Da	33	60	12	60	14	56	59
Ne, ker bo čez čas tudi moja – izbrana zavarovalnica ponudila podobne ugodnosti	8	15	2	10	1	4	11
Ne vem	9	16	4	20	6	24	19
Ne, ker drugim zavarovalnicam ne zaupam	5	9	2	10	54	16	11
13. Spol	št. odg	%	št. odg	%	št. odg	%	št. odg
Moški	15	27	8	40	4	16	27
Ženska	40	73	12	60	21	84	73
14. Starost	št. odg	%	št. odg	%	št. odg	%	št. odg
Od 25 do 35 let	14	25	5	25	7	28	26
Od 35 do 45 let	25	45	8	40	10	40	43
Od 45 do 55 let	12	22	6	30	6	24	24
Od 55 do 65 let	2	4	1	5	2	8	5
Nad 65 let	2	4	0	0	0	0	2
15. Zaključena stopnja izobrazbe	št. odg	%	št. odg	%	št. odg	%	št. odg
Osnovna šola	3	5	2	10	5	20	10
Poklicna šola, srednja šola	23	42	15	75	11	44	39
Višja, visoka, univerzitetna	29	53	3	15	7	28	49
Specializacija, magisterij, doktorat	0	0	0	0	2	8	2

Priloga 4: Izkaz poslovnega izida skladno s sklepi AZN ⁵

A. Izkaz izida iz drugih zavarovanj (razen življenjskih in zdravstvenih)

I. Čisti prihodki od zavarovalnih premij

- 1. Obračunane kosmate zavarovalne premije
- 2. Obračunane pozavarovalne premije
- ± 3. Sprememba kosmatih prenosnih premij
- ± 4. Sprememba prenosnih premij za pozavarovalni del

II. Donos naložb, prenesen iz izkaza izida iz rednega delovanja

III. Drugi čisti zavarovalni prihodki

IV. Čisti odhodki za škode

- 1. Obračunani kosmati zneski škod
- 2. Obračunani deleži pozavarovateljev
- ± 3. Sprememba kosmatih škodnih rezervacij
- ± 4. Sprememba škodnih rezervacij za pozavarovalni del

V. Sprememba drugih čistih tehničnih rezervacij (±)

VI. Čisti odhodki za bonuse in popuste

VII. Čisti obratovalni stroški

- 1. Stroški pridobivanja zavarovanj
- ± 2. Sprememba v razmejenih stroških pridobivanja zavarovanj
- 3. Drugi obratovalni stroški
- 4. Prihodki od pozavarovalnih provizij in iz deležev v pozitivnem tehničnem izidu iz posameznih pozavarovalnih pogodb

VIII. Drugi čisti zavarovalni odhodki

- 1. Odhodki za preventivno dejavnost
- 2. Ostali čisti zavarovalni odhodki

IX. Sprememba izravnalnih rezervacij (±)

X. Izid iz drugih zavarovanj (I + II + III - IV± V - VI - VII - VIII± IX)

B. Izkaz izida iz življenjskih zavarovanj

I. Čisti prihodki od zavarovalnih premij

- 1. Obračunane kosmate zavarovalne premije
- 2. Obračunane pozavarovalne premije
- ± 3. Sprememba čistih prenosnih premij

II. Prihodki naložb

- 1. Prihodki iz deležev v podjetjih
 - 1.1. Prihodki iz deležev v podjetjih v skupini
 - 1.2. Prihodki iz deležev v pridruženih podjetjih
 - 1.3. Prihodki iz deležev v drugih podjetjih

⁵ Vir: Slovenski računovodski standardi, 2006, podpoglavje 32.41.

- 2. Prihodki drugih naložb (v postavkah 2.1, 2.2 in 2.3 zavarovalnica ločeno izkazuje prihodke naložb v pridruženih podjetjih in v podjetjih v skupini)
 - 2.1. Prihodki od zemljišč in zgradb
 - 2.2. Prihodki od obresti
 - 2.3. Drugi prihodki naložb
 - 2.3.1. Prevrednotovalni finančni prihodki
 - 2.3.2. Drugi finančni prihodki
 - 3. Prihodki zaradi popravkov vrednosti naložb
 - 4. Dobički pri odtujitvah naložb
 - III. Čisti neiztrženi dobički naložb življ. zavarovancev, ki prevzemajo naložbeno tveganj
 - IV. Drugi čisti prihodki od zavarovanja
 - V. Čisti odhodki za škode
 - 1. Obračunani kosmati zneski škod
 - 2. Obračunani deleži pozavarovateljev
 - ± 3. Sprememba kosmatih škodnih rezervacij
 - ± 4. Sprememba škodnih rezervacij za pozavarovalni del
 - VI. Sprememba ostalih čistih tehničnih rezervacij(±)
 - 1. Sprememba matematičnih rezervacij
 - 1.1. Sprememba kosmatih rezervacij
 - ± 1.2. Sprememba pozavarovalnega deleža
 - 2. Sprememba drugih čistih rezervacij
 - VII. Čisti odhodki za bonuse in popuste
 - VIII. Čisti obratovalni stroški
 - 1. Stroški pridobivanja zavarovanj
 - ± 2. Sprememba v razmejenih stroških pridobivanja zavarovanj
 - 3. Drugi obratovalni stroški
 - 4. Prihodki od pozavarovalnih provizij in iz deležev v pozitivnem tehničnem izidu iz pozavarovalnih pogodb
 - IX. Odhodki naložb
 - 1. Amortizacija naložb sredstev, ki niso potrebna za obratovanje
 - 2. Odhodki za upravljanje sredstev, odhodki za obresti in drugi finančni odhodki
 - 3. Prevrednotovalni finančni odhodki
 - 4. Izgube pri odtujitvah naložb
 - X. Čiste neiztržene izgube naložb življ. zavarovancev, ki prevzemajo naložbeno tveganje
 - XI. Drugi čisti zavarovalni odhodki
 - 1. Odhodki za preventivno dejavnost
 - 2. Ostali čisti zavarovalni odhodki
 - XII. Donos naložb, prenesen v izkaz izida iz rednega delovanja (-)
 - XIII. Izid iz življenjskih zav. (I+ II + III + IV – V± VI – VII – VIII – IX – X – XI – XII)
- C. Izkaz izida iz zdravstvenih zavarovanj (razčlenitev kot pri B)**
- Ca. Izkaz izida iz dopolnilnih zavarovanj (razčlenitev kot pri B)**
- Č. Izračun čistega izida zavarovalnice**
- I. Izid iz drugih zavarovanj (A.X)

II. Izid iz življenjskih zavarovanj (B.XIII)

III. Izid iz zdravstvenih zavarovanj (C.XIII)

IV. Prihodki naložb

1. Prihodki iz deležev v družbah

1.1. Prihodki iz deležev v družbah v skupini

1.2. Prihodki iz deležev v pridruženih družbah

1.3. Prihodki iz deležev v drugih družbah

2. Prihodki drugih naložb (v postavkah 2.1, 2.2 in 2.3 zavarovalnica ločeno izkazuje prihodke naložb v pridruženih družbah in v družbah v skupini)

2.1. Prihodki od zemljišč in zgradb

2.2. Prihodki od obresti

2.3. Drugi prihodki naložb

2.3.1. Prevrednotovalni finančni prihodki

2.3.2. Drugi finančni prihodki

3. Prihodki zaradi popravkov vrednosti naložb

4. Dobički pri odtujitvah naložb

V. Donos naložb, prenesen iz izkaza izida iz življenjskih zavarovanj (B.XII)

VI. Donos naložb, prenesen iz izkaza izida iz zdravstvenih zavarovanj (C.XII)

VII. Odhodki naložb

1. Amortizacija naložb sredstev, ki niso potrebna za obratovanje

2. Odhodki za upravljanje sredstev, odhodki za obresti in drugi finančni odhodki

3. Prevrednotovalni finančni odhodki

4. Izgube pri odtujitvah naložb

VIII. Donos naložb, prenesen v izkaz izida iz drugih zavarovanj (A.II)

IX. Drugi prihodki iz zavarovanj

1. Drugi prihodki iz drugih zavarovanj

2. Drugi prihodki iz življenjskih zavarovanj

3. Drugi prihodki iz zdravstvenih zavarovanj

X. Drugi odhodki iz zavarovanj

1. Drugi odhodki iz drugih zavarovanj

2. Drugi odhodki iz življenjskih zavarovanj

3. Drugi odhodki iz zdravstvenih zavarovanj

XI. Drugi prihodki

XII. Drugi odhodki

XIII. Davek iz dobička

XIV. Odloženi davki

XV. Čisti poslovni izid obračunskega obdobja(Č.I + Č.II + Č.III + Č.IV + Č.V + Č.VI - Č.VII - Č.VIII + Č.IX - Č.X + Č.XI - Č.XII - Č.XIII± Č.XIV)

Priloga 5: Finančni izid iz naložbenja

Letno poročilo 2008 ADRIATIC SLOVENICE Zavarovalne družbe, d.d. (2008, str. 186-188) navaja, da so finančni prihodki razkriti ločeno po treh kategorijah: finančni prihodki od finančnih sredstev, povezanih z zavarovalnimi pogodbami z DPF, finančni prihodki od finančnih sredstev, povezanih s premoženjskimi zavarovanji in zdravstvenimi zavarovanji.

Tabela 2: Prikaz izračuna finančnega izida iz naložbenja

NETO FINANČNI IZID IZ NALOŽBENJA		
V tisoč EUR	Leto 2008	Leto 2007
Finančni prihodki	11.929	9.629
Neto vrednost finančnih dobičkov / izgub iz sredstev, razpoložljivih za prodajo	- 14.668	18.249
Neto poštena vrednost dobičkov / izgub finančnih naložb izmerjenih po pošteni vrednosti preko IPI	- 16.155	7.665
Neto finančni rezultat iz zavarovancev, ki prevzemajo naložbeno tveganje	- 10.473	2.456
SKUPAJ	- 29.367	37.998

Vir: ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d., Letno poročilo 2008, str. 186.

Iz spodnje tabele je razvidno, da se je v skupini finančnih sredstev, namenjenih trgovanju, v letu 2008 poštena vrednost finančnih naložb (merjene po pošteni vrednosti) pomembno znižala pod nabavno vrednost. Zavarovalnica je zato skladno z računovodskimi usmeritvami trajno oslabilila takšne naložbe, pri čemer je v izkazu poslovnega izida pripoznala za -18.324.000 EUR prevrednotevalnih odhodkov.

Tabela 3: Prikaz izračuna finančnih prihodkov

FINANČNI PRIHODKI				
Finančni prihodki od naložb v letu 2008				
V tisoč EUR	Življ. zav.	Zdrav. zav.	Prem. zav.	Skupaj
Finančni prihodki od naložb, razpoložljivih za prodajo	1.748	467	4.922	7.138
- dividende	153	216	1.655	2.025
- obresti	1.595	251	3.267	5.113
Finančni prihodki od naložb, namenjenih trgovanju	63	357	358	778
- dividende	63	357	292	712
- obresti	0	0	65	65
Finančni prihodki od naložb, ob začetnem pripoznanju preko IPI	142	75	874	1.091
- obresti	142	75	874	1.091
Finančni prihodki od obresti drugih finančnih sredstev	122	432	2.369	2.922
SKUPAJ	2.075	1.331	8.523	11.929

se nadaljuje

nadaljevanje

Finančni prihodki od naložb v letu 2007				
V tisoč EUR	Življ. zav.	Zdrav. zav.	Prem. zav.	Skupaj
Finančni prihodki od naložb, razpoložljivih za prodajo	1.614	252	4.171	6.037
- dividende	120	96	940	1.155
- obresti	1.494	157	3.231	4.882
Finančni prihodki od naložb, namenjenih trgovanju	68	60	293	421
- dividende	68	60	205	332
- obresti	0	0	89	89
Finančni prihodki od naložb, ob začetnem pripoznanju preko IPI	83	75	661	819
- obresti	83	75	661	819
Finančni prihodki od obresti drugih finančnih sredstev	108	248	1.995	2.351
SKUPAJ	1.873	636	7.120	9.629
Neto vrednost fin. dobičkov / izgub iz sredstev, razpoložljivih za prodajo v letu 2008				
V tisoč EUR	Življ. zav.	Zdrav. zav.	Prem. zav.	Skupaj
Realizirani dobički sredstev, razpoložljivih za prodajo	188	969	2.759	3.915
Realizirane izgube sredstev, razpoložljivih za prodajo	-71	-135	-53	-259
Finančni odhodki – FN preko kapitala - oslabitev	-3.245	-174	-14.906	-18.324
SKUPAJ	- 3.128	660	- 12.200	- 14.668
Neto vrednost fin. dobičkov / izgub iz sredstev, razpoložljivih za prodajo v letu 2007				
V tisoč EUR	Življ. zav.	Zdrav. zav.	Prem. zav.	Skupaj
Realizirani dobički sredstev, razpoložljivih za prodajo	2.944	932	15.903	19.780
Realizirane izgube sredstev, razpoložljivih za prodajo	-1	-4	-1.525	-1.531
SKUPAJ	2.943	928	14.378	18.249
Neto poštena vrednost dobičkov/izgub finančnih naložb, izmerjenih po pošteni vrednosti preko IPI v letu 2008				
V tisoč EUR	Življ. zav.	Zdrav. zav.	Prem. zav.	Skupaj
Skupaj dobički fin.sred., izmerjenih preko poslovnega izida	- 5.311	- 1.892	-8.953	- 16.155
Neto poštena vrednost dobičkov/izgub finančnih naložb, izmerjenih po pošteni vrednosti preko IPI v letu 2007				
V tisoč EUR	Življ. zav.	Zdrav. zav.	Prem. zav.	Skupaj
Skupaj dobički fin.sred., izmerjenih preko poslovnega izida	2.992	915	3.758	7.665

Vir: ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d., Letno poročilo 2008, str. 187,188.

Priloga 6: Struktura sredstev zavarovalnic

Tabela 4: Obseg in struktura sredstev vseh treh zavarovalnic (v € in %)

VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica, d.v.z.						
	ELEMENT	31.12.2008	%	31.12.2007	%	I_{08/07}
A	Neopredmetena dolgoročna sredstva	4.274.316	4,08	2.804.132	2,76	152,43
B	Opredmetena osnovna sredstva	14.381.646	13,72	14.281.860	14,04	100,70
C	Nekratkoročna sredstva za prodajo	/	0,00	/	0,00	
D	Odložene terjatve za davek	1.407.906	1,34	1.003.268	0,99	140,33
E	Naložbene nepremičnine	4.199.508	4,01	4.289.819	4,22	97,89
F	Finančne naložbe v družbah v skupini in v pridruženih družbah	8.763	0,01	8.763	0,01	100,00
G	Finančne naložbe	62.612.840	59,72	62.261.883	61,20	100,56
H	Sredstva iz finančnih pogodb	/	0,00	/	0,00	/
I	Znesek ZRT, prenesen pozavarovateljem	262.064	0,25	206.071	0,20	127,17
J	Zaloge	/	0,00	/	0,00	/
K	Terjatve	14.815.684	14,13	16.052.891	15,78	92,29
L	Druga sredstva	2.381.495	2,27	304.167	0,30	782,96
M	Terjatve za davek	/	0,00	/	0,00	/
N	Denar in denarni ustrezniki	501.537	0,48	525.997	0,52	95,35
	SKUPAJ SREDSTVA	104.845.760	100,00	101.738.849	100,00	103,05
ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d.						
	ELEMENT	31.12.2008	%	31.12.2007	%	I_{08/07}
A	Neopredmetena dolgoročna sredstva	2.946.041	0,84	2.377.492	0,59	123,91
B	Opredmetena osnovna sredstva	3.933.965	1,12	29.135.776	7,28	13,50
C	Nekratkoročna sredstva za prodajo	20.397	0,01	20.397	0,01	100,00
D	Odložene terjatve za davek	10.063.701	2,87	5.598.098	1,40	179,77
E	Naložbene nepremičnine	31.967.463	9,13	7.663.566	1,91	417,14
F	Finančne naložbe v družbah v skupini in v pridruženih družbah	5.517.880	1,58	209.162	0,05	2638,09
G	Finančne naložbe	193.613.888	55,29	279.294.516	69,78	69,32
H	Sredstva iz finančnih pogodb	19.775.327	5,65	8.496.541	2,12	232,75
I	Znesek ZRT, prenesen pozavarovateljem	17.272.833	4,93	10.906.858	2,72	158,37
J	Zaloge	43.832	0,01	74.137	0,02	59,12
K	Terjatve	50.022.299	14,28	49.361.730	12,33	101,34
L	Druga sredstva	4.968.297	1,42	4.698.679	1,17	105,74
M	Terjatve za davek	5.847.413	1,67	0	0,00	0,00
N	Denar in denarni ustrezniki	4.191.542	1,20	2.432.486	0,61	172,32
	SKUPAJ SREDSTVA	350.184.877	100,00	400.269.437	100,00	87,49

se nadaljuje

nadaljevanje

TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d.						
	ELEMENT	31.12.2008	%	31.12.2007	%	I_{08/07}
A	Neopredmetena dolgoročna sredstva	753.206	4,22	420.217	2,60	179,24
B	Opredmetena osnovna sredstva	3.082.475	17,26	3.017.199	18,65	102,16
C	Nekratkoročna sredstva za prodajo	/	/	/	/	/
D	Odložene terjatve za davek	170.204	0,95	135.033	0,83	126,05
E	Naložbene nepremičnine	/	/	/	/	/
F	Finančne naložbe v družbah v skupini in v pridruženih družbah	80.641	0,45	/	/	/
G	Finančne naložbe	10.594.172	59,33	9.566.106	59,14	110,75
H	Sredstva iz finančnih pogodb	/	/	/	/	/
I	Znesek ZRT, prenesen pozavarovateljem	/	/	/	/	/
J	Zaloge	27.526	0,15	3.423	0,02	804,15
K	Terjatve	2.982.810	16,70	2.809.757	17,37	106,16
L	Druga sredstva	124.938	0,70	126.081	0,78	99,09
M	Terjatve za davek	/	/	/	/	/
N	Denar in denarni ustrezniki	41.225	0,23	97.674	0,60	42,21
	SKUPAJ SREDSTVA	17.857.198	100,00	16.175.490	100,00	110,40

Vir: ADRIATIC SLOVENICA Zav. družba d.d., Povzetek revidiranega letnega poročila z revizorjevim poročilom in mnenjem pooblaščenega aktuarja za leto 2008, bilanca stanja; TRIGLAV, Zdravstvena zav., d.d. Povzetek revidiranega letnega poročila z revizorjevim poročilom in mnenjem pooblaščenega aktuarja za leto 2009, bilanca stanja; VZAJEMNA zdravstvena zav., d.v.z., Povzetek revidiranega letnega poročila z revizorjevim poročilom in mnenjem pooblaščenega aktuarja za leto 2008, bilanca stanja.

Priloga 7: Struktura obveznosti do virov sredstev zavarovalnic

Tabela 5: Obseg in struktura obveznosti do virov sredstev vseh treh zavarovalnic (v € in %)

VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica, d.v.z.						
	ELEMENT	31.12.2008	%	31.12.2007	%	I_{08/07}
A	Kapital	32.814.647	31,30	36.770.776	36,14	89,24
B	Podrejene obveznosti	/	/	/	/	/
C	Zavarovalno tehnične rezervacije	26.138.413	24,93	25.681.255	25,24	101,78
D	Druge rezervacije	19.711.559	18,80	14.371.506	14,13	137,16
E	Obveznosti, vezana na krat. sredstva vezana za prodajo	/	/	/	/	/
F	Odložene obveznosti za davek	39.350	0,04	986.288	0,97	3,99
G	Finančne obveznosti	/	/	/	/	/
H	Druge obveznosti	24.593.264	23,46	23.514.474	23,11	104,59
I	Obveznosti za davek	1.548.526	1,48	414.551	0,41	373,54
	SKUPAJ OBVEZNOSTI	104.845.760	100,00	101.738.849	100,00	103,05
ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d.						
	ELEMENT	31.12.2008	%	31.12.2007	%	I_{08/07}
A	Kapital	39.410.179	11,25	104.809.757	26,18	37,60
B	Podrejene obveznosti	4.006.656	1,14	4.006.656	1,00	100,00
C	Zavarovalno tehnične rezervacije	252.367.118	72,07	240.275.865	60,03	105,03
D	Druge rezervacije	2.214.748	0,63	2.492.388	0,62	88,86
E	Obveznosti, vezana na krat. sredstva vezana za prodajo	/	/	/	/	/
F	Odložene obveznosti za davek	344	/	7.437.139	1,86	/
G	Finančne obveznosti	24.390.592	6,97	15.658.445	3,91	155,77
H	Druge obveznosti	27.795.240	7,94	20.568.973	5,14	135,13
I	Obveznosti za davek	/	/	5.020.213	1,25	0,00
	SKUPAJ OBVEZNOSTI	350.184.877	100	400.269.437	100	87,49
TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d.						
	ELEMENT	31.12.2008	%	31.12.2007	%	I_{08/07}
A	Kapital	6.386.242	35,76	6.035.708	37,31	105,81
B	Podrejene obveznosti	/	/	/	/	/
C	Kosmate zavarovalno-tehnične rezervacije	7.176.273	40,19	5.799.720	35,85	123,73
D	Kosmate zavarovalno-tehnične rezervacije v korist življenjskih zavarovancev z naložbenim tveganjem	150.386	0,84	80.102	0,50	187,74
E	Rezervacije za druge nevarnosti in stroške	/	/	/	/	/
F	Obveznosti do cedentov	/	/	/	/	/
G	Druge obveznosti	/	/	/	/	/
H	Pasivne časovne razmejitve	4.144.297	23,21	4.259.960	26,34	97,28
I	Obveznosti za davek	/	/	/	/	/
	SKUPAJ OBVEZNOSTI	17.857.198	100,00	16.175.490	100,00	110,40

Vir: ADRIATIC SLOVENICA Zav. družba d.d., Povzetek revidiranega letnega poročila z revizorjevim poročilom in mnenjem pooblaščenega aktuarja za leto 2008, bilanca stanja; TRIGLAV, Zdravstvena zav., d.d. Povzetek revidiranega letnega poročila z revizorjevim poročilom in mnenjem pooblaščenega aktuarja za leto 2009, bilanca stanja; VZAJEMNA zdravstvena zav., d.v.z., Povzetek revidiranega letnega poročila z revizorjevim poročilom in mnenjem pooblaščenega aktuarja za leto 2008, bilanca stanja.