

**UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA**

DIPLOMSKO DELO

**PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V SLOVENIJI
IN IZBRANIH DRŽAVAH EU**

Ljubljana, avgust 2006

MAJA BUŽINEL

IZJAVA

Študentka Maja Bužinel izjavljam, da sem avtorica tega diplomskega dela, ki sem ga napisala pod mentorstvom mag. Petre Došenovič Bonča in dovolim objavo diplomskega dela na fakultetnih spletnih straneh.

V Ljubljani, dne 29.8.2006

Podpis: _____

KAZALO

UVOD	1
1. PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V EVROPSKI UNIJI.....	2
1.1. OBLIKE PROSTOVOLJNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V EVROPSKI UNIJI.....	4
1.2. PONUDNIKI PROSTOVOLJNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA	7
1.3. VLOGA PROSTOVOLJNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA PRI FINANCIRANJU CELOTNEGA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA	8
1.4. OBLIKOVANJE PREMIJ ZA PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE.....	9
2. UREDITEV PROSTOVOLJNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V POSAMEZNIH DRŽAVAH EVROPSKE UNIJE.....	10
2.1. PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V NEMČIJI.....	10
2.1.1. Izdatki za prostovoljno zdravstveno zavarovanje v Nemčiji.....	11
2.1.2. Oblikovanje premij za (nadomestno) prostovoljno zdravstveno zavarovanje v Nemčiji.....	13
2.1.3. Zanimivost s področja nemškega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja.....	14
2.2. PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V AVSTRIJI	14
2.2.1. Izdatki za prostovoljno zdravstveno zavarovanje v Avstriji	15
2.2.2. Oblikovanje premij za (dodatno) prostovoljno zdravstveno zavarovanje v Avstriji	16
2.2.3. Zanimivost s področja avstrijskega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja ..	17
2.3. PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V FRANCII	17
2.3.1. Izdatki za prostovoljno zdravstveno zavarovanje v Franciji	19
2.3.2. Oblikovanje premij za (dopolnilno) prostovoljno zdravstveno zavarovanje v Franciji	20
2.3.3. Zanimivost s področja francoskega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja ..	21
2.4. PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V BELGIJI	21
2.4.1. Izdatki za prostovoljno zdravstveno zavarovanje v Belgiji	22
2.4.2. Oblikovanje premij za (nadomestno) prostovoljno zdravstveno zavarovanje v Belgiji	24
2.4.3. Zanimivost s področja belgijskega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja....	25
2.5. PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V VELIKI BRITANII	25
2.5.1. Izdatki za prostovoljno zdravstveno zavarovanje v Veliki Britaniji	27
2.5.2. Oblikovanje premij za (vzporedno) prostovoljno zdravstveno zavarovanje v Veliki Britaniji	28
2.5.3. Zanimivost s področja britanskega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja...	29
2.6. PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE NA IRSKEM.....	29
2.6.1. Izdatki za prostovoljno zdravstveno zavarovanje na Irskem.....	30
2.6.2. Oblikovanje premij za (vzporedno in dopolnilno) prostovoljno zdravstveno zavarovanje na Irskem.....	31

2.6.3. Zanimivost s področja irskega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja	32
3. PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V SLOVENIJI	33
3.1. OSNOVNE ZNAČILNOSTI PROSTOVOLJNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V SLOVENIJI	34
3.1.1. Dopolnilno zdravstveno zavarovanje	35
3.1.2. Izravnalna shema dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.....	38
3.2. PONUDNIKI PROSTOVOLJNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA	40
3.3. IZDATKI ZA PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE	43
3.4. ZANIMIVOST S PODROČJA SLOVENSKEGA PROSTOVOLJNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA	45
4. PRIMERJAVA PROSTOVOLJNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V SLOVENIJI Z DRŽAVAMI EU	47
4.1. PRIMERJAVA PO OBLIKAH PROSTOVOLJNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA	47
4.2. PRIMERJAVA PO PONUDNIKIH PROSTOVOLJNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA	49
4.3. PRIMERJAVA PO VLOGI PROSTOVOLJNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA PRI FINANCIRANJU CELOTNEGA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA	51
4.4. PRIMERJAVA PO NAČINU OBLIKOVANJA PREMIJ ZA PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE	51
SKLEP	55
LITERATURA	58
VIRI	60

UVOD

Zaradi nenehnega naraščanja zdravstvenih stroškov in čedalje večjega razkoraka med povpraševanjem ljudi po zdravstvenih storitvah in možnostmi kritja tega povpraševanja iz sredstev javnega financiranja, se je pojavila potreba po uvedbi alternativne oblike javnega sistema financiranja zdravstvenega varstva. V ta namen se je razvilo prostovoljno zdravstveno zavarovanje, ki ga poznajo vse države Evropske unije, vendar se le-to med posameznimi državami razlikuje po obsegu, razlogih uvedbe, organizaciji in drugih pogojih. Glavni namen prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja je kritje tveganj pri pravicah do zdravstvenih storitev, ki jih obvezno zdravstveno zavarovanje ne zagotavlja. Prevladujejo prostovoljna zdravstvena zavarovanja, s katerimi je osebi zagotovljeno, v celoti ali v pretežnem delu, pokrivanje stroškov opravljenih zdravstvenih storitev, ki bi jih sicer morala plačati sama. Čeprav prostovoljno zdravstveno zavarovanje v državah Evropske unije ne igra dominantne vloge pri financiranju zdravstvenega varstva, pa je mogoče pričakovati, da se bo v prihodnosti njegova vloga povečala zaradi čedalje večjega prenosa pravic iz obveznega na prostovoljno zdravstveno zavarovanje.

S sprejetjem novega Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju v septembru 2005 je bilo v Sloveniji področje prostovoljnega (dopolnilnega) zdravstvenega zavarovanja urejeno na novo. Glavni novosti novega Zakona sta predvsem uvedba izravnalnih shem in enotnih premij za vse zavarovance posamezne zavarovalnice, kar naj bi vplivalo na večjo medgeneracijsko vzajemnost in solidarnost v zdravstvenem sistemu.

Diplomsko delo je sestavljeno iz štirih vsebinskih delov. V prvem delu sem se osredotočila na predstavitev splošnih značilnosti prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v državah Evropske unije (oblike prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, ponudniki prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, vloga prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja pri financiranju celotnega zdravstvenega sistema, oblikovanje premij za prostovoljno zdravstveno zavarovanje).

V drugem delu je podrobnejše predstavljeno prostovoljno zdravstveno zavarovanje v posameznih državah Evropske unije, in sicer v Nemčiji, Avstriji, Franciji, Belgiji, Veliki Britaniji in na Irskem.

V tretjem delu sem svojo pozornost namenila ureditvi prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji po sprejetju novega Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju.

V zadnjem, četrtem delu diplomske naloge sledi primerjava med prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem v Sloveniji in državah Evropske unije.

1. PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V EVROPSKI UNIJI

Velikokrat se govori o »evropski praksi« prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, vendar v resnici te prakse ni. Ker je ureditev v vsaki državi, včasih pa celo pri vsaki zavarovalnici v državi, različna, lahko govorimo kvečjemu o nekaterih skupnih ali najpogostejših značilnostih in posebnostih prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, ki jih najdemo v večjem številu držav.

Prostovoljna zdravstvena zavarovanja poznajo vse države Evropske unije, vendar so med seboj zelo različno urejena in na različni stopnji razvitosti. Ta zavarovanja so v Evropi začeli uvajati v večjem obsegu, ker javna sredstva in solidarnostni sistemi niso mogli več zagotoviti zavarovanim osebam vseh pravic in storitev zdravstvenega varstva. Bila so odraz čedalje večjega razkoraka med zahtevami in možnostmi njihovega kritja iz sredstev obveznih (javnih) zavarovanj ter iz sredstev proračuna. Prostovoljna zdravstvena zavarovanja so postala dejavnik socialne varnosti ljudi, ki se sicer ne zagotavlja v sistemu obveznega zdravstvenega ali širšega socialnega zavarovanja. V mnogih državah so bila zato dobro sprejeta kot dopolnitev ali nadgradnja javnega obveznega zdravstvenega zavarovanja oziroma javnega financiranja sistema zdravstvenega varstva. Vsem državam in sistemom je skupno dejstvo, da prostovoljna zdravstvena zavarovanja obravnavajo kot dejavnost in način, s katerim si lahko posamezniki proti ustreznemu plačilu iz lastnih sredstev omogočijo boljši standard, dostopnost ter pogoje pri uveljavljanju zahtev in potreb po zdravstvenih storitvah in socialni varnosti, ki jih obvezno zdravstveno zavarovanje s sredstvi javnih financ ne zagotavlja. Ob tem je nujno povedati, da gre pri večini prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj za kritje manjših tveganj za posameznike in da največja finančna tveganja v zvezi z diagnostiko, zdravljenjem in rehabilitacijo bolezni in poškodb v vseh državah še vedno krijejo obvezna zdravstvena zavarovanja ali sistemi nacionalnega zdravstvenega varstva države (Toth, 1998, str. 37). Poleg tega prostovoljna zdravstvena zavarovanja vplivajo na večjo možnost izbire različnih zavarovalnih produktov, hkrati pa prostovoljno zavarovane osebe (predvsem premožnejši državljani) povečujejo sredstva za zdravstveno varstvo in razbremenjujejo javni sistem. Tako se lahko nova sredstva namenjajo zdravstveni infrastrukturi, od katere imajo koristi vsi državljani. Zdravstvena varnost, ki jo ljudem zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje ali nacionalno zdravstveno varstvo skupaj z različnimi oblikami prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, v večini držav pomeni obliko zdravstvenega zavarovanja, ki je na poseben način pravno urejeno.

Ker obstajajo med posameznimi državami Evropske unije (v nadaljevanju EU) zelo velike razlike glede ureditve področja prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, so te države izrazile potrebo po enotni zakonski ureditvi tega področja in v njem prisotnega javnega interesa. Evropska komisija je tako leta 1994 uvedla Tretjo direktivo o neživljenjskih

zavarovanjih¹ (Direktiva Sveta 92/49/EGS²). Njen cilj je bil vzpostavitev enotnega trga za vse oblike neživljenjskih zavarovanj, med katerimi so bila prvič zajeta tudi prostovoljna zdravstvena zavarovanja. Oblikovanje enotnega trga za prostovoljna zdravstvena zavarovanja znotraj EU naj bi spodbudilo konkurenco med ponudniki prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, povečalo koristi zavarovancev in možnost izbire različnih zavarovalnih produktov ter zmanjšalo cene teh produktov (Mossialos, Thomson, 2004a, str. 2). Po tej direktivi naj bi države izenačile pogoje, pod katerimi smejo zavarovalnice ponujati prostovoljna zdravstvena zavarovanja. Le-ta smejo izvajati vse domače in tuje zavarovalnice, ki pridobijo dovoljenje ministrstva, pristojnega za zdravstveno varstvo. Po tej direktivi lahko zavarovalnice izvajajo zavarovalne storitve po vsej EU z ali brez prisotnosti svojih podružnic. Poleg tega lahko zavarovalnice svobodno ustanavljajo svoje podružnice kjerkoli v EU, prodajajo svoje produkte znotraj meja EU, konkurirajo s ceno, produkti in storitvami (Mossialos, Thomson, 2004, str. 46). Finančni nadzor se opravlja v državi, kjer ima zavarovalnica svoj sedež, hkrati pa je odpravljen lokalni nadzor nad višinami premij, saj bi v nasprotnem primeru to oviralo tekmovalnost med zavarovalnicami. Ta direktiva je državam članicam dovolila tudi, da s posebnimi predpisi zagotovijo varovanje javnega in družbenega interesa, ki ga lahko ima posamezno prostovoljno zdravstveno zavarovanje države članice. Pri tem pa morajo le-te ravnati po predpisih države, na območju katere takšna zavarovanja izvajajo. Direktiva EU ne določa, pri katerih prostovoljnih zdravstvenih zavarovanjih je mogoče opredeliti javni interes, ampak to prepušča posameznim državam. Tako je npr. Irska opredelila svoje prostovoljno zdravstveno zavarovanje (pri tem gre za kombinacijo vzporednega in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja za doplačila) kot javni (državni) interes. To je utemeljila z dejstvom, da irsko prostovoljno zdravstveno zavarovanje krije iste storitve oziroma pravice kot javni sistem zdravstvenega varstva, le da se financira z zasebnimi sredstvi in da storitve opravlja zasebna zdravstvena služba (Toth, 2003, str. 159). Poleg tega se javni interes v irskem prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju uresničuje tako, da velja za vse zavarovance posamezne zavarovalnice enaka premija, ne glede na starost, spol in zdravstveno stanje zavarovancev, ter da so se zavarovalnice, ki izvajajo prostovoljno zdravstveno zavarovanje, dolžne vključiti v izravnalno shemo. Na ta način je država prevzela odgovornost za področje prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, ki jo uresničuje tako, da z zakonom predpisuje način določanja premij za prostovoljno zdravstveno zavarovanje ter obvezo izravnave tveganj med nosilci prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj. Iz omenjene direktive izhaja tudi dejstvo, da morajo biti posebni predpisi države utemeljeni zaradi potrebe po varstvu interesov zavarovanih oseb, javnega zavarovanja oziroma države kot celote. Med takšnimi ukrepi, ki jih vsaka država uredi po svoje, so lahko tudi ukrepi za preprečevanje goljufij s strani zavarovalnic ali morebitnih zlorab v davčnem sistemu, posebna določila o premijskem sistemu, prepoved mešanja sredstev teh zavarovanj s sredstvi drugih zavarovanj ipd. Država lahko sprejme posebne predpise o prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju, če ti niso predmet usklajevanja med

¹ Angl.: The third non-life insurance directive.

² Evropska gospodarska skupnost.

članicami EU in če za to obstaja dejanska in dokazana potreba. Direktiva se nadalje loteva področja (prepovedi) diskriminacije med različnimi tipi ponudnikov prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj. Zakoni posameznih držav EU razlikujejo med profitnimi in neprofitnimi ponudniki prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj. Čeprav omenjena direktiva ne dopušča diskriminacije med različnimi ponudniki prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, pa lahko velikokrat opazimo ugodnejše obravnavanje neprofitnih ponudnikov. Naj pri tem omenim primer Francije, v kateri spadajo vzajemne zavarovalnice pod poseben »Code de la Mutualite«, ki je neskladen z omenjeno direktivo. Za vzajemne zavarovalnice tako veljajo manj stroga pravila glede finančne odgovornosti kot za komercialne zavarovalnice. Poleg tega je Francija kršila pravila direktive na ta način, da je izključila vzajemne zavarovalnice in zasebne bolniške blagajne (oba tipa ponudnikov prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj spadata med neprofitne organizacije) iz plačila davkov na zavarovalniške premije (Mossialos, Thomson, 2002, str. 65). Razlog za tako ravnanje naj bi bil v tem, da neprofitne organizacije omogočajo večji dostop do prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, saj delujejo po načelu solidarnosti, vzajemnosti in enakih premij. V nasprotju s tem pa profitne organizacije omejujejo dostop do prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja najbolj tveganim skupinam prebivalstva, saj določajo premije glede na tveganje zavarovancev.

V praksi se ta direktiva težko uresničuje, saj obstajajo med sistemi zdravstvenega zavarovanja posameznih držav zelo velike razlike.

Vse države EU imajo uvedeno prostovoljno zdravstveno zavarovanje, vendar se le-to med posameznimi državami razlikuje po številnih dejavnikih, kot npr.: oblikah prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, ponudnikih prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, vlogi prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja pri financiranju celotnega zdravstvenega sistema, načinu oblikovanja premij, številu prostovoljno zavarovanih oseb itd., kar je prikazano v nadaljevanju diplomskega dela.

1.1. OBLIKE PROSTOVOLJNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V EVROPSKI UNIJI

V EU prevladujejo prostovoljna zdravstvena zavarovanja, s katerimi je osebi zagotovljeno, v celoti ali v pretežnem delu, pokrivanje stroškov opravljenih zdravstvenih storitev, ki bi jih sicer morala plačati sama. V državah EU poznajo tri tipe prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, ki se med seboj razlikujejo glede na področje oziroma vsebino zavarovanja (Mossialos, Thomson, 2004, str. 16):

- **Nadomestno prostovoljno zdravstveno zavarovanje³**

Ta oblika prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja je prisotna v Nemčiji, še bolj pa na Nizozemskem, v manjšem delu tudi v nekaterih drugih državah (v Belgiji, Franciji, Španiji in na Irskem). Nadomestno prostovoljno zdravstveno zavarovanje krije stroške storitev, ki jih za določene skupine prebivalstva krije država oziroma obvezno zdravstveno zavarovanje. To zavarovanje je tako namenjeno le določenim skupinam prebivalstva, in sicer osebam, ki so po nacionalni zakonodaji izključene ali imajo možnost, da izstopijo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja ali sistema nacionalnega zdravstvenega varstva (Mossialos, Thomson, 2004, str. 52). Nadomestno zdravstveno zavarovanje velja tudi za tujce, ki ne morejo biti (vedno) obvezno zavarovani v državi, v kateri bivajo ali delajo, v Franciji pa to zavarovanje velja za delavce, ki so zaposleni v sosednji državi. V Nemčiji je nadomestno prostovoljno zdravstveno zavarovanje namenjeno zaposlenim osebam z osebnim dohodkom nad zakonsko določeno ravno (meja je 40.500 EUR letno), samozaposlenim osebam ter državnim uslužbencem (Šik, 2003, str. 109). Zaposlene osebe z osebnim dohodkom nad zakonsko določeno ravno imajo možnost, da ostanejo v nacionalni shemi oziroma v sistemu obveznega zdravstvenega zavarovanja ali da iz njega izstopijo in si zagotovijo prostovoljno zdravstveno zavarovanje. V nasprotju s tem so samozaposlene osebe in državni uslužbenci iz obveznega zdravstvenega zavarovanja izključeni in zato se morajo nadomestno prostovoljno zavarovati za približno enak obseg pravic kot ga sicer zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje, vendar pri zasebnih zavarovalnicah (Mossialos, Thomson, 2004, str. 129–130). V Nemčiji je približno 9,3 % celotnega prebivalstva nadomestno prostovoljno zavarovanih.

- **Dodatno prostovoljno zdravstveno zavarovanje⁴**

Namen tega zavarovanja je zagotoviti večjo možnost izbire in hitrejši dostop do različnih zdravstvenih storitev ter njihov višji standard (npr. bolnišnično bivanje v enoposteljni sobi). V nekaterih primerih dodatno prostovoljno zdravstveno zavarovanje poveča koristi zavarovanca in možnost izbire izvajalca zdravstvenih storitev. Tako si lahko zavarovane osebe v primeru bolnišničnega zdravljenja v nekaterih državah pridobijo možnost proste izbire zdravnika specialista v bolnišnici, hkrati pa imajo pravico do oskrbe v zasebnih bolnišnicah ter v zasebnih posteljah javnih bolnišnic. Dodatno prostovoljno zdravstveno zavarovanje je v večji meri prisotno v Avstriji, kjer je približno 31,8 % prebivalstva dodatno zavarovanih, poznajo pa ga tudi v Belgiji, Nemčiji, Franciji, Italiji, Veliki Britaniji, Španiji in na Portugalskem.

- **Dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje⁵**

Ta oblika prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja krije stroške zdravstvenih storitev, ki jih država ali obvezno zdravstveno zavarovanje ne krije ali pa jih ne krije v celoti. V nekaterih primerih ta oblika prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja krije le stroške

³ Angl.: Substitutive voluntary health insurance.

⁴ Angl.: Supplementary voluntary health insurance.

⁵ Angl.: Complementary voluntary health insurance.

bolnišničnega zdravljenja, kjer pa tovrstno zavarovanje krije tudi stroške ambulantnega zdravljenja, večji del teh stroškov predstavljajo pregledi pri splošnem zdravniku in specialistih, stroški nege, prevoza, zdravila, medicinski pripomočki, zobozdravstvene storitve, dodatno in alternativno zdravljenje (Mossialos, Thomson, 2004, str. 66). Pomembno je poudariti, da dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje zajema tudi zavarovanje za doplačila (Šik, 2003, str. 109). Višina povračila stroškov za zdravstvene storitve se razlikuje med posameznimi državami. Dopolnilno zdravstveno zavarovanje je v večji meri prisotno v Sloveniji, Franciji, Belgiji, Luksemburgu in na Danskem. V omenjenih državah se delež dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja giblje med 20 in 70 % celotnega prebivalstva, v Franciji in Sloveniji pa dopolnilno zdravstveno zavarovanje za doplačila zavzema več kot 90 % celotnega prebivalstva.

V Sloveniji izhaja delitev oblik prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja tudi iz delitve, ki jo je mogoče najti v drugi tuji literaturi. Tako poznamo naslednje oblike prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja (Health insurance in Europe, 1997, str. 75):

- Nadomestno prostovoljno zdravstveno zavarovanje (opredelitev tega zavarovanja je enaka opredelitvi v drugih evropskih državah).
- Dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje
Pri tej obliki prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja gre za zavarovanje za storitve, za katere postavlja obvezno zdravstveno zavarovanje omejitve glede višine. Zavarovanje za doplačila do polne cene zdravstvenih storitev je najbolj razširjena oblika prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji.
- Dodatno prostovoljno zdravstveno zavarovanje
Gre za zavarovanje za storitve, ki so izvzete iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, in za zavarovanje storitev višjega standarda. Dodatno zdravstveno zavarovanje krije stroške zdravljenja kroničnih bolezni v tujini, lepotnih operacij, zdraviliškega zdravljenja, posebnega udobja v bolnišnici (enoposteljna soba in posebna postrežba ter nega, možnost bivanja svojca v bolnišnici), alternativnega zdravljenja, dolgotrajne nege v socialnih zavodih, zdravil in pripomočkov, ki niso pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja itd.
- Vzporedno prostovoljno zdravstveno zavarovanje (dvojno kritje⁶)
Ta oblika prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja krije stroške istih storitev, kot jih krije obvezno zdravstveno zavarovanje. V bistvu gre pri vzporednem zdravstvenem zavarovanju za zavarovanje pred omejitvami, ki so v obveznem zdravstvenem zavarovanju prisotne na strani izvajalcev zdravstvenih storitev in njihovih zmogljivosti. To so na primer zavarovanja pred čakanjem za določen zdravniški poseg, za zdravljenje pri zdravnikih in zavodih, ki niso pogodbeni partnerji z nosilcem javnega zdravstvenega zavarovanja, za možnost izbire zdravnika za posamični poseg, za boljši standard v bolnišnici in podobno.

⁶ Angl.: Duplicate cover.

1.2. PONUDNIKI PROSTOVOLJNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

Ponudniki prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja so po Evropi zelo različni. To so lahko iste zavarovalnice, ki izvajajo v svoji državi tudi obvezno zdravstveno zavarovanje, razna združenja, zadruge, vzajemne zavarovalnice, specializirane ali splošne zavarovalne družbe ter podjetja. Na splošno razlikujemo znotraj EU tri glavne tipe ponudnikov prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja (Mossialos, Thomson, 2004, str. 67):

- vzajemne zavarovalnice⁷ (neprofitne organizacije),
- zasebne bolniške blagajne⁸ (neprofitne organizacije),
- komercialne zavarovalnice⁹ (profitne organizacije).

Komercialne zavarovalnice so prisotne v večini držav EU, vendar pa zaradi zgodovinskih razlogov v mnogih državah EU prevladujejo vzajemne zavarovalnice (npr. v Belgiji, Franciji, Nemčiji, Luksemburgu, na Danskem in Nizozemskem). V prihodnosti naj bi se število vzajemnih zavarovalnic zmanjšalo predvsem na račun profitnih organizacij – komercialnih zavarovalnic. Zaenkrat pa si vzajemne in komercialne zavarovalnice delijo tržni delež približno na polovico (Šik, 2003, str. 110). Zasebne bolniške blagajne so pomembne predvsem v Veliki Britaniji, kjer je leta 2000 znašal njihov tržni delež okrog 40 %.

Ponudniki prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja zagotavljajo zavarovancem kritje finančnih stroškov za opravljene zdravstvene storitve, pri čemer smejo v skladu z zakonodajo to opravljati kot dobičkonosno dejavnost ali kot dejavnost, v kateri prevladuje zadovoljevanje interesov zavarovancev in ne ustvarjanje dobička za lastnike (Toth, 1998, str. 37). Glavna razlika med profitnimi in neprofitnimi ter vzajemnimi zavarovalnicami je ta, da vzajemne zavarovalnice temeljijo na načelu vzajemnosti, pri katerem zavarovanci, ki so hkrati člani družbe, prispevajo približno enak delež pri kritju stroškov zdravstvenih storitev v primeru bolezni in poškodb. Poleg tega je pri vzajemnih zavarovalnicah v ospredju medgeneracijska izravnava stroškov, ki omogoča starejšim in zdravljenja bolj potrebnim osebam dosegljivost prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja in ustrezno zdravstveno varnost (Uršič, 2004, str. 11). Pridobitno naravnana zavarovanja se lahko izvajajo le v primerih, ko je vsemu ali pretežnemu delu prebivalstva najprej zagotovljena določena zdravstvena varnost v javnem sistemu zdravstvenega varstva. Države EU na področju prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v splošnem zastavljajo jasno mejo med vzajemno organiziranim zavarovanjem in pridobitno (delničarsko) organiziranim zavarovanjem. Predmet vzajemnih odnosov so najpogostejše zavarovanja za doplačila in druga prostovoljna zdravstvena zavarovanja, ki so vezana na pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (npr. možnost izbire specialista, skrajšanje čakalne dobe, drugačni postopek ob uveljavljanju pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja itd.).

⁷ Angl.: Mutual associations.

⁸ Angl.: Provident institutions.

⁹ Angl.: Commercial insurers.

Zavarovanja oseb, ki ne morejo biti vključene v javno zavarovanje in zavarovanja za pravice, ki jih le-to ne vključuje (zdraviliško zdravljenje, estetske operacije, zdravila, ki niso razvrščena na liste, nekateri tehnični pripomočki itd.), pa so predmet pridobitnih zavarovanj (Oberč, 1999, str. 135).

Na slovenskem trgu prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj je od ustanovitve naprej imela najpomembnejšo vlogo Vzajemna, zdravstvena zavarovalnica, d. v. z.. Njen tržni delež je leta 2003 znašal 81,7 %, medtem ko je tržni delež Adriatica, Zavarovalne družbe, d. d.¹⁰, znašal 17,8 % (Letno poročilo Agencije za zavarovalni nadzor za leto 2003, 2004, str. 10). Leta 2004 je na slovenski trg prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj vstopila nova družba, Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d. d., njen tržni delež pa je zaradi kratkega obstoja na trgu prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj še razmeroma zelo majhen. Vsekakor se v prihodnjem obdobju med omenjenimi zavarovalnicami pričakuje občutna sprememba tržnega deleža na področju prostovoljnih, predvsem pa dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj, saj veljajo na podlagi spremenjenega Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju od 1. 3. 2006 enotne premije za vse zavarovance posamezne zavarovalnice, poleg tega pa je med omenjenimi zavarovalnicami uvedena izravnava razlik v višini škod (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 1992).

1.3. VLOGA PROSTOVOLJNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA PRI FINANCIRANJU CELOTNEGA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje ne igra dominantne vloge pri financiranju zdravstvenega varstva držav EU. V nasprotju s tem je njegova vloga zelo pomembna v Združenih državah Amerike, Avstraliji in Švici. Razlogi za manjši pomen prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v državah EU so predvsem zgodovinski, saj so vlade evropskih držav stremele po tem, da bi vsem državljanom določene države, ne glede na sposobnost plačila, zagotovile osnovne pravice oziroma bi jim bile le-te zagotovljene s socialnim zdravstvenim zavarovanjem (Mossialos et al., 2002, str. 128). To je povzročilo, da so se zdravstvena zavarovanja izredno razvila. Financiranje je bilo vezano izključno na javna sredstva, zavarovanje je bilo obvezno in pravice, ki so pripadale državljanom, so bile v celoti krite iz tega zavarovanja. Posledica tega je, da se je prostovoljno zdravstveno zavarovanje v EU razvijalo v manjši meri.

Delež prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v celotnih izdatkih za zdravstvo je v različnih evropskih državah različen, v povprečju se giblje nekje pod 10 %. Izjema so le Nizozemska s 17,7 %, Francija s 13,2 % in Slovenija z 12,7 % (leta 2002). V Nemčiji je istega leta znašal delež prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v celotnih izdatkih za zdravstvo 8,6 %. V ostalih državah, kot so Belgija, Švedska, Finska, Grčija, Italija, Luksemburg, Portugalska, Španija in Velika Britanija, pa je ta delež pod 5 %. Visok delež

¹⁰ Ta družba se je 29. 12. 2005 združila s Slovenico, Zavarovalniško hišo, d. d., in tako je nastala nova družba Adriatic Slovenica, Zavarovalna družba, d. d..

prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj je le v tistih državah, ki imajo bolj razvita nadomestna zavarovanja, to sta Nizozemska in Nemčija, in v tistih državah, kjer so uvedena dopolnilna zdravstvena zavarovanja, kot na primer Francija in Slovenija (Šik, 2003, str. 112). Razlog za tako visok delež prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja na Nizozemskem in v Nemčiji je v tem, da so ljudje z visokimi osebnimi dohodki, samozaposlene osebe in večina državnih uslužbencev izključeni iz socialnega zdravstvenega zavarovanja in jim je prepuščeno, da se prostovoljno zdravstveno zavarujejo.

1.4. OBLIKOVANJE PREMIJ ZA PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE

V EU je področje oblikovanja premij različno urejeno. V nekaterih državah (na Irskem, od 1. 3. 2006 tudi v Sloveniji za dopolnilno zdravstveno zavarovanje za doplačila) je premija za prostovoljno zdravstveno zavarovanje za vse zavarovance posamezne zavarovalnice enaka, ne glede na posameznikovo stopnjo tveganja. V drugih državah (Nemčiji, Avstriji, Franciji, Veliki Britaniji itd.) je premija izražena s povprečnim zneskom na zavarovano osebo oziroma z zneskom na osebo, kombiniranim s tveganjem, ki mu je izpostavljena (spol, starost, dejavnost, ki jo zavarovanec opravlja, zdravstveno stanje zavarovanca ob vključitvi v zavarovanje, obseg pravic, za katere se dogovorita zavarovanec in zavarovalnica itd.). Zavarovalnice ne morejo natančno ugotoviti celotnega tveganja, ki mu je posameznik izpostavljen, zato pri oblikovanju svojih premij upoštevajo predvsem starost zavarovanca ob sklenitvi prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja in njegovo dosedanje zdravstveno stanje. Individualno določanje premij tako povzroči, da so premije za starejše in bolne zavarovance višje od premij za mlade in zdrave zavarovance. Zasebnim zavarovalnicam je tudi omogočeno, da zavrnejo posameznike, ki imajo visoko stopnjo tveganja za nastanek določene bolezni oziroma bolezenskega stanja (Private Health Insurance in OECD Countries, 2005). Po pravilu plačujejo premije zavarovanci. Znani so tudi primeri, da plačujejo premije za svoje delavce delodajalci, kar je tudi edini primer kolektivnega zdravstvenega zavarovanja. Tako lahko v primeru skupinskega oblikovanja premij zavarovanci uživajo v nižje oblikovanih premijah, saj je tveganje porazdeljeno med več zavarovancev. V nekaterih državah (Nemčiji, Avstriji itd.) pri oblikovanju premij upoštevajo tudi matematične rezervacije za starost. Premije so v tem primeru izračunane tako, da že v mladosti zavarovanca vključujejo določen del, ki ga zavarovalnice ne porabijo za sprotna izplačila škodnih zahtevkov, ampak jih »privarčujejo« za kritje povečanih potreb zavarovancev v njihovih starejših letih (Toth, 2003, str. 308).

Premije za prostovoljno zdravstveno zavarovanje v večini držav EU niso stabilne. V velikem številu primerov je njihova rast celo večja od rasti splošne ravni cen ali celotnih izdatkov za zdravstveno varstvo posamezne države. Medtem ko je bila v sredini 90-ih let povprečna letna rast premij med 2,3 % in 12 %, je bila povprečna rast celotnih izdatkov za

zdravstvo med 1,1 % in 2,7 %. V Italiji so v istem obdobju premije za prostovoljno zdravstveno zavarovanje narasle bolj kot je narasla splošna raven cen, razlog za večji porast premij pa je bil v višjih administrativnih stroških in honorarjih izvajalcev zdravstvenih storitev (Mossialos, Thomson, 2004, str. 88).

Tretja direktiva o neživljenjskih zavarovanjih je odpravila državno (zaščiteno) ceno in kontrolo proizvodov in s tem omogočila tekmovalnost med ponudniki prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Tako so zavarovalnice, ki ponujajo dopolnilno in dodatno prostovoljno zdravstveno zavarovanje, proste pri oblikovanju svojih premij, medtem ko so zavarovalnice, ki ponujajo nadomestno prostovoljno zdravstveno zavarovanje, v večini primerov prisiljene določati premije na podlagi določenih regulativ v zvezi z višino premije in drugih pogojev (Mossialos, Thomson, 2004, str. 75).

2. UREDITEV PROSTOVOLJNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V POSAMEZNIH DRŽAVAH EVROPSKE UNIJE

Ta del prikazuje glavne značilnosti prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v izbranih državah EU. Pri tem je poudarek namenjen predvsem predstavitvi glavnih oblik prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v posamezni državi, izdatkom za prostovoljno zdravstveno zavarovanje, načinu oblikovanja premij za prostovoljno zdravstveno zavarovanje in posameznim zanimivostim s področja prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja.

2.1. PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V NEMČIJI

Nemčija ima dvovrstni sistem zdravstvenega zavarovanja, in sicer obvezno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Leta 2003 je bilo približno 88 % prebivalcev obvezno zdravstveno zavarovanih pri eni izmed zakonsko ustanovljenih bolniških blagajn. Obvezno zdravstveno zavarovanje velja za vse delavce in uslužbence, katerih osebni dohodek ne presega zakonsko določene meje, kmetovalce, umetnike in publiciste, brezposelne, študente, invalide, upokojence obveznih pokojninskih zavarovalnic in nezaposlene družinske člane zavarovancev (Stepan et al., 1999, str. 42).

Na področju prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja je prisotno tako nadomestno kot tudi dopolnilno in dodatno prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Ker je z vidika prihodkov od premij segment nadomestnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja več kot štirikrat večji od segmenta dodatnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, se bom v tem delu osredotočila le na nadomestno prostovoljno zdravstveno zavarovanje.

Med letoma 1975 in 2002 se je število oseb, ki so bile vključene v nadomestno zdravstveno zavarovanje, povečalo iz 4,2 milijona na 7,7 milijona oziroma iz 6,9 % na 9,3 % celotnega prebivalstva (Busse, Riesberg, 2004, str. 77). Nadomestno prostovoljno zdravstveno zavarovanje lahko sklenejo tri skupine prebivalcev (Busse, Riesberg, 2004, str. 78):

- delovno aktivni in upokojeni javni uslužbenci (npr. učitelji, profesorji, državni uradniki itd.), ki so izključeni iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Tem osebam povrne država najmanj 50 % stroškov zdravstvenih storitev, za ostali del pa se prostovoljno zdravstveno zavarujejo;
- samozaposlene osebe, ki so izključene iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (pri tem izključitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja ne velja za kmete);
- zaposlene osebe, ki imajo povprečni mesečni zaslužek nad zakonsko določeno ravnjo in zato zanje vključitev v obvezno zdravstveno zavarovanje ni obvezna. Takim osebam daje zakon možnost izbire, da ostanejo v nacionalni shemi oziroma v sistemu obveznega zdravstvenega zavarovanja ali da iz njega izstopijo in si zagotovijo nadomestno prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Za drugo možnost se v Nemčiji odloči le polovica zaposlenih in njihovih družinskih članov, večina pa jih ostane v sistemu obveznega zdravstvenega zavarovanja. Razlog za tako nizko število ljudi, ki pristopi k nadomestnemu prostovoljnemu zdravstvenemu zavarovanju, je v tem, da družinski člani niso avtomatično zavarovani po zaposlenih, kot to velja za obvezno zdravstveno zavarovanje (Thomson, Busse, Mossialos, 2002, str. 431). Za nadomestno prostovoljno zdravstveno zavarovanje se odločajo predvsem mladi, ker je premija za starejše osebe bistveno višja kot v zakonskem obveznem zdravstvenem zavarovanju.

Nadomestno prostovoljno zdravstveno zavarovanje nudi zavarovanim osebam praktično enake pravice kot javno zdravstveno zavarovanje. Zavarovane osebe imajo na podlagi sklenjene pogodbe pravico do zdravstvenih storitev (vključno s strokovno utemeljenim zdraviliškim zdravljenjem) ter do denarnih dajatev v času začasne zadržanosti z dela zaradi bolezni.

2.1.1. Izdatki za prostovoljno zdravstveno zavarovanje v Nemčiji

Nemčija spada v skupino držav, v katerih se porabi velika količina denarja za zdravstveno varstvo. Med letoma 1992 in 2002 so se celotni izdatki za zdravstveno varstvo povečali iz 9,9 % na 10,9 % BDP¹¹, kar Nemčijo uvršča na prvo mesto med državami EU. Glavni vir teh izdatkov se nanaša na z zakonom določeno obvezno zdravstveno zavarovanje, ki je leta 2002 predstavljalo 57 % celotnih izdatkov za zdravstvo. Javni izdatki za zdravstvo so leta 2002 predstavljali 8,6 % BDP, zasebni pa 2,3 % (Total expenditure on health, 2005).

¹¹ Bruto domači proizvod.

Zasebni viri financiranja zdravstvenega varstva (kamor spada tudi prostovoljno zdravstveno zavarovanje) zajemajo v Nemčiji približno eno četrtno celotnega zdravstvenega financiranja – leta 2002 so znašali 24,9 % celotnih izdatkov za zdravstvo. Od tega so zasebna gospodinjstva prispevala 12,2 % celotnih izdatkov za zdravstvo, delodajalci 4,1 %, ostalo pa so prispevala zasebna zdravstvena zavarovanja (Busse, Riesberg, 2004, str. 57). Kot je razvidno iz Tabele 1, so bili izdatki za prostovoljno zdravstveno zavarovanje po posameznih letih dokaj stabilni, leta 2002 pa so se le-ti nekoliko povečali. Eden izmed argumentov, s katerim lahko utemeljimo porast izdatkov za prostovoljno zdravstveno zavarovanje, je, da se stroški za zdravstvene storitve neprestano povečujejo. Na naraščajoče stroške zdravstvenih storitev vplivajo predvsem staranje prebivalstva, razvijanje nove in hkrati dražje zdravstvene tehnologije in metod zdravljenja, boljše plačano strokovno zdravstveno osebje, večja poraba zdravstvenih storitev, višji življenjski standard itd. Hkrati pa lahko iz Tabele 2 na str. 13 vidimo, da je bila v zahodnem delu Nemčije rast izdatkov za nadomestno prostovoljno zdravstveno zavarovanje na osebo v obdobju 1992–2002 večja od rasti izdatkov za obvezno zdravstveno zavarovanje. Za nemško nadomestno prostovoljno zdravstveno zavarovanje je namreč značilno, da morajo zavarovane osebe same plačati zdravstvene storitve in šele nato zahtevati od svojih zavarovalnic povračilo plačanega zneska. Pri tem pa lahko izvajalci zdravstvenih storitev nadomestno zavarovanim osebam zaračunajo višji znesek zdravstvenih storitev, kot je predpisan v ceniku o prostovoljnih zdravstvenih storitvah (Busse, Riesberg, 2004, str. 79).

Tabela 1: Prostovoljno zdravstveno zavarovanje (% celotnih izdatkov za zdravstvo) v obdobju 1999–2002

Leto	1999	2000	2001	2002
Izdatki za prostovoljno zdravstveno zavarovanje (v %)	8,3	8,2	8,2	8,6

Vir: Busse, Riesberg, 2004, str. 58.

Tabela 2: Povečanje izdatkov na osebo v zahodnem delu Nemčije v obdobju 1992–2002

	Nadomestno prostovoljno zdravstveno zavarovanje (v %)	Obvezno zdravstveno zavarovanje (v %)
Ambulantno zdravljenje¹²	+70	+24
Zobozdravstveno varstvo	+33	+6
Farmacevtski izdelki (za ambulate)	+84	+32
Bolnišnično zdravljenje¹³	+55	+33
Skupaj	+50	+36

Vir: Busse, Riesberg, 2004, str. 79.

2.1.2. Oblikovanje premij za (nadomestno) prostovoljno zdravstveno zavarovanje v Nemčiji

Premije za nadomestno zdravstveno zavarovanje v Nemčiji se oblikujejo glede na ocenjeno tveganje zavarovane osebe. V nemškem zasebnem zavarovanju so premije zavarovancev različne in odvisne od več dejavnikov. Med temi so pomembni (Toth, 2003, str. 307):

- obseg pravic, za katere se pogodita zavarovanec in zavarovalnica;
- starost zavarovanca ob vključitvi v zavarovanje, pri čemer velja načelo, da plačujejo višjo premijo osebe, ki so ob vstopu starejše. Poleg tega so v Nemčiji premije za nadomestno prostovoljno zdravstveno zavarovanje za mlade osebe nižje od prispevkov, ki bi jih morale plačevati za obvezno zdravstveno zavarovanje;
- spol: zaradi spoznanja, da so zdravstvena tveganja pri ženskah višja, plačujejo te tudi višje premije od moških iste starostne skupine;
- zdravstveno stanje zavarovanca ob vključitvi v zavarovanje.

Iz tega sledi, da je nemško nadomestno prostovoljno zdravstveno zavarovanje najmanj ugodno za starejše in bolne osebe. Vendar je tudi za njih lahko dokaj ugodno, če se zasebno zavarujejo v zgodnji mladosti. V tem primeru plačujejo nižjo premijo tudi, če se jim je zdravstveno stanje medtem poslabšalo. To jim omogoča način oblikovanja premij, ki vključujejo matematične rezervacije za starost. To pomeni, da zavarovalnice del premij, ki jih plačajo zavarovanci v mladih letih, privarčujejo za obdobje, ko bodo ti zavarovanci starejši in ko se bodo njihove potrebe po zdravstvenih storitvah bistveno povečale (Mossialos, Thomson, 2004, str. 57). Takšen način oblikovanja premij je možen, ker gre pri nemških nadomestnih prostovoljnih zdravstvenih zavarovanjih za dolgoročno oziroma

¹² Angl.: Out-patient care.

¹³ Angl.: In-patient care.

celo doživljenjska zavarovanja, premija pa se znotraj tega obdobja ne povečuje glede na starost.

2.1.3. Zanimivost s področja nemškega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja

V večini držav je zavarovanje za dolgotrajno nego vključeno v prostovoljno zdravstveno zavarovanje, v Nemčiji pa je od leta 1995 le-to vključeno v obvezno zdravstveno zavarovanje. Glede tega zavarovanja obstaja obveznost zavarovanja pri bolniških blagajnah za nego, ki so vključene v bolniške blagajne obveznega zavarovanja. Izjema velja le za tiste osebe, ki niso upravičene do obveznega zdravstvenega zavarovanja (npr. uradniki, samostojni podjetniki ter osebe, katerih osebni dohodek presega mejo obveznega zdravstvenega zavarovanja) (Klun, 2000, str. 31). Te osebe lahko sklenejo prostovoljno zdravstveno zavarovanje za dolgotrajno nego. Ta oblika zavarovanja predstavlja posebno obliko socialne varnosti namenjene osebam, ki živijo same, ostarelim, kronično bolnim in drugim osebam, ki niso sposobne poskrbeti same zase in potrebujejo tujo pomoč dalj časa ali kar do konca življenja. To zavarovanje ureja v Nemčiji poseben zakon, ki določa upravičence do nege ter pravice iz tega zavarovanja.

2.2. PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V AVSTRIJI

Avstrija je oblikovala sistem socialnega zdravstvenega zavarovanja, ki pa ima nekatere posebnosti. Skoraj vsi prebivalci (99 %) so sicer vključeni v obvezno zdravstveno zavarovanje, vendar pri različnih nosilcih socialnih zavarovanj, ki zagotavljajo pravice različnim skupinam zavarovancev in so iz različnih področij socialnega zavarovanja.

V tej državi se obvezno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje dopolnjujeta. Zavarovanim osebam ni potrebno izbirati med eno ali drugo obliko zdravstvenega zavarovanja, saj morajo biti skoraj vse skupine prebivalstva obvezno zdravstveno zavarovane, ne glede na višino njihovega dohodka. Poleg obveznega zdravstvenega zavarovanja ima vsaka oseba možnost skleniti tudi prostovoljno zdravstveno zavarovanje, ki predstavlja sredstvo za doseg višjega standarda zdravstvenih storitev, kot ga nudi obvezno zdravstveno zavarovanje (Private Health Insurance in OECD Countries: Compilation of National Reports, 2001, str. 11). Prostovoljno zdravstveno zavarovanje v Avstriji pomeni zavarovanje za posebni razred, ki ne pomeni širših pravic, ampak možnost, da zavarovanec uveljavlja boljši standard v primeru bolnišničnega zdravljenja, prosto izbiro specialista v tej bolnišnici in skrajšanje čakalnih dob za različne zdravniške preglede, terapije in operacije. Prosta izbira zdravnika specialista med bolnišničnim zdravljenjem je posebnost v avstrijskem zdravstvenem sistemu, saj je to v večini evropskih držav zakonska pravica brez posebnega zavarovanja. Boljši standard pomeni možnost

bivanja v enoposteljni sobi, udobnejšo opremo v sobi, neomejeno število ur obiskov, boljšo postrežbo in dodatno nego. V tem primeru je cena storitev višja od cen, ki veljajo v osnovnem razredu in ki jih poravnajo bolniške blagajne. Zavarovanje za posebni razred, ki ga umeščamo med dodatna prostovoljna zdravstvena zavarovanja, krije razliko med ceno osnovnega in posebnega razreda ter strošek dodatnega honorarja, ki ga zavarovalnice izplačajo izbranemu zdravniku specialistu. Zaradi velikih razlik med oskrbo bolnikov, ki imajo le osnovno zdravstveno zavarovanje, in tistimi s sklenjenim zavarovanjem za posebni razred, je število prostovoljno zdravstveno zavarovanih oseb precejšnje. Po podatkih OECD¹⁴ je bilo leta 2000 31,8 % celotnega prebivalstva prostovoljno zavarovanih za posebni razred. Drugih oblik prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Avstriji (skorajda) ni. Večina povpraševalcev po dodatnem prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju za posebni razred izhaja iz višjih dohodkovnih razredov. Dobro polovico letih predstavljajo samostojni podjetniki oziroma samozaposlene osebe, okrog 40 % pa je državnih uradnikov in redno zaposlenih uslužbencev (Mossialos, Thomson, 2004, str. 38). Razlike v obsegu prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja pa je mogoče opaziti tudi med posameznimi regijami. Največ povpraševanja po dodatnem prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju za posebni razred je v Carinthei (več kot 50 %), sledi Salzburg, medtem ko je povpraševanje v Burgenlandu le 17,5 %.

2.2.1. Izdatki za prostovoljno zdravstveno zavarovanje v Avstriji

Leta 2002 je Avstrija porabila 7,7 % BDP za zdravstveno varstvo, kar je manj kot povprečje držav EU (le-to je leta 2002 znašalo 9 %). Med letoma 1997 in 2002 so bili celotni izdatki za zdravstvo dokaj stabilni, čeprav se je delež javnih izdatkov za zdravstvo zmanjšal iz 5,8 % BDP leta 1995 na 5,4 % leta 2002. Zasebni izdatki za zdravstveno varstvo so leta 2002 narasli, njihovo rast pa lahko pripišemo predvsem rasti doplačil za zdravstvene storitve (Highlights on health: Austria, 2005). V tem obdobju so zasebni viri izdatkov za zdravstvo znašali 2,3 % BDP.

Leta 2001 so zasebni izdatki za zdravstvo predstavljali 30,7 % celotnih izdatkov za zdravstvo. Kot lahko vidimo iz Tabele 3 na str. 16, so med zasebnimi viri izdatkov za zdravstveno varstvo največji delež zavzemala neposredna plačila iz žepa, več kot 2,5-krat manjši delež pa so zavzemali izdatki za zasebno zdravstveno zavarovanje.

¹⁴ Organisation for Economic Co-operation and Development.

Tabela 3: Zasebni viri financiranja zdravstvenega varstva (% celotnih zasebnih izdatkov za zdravstvo), leto 2002

	Struktura zasebnih virov financiranja zdravstvenega varstva (v %)
Neposredna plačila iz žepa¹⁵	58,0
Zasebno zdravstveno zavarovanje	24,6
Ostali zasebni viri	17,4

Vir: Country Health Indicators, 2005.

Vedno več prebivalcev Avstrije se zaveda dejstva, da je zdravje najpomembnejša dobrina, hkrati pa zdravstveno varstvo predstavlja vedno večji strošek za posameznika. Premije za zdravstveno zavarovanje (tako za obvezno kot prostovoljno zdravstveno zavarovanje) iz leta v leto naraščajo, kar je posledica naraščajočih stroškov za zdravstvene storitve. Pri tem pa je delež izdatkov za prostovoljno zdravstveno zavarovanje v celotnih izdatkih za zdravstvo precej stabilen, kar prikazuje Tabela 4.

Tabela 4: Prostovoljno zdravstveno zavarovanje (% celotnih izdatkov za zdravstvo) v obdobju 1999–2002

Leto	1999	2000	2001	2002
Izdatki za prostovoljno zdravstveno zavarovanje (v %)	7,3	7,3	7,4	7,4

Vir: Private insurance – % total expenditure on health, 2005.

2.2.2. Oblikovanje premij za (dodatno) prostovoljno zdravstveno zavarovanje v Avstriji

Višina premij za dodatno prostovoljno zdravstveno zavarovanje za posebni razred je odvisna predvsem od spola in starosti zavarovanca ob vključitvi v zavarovanje ter obsega pravic oziroma koristi, ki jih skleneta zavarovanec in zavarovalnica.

V avstrijskem zdravstvenem sistemu je mogoče opaziti razlike med višino premij za dodatno zdravstveno zavarovanje za posebni razred predvsem glede na spol zavarovanca. Tako plačujejo ženske, stare do 55 let, približno tretjino več kot moški enake starosti, ki so sklenili zdravstveno zavarovanje za posebni razred v enakem obdobju (Mauerer, 2003, str. 1). Razlog razlik v višini premij med spoloma je predvsem v tem, da ženske povzročajo v povprečju višje stroške zdravstvenih storitev kot moški, saj moramo pri njih dodatno

¹⁵ Angl.: Out-of-pocket expenditures.

upoštevati še stroške zaradi nosečnosti in rojstva otrok, hkrati pa je njihova življenjska doba daljša (le-ta je leta 2002 znašala 73,5 let, medtem ko je pri moških znašala 69,3 leta). Poleg tega morajo zavarovalnice, ki izvajajo zdravstveno zavarovanje za posebni razred, oblikovati matematične rezervacije za starost, da bi na ta način preprečile povišanje premij v obdobju, ko bodo zavarovanci starejši in ko bodo njihove potrebe po zdravstvenih storitvah večje. Posledica tega dejstva pa je, da so premije za mlajše zavarovance višje kot je njihovo zdravstveno tveganje.

2.2.3. Zanimivost s področja avstrijskega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja

V Avstriji imajo nekateri strokovnjaki resne pomisleke o ustreznosti dodatnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja za posebni razred. Sporna se jim zdi zamisel, da bi bil zavarovanec, ki ga njegov osebni zdravnik napoti na bolnišnično zdravljenje, na tej ravni bolnik konkretnega izbranega zdravnika in ne bolnišnice, saj je na tej ravni prisotno in nujno timsko delo več zdravnikov. Poleg tega bolnik ni napoten h konkretnemu bolnišničnemu zdravniku, ampak v bolnišnico. Zato je vprašljiva utemeljenost izbranega zdravnika do posebnega honorarja, saj sam v bolnišnici ne more opraviti in zagotoviti vseh diagnostičnih, terapevtskih in negovalnih storitev, temveč mora imeti pri tem določene sodelavce. Poleg tega je bolnišnično zdravljenje mogoče le na osnovi napotitve osebnega zdravnika ali nujnosti primera. Bolnišnice pogosto zavrnejo osebe, pri katerih ne gre za nujno zdravljenje in nimajo sklenjenega dodatnega zdravstvenega zavarovanja. Nasploh je pri takih osebah vedno vprašljivo, kako bodo zdravniki ocenili stopnjo nujnosti zdravljenja. Zato se zaradi tega dodatnega zdravstvenega zavarovanja pojavljajo možnosti neupravičenega odklanjanja bolnikov ali pritisk na bolnike, da se dodatno zdravstveno zavarujejo. Še najmanj je razumljivo medsebojno povezovanje pravice do boljšega standarda med bivanjem v bolnišnici s prosto izbiro zdravnika, kar vpliva na višino obveznosti zavarovancev (premijo). V bistvu gre pri tem zavarovanju za sistem, s katerim se povečujejo honorarji zdravnikov, ki delajo v bolnišnicah (Toth, 2003, str. 304).

2.3. PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V FRANCiji

Podobno kot Avstrija in Nemčija spada tudi Francija v skupino držav z univerzalnim sistemom zdravstvenega varstva, kar pomeni, da je celotno prebivalstvo obvezno zdravstveno zavarovano. V Franciji poznajo tako nadomestno kot dodatno in dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje, vendar pa ima velika večina francoskega prebivalstva sklenjeno predvsem dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje, saj obvezno zdravstveno zavarovanje ne krije vseh stroškov zdravstvenih storitev.

Dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje v Franciji ni namenjeno preskakovanju čakalnih vrst v javnem sistemu zdravstvenega varstva ali pridobitvi dostopa do najboljšega ponudnika zdravstvenih storitev, kot je to značilno za Avstrijo. V nasprotju s tem je dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje namenjeno povračilu zdravstvenih stroškov in doplačil, ki so potrebna pri zdravstvenih storitvah, ki so izvzete ali le delno krite s strani obveznega zdravstvenega zavarovanja (Buchmueller, Couffinhal, 2004, str. 4). V bistvu gre za zavarovanje za kritje razlike med zneskom, ki ga krije obvezno zdravstveno zavarovanje in dejansko ceno storitev. Pri tem velja poudariti, da je višina zahtevanega doplačila odvisna od vrste zdravstvene storitve (od 20 % za bolnišnično zdravljenje pa do 65 % za lekarniške storitve).

Na francoskem zasebnem trgu zdravstvenega varstva lahko zasledimo tri različne vrste ponudnikov dopolnilnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Vzajemne zavarovalnice zavzemajo približno 60 % trga za dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje, preostalih 40 % trga pa si delijo zasebne bolniške blagajne in komercialne zavarovalnice. Vzajemne zavarovalnice poudarjajo pri svojem poslovanju predvsem načelo solidarnosti in enakih premij (pri tem je načelo enakih premij bolj značilno za skupinska zavarovanja kot za posameznike), medtem ko komercialne zavarovalnice poudarjajo predvsem cilj ustvarjati dobiček, premije pa so odvisne od zavarovančevega tveganja. Poleg tega se posamezne vrste ponudnikov prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja razlikujejo med seboj tudi po značilnostih svojih zavarovancev. Tako so zavarovanci vzajemnih zavarovalnic predvsem ženske in starejše osebe ter osebe, ki so zaposlene v pisarnah. Kmetje in samozaposleni strokovnjaki se večinoma raje odločajo za komercialne zavarovalnice, medtem ko se nekvalificirani delavci in managerji pogosteje odločajo za zasebne bolniške blagajne.

Leta 2000 je bilo 86 % prebivalstva dopolnilno zdravstveno zavarovanih za doplačila. Istega leta je stopil v veljavo nov program CMU¹⁶ (univerzalno zdravstveno kritje), ki je priskrbel brezplačno dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje za doplačila za osebe z nizkimi dohodki (mesečno naj bi ti dohodki znašali manj kot 550 EUR na osebo¹⁷), hkrati pa omogočil dosegljivost obveznega zdravstvenega zavarovanja vsem rezidentom Francije. Razlog uvedbe CMU je v dejstvu, da se tudi osebam z nizkimi osebnimi dohodki omogoči dosegljivost dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja in da se na ta način zmanjšajo finančne ovire za vstop v prostovoljno zdravstveno zavarovanje (Couffinhal, Paris, 2003, str. 6). Tako se je število dopolnilno zavarovanih oseb za doplačila povečalo za 7,2 %, kar skupno predstavlja več kot 90 % prebivalstva z dopolnilnim prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem za doplačila (Polton, 2004, str. 4). Največji delež med dopolnilno zdravstveno zavarovanimi osebami predstavljajo zaposlene in upokojene osebe, medtem ko je ta delež med nezaposlenimi osebami nižji. Poleg tega je

¹⁶ Couverture Maladie Universelle.

¹⁷ Sandier, Paris, Polton, 2004, str. 44.

povpraševanje po dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju višje pri managerjih in osebah z visoko stopnjo izobrazbe kot pri osebah z nizko stopnjo izobrazbe.

2.3.1. Izdatki za prostovoljno zdravstveno zavarovanje v Franciji

Celotni izdatki za zdravstveno varstvo so leta 2002 znašali 9,7 % BDP, kar je za 0,7 odstotne točke nad povprečjem držav EU. Leta 2003 se je delež BDP, ki je bil namenjen zdravstvenemu varstvu, povečal na 10,1 %. Tako se je Francija uvrstila v krog vodilnih držav EU glede na delež BDP, ki ga namenja zdravstvenemu varstvu. Razlog za tako visok delež BDP, namenjenega zdravstvenemu varstvu, lahko vsekakor povežemo tudi z uvedbo CMU, ki je omogočil dosegljivost obveznega zdravstvenega zavarovanja vsem prebivalcem Francije in ki je dohodkovno najšibkejšim osebam zagotovil brezplačno dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Leta 2002 so javni izdatki za zdravstveno varstvo zavzemali 7,4 %, zasebni pa 2,3 % BDP. Leta 2002 je socialno zdravstveno zavarovanje prispevalo 73,3 % k celotnim izdatkom za zdravstveno varstvo, prostovoljno zdravstveno zavarovanje 13,2 %, neposredna plačila iz žepa 9,8 % in državni davki 3,7 %, kar je skupno predstavljalo 77 % javnih in 23 % zasebnih izdatkov za zdravstveno varstvo (Highlights on health: France, 2005). Znotraj držav OECD se tako Francija uvršča na tretje mesto glede na delež izdatkov zasebnega zdravstvenega zavarovanja v celotnih izdatkih za zdravstvo. Zasebni izdatki za zdravstveno varstvo zavzemajo približno četrtno celotnih izdatkov za zdravstvo, med njimi pa igra najpomembnejšo vlogo prostovoljno (dopolnilno) zdravstveno zavarovanje.

Kot je razvidno iz Tabele 5 na str. 20, igra dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje za doplačila najpomembnejšo vlogo pri financiranju zobozdravstvenih storitev in drugih zdravstvenih dobrin. Kategorija »Druge zdravstvene dobrine« vključuje zdravstvene pripomočke, kot so npr. očala in nezobne proteze. Pri nakupu teh dobrin povrne obvezno zdravstveno zavarovanje le zelo majhen del stroškov, zato je za tovrstne dobrine bolje skleniti dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje za doplačila. Tako npr. obvezno zdravstveno zavarovanje za nakup očal malokdaj povrne več kot 15 EUR, čeprav je povprečna cena očal 300 EUR. V primeru nakupa kontaktnih leč obvezno zdravstveno zavarovanje največkrat ne povrne nobenih stroškov, zato je v teh primerih sklenitev dopolnilnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja za doplačila nujna. Delež javnih izdatkov v celotnih izdatkih za zdravstvo je najnižji pri financiranju zobozdravstvenih storitev, medtem ko je delež dopolnilnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja za doplačila v tej kategoriji največji in celo nekoliko višji od deleža javnih izdatkov v celotnih izdatkih za zdravstveno varstvo.

Tabela 5: Viri financiranja različnih zdravstvenih storitev (% celotnih izdatkov za zdravstvo), leto 2002

	Bolni- šnično zdrav- ljenje	Farmacevtski izdelki	Zdravniške storitve	Druge zdravstvene dobrine	Zobozdravstvene storitve
Javni viri	92,0	65,3	71,8	44,8	34,8
Dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje (za doplačila)	4,2	17,6	20,2	25,4	35,2
Zasebna gospodinj- stva	3,7	17,1	8,0	29,8	30,0
Skupaj	100	100	100	100	100

Vir: Buchmueller, Couffinhal, 2004, str. 12.

2.3.2. Oblikovanje premij za (dopolnilno) prostovoljno zdravstveno zavarovanje v Franciji

Višina premij za dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje je odvisna predvsem od vrste ponudnika dopolnilnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja (komercialne zavarovalnice, vzajemne zavarovalnice, zasebne bolniške blagajne) in od vrste zavarovalne police (skupinska ali individualna).

Pri komercialnih zavarovalnicah so premije za posameznike odvisne od starosti zavarovanca ob sklenitvi dopolnilnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja in včasih tudi od zavarovančevega dosedanjega zdravstvenega stanja. V nasprotju s tem so vzajemne zavarovalnice na začetku svojega delovanja najprej postavljale enotno premijo za vse svoje zavarovance, ne glede na posameznikovo stopnjo tveganja. Zaradi vse večje konkurence med ponudniki dopolnilnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, so vzajemne zavarovalnice začele oblikovati svoje premije po podobnih principih kot so to že delale komercialne zavarovalnice. Danes tudi vzajemne zavarovalnice oblikujejo premije za svoje zavarovance na podlagi starosti zavarovanca ob sklenitvi dopolnilnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, vendar pa pri tem uporabljajo manj starostnih razredov kot komercialne zavarovalnice. Poleg tega pri oblikovanju premij ne upoštevajo drugih značilnosti zavarovancev, kot npr. spol in zdravstveno stanje zavarovancev, kar komercialne zavarovalnice upoštevajo (Buchmueller, Couffinhal, 2004, str. 21). Zasebne

bolniške blagajne pa najpogosteje prodajajo skupinske zdravstvene police, pri čemer je premija enaka za vse zavarovance v skupini.

2.3.3. Zanimivost s področja francoskega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja

V okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja je mogoče opaziti, da ljudje, ki ob uveljavljanju zahtev po zdravstvenih storitvah ne prispevajo ničesar iz lastnih sredstev, te koristijo v večjem obsegu kot ostali zavarovanci. Ta pojav, ki ga imenujemo tudi »moralno tveganje¹⁸«, so poskušali zajeziiti s posebnimi ukrepi. Tako so morali zavarovanci (že v okviru rednega zavarovanja) plačati stroške za opravljene zdravstvene storitve pri zdravniku (ali v bolnišnici) sami, nakar so z računom uveljavljali zahtevek za povračilo stroškov pri svoji zavarovalnici. Ta jim je povrnila le določen znesek oziroma odstotek plačanega zneska, kar naj bi delovalo zaviralno na povpraševanje zavarovancev po zdravstvenih storitvah. Kmalu se je pokazalo, da takšna ureditev ne daje pravih učinkov, saj ni racionalizirala povpraševanja po zdravstvenih storitvah. Zato so uvedli dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje za doplačila oziroma posebno zavarovanje za kritje razlike med zneskom, ki ga krije obvezno zdravstveno zavarovanje, in dejansko ceno storitev. Tudi to zavarovanje ni krilo celotne razlike v ceni, ob čemer se je povpraševanje prebivalstva in stroški zdravstvenega zavarovanja še naprej povečevali. Tako spada Francija v skupino držav, ki namenjajo zelo visok delež ustvarjenega BDP za zdravstveno varstvo. Francoska praksa kaže na to, da omejevanje zneska, ki ga zagotavlja zavarovancu obvezno zdravstveno zavarovanje ali tudi vzajemnostni sistem, ne vpliva bistveno ali vsaj ne na dolgi rok na zmanjšanje povpraševanja prebivalstva po zdravstvenih storitvah, ampak le na prerazdelitev virov njihovega financiranja (Toth, 1998, str. 37).

2.4. PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V BELGIJI

V Belgiji so obvezno zdravstveno zavarovani vsi zaposleni in z njimi izenačene osebe, upokojenci, vdove in vdovci, revni, nezaposlene osebe, telesno in duševno prizadete osebe, študentje in še nekatere ožje skupine, opredeljene z zakonom. V obvezno zdravstveno zavarovanje je vključeno praktično vso prebivalstvo, zavarovanci pa imajo možnost izbirati med bolniškimi blagajnami. Uveljavljanje pravic je povezano s plačilom določenega minimalnega prispevka v preteklem letu, zaposleni pa morajo izkazati, da so v zadnjih šestih mesecih delali vsaj 120 delovnih dni. Zavarovanci imajo pravico do proste izbire zdravnika in specialistov.

Poleg obveznega imajo v Belgiji tudi prostovoljno zdravstveno zavarovanje, vendar je njegova vloga pri financiranju celotnega zdravstvenega sistema majhna. V Belgiji poznajo

¹⁸ Angl.: Moral hazard.

tako dopolnilno kot tudi dodatno (za posebno udobje v bolnišnici) in nadomestno prostovoljno zdravstveno zavarovanje (za samozaposlene osebe).

Med vsemi prostovoljno zdravstveno zavarovanimi osebami je največ oseb dopolnilno zdravstveno zavarovanih, njihov delež pa znaša med 30 in 50 % celotnega prebivalstva. Predmet dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja je kritje stroškov storitev, ki jih obvezno zdravstveno zavarovanje ne zagotavlja, kot so npr. določene oblike zdraviliškega zdravljenja, nenujni prevozi pacientov ali dodatna nadomestila v času začasne ali trajne nezmožnosti za delo iz bolezenskih razlogov in nekatere druge storitve. Dopolnilno zdravstveno zavarovanje je v Belgiji pomembno predvsem zato, ker krije tudi stroške doplačil za zdravstvene storitve in za bolnišnično zdravljenje. Pri doplačilih so zavarovanci razdeljeni v dve skupini. V prvi so delojemalci oziroma zaposleni, v drugi pa socialno šibke osebe, invalidi, upokojenci, vdove in vdovci. Prva skupina ima višja doplačila od druge, pri kateri so zavarovanci za določene cenejše storitve povsem oproščeni doplačil. Doplačila so predpisana v odstotnem deležu od zdravnikovega honorarja (pri ambulantni obravnavi) za zdravila, za fizioterapijo, zobozdravstvene storitve in za bolnišnično zdravljenje (Toth, 2003, str. 171).

Poleg dopolnilnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja se v tej državi pogosto omenja tudi nadomestno prostovoljno zdravstveno zavarovanje, ki je zelo pomembno za samozaposlene osebe, saj tem osebam obvezno zdravstveno zavarovanje krije le največja tveganja. To so največkrat bolnišnične storitve. Za kritje manjših tveganj pa so te osebe izključene iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, zato se morajo za ta del zdravstvenih storitev prostovoljno zdravstveno zavarovati. Nadomestno prostovoljno zdravstveno zavarovanje tako nudi samozaposlenim osebam kritje stroškov ambulantnega zdravljenja, zdravil, medicinske oskrbe, fizioterapij, zobozdravstvenih storitev in manjših operacij (Mossialos, Thomson, 2004, str. 53). Samozaposlene osebe predstavljajo 9,5 % celotnega prebivalstva Belgije. Leta 2000 je bilo izmed vseh samozaposlenih oseb približno 85 % nadomestno prostovoljno zdravstveno zavarovanih, kar znaša skupaj približno 8 % celotnega prebivalstva Belgije.

2.4.1. Izdatki za prostovoljno zdravstveno zavarovanje v Belgiji

Glavnino prihodkov za financiranje belgijskega zdravstvenega varstva predstavljajo prispevki delodajalcev, delojemalcev in samozaposlenih oseb, ki so zavarovani pri eni izmed vzajemnih zavarovalnic ali pri kakšni pomožni bolniški blagajni. Za uresničevanje programa zdravstvenega varstva prispeva precejšen znesek denarja država. Ta financira, s 95 odstotki, stroške zdravljenja »socialnih bolezni«, med katere štejejo otroško paralizo, duševne bolezni, raka, tuberkulozo, zdravljenje prizadetih oseb in nekatere druge. Poleg tega dobijo zavarovalnice od države denarna sredstva za zavarovanje nezaposlenih in 80 % prispevka, ki bi ga morali plačati upokojenci. Prav tako prejemajo dodatke k prispevkom

za invalide, vdove in socialno ogrožene osebe ter del davkov, zbranih od davkov na tobačne izdelke. Tako so državna proračunska sredstva visoko udeležena pri financiranju belgijskega zdravstvenega varstva, saj dosegajo več kot tretjino vseh stroškov zavarovanja (Toth, 2003, str. 171).

Rast izdatkov za zdravstveno varstvo je bila v Belgiji relativno visoka. Celotni izdatki za zdravstveno varstvo so leta 1980 znašali 6,4 % BDP, leta 2002 pa so le-ti narasli na 9,1 % BDP, kar je za 0,1 odstotne točke več kot povprečje držav EU v istem obdobju. Pri tem so javni izdatki za zdravstveno varstvo zavzemali 6,5 %, zasebni pa 2,6 % BDP (Schokkaert, Van de Voorde, 2005, str. 5).

Iz povedanega sledi, da je glavni vir financiranja belgijskega zdravstvenega varstva javni sektor, ki je leta 2002 predstavljal 71,2 % celotnih virov financiranja, medtem ko je zasebni sektor predstavljal 28,8 % (Country Health Indicators, 2005a). Kot lahko razberemo iz Tabele 6 na str. 24, zavzemajo med zasebnimi viri financiranja najpomembnejšo vlogo neposredna plačila iz žepa, medtem ko je pomen prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja pri financiranju celotnega zdravstvenega varstva majhen. Leta 2002 so neposredna plačila iz žepa zavzemala 86,3 % celotnih zasebnih virov financiranja belgijskega zdravstvenega varstva. Cilj visokih neposrednih plačil iz žepa je predvsem zmanjšati javne izdatke za zdravstveno varstvo, ki so v Belgiji zelo visoki, saj je vedno več dragih zdravstvenih storitev vključenih v sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja (Schokkaert, Van de Voorde, 2005, str. 5). V belgijskem socialnem zdravstvenem zavarovanju so cene za opravljene zdravstvene storitve uradno določene, pri čemer del te cene krijejo bolniške blagajne, ostali del cene v obliki doplačil pa krijejo pacienti iz lastnega žepa ali se proti tem doplačilom dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarujejo. Ker so izvajalci zdravstvenih storitev pri svojih odločitvah popolnoma svobodni in ker uporaba raznih dodatkov pri zdravstvenih storitvah samo povečuje njihovo ceno, lahko zdravniki za svoje zdravstvene storitve zaračunajo višjo ceno od uradno določene (Coudre, 2004, str. 1). Tako je lahko zdravnikova cena tudi do 10-krat višja od uradno določene. Pri tem pa morajo pacienti velik del stroškov kriti iz lastnega žepa, saj dopolnilno zdravstveno zavarovanje za doplačila ne krije doplačil nad uradno določeno ceno. Visoka neposredna doplačila bi tako morala vplivati na zmanjšanje izdatkov za zdravstvo, vendar pa v belgijskem zdravstvenem sistemu ni tako, saj Belgija kljub temu namenja velik delež svojega BDP zdravstvenemu varstvu.

Tabela 6: Zasebni viri financiranja zdravstvenega varstva (% celotnih izdatkov za zdravstvo), leto 1995, 1996 in 2000

	1995	1996	2000
Prostovoljno zdravstveno zavarovanje	1,9	2,0	1,96
Neposredna plačila iz žepa	9,4	9,2	—*

—* ni podatka

Vir: Mossialos, Thomson, 2004, str. 31.

2.4.2. Oblikovanje premij za (nadomestno) prostovoljno zdravstveno zavarovanje v Belgiji

Vzajemne zavarovalnice, ki nudijo samozaposlenim osebam nadomestno prostovoljno zdravstveno zavarovanje, so deležne subvencij s strani države, medtem ko komercialne zavarovalnice, ki ravno tako nudijo nadomestno prostovoljno zdravstveno zavarovanje, te pomoči niso deležne. Omenjena diskriminacija med različnimi tipi ponudnikov prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja je neskladna s Tretjo direktivo o neživljenjskih zavarovanjih. Tovrstna državna pomoč naj bi olajšala dostop samozaposlenih oseb do nadomestnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Pri tem lahko različne vzajemne zavarovalnice zaračunajo svojim zavarovancem različne premije. Višina premije za nadomestno prostovoljno zdravstveno zavarovanje je odvisna od različnih faktorjev, kot npr. starosti zavarovanca, velikosti zavarovančevega gospodinjstva, števila družinskih članov, zaposlitve in števila let zaposlitve. Zaradi teh faktorjev se lahko premije med posameznimi zavarovanci razlikujejo, kot npr. (Mossialos, Thomson, 2002, str. 47):

- premije za neporočenega zavarovanca, starega 25 let, ki je zavarovan od svojega 20-ega leta, se gibljejo med 17 EUR in 59 EUR na mesec;
- premije za osebo, ki vzdržuje tričlansko družino in ki je zavarovana od svojega 20-ega leta, se gibljejo med 33 EUR in 84 EUR na mesec;
- premije za upokojeno, 70 let staro osebo, ki vzdržuje sebe in soprogo/a in ki je zavarovana od svojega 40-ega leta starosti, se gibljejo med 33 EUR in 89 EUR na mesec.

Tudi za ostale oblike prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja (dodatno in dopolnilno zdravstveno zavarovanje za doplačila) se premije določajo predvsem na podlagi tveganja, ki mu je posameznik izpostavljen (starost, spol, obseg pravic, za katere se pogodita zavarovanec in zavarovalnica, območje bivanja (pri čemer plačujejo višjo premijo tisti, ki živijo v območju Bruslja) itd.). Čeprav lahko nekatere vzajemne zavarovalnice pri tovrstnih prostovoljnih zdravstvenih zavarovanjih postavijo enotno premijo za vse svoje zavarovance, pa na splošno velja načelo, da vzajemne zavarovalnice pri oblikovanju svojih premij upoštevajo bistveno manj spremenljivk tveganja kot komercialne zavarovalnice (Mossialos, Thomson, 2004, str. 77).

2.4.3. Zanimivost s področja belgijskega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja

Na področju belgijskega zdravstvenega zavarovanja zavarovanci sami izbirajo med različnimi bolniškimi blagajnami, med katerimi je zadnje čase veliko zanimanja vzbudila *Christian bolniška blagajna*, ki je uvedla tako imenovano *Hospi solidaire*. Pri tem gre za dopolnilno zdravstveno zavarovanje za kritje doplačil v primeru bolnišničnega zdravljenja, pri čemer je poudarek namenjen predvsem kritju stroškov doplačil nastanitve v dvoposteljni bolnišnični sobi (Gres, Okma, Wasem, 2002, str. 19). Čeprav *Hospi solidaire* ni del pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, pa mora vsak zavarovanec, ki prostovoljno izbere to vrsto bolniške blagajne, poleg obveznega skleniti tudi dopolnilno zdravstveno zavarovanje za kritje doplačil nastanitve v dvoposteljni bolnišnični sobi. Na ta način naj bi večjemu številu prebivalstva olajšali dostop do dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja za doplačila.

2.5. PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V VELIKI BRITANIJ

Zdravstveno varstvo Velike Britanije je doživelo pomembno prelomnico leta 1948, ko je država ustanovila Nacionalno zdravstveno službo (v nadaljevanju NHS¹⁹). Tako je zdravstveno varstvo Velike Britanije povsem državno vodeno in upravljan.

NHS zagotavlja univerzalno kritje stroškov za vse zdravstvene storitve za državljane Velike Britanije (Stepan et al., 1999, str. 86). Od ustanovitve NHS naprej je glavni vir financiranja angleškega sistema zdravstvenega varstva določena vsota denarnih sredstev iz proračuna oziroma iz davkov. Uvedba NHS je s sabo prinesla tudi določene probleme. Predvsem se je pokazalo, da je za takšno zdravstveno varstvo na voljo premalo sredstev. Velika Britanija namreč namenja področju zdravstvenega varstva sorazmerno nizek delež BDP. Pokazale so se velike razlike v oskrbljenosti prebivalstva z zdravstvenimi zmogljivostmi med posameznimi območji. Dve- in večletne čakalne dobe za določene specialistične posege niso redkost.

Rezultat pomanjkanja sredstev NHS je bilo širjenje prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. V Veliki Britaniji se je tako razvilo vzporedno zdravstveno zavarovanje, ki ponuja zavarovancem kritje stroškov za storitve, za katere bi posameznik v NHS moral čakati več mesecev ali let. Vzporedno prostovoljno zdravstveno zavarovanje tako krije iste storitve kot NHS, vendar brez čakalne dobe (Toth, 2003, str. 153). Zavarovanci si na ta način ne pridobijo večjih pravic ali boljšega standarda storitev, temveč le možnost, da bodo deležni določenih zdravstvenih preiskav in posegov mnogo prej, kot bi jih glede na čakalne liste, ki veljajo v NHS. Pri tem zdravstvenem zavarovanju gre za različne možnosti kritja,

¹⁹ National Health Service.

od celotnih stroškov do delnega kritja stroškov v specialistični ambulanti in bolnišnični dejavnosti, ali tudi za nekatere druge storitve. V okviru tega zavarovanja ljudje največ povprašujejo po zavarovanju za kritje specialističnih (ambulantnih in bolnišničnih) ter zobozdravstvenih storitev. Vzporedno prostovoljno zdravstveno zavarovanje v Veliki Britaniji je namenjeno kritju stroškov zdravljenja ozdravljivih, kratkoročnih bolezni ali poškodb. Tovrstno zavarovanje ne krije stroškov zdravljenja kroničnih bolezni ter bolezni, ki jih je posameznik imel pred vstopom v prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Poleg vzporednega poznajo v Veliki Britaniji v majhni meri tudi dodatno zdravstveno zavarovanje.

Leta 2001 je bilo 11,5 % prebivalcev Velike Britanije vzporedno prostovoljno zdravstveno zavarovanih. Razlog za dokaj majhno število vzporedno zdravstveno zavarovanih oseb gre iskati v dejstvu, da je celotno prebivalstvo Velike Britanije zavarovano pri NHS ter da se ljudje vzporedno prostovoljno zdravstveno zavarujejo šele, ko se srečajo s čakalno dobo. Med letoma 1990 in 2001 je število oseb, za katere je prostovoljno (vzporedno) zdravstveno zavarovanje plačeval njihov delodajalec, naraslo za približno 23 %, medtem ko je v istem obdobju število oseb, ki so si same plačevale prostovoljno zdravstveno zavarovanje, upadlo za približno 6 %. Leta 2001 je bilo tako med vsemi prostovoljno (vzporedno) zavarovanimi osebami 66,5 % takih, za katere je prostovoljno zdravstveno zavarovanje plačeval njihov delodajalec (The determinants of private medical insurance prevalence in England, 2006). Večina povpraševalcev po vzporednem zdravstvenem zavarovanju izhaja iz višjih dohodkovnih razredov, in sicer so to predvsem intelektualci srednjih let, delodajalci in managerji v Londonu in v južnih regijah (Mossialos et al., 2002, str. 136).

Naj pri tem omenim še nekaj besed o trenutnih razpravah o reformi NHS. Velika Britanija namenja sorazmerno majhen delež sredstev za zdravstveno varstvo, kar se odraža v zastareli zdravstveni tehnologiji, nezadostnemu številu izvajalcev zdravstvenih storitev, majhnemu številu bolnišnic in bolnišničnih postelj, nizki kakovosti zdravstvenih storitev itd. Vse to povzroča dolge čakalne dobe za posamezne zdravstvene posege in nezadovoljstvo med povpraševalci po zdravstvenih storitvah. Reforma NHS naj bi tako do leta 2010 odpravila omenjene pomanjkljivosti in zadovoljila predvsem potrebe svojih povpraševalcev. Izdatki NHS za zdravstveno varstvo so se od leta 1997 skoraj podvojili, v prihodnjih letih bi njihovo rast nekoliko upočasnili, in sicer naj bi od leta 2006 do leta 2008 naraščali po 4,5-odstotni letni stopnji, po letu 2008 pa po 2-odstotni letni stopnji (Bosanquet, de Zoete, Beuhler, 2005, str. 7). Reforma NHS naj bi prvič vpeljala tudi sodelovanje med NHS in zasebnim sektorjem zdravstvenih storitev. Tako naj bi zasebni sektor zdravstvenih storitev investiral v gradnjo novih bolnišnic, v katerih bi NHS izvajala svoje zdravstvene storitve. V zameno za najem bolnišničnih prostorov in zdravstvene opreme bi NHS plačevala zasebnemu sektorju ustrezno denarno nadomestilo. Tako bi NHS posredno vplivala na povečanje števila zdravstvenih zmogljivosti (gradnja novih bolnišnic, zdravstvenih centrov, ambulant, večje število postelj v bolnišnicah), povečanje števila

izvajalcev zdravstvenih storitev (zdravnikov, specialistov, bolniških sester, terapevtov), uvedbo moderne zdravstvene tehnologije (velik poudarek je namenjen izboljšanju tehnologije za zdravljenje raka in srčnih obolenj), izboljšanju kvalitete zdravstvenih storitev itd. Z omenjenimi izboljšavami na področju zdravstvenega varstva bi vsekakor drastično skrajšali čakalne dobe v okviru NHS (čakalne dobe za ambulantno zdravljenje bi trajale največ tri mesece, za bolnišnično zdravljenje pa največ šest mesecev²⁰), povečali ponudbo in kakovost zdravstvenih storitev, povečali zadovoljstvo med povpraševalci po zdravstvenih storitvah itd. Omenjena reforma predstavlja za zasebni trg zdravstvenega varstva priložnost v smislu večjega sodelovanja z NHS ter možnost razvoja dodatnih zdravstvenih storitev, po drugi strani pa bi omenjena reforma zaradi skrajšanja čakalnih dob v okviru NHS in ostalih izboljšav upočasnila nadaljnjo rast vzporednih prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj.

2.5.1. Izdatki za prostovoljno zdravstveno zavarovanje v Veliki Britaniji

Daleč največji delež britanskih izdatkov za zdravstveno varstvo financira NHS, ki je leta 2002 predstavljala 15,8 % celotnih državnih izdatkov. Istega leta so celotni izdatki za zdravstveno varstvo znašali 7,7 % BDP, kar je za več kot eno odstotno točko nižje od povprečja držav EU (le-to je leta 2002 znašalo 9 %). Pri tem so javni izdatki za zdravstvo predstavljali 6,4 %, zasebni pa 1,3 % BDP. Iz povedanega sledi, da je glavni vir financiranja angleškega zdravstvenega varstva javni sektor, ki je leta 2002 predstavljal 83,4 % celotnega zdravstvenega financiranja (How does the United Kingdom Compare, 2005).

Na drugi strani imamo zasebni sektor, čigar izdatki za zdravstveno varstvo so leta 2002 znašali 16,6 % celotnih izdatkov za zdravstvo. Zasebne vire financiranja zdravstvenega varstva lahko razdelimo na neposredna plačila iz žepa in na zasebno zdravstveno zavarovanje. Leta 2000 so izdatki za prostovoljno zdravstveno zavarovanje znašali 3,2 % celotnih izdatkov za zdravstveno varstvo. Iz Tabele 7 na str. 28 vidimo, da so neposredna plačila iz žepa glavni zasebni vir financiranja zdravstvenega varstva Velike Britanije. Vzrok za to je v dejstvu, da je sorazmerno malo ljudi prostovoljno (vzporedno) zdravstveno zavarovanih, saj so premije za tovrstno zavarovanje dokaj visoke, poleg tega pa se ljudje odločijo za prostovoljno (vzporedno) zdravstveno zavarovanje šele takrat, ko so soočeni z dolgo čakalno listo za posamezen zdravstveni poseg.

²⁰ The NHS Plan, 2000, str. 101–105.

Tabela 7: Zasebni viri financiranja zdravstvenega varstva (% celotnih zasebnih izdatkov za zdravstvo) v obdobju 1997–2002

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Neposredna plačila iz žepa	53,5	55,1	54,7	55	55,3	55,9
Zasebno (vzporedno) zdravstveno zavarovanje	32,9	24,5	—*	—*	—*	24,3
Ostali zasebni viri	13,6	20,4	—*	—*	—*	19,8

—* ni podatka

Vir: United Kingdom, 2005.

V obdobju 2000–2004 je zasebni trg zdravstvenega varstva naraščal. Med letoma 2002 in 2003 je narasel za 6 %, proti koncu tega obdobja pa se je aktivnost na trgu prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj nekoliko upočasnila, in sicer zaradi negotovih ekonomskih razmer in naraščanja obrestnih mer. To naj bi kratkoročno negativno vplivalo tako na neposredna plačila iz žepa kot tudi na izdatke za prostovoljno zdravstveno zavarovanje s strani posameznikov in podjetij. Strokovnjaki napovedujejo realno rast zasebnega trga zdravstvenega varstva v obdobju 2004–2009, čeprav je to v veliki meri odvisno tudi od aktivnosti NHS. Izdatki NHS za zasebni sektor zdravstvenega varstva naj bi v tem obdobju narasli (zaradi omenjene reforme NHS), poleg tega pa naj bi bile zasebne zdravstvene zmogljivosti zaradi vedno večje konkurence prisiljene zmanjšati stroške poslovanja, kar bi pozitivno vplivalo na zasebni trg zdravstvenega varstva. Med letoma 2004 in 2009 se tako pričakuje 5 % rast zasebnih izdatkov za zdravstveno varstvo (UK Private Healthcare Market Research Report, 2005).

Vsekakor se skozi reformo NHS odpira vrsta možnosti sodelovanja med NHS in zasebnim sektorjem zdravstvenega varstva, kar bi pozitivno vplivalo na razvoj zasebnega trga. Storitve, ki jih je do pred kratkim v glavnem ponujala le NHS (npr. primarne zdravstvene storitve), bodo v večji meri dosegljive tudi zasebnim izvajalcem zdravstvenih storitev. Rast vzporednih zdravstvenih zavarovanj se bo zaradi omenjene reforme NHS vsekakor upočasnila, zato bi lahko v okviru prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj večji poudarek namenili ponudbi zdravstvenih storitev, ki jih NHS ne ponuja, in razvoju ostalih oblik prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja (npr. dodatnega zdravstvenega zavarovanja).

2.5.2. Oblikovanje premij za (vzporedno) prostovoljno zdravstveno zavarovanje v Veliki Britaniji

V Veliki Britaniji je eden izmed glavnih faktorjev, ki vpliva na oblikovanje premij za vzporedno prostovoljno zdravstveno zavarovanje, starost zavarovanca ob sklenitvi zavarovanja. Starejši zavarovanci pogosteje potrebujejo zdravstveno oskrbo in pomoč kot mlajši zavarovanci, kar povečuje njihove zdravstvene stroške, zato so tudi njihove premije

za vzporedno prostovoljno zdravstveno zavarovanje ustrezno višje. Tako morajo zavarovanci, ki so ob sklenitvi vzporednega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja stari 45 let, plačati približno 25 % višjo premijo kot zavarovanci stari 35 let, medtem ko morajo zavarovanci stari 65 let plačati več kot dvakrat višjo premijo kot zavarovanci stari 45 let (Are you buying private medical insurance, 2003, str. 7). Poleg starosti zavarovanca vpliva na višino premije za vzporedno prostovoljno zdravstveno zavarovanje tudi obseg pravic, za katere se pogodita zavarovanec in zavarovalnica (npr. ali prostovoljno zdravstveno zavarovanje krije le stroške bolnišničnega zdravljenja ali tudi stroške ambulantnega zdravljenja, ali se pri bolnišničnem zdravljenju zadovoljimo z zdravljenjem v katerikoli bolnišnici ali si bolnišnico izberemo sami, ali si želimo imeti dodatno udobje pri bolnišničnem zdravljenju ali ne itd.).

2.5.3. Zanimivost s področja britanskega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja

Storitve iz vzporednega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja opravljajo zavarovancem bolnišnice in druge zdravstvene ustanove Nacionalne zdravstvene službe ali zasebne ustanove. Takšno zavarovanje je mogoče le, če je v državi na voljo dovolj zmogljivosti, ki lahko opravijo vse storitve, za katere se ljudje vzporedno zavarujejo. V državi, kjer tega ne bi imeli, se takšno zavarovanje ne bi obneslo ali pa bi vzporedno zdravstveno zavarovanje ogrozilo javno oziroma obvezno zdravstveno zavarovanje. Posebnost zdravstvenega varstva Velike Britanije je namreč sorazmerno majhno število bolnišnic, bolnišničnih postelj in kvalificiranih zdravnikov, velike razlike v oskrbljenosti prebivalstva z zdravstvenimi zmogljivostmi med posameznimi območji, kar povzroča dolge čakalne dobe za posamezne specialistične posege. Utegnilo bi se zgoditi, da bi zdravniki in bolnišnice začeli zaradi dodatnih dohodkov prednostno sprejemati zavarovance, ki bi se vzporedno zdravstveno zavarovali, in bi s tem še dodatno podaljšali čakalne dobe drugih zavarovancev. Ljudje brez zadostnih sredstev, ki se ne bi mogli vzporedno zdravstveno zavarovati, bi lahko ostali celo brez ustreznega zdravljenja (Toth, 2003, str. 305). Uvedba vzporednega zdravstvenega zavarovanja, ki krije iste storitve, kot jih krije obvezno zdravstveno zavarovanje, naj bi tako le prikrivala slabosti javnega sistema zdravstvenega varstva, predvsem pa njegovega neustreznega financiranja.

2.6. PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE NA IRSKEM

Irska ima specifično in svojstveno ureditev zdravstvenega varstva. V tej deželi ni socialnega zavarovanja, ampak za to področje skrbi država sama, poleg tega imajo vsi prebivalci zagotovljeno celotno oziroma delno kritje stroškov zdravstvenih storitev. Pri tem morajo materialno premožnejše osebe ob uveljavljanju teh storitev del stroškov kriti same.

Irski zavarovanci imajo možnost izbire, ali bodo svoje zahteve po zdravstvenih storitvah uveljavljali v javni ali zasebni zdravstveni službi. Tistim, ki se odločijo za zasebno zdravstveno službo, nacionalna zdravstvena služba ne zagotavlja finančnega kritja za opravljene storitve in se morajo prostovoljno zdravstveno zavarovati. Predmet prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj niso storitve, ki jih javno zavarovanje ne krije, kot je to običaj v Evropi, ampak storitve, ki jih je zavarovanec deležen v zasebnih zdravstvenih ustanovah, t. j. zasebnih bolnišnicah in v zasebnih posteljah javnih bolnišnic (Toth, 2003, str. 157). Tovrstno prostovoljno zdravstveno zavarovanje krije obiske na domu, bolnišnične storitve, obiske pri specialistu, dnevno nego, zdravljenje v domovih za nego, stroške namestitve v zasebnih sobah, alternativno zdravljenje itd. S prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem si zavarovanci zagotovijo kritje stroškov zdravstvenih storitev v zasebni zdravstveni službi in kritje stroškov doplačil, ki so predpisana v javnem sistemu zdravstvenega varstva. V primeru irskega zasebnega zdravstvenega zavarovanja gre tako za kombinacijo vzporednega in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja za doplačila. Glavna funkcija prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja je vsekakor uvedba alternativne oblike javnemu sistemu financiranja (Colombo, Tapay, 2004, str. 17) in zagotovitev dostopnosti do storitev, do katerih bi v primeru potrebe ljudje prišli le v javni zdravstveni službi. Zavarovanci, ki se odločijo za koriščenje storitev v zasebni zdravstveni službi, uveljavljajo pri tej iste pravice kot ostali, ki se odločijo za zmogljivosti nacionalne zdravstvene službe. Zato pa ne plačujejo ustreznega dela davkov, ampak si pravice do zdravstvenih storitev pridobijo z vključitvijo v prostovoljno zdravstveno zavarovanje in plačevanjem premij. V obeh primerih gre za storitve in pravice, ki so sestavni del nacionalne zdravstvene službe. Razlika je le v tem, da se del tega programa izvaja v javni zdravstveni službi, drugi del pa v zasebnih zdravstvenih ustanovah.

Konec leta 2003 je bilo skoraj 2 milijona prebivalcev Irske prostovoljno zdravstveno zavarovanih (vzporedno in dopolnilno za doplačila), kar predstavlja približno 3 % več kot konec leta 2002, hkrati pa to predstavlja skoraj 50 % celotnega irskega prebivalstva (Turner, 2004, str. 5). Povpraševanje po tovrstnem prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju je visoko predvsem pri poročenih osebah, starih med 35 in 54 let, ki živijo v razvitejših območjih, kot na primer v mestih, in ki imajo višjo stopnjo izobrazbe (Mossialos, Thomson, 2004, str. 40).

2.6.1. Izdatki za prostovoljno zdravstveno zavarovanje na Irskem

Na Irskem zavzemajo javni izdatki za zdravstveno varstvo približno tri četrtine celotnih izdatkov za zdravstvo, kar je malenkostno več kot povprečje držav OECD, ki znaša 72 %, medtem ko zavzemajo zasebni izdatki za zdravstvo približno eno četrtno celotnih izdatkov za zdravstvo (Colombo, Tapay, 2004, str. 13). Leta 2002 so javni izdatki za zdravstvo znašali 5,5 % BDP, zasebni pa 1,8 % BDP.

Kot lahko razberemo iz Tabele 8, so leta 2001 med zasebnimi viri izdatkov za zdravstveno varstvo največji delež zavzemala neposredna plačila iz žepa, medtem ko so zasebna zdravstvena zavarovanja (vzporedno in dopolnilno zavarovanje za doplačila) zavzemala približno polovico manjši delež. Razlog visokih neposrednih plačil iz žepa je v dejstvu, da približno polovica irskega prebivalstva uveljavlja zdravstvene storitve v javnih zdravstvenih zmogljivostih, v katerih so prisotna tudi doplačila za nekatere zdravstvene storitve.

Tabela 8: Zasebni viri financiranja zdravstvenega varstva (% celotnih izdatkov za zdravstvo) v obdobju 2000–2001

	2000	2001
Neposredna plačila iz žepa	13,5	13,3
Vzporedno in dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje za doplačila	7,6	6,8

Vir: Colombo, Tapay, 2004, str. 16.

Nekje od leta 1999 je delež zasebnih izdatkov za zdravstvo med celotnimi izdatki za zdravstvo iz leta v leto upadal, kar prikazuje Tabela 9. Trend upadanja deleža zasebnih izdatkov za zdravstvo se bo vsekakor spremenil v nasprotno smer. Izdatki za prostovoljno zdravstveno zavarovanje bodo gotovo naraščali, na vedno večjo višino škodnih zahtevkov bo vplivalo tudi staranje prebivalstva, s tem povezano čedalje večje število dolgotrajnih, degenerativnih bolezni, nove metode zdravljenja, zdravila in pripomočki in nenazadnje tudi širitev mreže zdravstvene službe in boljša dostopnost njenih storitev.

Tabela 9: Zasebno zdravstveno zavarovanje (% celotnih izdatkov za zdravstvo) v obdobju 1999–2002

Leto	1999	2000	2001	2002
Izdatki za vzporedno in dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje za doplačila (v %)	8,0	7,6	6,8	5,4

Vir: Private insurance – % total expenditure on health, 2005.

2.6.2. Oblikovanje premij za (vzporedno in dopolnilno) prostovoljno zdravstveno zavarovanje na Irskem

Na Irskem velja načelo, da morajo biti premije za vzporedno in dopolnilno zdravstveno zavarovanje za doplačila za vse zavarovance enake ne glede na starost, spol ali pričakovana tveganja, ki se nanašajo na zdravstveno stanje posameznika. Izjemo pri tem predstavljajo primeri, ko se posameznik vključi v zavarovanje v poznejših (starejših) letih. Poleg tega zakon določa, da lahko premije za otroke dosegajo le 50 % povprečne premije,

da lahko znašajo popusti največ 10 % na povprečno višino premije ter da storitve dolgotrajne nege ne morejo biti predmet tega zavarovanja (Toth, 2003, str. 310). Na ta način naj bi bilo prostovoljno zdravstveno zavarovanje dostopno vsem in pod enakimi pogoji. Poleg tega lahko v tem primeru govorimo tudi o medgeneracijski vzajemnosti, saj ob načelu enotnih premij mlajši zavarovanci plačujejo višjo premijo, kot bi jo morali za kritje lastnih škodnih zahtevkov. S tem pomagajo starejšim zavarovancem, da se lahko prostovoljno zdravstveno zavarujejo pod ugodnejšimi pogoji in za enako povprečno premijo. Posledično bodo tudi mlajši zavarovanci deležni take pomoči, ko bodo ostareli.

V tej državi določajo premije brez matematičnih rezervacij za starost. Ta ni potrebna prav zaradi medgeneracijske izravnave in vzajemnega odnosa med mlajšimi in starejšimi zavarovanci. Načelo poslovanja zavarovalnic je, da se višina premij v posamezni zavarovalnici določi v taki višini, da se pokrijejo njeni izdatki v tekočem letu.

2.6.3. Zanimivost s področja irskega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja

Značilnost irskega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja (pri tem gre za kombinacijo vzporednega in dopolnilnega zavarovanja za doplačila) je obveznost zavarovalnic, da medsebojno opravljajo izravnavo razlik v višini škod, ki so posledica razlik v starostni in bolezenski strukturi njihovih zavarovancev. To je potrebno zato, da bi preprečili izbiranje manj tveganih zavarovancev (mladih in zdravih) in odklanjanje tistih z večjimi tveganji (starih in bolnih). Trenutno sta na trgu irskega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja prisotna dva ponudnika, in sicer domača zavarovalnica VHI²¹ in tuja zavarovalnica BUPA (podružnica angleške zavarovalnice). Leta 2003 je tržni delež VHI znašal 82 %, medtem ko je tržni delež BUPA znašal 13 % (Healthy competition in Ireland, 2006). Za zavarovalnico BUPA je značilno, da so njeni zavarovanci v glavnem mlade in zdrave osebe, medtem ko so zavarovanci v VHI predvsem starejše osebe, z večjimi zdravstvenimi težavami (Colombo, Tapay, 2004, str. 20). Če na Irskem ne bi bilo izravnalnih shem, bi posledično lahko BUPA svojim zavarovancem zaračunala nižje premije kot VHI, saj bi bili njeni škodni zahtevki bistveno nižji od zahtevkov VHI, hkrati pa bi bilo njeno poslovanje neprimerno boljše. Pri VHI bi bila situacija ravno obratna. Vendar pa mora v resnici BUPA zaradi načela enakih premij in obstoja izravnalnih shem opraviti z VHI izravnavo razlik v višini škod, ki so posledica razlik v njihovem portfelju. Na ta način je dostop do zdravstvenih storitev zagotovljen celotnemu prebivalstvu, hkrati pa so zavarovanci deležni približno enakega plačila premij pri katerikoli zavarovalnici.

Kot sem že omenila na začetku diplomskega dela, se skozi izravnavo razlik v višini škod med posameznimi zavarovalnicami uresničuje javni interes na področju irskega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Pri tem pa naj opomnim na dejstvo, da se v praksi izravnava razlik v višini škod med VHI in BUPA še ni opravila.

²¹ Voluntary Health Insurance Board.

3. PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V SLOVENIJI

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ki je bil sprejet v začetku leta 1992, je s 1. 1. 1993 v Sloveniji uvedel nov sistemski pristop na področju zdravstva. Slovenija je z omenjenim zakonom opustila sistem nacionalnega zdravstvenega varstva in vpeljala sistem zdravstvenega zavarovanja. Nova zakonodaja je uzakonila obvezno zdravstveno zavarovanje, ki zagotavlja zelo visoko raven zdravstvenega varstva skoraj vsem državljanom Slovenije, in prostovoljno zdravstveno zavarovanje (Absec, 1999, str. 1).

Slovenija je z uvedbo prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja zasledovala predvsem cilj razbremenitve javnofinančnega sektorja pri zagotavljanju pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Tako naj bi se delež javnih sredstev v vsej zdravstveni porabi zmanjševal na račun zasebnih sredstev (Absec, 1999, str. 14). Na podlagi Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (v nadaljevanju: ZZVZZ) je bil marca leta 1993 ustanovljen Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije kot javni zavod, ki je postal zadolžen za izvajanje obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Pri tem je ZZVZZ dopuščal možnost, da prostovoljna zdravstvena zavarovanja uvedejo tudi druge zavarovalnice, vendar je to možnost na začetku izkoristila le koprška zavarovalnica Adriatic (Marcon, 1999, str. 10). Prostovoljno zdravstveno zavarovanje je bilo uvedeno za doplačila do polne cene zdravstvenih storitev, poleg tega pa so uvedli tudi več oblik profitnih zavarovanj za kritje določenih specifičnih interesov posameznikov ter storitev v višjem razredu, kot je določeno v obveznem zdravstvenem zavarovanju. V Sloveniji je prevladujoč tip prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja dopolnilno zdravstveno zavarovanje za doplačila. Razlog za to je v dejstvu, da so doplačila za zdravstvene storitve določena kot delež cene storitve in so zato lahko tudi zelo visoka, posameznik pa se jim lahko izogne s sklenitvijo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja za doplačila. Pri sklenitvi dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja za doplačila gre tako za neizogiben korak, ki ga mora storiti posameznik, če se hoče izogniti plačilni nesposobnosti, ki bi mu jo povzročila težja ali kronična bolezen. Že prvo leto se je za doplačila zavarovalo pri Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZVS) več kot 1,1 milijona zavarovancev, če pa hkrati upoštevamo še zavarovance Adriatica, je dopolnilno zdravstveno zavarovanje za doplačila skupno sklenilo okoli 1,4 milijona zavarovancev ali približno 95 % prebivalcev z obveznim zdravstvenim zavarovanjem (Stepan et al., 1999, str. 149).

Danes nudijo dopolnilno zdravstveno zavarovanje za doplačila tri zavarovalnice, in sicer: Vzajemna, ki je bila ustanovljena leta 1999 s prenosom opravljanja prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja iz Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Adriatic-Slovenica in Triglav.

Zaradi vse večjih težav na področju financiranja zdravstvenega varstva in z večanjem razkoraka med razpoložljivimi finančnimi sredstvi in potrebami prebivalstva so bile spremembe na področju zdravstva nujne. O določenih spremembah sistema zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji se je začelo razpravljati že z Belo knjigo. Predlogi Bele knjige so bili predvsem ukinitve dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, hitra nadomestitev dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja z drugimi tipi prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj (vzporednim zavarovanjem, zavarovanjem za nadstandardne storitve, zdravila in pripomočke, zavarovanjem za storitve, ki niso predmet obveznega zdravstvenega zavarovanja (estetske operacije, zobozdravstvene storitve, tehnični pripomočki), zavarovanjem za izbor izvajalca določenega posega in zavarovanjem za zdravljenje v tujini), prenos pretežnega dela zasebnih sredstev, zbranih s prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem, v javna sredstva, minimiziranje obsega in pomena prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, pretežno javni viri financiranja, bistveno spremenjeno razmerje med javnimi in zasebnimi sredstvi v zdravstvenem sistemu itd. (Prostovoljna zdravstvena zavarovanja v zdravstveni reformi, 2003). Predlagane spremembe Bele knjige se v praksi niso nikoli izvedle. Spremembe na področju zdravstvenega zavarovanja so se v praksi izvedle šele leta 2005, ko je bila sprejeta nova zdravstvena zakonodaja, ki je na to področje uvedla določene novosti, ki so podrobneje predstavljene v nadaljevanju diplomskega dela.

3.1. OSNOVNE ZNAČILNOSTI PROSTOVOLJNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V SLOVENIJI

Prostovoljna zdravstvena zavarovanja krijejo zavarovancem stroške zdravstvenih in z njimi povezanih storitev, oskrbe z zdravili in medicinsko-tehničnimi pripomočki ter izplačila dogovorjenih denarnih nadomestil v primeru bolezni, poškodbe ali posebnega zdravstvenega stanja. Takšna zavarovanja smejo na območju Republike Slovenije izvajati zavarovalnice, ki izpolnjujejo predpisane pogoje po tem zakonu in po zakonu, ki ureja zavarovalništvo. Zavarovalnice lahko uvedejo tako dopolnilno kot tudi dodatno, nadomestno in vzporedno prostovoljno zdravstveno zavarovanje (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 1992).

Podobno kot v ostalih evropskih državah poznamo tudi v Sloveniji več oblik prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, in sicer (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 1992):

- **Dopolnilno zdravstveno zavarovanje**

To zavarovanje krije razliko med vrednostjo zdravstvenih storitev in deležem te vrednosti, ki ga krije obvezno zdravstveno zavarovanje, oziroma del te razlike, ko se doplačilo nanaša na pravico do zdravil iz seznama medsebojno zamenljivih zdravil in medicinsko-tehničnih pripomočkov. Dopolnilno zdravstveno zavarovanje za doplačila je najpogostejša oblika prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji.

- Nadomestno zdravstveno zavarovanje
To zavarovanje krije največ v obsegu standarda obveznega zdravstvenega zavarovanja stroške zdravstvenih in z njimi povezanih storitev ter oskrbe z zdravili in medicinsko-tehničnimi pripomočki, in sicer osebam, ki po predpisih Republike Slovenije ne morejo biti obvezno zavarovane.
- Dodatno zdravstveno zavarovanje
To zavarovanje krije stroške zdravstvenih in z njimi povezanih storitev ter oskrbe z zdravili in medicinsko-tehničnimi pripomočki in stroške za izplačila denarnih prejemkov, ki niso sestavni del pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.
- Vzporedno zdravstveno zavarovanje
To 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.

Kot sem že zgoraj omenila, je najpogostejša oblika prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji dopolnilno zdravstveno zavarovanje za doplačila. S sklenitvijo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja se zavarujemo za stroške doplačil (Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d. v. z., 2006):

- zdravstvenih storitev na področju vseh zdravstvenih dejavnosti, vključno s storitvami nastanitve in prehrane v bolnišnici ali zdravilišču;
- vseh zdravil s pozitivne in vmesne liste (do priznane vrednosti za to zdravilo), predpisanih na recept;
- nenujnih reševalnih prevozov;
- zdravstvenih pripomočkov;
- ortopedskih, slušnih, očesnih, ortodontskih in drugih tehničnih pripomočkov ter zobnoprostetičnih nadomestkov.

Nov ZZVZZ, ki je začel veljati 1. 3. 2006, je na področje prostovoljnega, predvsem pa dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja vnesel pomembne spremembe.

Ker se spremembe ZZVZZ nanašajo v glavnem na področje dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, se bom v nadaljevanju diplomskega dela osredotočila predvsem na predstavitev te oblike prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja in njene ureditve s spremenjeno zakonodajo.

3.1.1. Dopolnilno zdravstveno zavarovanje

ZZVZZ je določil, da predstavlja dopolnilno zdravstveno zavarovanje javni interes Republike Slovenije in da se izvaja po načelih medgeneracijske vzajemnosti in vzajemnosti med spoloma med vsemi zavarovanci dopolnilnega zavarovanja. Javni interes

Republike Slovenije na področju dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja se uresničuje tako, da (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 1992):

- 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 zdravstveno zavarovanje, dolžne po določbah tega zakona vključiti v izravnalno shemo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja;
- morajo zavarovalnice voditi prihodke in odhodke dopolnilnega zdravstvenega 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 zdravstvenega zavarovanja;
- morajo zavarovalnice sredstva iz poslovanja dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja uporabiti le za izvajanje tega zavarovanja. V primeru pozitivnega izida iz dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja morajo polovico tega izida nameniti za izvajanje dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja;
- veljajo za izračun minimalnega kapitala zavarovalnic, ki izvajajo dopolnilno zdravstveno zavarovanje, posebni pogoji;
- mora povišanje premije dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj v času trajanja zavarovanja 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 zdravstvenega zavarovanja z vsemi zavarovalnicami, ki izvajajo takšno zavarovanje, in jim zagotavljati praviloma v elektronski obliki vse podatke, potrebne za delovanje izravnalne sheme dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, in sicer specificirane po zavarovancih in storitvah.

Zavarovalnica, ki izvaja dopolnilno zdravstveno zavarovanje, mora (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 1992):

- sprejeti v to zavarovanje vse osebe, ki so obvezno zdravstveno zavarovane po tem zakonu in se želijo pri njej zavarovati, ter jih pri sprejemu v zavarovanje enako obravnavati;
- obravnavati vse zavarovance dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja enako;
- sklepati ta zavarovanja za najmanj eno leto²², razen v primeru zavarovanja oseb, katerih status zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju je časovno omejen;

²² Zavarovanec lahko odpove pogodbo po poteku enega leta, pri čemer je odpovedni rok tri mesece.

- vsakemu zavarovancu v času trajanja zavarovanja kriti razliko med vrednostjo zdravstvenih storitev in deležem te vrednosti, ki ga krije obvezno zdravstveno zavarovanje, oziroma del te razlike, ko se doplačilo nanaša na pravico do zdravil iz seznama medsebojno zamenljivih zdravil in medicinsko-tehničnih pripomočkov;
- določiti čakalno dobo²³ treh mesecev, razen za osebe, ki postanejo zavezane plačevati razliko med vrednostjo zdravstvenih storitev in deležem te vrednosti, ki ga krije obvezno zdravstveno zavarovanje in je od začetka te obveznosti potekel največ en mesec, kakor tudi v primerih sklenitve zavarovanja, ko je od prenehanja predhodnega zavarovanja potekel največ en mesec.

V nadaljevanju diplomskega dela izpostavljam tri spremembe na področju dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, ki jih je prinesel novi ZZVZZ, in sicer: (1) uvedba enotne premije in s tem povezane izravnalne sheme, (2) ukinitve rezervacij, (3) večja mobilnost zavarovancev.

Prva sprememba, ki jo je prinesla spremenjena zakonodaja, je nov način oblikovanja premij. Zavarovalna premija dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja mora biti po novi zakonodaji enaka za vse zavarovance posamezne zavarovalnice ne glede na starost in spol. V nasprotju s tem so bile pred spremembo zdravstvene zakonodaje leta 2005 premije za dopolnilno zdravstveno zavarovanje odvisne predvsem od vstopne starosti zavarovanca ob sklenitvi zavarovanja. Posledično je bila premija za starejše zavarovance višja od premije za mlajše zavarovance. Po novem ZZVZZ velja za vse zavarovance posamezne zavarovalnice enotna premija, razen v primeru, ko ima zavarovalnica pri skupinskem načinu sklepanja in izvajanja zavarovanj ali v drugih primerih²⁴ nižje administrativne stroške. V tem primeru lahko zavarovalnica odobri popust v višini največ tri odstotke od zavarovalne premije. Vendar pa lahko zavarovalnica zaračuna tudi višjo premijo od enotno določene, in sicer v primeru, ko posameznik, ki je zavezan plačevati prispevke obveznega zdravstvenega zavarovanja, ne sklene hkrati tudi dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Premije za takšne zavarovance bodo za vsako polno nezavarovano leto tri odstotke višje, vendar pa skupno povišanje premij lahko znaša največ 80 odstotkov. Naj pri tem opomnim na dejstvo, da mora biti po novem ZZVZZ obseg kritja dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja za doplačila pri vseh zavarovalnicah enak.

Druga pomembna sprememba, ki jo je prinesla nova zakonodaja, je ukinitve oblikovanja rezervacij pri zavarovalnicah. Po novem zakonu namreč zavarovalnice pri sklepanju dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja ne oblikujejo niti rezervacij za starost niti matematičnih rezervacij. Omenjenih rezervacij po novem ZZVZZ ni potrebno več

²³ Čakalna doba je čas, v katerem zavarovanec plačuje premijo, vendar pa zavarovalnica v tem obdobju ne krije razlike med celotno dogovorjeno ceno storitve in deležem te cene, ki jo krije obvezno zdravstveno zavarovanje.

²⁴ Popust v višini 3 % lahko pridobi vsakdo, ki se odloči za plačilo mesečne premije preko trajnega naloga ali odtegljaja od plače, poleg tega pa omenjeni popust velja tudi za vse obstoječe dopolnilno zavarovane osebe, ki so se odločile, da ne bodo zamenjale svoje zavarovalnice.

oblikovati, saj z uvedbo izravnalnih shem sistem dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja temelji na vzajemnosti med zavarovanci, kar pomeni, da bodo presežki pri mlajših pokrivali primanjkljaj pri starejših (Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d. v. z., 2006). Vendar pa bodo morale zavarovalnice, ki izvajajo dopolnilno zdravstveno zavarovanje, do 1. 9. 2007 izplačati do sedaj oblikovane rezervacije pri tistih pogodbah, pri katerih so se rezervacije oblikovale (okrog 150.000 zavarovancev pri Vzajemni in 270.000 zavarovancev pri Adriaticu). Pred sprejetjem nove zdravstvene zakonodaje leta 2005 je bila situacija na področju oblikovanja matematičnih rezervacij za starost namreč ravno obratna. Zavarovalnice so takrat morale oblikovati matematične rezervacije za starost, saj izravnalne sheme še niso bile uveljavljene. Posledično so bile premije izračunane tako, da so že v mladosti zavarovanca vključevale določen del, ki ga zavarovalnice niso porabile za sprotna izplačila škodnih zahtevkov, ampak so ga »privarčevale« za kritje povečanih potreb zavarovancev v njihovih starejših letih (Toth, 2003, str. 308).

Pomembna novost zakonodaje iz leta 2005 je tudi vpeljava večje mobilnosti zavarovancev, ki imajo sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Nova zakonodaja na področju dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj namreč predstavlja nov začetek, saj se vsak posameznik na novo odloča za ponudnika svojega dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Za prestop k drugi zavarovalnici ni nobenih ovir več. Večja mobilnost zavarovancev, in posledično večja konkurenca med zavarovalnicami, je bila eden od ciljev spremenjene zakonodaje. Dopolnilna zdravstvena zavarovanja so s 1. 3. 2006 urejena na novo (vsak zavarovanec dobi novo zavarovalno polico, nove pogoje, novo ceno pri na novo izbrani zavarovalnici), pri čemer je premija za tovrstno zavarovanje enaka za vse zavarovance posamezne zavarovalnice ne glede na spol in starost. S sistemom enakih premij in vključitvijo zavarovalnic v izravnalne sheme naj bi se odražala medgeneracijska solidarnost, ki bi omogočala celotnemu, tudi starejšemu in zdravljenja bolj potrebnemu prebivalstvu dostop do zdravstvenih storitev, hkrati pa naj bi sistem enakih premij odprl prostor za necenovno konkurenco med ponudniki dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.

3.1.2. Izravnalna shema dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja

Zavarovalnice, ki izvajajo dopolnilno zdravstveno zavarovanje, so vključene v izravnalno shemo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, s katero se med njimi izravnavajo razlike v stroških zdravstvenih storitev, ki izhajajo iz različnih struktur zavarovancev posameznih zavarovalnic glede na starost in spol (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 1992). Izravnalne sheme med zavarovalnicami so potrebne, ker je bila z novo zakonodajo določena enotna premija za zavarovance znotraj ene zavarovalnice. Zdravstvene zavarovalnice s pretežno mlajšimi zavarovanci in manjšimi stroški za zdravstvene storitve bodo skozi izravnalno shemo pokrivala višje stroške zavarovalnic s starejšimi zavarovanci. Izravnalne sheme tako preprečujejo, da bi posamezna zavarovalnica v zavarovanje sprejemala le mlade in bolj zdrave zavarovance, s čimer bi

lahko dosegala visoke dobičke, saj ji ne bi bilo treba financirati visokih stroškov pri starejših. Če ne bi bilo izravnalnih shem, bi zavarovalnica s pretežno starejšimi zavarovanci imela težave, saj ne bi imela dovolj mladih zavarovancev, da bi iz presežkov²⁵ pri njihovih premijah subvencionirala primanjkljaje pri starejših (Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d. v. z., 2006). Kot sem že zgoraj omenila, imajo po novem zakonu vsi zavarovanci enako premijo ne glede na starost. Z izravnalnimi shemami se torej zagotavlja medgeneracijska solidarnost oziroma vzajemnost med vsemi slovenskimi zavarovanci, saj morajo biti v izravnavo vključene vse zavarovalnice, ki izvajajo dopolnilno zdravstveno zavarovanje.

V Sloveniji so v sistem izravnalnih shem vključene tri zavarovalnice, in sicer: Vzajemna, Adriatic-Slovenica in Triglav. Vzajemna ima v primerjavi z ostalima dvema ponudnikoma prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj neugodno starostno strukturo zavarovancev. Zavarovanci Vzajemne so pretežno starejše osebe, z večjimi zdravstvenimi težavami in potrebami, kar povzroča višje stroške poslovanja, medtem ko so zavarovanci Adriatic-Slovenice in Triglava pretežno mlajše osebe, z manjšimi zdravstvenimi težavami, kar vpliva na nižje stroške poslovanja omenjenih dveh zavarovalnic. Vzajemna ima v primerjavi z Adriatic-Slovenico in Triglavom višje stroške poslovanja tudi zaradi slabšega nadzora škodnih zahtevkov. Glede na novo zakonodajo in uvedbo izravnalnih shem bo tako Vzajemna upravičena do prejema plačil s strani Adriatic-Slovenice in Triglava, ki bosta morali Vzajemni pokriti razliko v višjih stroških poslovanja, ki so posledica večjega števila starejših zavarovancev in slabšega nadzora škodnih zahtevkov. Pri tem pa se pojavlja problem, saj sta tako Adriatic-Slovenica kot Triglav v primerjavi z Vzajemno mnogo manjši zavarovalnici in bi bili tako nezmožni pokriti celotno izgubo Vzajemne. Obstajajo ocene, da bosta omenjeni zavarovalnici celo povečali svoje premije, da bi na ta način lahko pokrili višje stroške Vzajemne, vendar bosta v tem primeru vsekakor izpostavljeni tveganju izgube že tako majhnega tržnega deleža (Došenovič Bonča, Tajnikar, 2006).

Zavarovalnice, ki izvajajo dopolnilno zdravstveno zavarovanje, morajo voditi računovodske evidence o stroških zdravstvenih storitev za vsakega zavarovanca. Izvajalci zdravstvenih storitev so dolžni zavarovalnicam posredovati vse potrebne podatke. Izhodiščni znesek za izravnavo se za zavarovalnico izračuna kot razlika med zneskom stroškov zdravstvenih storitev dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja te zavarovalnice in standardiziranim zneskom stroškov zdravstvenih storitev dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja te zavarovalnice. Če je prvi znesek stroškov manjši od drugega, je zavarovalnica plačnica v izravnavi, sicer je zavarovalnica prejemnica v izravnavi. Znesek za izravnavo se za zavarovalnico izračuna tako, da se njen izhodiščni znesek za izravnavo ohrani oziroma sorazmerno zniža na način, da sta tako vsota zneskov za izravnavo plačnic kot tudi vsota zneskov za izravnavo prejemnic enako manjši od vsote izhodiščnih zneskov

²⁵ V zavarovalnici s pretežno mlajšimi zavarovanci se ustvarijo presežki, ker so škodni zahtevki mlajših v primerjavi s starejšimi nižji.

za izravnavo prejemnic in vsote izhodiščnih zneskov za izravnavo plačnic. Zavarovalnica plačnica je dolžna plačati znesek za izravnavo zavarovalnicam prejemnicam (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 1992).

3.2. PONUDNIKI PROSTOVOLJNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

V Sloveniji imamo tri različne ponudnike prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja: Vzajemna, zdravstvena zavarovalnica, d. v. z., Adriatic Slovenica, Zavarovalna družba, d. d., Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d. d.

Vzajemna, zdravstvena zavarovalnica, je prva in največja specializirana zavarovalnica za prostovoljna zdravstvena zavarovanja v Sloveniji in s svojo osnovno dejavnostjo zagotavlja dopolnitev in nadgradnjo obveznega zdravstvenega zavarovanja Republike Slovenije. Ustanovljena je bila 1. novembra 1999, ko je s prenosom prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja z ZZZS postala samostojni pravni subjekt. Vzajemna posluje po načelih medgeneracijske vzajemnosti, solidarnosti in neprofitnosti.

Vzajemna izvaja tako dopolnilno kot tudi dodatno, nadomestno in vzporedno zdravstveno zavarovanje. Leta 2003 je imela na področju prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja 81,7 % tržni delež, zaupalo pa ji je več kot 1.120.000 zavarovancev, ki imajo sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje (Letno poročilo Agencije za zavarovalni nadzor za leto 2003, 2004, str. 10). V okviru dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja za doplačila Vzajemna nudi zavarovanje VzajemnaZdravjeI, pri čemer je premija za tovrstno zavarovanje enotna za vse zavarovance ne glede na starost in spol. Od 1. 3. 2006 znaša ta premija 4.737,00 SIT na mesec, pri čemer velja za obstoječe zavarovance Vzajemne še 3 % popust, kar skupno zneske 4.595,00 SIT na mesec. Pred sprejetjem nove zakonodaje je bila premija za dopolnilno zdravstveno zavarovanje za doplačila odvisna predvsem od vstopne starosti zavarovanca in je bila za mlajše zavarovance Vzajemne nižja, za zavarovance stare 60 let in več pa višja od dosedanje premije²⁶. Zavarovanci Vzajemne so bili razvrščeni v tri starostne razrede, medtem ko so bili zavarovanci Adriatic-Slovenice in Triglava razvrščeni v več starostnih razredov. Posledično je bila pri Adriatic-Slovenici in Triglavu razlika med premijo v prvem in zadnjem starostnem razredu večja. Ob sklenitvi dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja za doplačila so zavarovanci Vzajemne deležni dodatnih manjših ugodnosti pri tej zavarovalnici. Tako zavarovanci, ki sklenejo zavarovanje VzajemnaZdravjeI, postanejo hkrati člani družbe²⁷, se brezplačno včlanijo v sistem Drugo mnenje, imajo 5 % popust pri sklenitvi enega od nadstandardnih paketov zdravstvenih zavarovanj, za simbolično ceno 1 SIT lahko sklenejo tudi zdravstveno

²⁶ Pred sprejetjem nove zakonodaje je znašala mesečna premija za dopolnilno zdravstveno zavarovanje za doplačila pri Vzajemni za zavarovance z vstopno starostjo od 16 do 27 let 3.374 SIT, za zavarovance stare od 28 do 59 let 3.749 SIT, za zavarovance stare 60 let in več pa je premija znašala 4.874 SIT (Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d. v. z., 2006).

²⁷ To velja zato, ker je Vzajemna organizirana kot družba za vzajemno zavarovanje.

zavarovanje z medicinsko asistenco v tujini VzajemnaTujina itd. (Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d. v. z., 2006). Na podlagi teh dodatnih ugodnosti, ki jih imajo zavarovanci ob sklenitvi dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja za doplačila pri posamezni zavarovalnici, poteka med omenjenimi ponudniki dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja necenovna konkurenca. Poleg dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja za doplačila lahko zavarovanci pri Vzajemni sklenejo še dodatno zdravstveno zavarovanje Nadstandard A (sklenitev tega zavarovanja omogoča uveljavljanje pravic, ki izhajajo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, vendar na višji kakovostni ravni oziroma v večjem obsegu, kot so zagotovljene v obveznem zdravstvenem zavarovanju), zavarovanje VzajemnaTujina (zdravstveno zavarovanje z medicinsko asistenco na potovanjih v tujini) in vzporedno zdravstveno zavarovanje Nadstandard B (sklenitev tega zavarovanja omogoča uveljavljanje zdravstvenih storitev po drugačnem postopku, kot je predvideno v obveznem zdravstvenem zavarovanju). Nadalje izvaja Vzajemna tudi nadomestno zdravstveno zavarovanje VOZ in sicer je tovrstno zavarovanje namenjeno tistim osebam (predvsem tujcem), ki si po ZZVZZ ne morejo urediti statusa zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju. Te osebe si s sklenitvijo zavarovanja VOZ lahko zagotovijo zdravstveno varnost v skoraj enakem obsegu kot tisti, ki vstopajo v obvezno zdravstveno zavarovanje. K zavarovanju VOZ je mogoče skleniti tudi zavarovanje doplačil t. i. VOZD. Premije za dodatno in vzporedno zdravstveno zavarovanje so odvisne od višine zavarovalne vsote, ki naj bi jo posamezna premija krila, pri nadomestnem zavarovanju pa so premije odvisne od obsega pravic, ki ga skleneta zavarovanec in zavarovalnica.

Adriatic Slovenica, Zavarovalna družba, d. d., je druga največja slovenska zavarovalnica, ki je nastala z združitvijo dveh slovenskih zavarovalnic Adriatica in Slovenice. Pravno formalno je do združitve prišlo s pripojitvijo Slovenice, Zavarovalniške hiše, d. d., Ljubljana k Adriatic, Zavarovalni družbi, d. d., Koper.

Adriatic, Zavarovalna družba, d. d., je na slovenski trg prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj vstopila leta 1993, ko je začela ponujati dopolnilna zdravstvena zavarovanja za doplačila, dve leti kasneje pa je svojo ponudbo razširila še na dodatna zdravstvena zavarovanja. Leta 2003 je imela družba Adriatic 17,8 % tržni delež na trgu prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, zaupalo pa ji je približno 276.000 zavarovancev, ki imajo sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje (Letno poročilo Agencije za zavarovalni nadzor za leto 2003, 2004, str. 10). S prilagoditvijo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja novemu ZZVZZ pričakujejo, da se bo število zavarovancev Adriatic-Slovenice povečalo za 100.000, in sicer predvsem na račun zmanjševanja števila zavarovancev pri Vzajemni (Interni podatki Zdravstvene zavarovalnice Triglav, d. d., 2006). Enotna mesečna premija za dopolnilno zdravstveno zavarovanje znaša od 1. 3. 2006 4.754,00 SIT, pri čemer znaša mesečna premija za obstoječe zavarovance Adriatica s 3 % popustom 4.611,00 SIT (Adriatic Slovenica Zavarovalna družba d. d., 2006). S sklenitvijo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja pri Adriaticu so zavarovanci deležni tudi številnih dodatnih ugodnosti, saj lahko sklenejo cenovno zelo ugodno zavarovanje zdravil s 50-

odstotnim popustom oz. za samo 18 EUR letno prejmejo bon zvestobe v vrednosti 4.500 SIT, ki ga lahko unovčijo kot popust pri kasko zavarovanju avtomobila in premoženjskem zavarovanju doma; zavarovanci, starejši od 51 let, prejmejo Senior paket, ki jim prinese dodatne popuste, deležni so nadomestitve 50-odstotkov vstopnih stroškov za vzajemne sklade KD itd. (Dodatne ugodnosti, ki jih ponuja Adriatic zavarovalna družba, 2006). Poleg dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja za doplačila je Adriatic razvil tudi široko ponudbo dodatnih, nadstandardnih zavarovanj, med katerimi je zelo razširjeno zavarovanje zdravil²⁸, za katero se je odločilo kar 40.000 zavarovancev (Adriatic Slovenica Zavarovalna družba d. d., 2006). Dodatno zdravstveno zavarovanje za večji obseg pravic ali višji standard storitev tako vključuje zavarovanje podaljšane ortopedske rehabilitacije v ortopedski bolnišnici Valdoltra, zavarovanje nadstandardnih zobozdravstvenih materialov ter nadstandardnih očesnih in ortopedskih pripomočkov, zavarovanje zdravil, zavarovanje podaljšanega zdraviliškega zdravljenja itd., medtem ko dodatno zdravstveno zavarovanje za dodatne pravice vključuje zavarovanje samoplačniških storitev specialistično ambulantnega zdravljenja, zavarovanje kozmetičnih operativnih posegov, zavarovanje nadomestila pri negi ožjega družinskega člana itd..

Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d. d., aktivno nastopa na trgu prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj od leta 2004. Zaradi kratkega obstoja na trgu prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj je bil tržni delež Triglava, Zdravstvene zavarovalnice, leta 2003 zelo majhen, in sicer je znašal manj kot 1 %. S prilagoditvijo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja novemu ZZVZZ naj bi se število novih zavarovancev Triglava, Zdravstvene zavarovalnice, povečalo na 200.000, s čimer bi se njihov tržni delež na področju prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj povečal na približno 14 %. Število zavarovancev naj bi se povečalo predvsem na račun zmanjševanja števila zavarovancev pri Vzajemni in posledičnega prehajanja k Triglavu. Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, zaenkrat ponuja samo dopolnilna zdravstvena zavarovanja za doplačila, premija za tovrstno zavarovanje pa je s 1. 3. 2006 enotna za vse zavarovance in znaša 4.781,00 SIT, skupaj s 3 % popustom pa 4.638,00 SIT (Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d. d., 2006). Pred sprejetjem nove zakonodaje so bile premije za dopolnilno zdravstveno zavarovanje za doplačila pri Triglavu odvisne od vstopne starosti zavarovanca in so bile razvrščene v pet razredov²⁹. Po novi zakonodaji je Triglav svojo ponudbo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja za doplačila obogatil s kar nekaj popusti in ugodnostmi, in sicer: popust za paketno dopolnilno zdravstveno zavarovanje skupaj s premoženjskim, popust pri vstopni proviziji sklada Triglav Evropa, 5 % popust pri vseh ostalih zavarovanjih, program prvega mnenja, to je brezplačen nasvet zdravnika po telefonu itd. (Čeh, 2005, str. 13).

²⁸ Zavarovanje zdravil krije stroške zdravil do skupne višine 200 EUR, namenjenih zdravljenju bolezni ali poškodb takrat, ko niso pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in jih predpiše pristojni zdravnik na samoplačniški »beli« recept.

²⁹ Tako so pred sprejetjem nove zakonodaje mesečne premije za dopolnilno zdravstveno zavarovanje za doplačila pri Triglavu znašale: za zavarovance do 30 let 3.375 SIT, 31–40 let 3.450 SIT, 41–50 let 3.750 SIT, 51–60 let 4.875 SIT, nad 60 let 5.520 SIT (Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d. d., 2006).

3.3. IZDATKI ZA PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE

Zdravstveno varstvo v Sloveniji se financira iz javnih in zasebnih sredstev. Med javne vire sredstev uvrščamo proračunska sredstva države in občin ter sredstva obveznega zdravstvenega

zavarovanja. Med zasebne vire za financiranje zdravstva pa uvrščamo sredstva prostovoljnih zdravstvenih in del sredstev nezgodnih zavarovanj, neposredna plačila prebivalcev za zdravstvene storitve oziroma za zdravila in za medicinsko-tehnične pripomočke ter sredstva različnih dobrodelnih organizacij in donatorjev.

Pretežni del sredstev, ki jih v Sloveniji porabimo za zdravstveno varstvo, so podobno kot v večini evropskih držav javna sredstva. Kot lahko razberemo iz Tabele 10 na str. 44, so leta 2004 celotni izdatki za zdravstveno varstvo znašali 8,62 % BDP, pri čemer so javna sredstva zavzemala 6,84 %, zasebna sredstva pa 1,78 % BDP. Glavnino javnih izdatkov predstavljajo sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja, zbrana s prispevki zavezancev za obvezno zdravstveno zavarovanje. Poleg javnih sredstev predstavljajo pomemben vir za zdravstveno varstvo tudi zasebna sredstva, ki se v zdravstvo stekajo kot izdatki za škodne primere, ki jih v ta namen izvajalcem zdravstvenih storitev plačujejo ponudniki prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v Sloveniji. Največji del teh škod gre na račun dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj, ki pokrivajo tveganja doplačil do polne vrednosti zdravstvenih storitev, ki so pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (Poslovno poročilo ZZZS za leto 2004, 2005, str. 13). Delež prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja je leta 2004 znašal dobrih 60 % vseh zasebnih virov, medtem ko so preostalih 40 % zavzemala sredstva, ki jih ljudje porabijo za različne zdravstvene storitve in jih plačujejo neposredno iz lastnega žepa. Po letu 2001 je ostal delež javnih in zasebnih izdatkov za zdravstvo v BDP dokaj stabilen.

Tabela 10: Delež javnih, zasebnih in celotnih izdatkov za zdravstvo v Sloveniji v % od BDP v obdobju 2000–2004

Vir in vrsta izdatkov	2000	2001	2002	2003	2004
1. Javni izdatki (A)	6,95	7,13	6,96	6,94	6,84
Obvezno zdravstveno zavarovanje	6,70	6,86	6,62	6,59	6,55
Proračunska sredstva države	0,17	0,20	0,27	0,28	0,24
Proračun občin	0,08	0,07	0,07	0,07	0,05
2. Zasebni izdatki (B)	1,95	1,99	1,90	1,87	1,78
Prostovoljno zdr. zavarovanje	1,15	1,19	1,13	1,12	1,08
<i>Vzajemna, d. v. z.</i>	1,03	1,05	1,00	0,99	0,95
<i>Adriatic, d. d.</i>	0,12	0,14	0,13	0,13	0,13
Druga zasebna sredstva	0,80	0,80	0,77	0,75	0,70
3. Celotni izdatki (A+B)	8,90	9,12	8,86	8,81	8,62

Vir: Poslovno poročilo ZZZS za leto 2004, 2005, str. 14.

Slovenski sistem zdravstvenega varstva in zavarovanja deluje že vrsto let, podobno kot drugi zdravstveni sistemi v državah EU, na zgornji meji svojih javnofinančnih zmožnosti. Uspešnost reformnih procesov, določenih z zdravstvenimi zakoni v letu 1992, ki so z zasebnimi viri sredstev iz prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v višini 21,4 % sredstev za zdravstvene storitve (78,6 % javnih sredstev) omogočili dokaj visoko raven zdravstvene varnosti državljanov v letih tranzicije, se je po letu 2000 izčrpala. Po tem letu so se zaradi hitro rastočih izdatkov za zdravstvo finančni pogoji poslovanja ponudnikov zdravstvenega zavarovanja bistveno poslabšali. Po ocenah so izdatki za zdravstveno varstvo v zadnjih petih letih realno porasli kar za 55 milijard SIT, za kar pa ni bilo zagotovljenih ustreznih novih virov (Posvet o privatizaciji v zdravstvu, 2005). Stanje na trgu dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj je tako po letu 2000 zaradi nedorečenosti v zakonodaji postalo nepregledno in nestabilno, kar je imelo negativne posledice na dostop do zavarovanj in pomembnih zdravstvenih storitev. Delež zasebnih izdatkov med celotnimi izdatki za zdravstvo se je tako po letu 2000 malenkostno zmanjšal, kar prikazuje Tabela 11 na str. 45. Leta 2004 so zasebni izdatki zavzemali 20,6 % celotnih izdatkov za zdravstvo, pri čemer je prostovoljno zdravstveno zavarovanje zavzemalo 12,5 % celotnih izdatkov za zdravstvo, kar je več kot povprečje držav EU (ki znaša manj kot 10 %). Delež zasebnih izdatkov v celotnih izdatkih za zdravstveno varstvo je primerljiv z večino razvitih držav Evropske unije (Poslovno poročilo ZZZS za leto 2004, 2005, str. 14).

Tabela 11: Delež javnih in zasebnih izdatkov v celotnih izdatkih za zdravstvo v Sloveniji v obdobju 2000–2004

		2000	2001	2002	2003	2004
1.	Javni izdatki	78,1	78,2	78,5	78,8	79,4
	Obvezno zdr. zavarovanje	75,3	75,2	74,7	74,9	76
	Proračunska sredstva države	1,9	2,1	3	3,2	2,8
	Proračun občin	0,9	0,8	0,8	0,7	0,6
2.	Zasebni izdatki	21,9	21,8	21,5	21,2	20,6
	Prostovoljno zdr. zavarovanje	12,9	13,1	12,7	12,7	12,5
	Neposredna plačila	9	8,8	8,8	8,5	8,1
3.	Skupaj izdatki	100	100	100	100	100

Vir: Posvet o privatizaciji v zdravstvu, 2005.

Prihodnji napor na področju zdravstvenega varstva so usmerjeni predvsem v proces privatizacije in povečevanja obsega zasebnega dela v zdravstvu, kar bo ugodno vplivalo na povečevanje deleža zasebnih izdatkov v celotnih izdatkih za zdravstvo. Poleg tega naj bi bil poglavitni cilj na področju zdravstvenih zavarovanj večanje obsega pravic v prostovoljnem in hkrati zmanjševanje obsega pravic v obveznem zdravstvenem zavarovanju. Cilj so torej bolj korenite spremembe na področju zdravstvenih zavarovanj, o čemer se je začelo razpravljati že z Belo knjigo, udejanjati pa so se začele leta 2005 s spremembami ZZVZZ.

3.4. ZANIMIVOST S PODROČJA SLOVENSKEGA PROSTOVOLJNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

Zadnje čase se v slovenski javnosti pogosto omenja ravno področje prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, saj je spremenjeni ZZVZZ na novo uredil dopolnilno zdravstveno zavarovanje, hkrati pa se o tem področju nenehno razpravlja tudi zaradi poskusa preoblikovanja Vzajemne v delniško družbo. Omenjeno preoblikovanje Vzajemne je zanimivo tudi z vidika držav EU, saj je v teh državah pravna organiziranost ponudnikov prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v obliki družb za vzajemno zavarovanje zelo pogosta. Zaradi zgodovinskih razlogov prevladujejo med ponudniki prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja držav EU ravno vzajemne zavarovalnice.

Vzajemna se je odločila, da se bo preoblikovala iz vzajemne zavarovalnice v zavarovalno delniško družbo. Oktobra leta 2005 so uvedli t. i. osebne račune zavarovancev³⁰, članom

³⁰ Za uvedbo osebnih računov, na katerih se beleži delež posameznega člana v kapitalu družbe, so se v Vzajemni odločili z namenom, da bi lastništvo Vzajemne postalo bolj jasno in da bi vsak član Vzajemne

pa poslali t. i. certifikate, ki dokazujejo (so)lastništvo v zavarovalnici. Pri tem so poudarili, da bi kakršnakoli prekinitev zavarovalne pogodbe z Vzajemno pomenila odpoved temu lastništvu. Zapleti z Vzajemno so se tako pojavili že pri omembi lastniških certifikatov. Vzajemna se pri svojem poslovanju namreč opira predvsem na Zakon o zavarovalništvu, ki opredeljuje tudi vzajemno zavarovalno družbo, pri čemer ta družba nima lastnikov niti lastniških deležev, temveč ima v skladu z zakonom člane. Zavarovanec s prekinitvijo pogodbe tako ne neha biti lastnik, temveč član Vzajemne (Repovž, 2005, str. 3). S kampanjo o lastniških certifikatih je Vzajemna skušala ohraniti oziroma povečati število zavarovancev, vendar pa je na ta način marsikateri zavarovanec izgubil zaupanje v Vzajemno, kar se bo posledično pokazalo v zmanjšanem številu njihovih zavarovancev. Naj na tem mestu opomnim na enega od učinkov nove zdravstvene zakonodaje, in sicer na predvideno spreminjanje tržne moči. Strokovnjaki namreč ocenjujejo, da se bo število zavarovancev, ki imajo sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje pri Vzajemni, zmanjšalo na približno 900.000, in sicer zaradi zmanjšane zaupanja zavarovancev v Vzajemno (Interni podatki Zdravstvene zavarovalnice Triglav, d. d., 2006). Naslednji pomemben korak Vzajemne je bil zasedanje Skupščine Vzajemne, ki naj bi odločala o preoblikovanju družbe. Člani Skupščine so prvotno predvideni sklep o preoblikovanju v delniško družbo prilagodili avtentični razlagi 62. člena Zakona o zavarovalništvu, po kateri mora Agencija za zavarovalni nadzor (v nadaljevanju: AZN) podati predhodno soglasje za preoblikovanje. Tako so člani skupščine preoblikovanje podprli, a hkrati upravi naložili, da zanj čim prej pridobi dovoljenje AZN (Zupanič, 2006, str. 1). AZN naj bi imela tri mesece časa za odločitev o preoblikovanju Vzajemne v delniško družbo, preoblikovanje pa lahko zavrne le v primeru, če bi s tem prišlo do oškodovanja članov družbe. V času od izdaje dovoljenja AZN za preoblikovanje do dejanskega prihoda Vzajemne na borzo pa bo v veljavi določilo, da nihče ne more prevzeti Vzajemne brez soglasja uprave, ki bo o tem odločala na podlagi strogih pravil. Hkrati pa bo moral vsak, ki bo želel pridobiti več kot 7 % lastništva Vzajemne, pridobiti ustrezno soglasje.

Na eni strani te zgodbe se tako pojavlja uprava Vzajemne, ki se strinja s preoblikovanjem v delniško družbo, na drugi strani pa vlada in državni zbor nasprotujeta tovrstnemu preoblikovanju. Uprava Vzajemne namreč meni, da je preoblikovanje v delniško družbo edino smiselno, saj lahko Vzajemna v konkurenci z ostalima dvema delniškima družbama, ki poleg dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja tržita tudi druge produkte, preživi le, če bo razširila svojo ponudbo. Za to pa potrebuje sveži kapital, ki ga lahko dobi z dokapitalizacijo oziroma preoblikovanjem v delniško družbo (Zupanič, 2006a, str. 1). Na drugi strani vlada in državni zbor zagovarjata stališče, da bo s preoblikovanjem Vzajemne v delniško družbo brez sprejetja posebnega zakona³¹ ogroženo enako varstvo pravic zavarovancev in tudi pravica do varstva lastnine (Zupanič, 2006, str. 2). Po mnenju

vedel, da je dejansko solastnik zavarovalnice in da bi tudi poznal višino svojega deleža, s katerim bo lahko razpolagal v primeru preoblikovanja družbe (Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d. v. z., 2006).

³¹ Po mnenju vlade je potrebno s posebnim zakonom dati zavarovancem možnost, da se svobodno opredelijo, ali želijo biti še naprej zavarovani pri vzajemni družbi ali pa želijo delniško družbo.

številnih strokovnjakov naj bi šlo v primeru prednosti in koristi pretvorbe Vzajemne v delniško družbo za prevaro, za katero se skriva divja privatizacija, razdelitev certifikatov, nizko vrednotenje družbe, še nižja odkupna cena certifikatov in pozneje delnic, koncentracija pri redkih posameznikih ali celo menedžerski odkup in nato prodaja tujemu kupcu pod firmo strateškega partnerstva.

4. PRIMERJAVA PROSTOVOLJNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V SLOVENIJI Z DRŽAVAMI EU

Slovenski sistem prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja je po svojih značilnostih (npr. po sredstvih, namenjenih prostovoljnemu zdravstvenemu zavarovanju, po tipih ponudnikov prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja itd.) primerljiv z več državami EU, hkrati pa ima omenjeni sistem največ podobnosti s francoskim in irskim sistemom prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja.

4.1. PRIMERJAVA PO OBLIKAH PROSTOVOLJNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

Slovenski sistem prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja je po prevladujoči obliki prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja najbolj primerljiv s francoskim sistemom, saj v obeh omenjenih državah prevladuje dopolnilno zdravstveno zavarovanje za doplačila. Zavarovanje doplačil poznajo v manjšem obsegu tudi nekatere druge države EU, vendar v teh državah prevladujejo druge oblike prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Tako je zavarovanje doplačil uveljavljeno še v Belgiji, Luksemburgu, na Danskem, Irskem, Nizozemskem in na Švedskem (Mossialos, Thomson, 2004, str. 66).

Kot sem že zgoraj omenila, je po prevladujoči obliki prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja slovenski sistem prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja najbolj primerljiv s francoskim sistemom. Tako v Franciji kot Sloveniji je glavna oblika prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja dopolnilno zdravstveno zavarovanje za doplačila. Zaradi visokih doplačil za zdravstvene storitve je v obeh omenjenih državah več kot 90 % prebivalstva dopolnilno zdravstveno zavarovanih za doplačila. Pri tem gre za t. i. odstotkovna doplačila, kar pomeni, da je pacient udeležen pri pokrivanju stroškov v nekem odstotku od polne cene storitve, pri čemer lahko doplačila krije sam s plačili iz žepa ali pa si pridobi zavarovanje (sozavarovanje). Za različne zdravstvene storitve so določeni različni odstotki (Marcon, 1999, str. 45).

Tabela 12: Doplačila k zdravstvenim storitvam v Franciji, 2004

Osebni/splošni zdravniki	Zobozdravniki	Specialisti	Zdravljenje v bolnišnici	Zdravila
sozavarovanje po 30 % stopnji za storitve; dodatna neposredna plačila	sozavar. po 30 % stopnji za preventivo in zdravljenje, do 80% za ortodontijo	sozavar. po 30 % stopnji, 25 % v javnih bolnišnicah	sozavar. po 20 % stopnji (do 31 dni za akutno obravnavo); minimalna doplačila za hotelske storitve	sozavar. po stopnjah od 0 %, 35 % in 65 % odvisno od vrste in list zdravil; neposredna doplačila za določena zdravila

Vir: Predlog Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 2006.

Kot je razvidno iz Tabele 12, ima francosko dopolnilno zdravstveno zavarovanje za doplačila najpomembnejšo vlogo pri financiranju zobozdravstvenih in očesnih pripomočkov ter pri nekaterih zdravilih (predvsem pri tistih, ki so razvrščena na vmesne liste). Na podlagi teh ugotovitev se Francija po ureditvi doplačil oziroma sozavarovanja, ki vključuje možnost zavarovanja tveganja doplačil z dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem, lahko primerja s Slovenijo. Tako kot v Franciji so tudi v Sloveniji najvišja doplačila predvsem za zdravila z vmesne liste, za zobno-protetično zdravljenje odraslih ter za očesne pripomočke za odrasle. Pri teh zdravstvenih storitvah znašajo doplačila kar 75 % vrednosti storitve obveznega zdravstvenega zavarovanja. V Sloveniji so doplačila zelo različna, odvisna od vrste zdravstvene storitve, in znašajo (Financiranje zdravstvenega varstva, 2006):

- 5 % vrednosti storitve obveznega zdravstvenega zavarovanja pri storitvah v zvezi s presaditvijo organov in z drugimi najzahtevnejšimi operativnimi posegi ne glede na razlog, pri storitvah zdravljenja v tujini, storitvah v zvezi z intenzivno terapijo, radioterapijo, dializo in drugimi nujnimi najzahtevnejšimi diagnostičnimi, terapevtskimi in rehabilitacijskimi posegi;
- do 15 % vrednosti storitve obveznega zdravstvenega zavarovanja za specialistično-ambulantne, 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 nekatere storitve v osnovni zdravstveni dejavnosti ter storitve zdravljenja zobnih in ustnih bolezni, ter za nekatere ortopedske, ortotske, slušne in druge pripomočke;
- do 25 % vrednosti storitve obveznega zdravstvenega zavarovanja za specialistično-ambulantne, bolnišnične in zdraviliške storitve kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja in nemedicinski del oskrbe v bolnišnici in zdravilišču kot nadaljevanje

bolnišničnega zdravljenja, ortopedske, ortotske in druge pripomočke v zvezi z zdravljenjem poškodb izven dela in za zdravila s pozitivne liste;

- najmanj 60 % vrednosti storitve obveznega zdravstvenega zavarovanja za storitve zdraviliškega zdravljenja, ki ne predstavlja nadaljnega bolniškega zdravljenja, medtem ko doplačila za reševalne prevoze zavarovanih oseb, ki niso nujni, znašajo 70 % vrednosti storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja. Enako velja za prevoze oseb, ki se ne morejo gibati ali rabijo prevoz na dializo ali z nje ali v drugih primerih, ko bi bil prevoz z javnim prevoznim sredstvom za njihovo zdravljenje škodljiv.

Če je po prevladujoči obliki prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja slovenski sistem prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja najbolj primerljiv s francoskim sistemom, pa lahko opazimo, da je po drugih značilnostih (npr. po sredstvih, namenjenih prostovoljnemu zdravstvenemu zavarovanju) slovenski sistem primerljiv tudi z ostalimi državami EU.

4.2. PRIMERJAVA PO PONUDNIKIH PROSTOVOLJNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

Komercialni ponudniki oziroma zavarovalnice prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj so prisotne v večini držav EU, vendar pa zaradi zgodovinskih razlogov v mnogih državah EU prevladujejo vzajemne (neprofitne) zavarovalnice, in sicer v Belgiji, na Danskem, v Franciji, Luksemburgu, Sloveniji, na Irskem in Nizozemskem. Neprofitne organizacije niso prisotne edino v Avstriji. V prihodnosti naj bi se število vzajemnih zavarovalnic zmanjšalo predvsem na račun profitnih organizacij – komercialnih zavarovalnic (Mossialos, Thomson, 2004, str. 69). V nekaterih evropskih državah se tržni delež vzajemnih zavarovalnic (neprofitnih organizacij) že zmanjšuje, in sicer na Finskem, Danskem, v Veliki Britaniji in v manjši meri tudi v Franciji. V splošnem pogledu pa si zaenkrat vzajemne in komercialne zavarovalnice delijo tržni delež približno na pol (Šik, 2003, str. 110). Poleg vzajemnih in komercialnih zavarovalnic obstajajo med ponudniki prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj še zasebne bolniške blagajne – neprofitne organizacije, ki so pomembne predvsem v Veliki Britaniji, kjer znaša njihov tržni delež približno 40 % (Mossialos, Thomson, 2004, str. 69).

Trg prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v EU obvladuje relativno majhno število podjetij. Leta 1998 je 54,9 % vseh premij prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v EU zbralo 25 podjetij, od katerih je bilo 17 nemških (Mossialos, Thomson, 2004, str. 71). Število ponudnikov prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v EU znatno variira od države do države. Za primer naj navedem število ponudnikov prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v Avstriji, kjer jih je devet, medtem ko jih je v Franciji 142. Specializiranih zavarovalnic na področju prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj je tretjina v Veliki Britaniji, nekaj manj kot polovica na Nizozemskem, vse v Nemčiji in nič v Avstriji. V

prihodnje je pričakovati nadaljnjo krepitev trga ter dejstvo, da bodo nespecializirane zavarovalnice in dobičkonosna podjetja povečala svoj delež na trgu prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj (Mossialos, Thomson, 2004, str. 70).

Največji trg prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v EU je nemški, katerega vrednost je v letu 1998 znašala 19,8 milijard EUR. Nemčiji sledijo Francija, Nizozemska in Velika Britanija (Mossialos, Thomson, 2004, str. 69).

Tako kot v mnogih državah EU (v Belgiji, na Danskem, v Franciji, Luksemburgu, na Irskem, Nizozemskem) zavzema tudi v Sloveniji najpomembnejšo vlogo vzajemna zavarovalnica, t. i. Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d. v. z., katere tržni delež je leta 2003 znašal 81,7 % (Letno poročilo Agencije za zavarovalni nadzor za leto 2003, 2004, str. 10). Vzajemne zavarovalnice (neprofitne organizacije) poslujejo po načelu solidarnosti in enakih premij, medtem ko komercialne zavarovalnice (profitne organizacije) poslujejo s profitnim motivom, premije pa so odvisne od zavarovančevega tveganja. Sprememba zakonodaje na področju zdravstvenih zavarovanj je prinesla spremembe tudi v načinu obračunavanja premij za dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Po novem zakonu ne bo več razlik pri oblikovanju premij med vzajemnimi in profitnimi zavarovalnicami, saj velja pri vseh ponudnikih dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja načelo enakih premij, kar pomeni, da bodo premije enake za vse zavarovance posamezne zavarovalnice in bodo neodvisne od tveganja, ki mu je posameznik izpostavljen. Na slovenskem trgu prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja sta prisotni dve komercialni zavarovalnici (delniški družbi), in sicer Adriatic-Slovenica, katere tržni delež je leta 2003 znašal 17,8 %, in Triglav, katere tržni delež je zaradi kratkega obstoja na trgu istega leta znašal manj kot 1 %. Tako Vzajemna kot Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, sta specializirani zavarovalnici, medtem ko Adriatic-Slovenica ni. Po uvedbi novega ZZVZZ se pričakuje občutna sprememba tržnih deležev omenjenih treh ponudnikov dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji, in sicer naj bi se tržni delež Vzajemne zmanjšal na približno 62 %, tržni delež Adriatic-Slovenice naj bi se povečal na približno 24 %, Triglava pa na približno 14 % (Interni podatki Zdravstvene zavarovalnice Triglav, d. d., 2006).

Vzajemna, zdravstvena zavarovalnica, načrtuje preoblikovanje iz družbe za vzajemno zavarovanje v delniško družbo. Če se bo omenjeno preoblikovanje res zgodilo, v Sloveniji ne bodo več prevladovali vzajemne zavarovalnice in tako bo Slovenija po tipu ponudnikov prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj manj podobna državam EU.

4.3. PRIMERJAVA PO VLOGI PROSTOVOLJNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA PRI FINANCIRANJU CELOTNEGA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje ne igra dominantne vloge pri financiranju zdravstvenega varstva držav EU. V nasprotju s tem je njego vloga zelo pomembna v Združenih državah Amerike, Avstraliji in Švici.

Delež prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v celotnih izdatkih za zdravstvo je v različnih evropskih državah različen, v povprečju se giblje nekje pod 10 %. Izjema so le Nizozemska s 17,7 %, Francija s 13,2 % in Slovenija s 12,7 % (leta 2002). V ostalih državah, kot so Belgija, Švedska, Finska, Grčija, Italija, Luksemburg, Portugalska, Španija in Velika Britanija, pa je ta delež pod 5 % (Mossialos, Thomson, 2004, str. 30).

Delež prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v zasebnih izdatkih za zdravstvo se med posameznimi državami EU razlikuje. Tako znaša ta delež v Grčiji, Italiji in na Portugalskem manj kot 5 %, medtem ko je ta delež v Avstriji, Belgiji, na Danskem, Finskem, v Luksemburgu, Španiji in Veliki Britaniji višji in znaša približno 25 % (Mossialos, Thomson, 2004, str. 30). Med zasebnimi viri financiranja zdravstvenega varstva igra prostovoljno zdravstveno zavarovanje pomembno vlogo predvsem v tistih državah, ki imajo bolj razvita nadomestna zavarovanja, to so Nizozemska in Nemčija, ter v državah, kjer so uvedena dopolnilna zdravstvena zavarovanja, kot na primer v Franciji in Sloveniji (Šik, 2003, str. 112). V omenjenih štirih državah znaša delež prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v zasebnih izdatkih za zdravstvo več kot 50 %.

4.4. PRIMERJAVA PO NAČINU OBLIKOVANJA PREMIJ ZA PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE

Najbolj pogosta metoda, ki jo države EU uporabljajo za oblikovanje premij prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, je glede na tveganje, ki mu je zavarovanec izpostavljen. Omenjeno metodo oblikovanja premij za prostovoljno zdravstveno zavarovanje tako uporabljajo v Avstriji, Belgiji, na Danskem, v Nemčiji, Grčiji, Italiji, Luksemburgu, na Nizozemskem, Portugalskem, v Španiji, na Švedskem in v Veliki Britaniji (Mossialos, Thomson, 2004, str. 76). Pri oblikovanju premij glede na tveganost posameznika upoštevajo različne države EU različne faktorje tveganja, med katerimi se največkrat omenja starost zavarovanca, spol, zdravstveno stanje, zgodovina bolezni itd..

Poleg oblikovanja premij glede na tveganost zavarovanca veljajo v nekaterih državah EU za vse zavarovance posamezne zavarovalnice enake premije ne glede na tveganje, ki mu je posameznik izpostavljen. Takšen način oblikovanja premij je v državah EU prisoten le v zelo majhnem obsegu, kot npr. v Luksemburgu (za dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ki

ga ponujajo vzajemne zavarovalnice), na Nizozemskem itd. (Mossialos, Thomson, 2004, str. 76). Edini državi, v katerih je načelo enakih premij za prostovoljno zdravstveno zavarovanje urejeno in predpisano z zakonom, sta Slovenija in Irska.

Nov ZZVZZ, ki je v Sloveniji začel veljati 1. 3. 2006, je na področje dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja prinesel številne novosti. Ena izmed pomembnih novosti novega zakona je vsekakor uvedba enakih premij za dopolnilno zdravstveno zavarovanje za vse zavarovance posamezne zavarovalnice. Pred sprejetjem novega ZZVZZ je bila premija za dopolnilno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji odvisna od tveganja, ki mu je bil posameznik izpostavljen. Pri tem je bila premija odvisna predvsem od vstopne starosti in spola zavarovanca. Tako je pred novim zakonom veljalo, da so starejše osebe ob sklenitvi dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja plačevale več, mlajše osebe pa manj. Po novem zakonu pa je premija za dopolnilno zdravstveno zavarovanje enaka za vse zavarovance posamezne zavarovalnice in je neodvisna od tveganj, ki mu jih je posameznik izpostavljen. Tako kot v Sloveniji velja tudi na Irskem načelo enakih premij. Razlika je le ta, da v Sloveniji načelo enakih premij velja za dopolnilno zdravstveno zavarovanje, medtem ko velja na Irskem za vzporedno in dopolnilno zdravstveno zavarovanje za doplačila. Podobno kot v Sloveniji morajo biti tudi na Irskem premije za vzporedno in dopolnilno zdravstveno zavarovanje za doplačila za vse zavarovance enake ne glede na starost, spol ali pričakovana tveganja (Toth, 2003, str. 310). Z uvedbo enakih premij v Sloveniji in na Irskem naj bi bilo prostovoljno zdravstveno zavarovanje dostopno vsem in pod enakimi pogoji, hkrati pa naj bi se skozi načelo enakih premij odražala medgeneracijska vzajemnost.

Poleg načela enakih premij je novi ZZVZZ v Sloveniji uvedel še eno pomembno novost na področju dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, in sicer izravnalne sheme med ponudniki dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Ravno zaradi uvedbe izravnalnih shem in enakih premij sta slovenski in irski sistem prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja primerljiva. Nov model prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji je narejen po zgledu irskega, vendar med omenjenima modeloma obstajajo tudi določene razlike.

Kot sem že zgoraj omenila, prevladujeta v omenjenih državah dva različna tipa prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. V Sloveniji je prisotno v glavnem dopolnilno zdravstveno zavarovanje za doplačila, medtem ko je na Irskem v ospredju vzporedno zdravstveno zavarovanje oziroma kombinacija vzporednega in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja za doplačila. Tako Slovenija kot Irska je svoje prostovoljno zdravstveno zavarovanje z zakonom opredelila kot javni interes, ki temelji na vzajemnosti, nedobičkonosnosti in medgeneracijski izravnavi (Jošar, Toth, 1999, str. 221). Uvedba izravnalnih shem med ponudniki prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji in na Irskem pomeni, da se med omenjenimi zavarovalnicami opravlja izravnava razlik v višini škod, ki so posledica razlik v strukturi njihovih zavarovancev po starosti in spolu.

Brez te izravnave bi imele zavarovalnice z večjim deležem mlajših zavarovancev nižje premije oziroma bi ustvarjale dodatne dobičke, medtem ko bi imele zavarovalnice z višjim deležem starejših zavarovancev slabše pogoje poslovanja in posledično višje premije. Uvedba izravnalne sheme prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja naj bi tako preprečila negativne posledice zavestne ali slučajne selekcije oziroma grupiranja zavarovanih oseb pri posameznih zavarovalnicah (Predlog Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 2006). Pri tem je pomembno poudariti, da so v Sloveniji po novem ZZVZZ v sistem izravnalnih shem vključene le zavarovalnice, ki izvajajo dopolnilno zdravstveno zavarovanje, in sicer so to Vzajemna, Adriatic-Slovenica in Triglav. Na Irskem pa sta v sistem izravnalnih shem vključeni dve zavarovalnici, ki izvajata vzporedno zdravstveno zavarovanje³², in sicer sta to domača zavarovalnica VHI in tuja zavarovalnica BUPA³³ (podružnica angleške zavarovalnice). Slovenski zavarovalnici, Adriatic-Slovenico in Triglav, lahko po strukturi njihovih zavarovancev primerjamo z irsko zavarovalnico BUPA, saj je za vse tri omenjene zavarovalnice značilno, da so njihovi zavarovanci v glavnem mlade in zdrave osebe, z manjšimi zdravstvenimi težavami. Hkrati pa lahko slovensko zavarovalnico Vzajemna primerjamo z irsko zavarovalnico VHI, saj so njihovi zavarovanci v glavnem starejše osebe, z večjimi zdravstvenimi težavami in potrebami (Colombo, Tapay, 2004, str. 20). Če na Irskem ne bi bilo izravnalnih shem, bi posledično lahko BUPA svojim zavarovancem zaračunala nižje premije kot VHI, saj bi bili njeni škodni zahtevki bistveno nižji od zahtevkov VHI. Hkrati pa bi bilo poslovanje BUPA neprimerno boljše od poslovanja VHI. Vendar pa mora v resnici BUPA zaradi obstoja izravnalnih shem opravičiti z VHI izravnavo razlik v višini škod, ki so posledica razlik v portfelju njihovih zavarovancev. Podobna je situacija v Sloveniji. Glede na strukturo zavarovancev v omenjenih treh slovenskih zavarovalnicah bo Vzajemna upravičena do prejema plačil s strani Adriatic-Slovenice in Triglava, ki bosta morali Vzajemni pokriti razliko v višjih stroških poslovanja, ki so posledica večjega števila starejših zavarovancev. Pri tem pa se pojavlja problem, saj sta tako Adriatic-Slovenica kot Triglav v primerjavi z Vzajemno mnogo manjši zavarovalnici in bi bili tako finančno nezmožni pokriti celotno izgubo Vzajemne.

Poleg nekaterih podobnosti med slovenskim in irskim sistemom izravnalnih shem obstajajo med omenjenima sistemoma tudi nekatere razlike. V Sloveniji se izravnava razlik v višini škod med omenjenimi zavarovalnicami zgodi takoj, ko je seštevek zneskov za izravnavo, ki jih morajo plačati zavarovalnice plačnice, večji od enega in pol odstotka zneskov kosmatih obračunanih škod, povečanih za znesek nadomestil za zagotavljanje podatkov s strani izvajalcev zdravstvenih storitev (ang. market equalisation percentage – MEP) (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 1992). Ministrstvo,

³² Irsko vzporedno zdravstveno zavarovanje krije enake storitve oziroma pravice kot javni sistem zdravstvenega varstva, le da se financira z zasebnimi sredstvi in da storitve opravlja zasebna zdravstvena služba (Toth, 2003, str. 159).

³³ Sprememba zakona je dovolila dostop na irski trg prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja tudi tujim zavarovalnicam, če so pripravljene izvajati to zavarovanje po istih zakonskih določilih, kot velja za domačega zavarovatelja.

pristojno za zdravje, z odločbo ugotovi, da se izravnavna opravi. Če se v posameznem obračunskem obdobju izravnavna ne opravi, se znesek za izravnavo prenese v naslednje obračunsko obdobje. Na Irskem je situacija nekoliko drugačna, saj tam ni nujno, da se izravnavna razlik v višini škod opravi takoj, ko je dosežen MEP. Le-ta je enak količniku med zneskom za izravnavo in celotnimi škodnimi zahtevki zavarovalnic, ki so vključene v izravnalno shemo (Parliamentary debates, 2006). Na Irskem *Health Insurance Authority* (HIA) ministru, pristojnemu za zdravje, predlaga, ali naj se izravnavna razlik v višini škod med VHI in BUPA izvede ali ne na podlagi naslednjih kriterijev (Risk Equalisation, 2003):

- če je MEP nižji od 2 %, potem HIA ni zadolžena za dajanje predlogov ministru za zdravje in izravnavna razlik v višini škod se ne opravi pod nobenim pogojem;
- če je MEP med 2 % in 10 %, potem mora HIA ministru za zdravje predlagati, ali naj se izravnavna razlik v višini škod opravi ali ne. Ko se HIA odloča, ali naj se omenjena izravnavna opravi ali ne, pri svojih odločitvah upošteva številne faktorje, ki vplivajo na koristi zavarovancev in na poslovanje zavarovalnic, kot npr. relativno velikost zavarovalnic, spolno in starostno strukturo zavarovancev, povišanje premij v obdobju, število starih in novih ponudnikov prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, celotno velikost trga prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, tip ponudnikov prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, plačilno sposobnost zavarovalnic itd. Če HIA predlaga, da se izravnavna razlik v višini škod ne izvede, potem minister za zdravje omenjene izravnavne ne sme izvesti. Če pa HIA predlaga izvršitev omenjene izravnavne, se mora minister za zdravje v šestdesetih dneh odločiti, ali bo omenjeno izravnavo izvedel ali ne;
- če je MEP višji od 10 %, mora minister za zdravje izvesti izravnavo razlik v višini škod, razen če po predhodnem posvetovanju s HIA ugotovi, da bi omenjena izravnavna negativno vplivala na koristi zavarovancev in na poslovanje zavarovalnic.

Izravnavna razlik v višini škod se na Irskem v praksi še ni izvedla, čeprav je MEP že presegel 2 %. V letu 2004, na primer, se je na Irskem MEP gibal med 3,7 in 4,7 % (Insurance risk equalisation plan defies economic logic, 2005). V primerjavi s Slovenijo je to pomembna razlika, saj se v Sloveniji izravnavna izvede, ko MEP doseže 1,5 % in ni dodatnih kriterijev, ki se upoštevajo pri odločitvi o izvedbi izravnavne. Do izravnavne sicer še ni prišlo, saj še niso doseženi zakonski roki.

Sistem izravnalnih shem oziroma izravnavanja nadpovprečnih tveganj pri slovenskem in irskem prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju je edina podlaga, da so si zavarovalnice na strani škod in strukture zavarovancev v enakopravnem položaju. Tekmovalnost oziroma konkurenčnost³⁴ pa se kaže pri kakovosti izdelkov, ki jih zavarovalnice prodajajo na trgu, kakovosti zdravstvenih storitev, načinu izvajanja prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, odnosih z izvajalci zdravstvenih storitev, stroških poslovanja zavarovalnice in podobno.

³⁴ V tem primeru gre za necenovno konkurenco.

SKLEP

Prostovoljna zdravstvena zavarovanja predstavljajo posebno vrsto zavarovanj, saj se ne glede na svojo naravo in ureditev v posamezni državi vključujejo v sistem socialne in zdravstvene varnosti države in jo v znatni meri dopolnjujejo. Med državami Evropske unije so v ureditvi prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja precejšnje razlike, a med njimi najdemo tudi veliko podobnosti. Če bi poskušala strniti glavne značilnosti prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v državah Evropske unije, bi te bile naslednje:

- Pri prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju gre za dejavnost in način, s katerim si lahko posameznik proti ustreznemu plačilu iz lastnih sredstev omogoči boljši standard, dostopnost ter pogoje pri uveljavljanju zahtev in potreb po zdravstvenih storitvah, ki jih obvezno zdravstveno zavarovanje s sredstvi javnih financ ne zagotavlja.
- Tretja direktiva o neživiljenjskih zavarovanjih je vzpostavila enotni trg za prostovoljno zdravstveno zavarovanje znotraj EU in tako izenačila pogoje, pod katerimi smejo prostovoljno zdravstveno zavarovanje ponujati zavarovalnice.
- V državah EU ločijo 3 oblike prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja: nadomestno, dopolnilno in dodatno zdravstveno zavarovanje, nekatera tuja literatura pa razlikuje še vzporedno zdravstveno zavarovanje.
- Med ponudniki prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v državah EU prevladujejo vzajemne zavarovalnice.
- Prostovoljno zdravstveno zavarovanje ne igra dominantne vloge pri financiranju zdravstvenega varstva držav EU.
- Premije za prostovoljno zdravstveno zavarovanje se v večini primerov oblikujejo glede na tveganje (starost, spol, zdravstveno stanje itd.), ki mu je posameznik izpostavljen³⁵.

V državah EU poznamo več oblik prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Pri tem velja poudariti, da so različne oblike prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja bolj ali manj prisotne v vseh državah EU, da pa hkrati nimajo vsi tipi prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja enake teže.

V Nemčiji je tako pomembno predvsem nadomestno prostovoljno zdravstveno zavarovanje, saj so v tej državi javni uslužbenci in samozaposlene osebe izključene iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, poleg tega pa vključitev v obvezno zdravstveno zavarovanje za zaposlene osebe, ki imajo povprečni mesečni zaslužek nad zakonsko

³⁵ Večinoma, vendar ne vedno, so premije za prostovoljno zdravstveno zavarovanje odvisne od posameznikove stopnje tveganja. V nekaterih državah, kot npr. v Sloveniji in na Irskem, velja načelo enakih premij. To pomeni, da so v Sloveniji premije za dopolnilno zdravstveno zavarovanje enake za vse zavarovance posamezne zavarovalnice in so neodvisne od posameznikove stopnje tveganja. Podobna situacija je na Irskem, kjer velja načelo, da morajo biti premije za vzporedno in dopolnilno zdravstveno zavarovanje za doplačila za vse zavarovance enake ne glede na starost, spol ali zdravstveno stanje posameznika.

določeno ravno, ni obvezna. Te skupine prebivalstva morajo tako skleniti nadomestno zdravstveno zavarovanje, ki krije enake pravice kot obvezno zdravstveno zavarovanje.

Dodatno prostovoljno zdravstveno zavarovanje je v večji meri prisotno predvsem v Avstriji, kjer poznajo t. i. zavarovanje za posebni razred. Ta oblika prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja ne pomeni širših pravic, ampak možnost, da zavarovanec uveljavlja boljši standard v primeru bolnišničnega zdravljenja, prosto izbiro specialista v tej bolnišnici in skrajšanje čakalnih dob za razne zdravniške preglede, terapije in operacije.

V Franciji je zaradi visokih doplačil za zdravstvene storitve več kot 90 % prebivalstva dopolnilno zdravstveno zavarovanih za doplačila.

V Belgiji so glavni zasebni vir financiranja zdravstvenega varstva neposredna plačila iz žepa, medtem ko je pomen prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja pri financiranju celotnega zdravstvenega sistema majhen. Visoka neposredna plačila iz žepa naj bi vplivala na zmanjšanje (visokih) izdatkov za zdravstvo, vendar pa v belgijskem zdravstvenem sistemu ni tako, saj Belgija kljub temu namenja velik delež svojega BDP zdravstvenemu varstvu.

V Veliki Britaniji se je razvilo vzporedno zdravstveno zavarovanje, ki krije enake storitve kot nacionalna zdravstvena služba, vendar brez čakalne dobe.

Značilnost irskega prostovoljnega (vzporednega) zdravstvenega zavarovanja je obveznost zavarovalnic, da medsebojno opravljajo izravnavo razlik v višini škod, ki so posledica razlik v starostni in bolezenski strukturi njihovih zavarovancev. Ravno zaradi obstoja izravnalnih shem lahko irsko prostovoljno zdravstveno zavarovanje primerjamo s slovenskim.

Podobno kot v Franciji je tudi v Sloveniji prevladujoči tip prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja dopolnilno zdravstveno zavarovanje za doplačila. Zaradi zelo visokih doplačil za zdravstvene storitve so bili državljani »prisiljeni« skleniti dopolnilno zdravstveno zavarovanje za doplačila, da bi se na ta način izognili plačilni nesposobnosti v primeru hujše bolezni.

Od 1. 3. 2006 velja v Sloveniji nov Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ), ki je področje dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (za doplačila) uredil na novo. Razlogi za spremembe na področju zdravstvenega zavarovanja so predvsem želja po vzpostavitvi večje mobilnosti zavarovancev in posledično večje konkurence med zavarovalnicami, rešitev problema izgub sistema zdravstvenega zavarovanja itd. Po novem zakonu so premije za dopolnilno zdravstveno zavarovanje enake za vse zavarovance posamezne zavarovalnice in so neodvisne od tveganja, ki mu je zavarovanec izpostavljen. Dopolnilno zdravstveno zavarovanje po novem predstavlja javni

interes Republike Slovenije in se izvaja po načelih medgeneracijske vzajemnosti in vzajemnosti med spoloma med vsemi zavarovanci dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Pomembna novost spremenjenega ZZVZZ je tudi uvedba izravnalnih shem med zavarovalnicami, ki izvajajo dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Na ta način naj bi se med omenjenimi zavarovalnicami izravnale razlike v stroških zdravstvenih storitev, ki izhajajo iz različnih struktur zavarovancev posameznih zavarovalnic glede na starost in spol.

Slovenija se lahko po svojih značilnostih prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja primerja predvsem s francoskim in irskim sistemom zdravstvenega varstva. Podobnost med slovenskim in francoskim sistemom prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja je moč opaziti predvsem v velikem številu dopolnilno zavarovanih oseb za doplačila. Zaradi visokih doplačil pri večini zdravstvenih storitev je tako v Sloveniji kot Franciji več kot 90 % prebivalstva dopolnilno zdravstveno zavarovanih za doplačila. Hkrati pa je slovensko prostovoljno zdravstveno zavarovanje primerljivo z irskim sistemom, saj imajo v obeh omenjenih državah uvedeno enotno premijo in sistem izravnalnih shem, po katerem zavarovalnice medsebojno opravljajo izravnavo razlik v višini škod, ki so posledica razlik v starostni in bolezenski strukturi njihovih zavarovancev.

Novi ZZVZZ je na slovensko področje dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja vsekakor prinesel številne novosti in izzive, vendar bodo šele prihodnje izkušnje pokazale, če bo reforma prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji dosegla svoj namen.

LITERATURA

1. Absec Tomaž: Prostovoljno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji. Diplomsko delo. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 1999. 46 str.
2. Bosanquet Nick, de Zoete Henry, Beuhler Emily: The NHS in 2010: reform or bust. London : Reform, 2005. 37 str.
3. Buchmueller Thomas, Couffinhal Agnes: Private Health Insurance in France. OECD Health Working Paper No. 12. Paris : OECD, 2004. 29 str.
4. Busse Reinhard et al.: Health Care Systems in Eight Countries: Trends and Challenges. London : European Observatory on Health Care Systems, 2002, str. 32-35.
5. Busse Reinhard, Riesberg Annette: Health Care Systems in Transition: Germany. Copenhagen : European Observatory on Health Systems and Policies, 2004. 234 str.
6. Colombo Francesca, Tapay Nicole: Private Health Insurance in Ireland. OECD Health Working Paper No. 10. Paris : OECD, 2004. 54 str.
7. Coudre Karel: New trends in private healthcare insurance in Belgium. Dresden : IAAHS, 2004, str. 1-2.
8. Couffinhal Agnes, Paris Valerie: Cost Sharing in France. Working paper. Paris : CREDES, 2003. 20 str.
9. Čeh Silva: Končno v zdravstvenih zavarovanjih. Delo, Ljubljana, 11.10.2005, str. 13.
10. Došenovič Bonča Petra, Tajnikar Maks: Recent Developments in the Voluntary Health Insurance Market in Slovenia. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 2006, 9 str. [URL: http://www.ef.uni-lj.si/konferenca/gradiva/Dosenovic_Tajnikar.pdf], 10.4.2006.
11. Gres Stefan, Okma Kieke, Wasem Jurgen: Private Health Insurance in Social health Insurance Countries – Market Outcomes and Policy Implications. Diskussionspapier 01/2002. Germany, 2002. 31 str.
12. Health insurance in Europe. Paris : Comite Europeen des Assurances, 1997, str. 75-76.
13. Hofmarcher Maria, Rack Herta: Health Care Systems in Transition: Austria. Copenhagen : European Observatory on Health Care Systems, 2001. 120 str.
14. Jošar Dušan, Toth Martin: Problematika dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj in možnosti alternative. Zbornik 8. dnevov slovenskega zavarovalništva. Portorož : Slovensko zavarovalno združenje, 2001, str. 217-225.
15. Klun Barbara: Mednarodna primerjava zdravstvenega varstva in zavarovanja za dolgotrajno nego. Magistrsko delo. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 2000. 111 str.
16. Marcon Petra: Oženje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in vloga zavarovalnic v Sloveniji. Diplomsko delo. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 1999. 54 str.
17. Mauerer Gerlinde: Gender Differences in (Private) Health Insurance. Gender and Power in the New Europe. The 5th European Feminist Research Conference. Sweden : Lund University, 2003. 7 str.
18. Mossialos Elias, Sarah Thomson: Voluntary health insurance in the European Union. London : European Observatory on Health Care Systems and LSE Health and Social Care, 2002. 192 str.

19. Mossialos Elias, Sarah Thomson: Voluntary health insurance in the European Union. London : European Observatory on Health Systems and Policies and LSE Health and Social Care, 2004. 206 str.
20. Mossialos Elias, Sarah Thomson: Regulating private health insurance in the European Union: the implications of single market legislation and competition policy. London : LSE Health and Social Care, 2004a. 14 str.
21. Mossialos et al.: Funding Health Care: Options for Europe. Open University Press. Buckingham : European Observatory on Health Care Systems Series, 2002, str. 128-160.
22. Oberč Robert: Vzemna družba za prostovoljno zdravstveno zavarovanje – novost v slovenskem zavarovalništvu. Zbornik 6. dnevov slovenskega zavarovalništva. Portorož : Slovensko zavarovalno združenje, 1999, str. 131-138.
23. Polton Dominique: Recent reforms affecting private health insurance in France. Euro Observer, Copenhagen, 6 (2004), 1, str. 4-5.
24. Private Health Insurance in OECD Countries: Compilation of National Reports. *Insurance and Private Pensions Compendium for Emerging Economies, Book 1, Part 2:4*. Paris : OECD, 2001, str. 11-15.
25. Repovž Grega: Ukaz zakona, ne pa certifikat. Delo, Ljubljana, 19.10.2005, str. 3.
26. Riesberg Annette: Choice in the German health care system. Euro Observer, Copenhagen, 6 (2004), 4, str. 6-9.
27. Sandier Simone, Paris Valerie, Polton Dominique: Health Care Systems in Transition: France. Copenhagen : European Observatory on Health Systems and Policies, 2004. 145 str.
28. Schokkaert Erik, Van de Voorde Carine: Health care reform in Belgium. Leuven : Centre for Economic Studies, 2005. 22 str.
29. Stepan Adolf et al.: Sistemi financiranja v zdravstvu (Mednarodna primerjava). Ljubljana : Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 1999. 170 str.
30. Šik Alenka: Značilnosti trga prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v EU in možni vplivi v Sloveniji. Zbornik 10. dnevov slovenskega zavarovalništva. Ljubljana : Slovensko zavarovalno združenje, 2003, str. 107-127.
31. The NHS Plan. United Kingdom : Secretary of State for Health (Command of Her Majesty), 2000. 144 str.
32. Thomson Sarah, Busse Reinhard, Mossialos Elias: Low Demand for Substitutive Voluntary Health Insurance in Germany. Zagreb : Zagreb University School of Medicine, 2002, str. 425-432.
33. Toth Martin: Doplačila v zdravstvu po evropsko. Večer, Maribor, 17.1.1998, str. 37.
34. Toth Martin: Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje. Ljubljana : Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2003. 524 str.
35. Turner Brian: Recent developments in the Irish private health insurance market. Euro Observer, Copenhagen, 6 (2004), 1, str. 5.
36. Uršič Irena: Trženje nadstandardnih zdravstvenih zavarovanj. Diplomsko delo. Koper : Fakulteta za management, 2004, str. 7-12.

37. Zupanič Milena: Uprava Vzajemne se ne strinja z vlado in DZ. Delo, Ljubljana, 31.1.2006, str. 2.
38. Zupanič Milena: Odločili so se za delniško družbo. Delo, Ljubljana, 2.2.2006a, str. 1.

VIRI

1. Adriatic Slovenia Zavarovalna družba d. d.
[URL: <http://www.adriatic-slovenica.si>], 15.2.2006.
2. Are you buying private medical insurance? Guide. London : Association of British Insurers (ABI), 2003. 13 str.
3. Country Health Indicators, Country: Austria. WHO Statistical Information System (WHOSIS). [URL: <http://www3.who.int/whosis/country/indicators.cfm?country=aut&language=en#economic>], 17.10.2005.
4. Country Health Indicators, Country: Belgium. WHO Statistical Information System (WHOSIS). [URL: <http://www3.who.int/whosis/country/indicators.cfm?country=bel&language=en>], 29.11.2005a.
5. Dodatne ugodnosti, ki jih ponuja Adriatic zavarovalna družba.
[URL: <http://www.vzajemci.com/text.php?id=6410>], 26.2.2006.
6. Financiranje zdravstvenega varstva. [URL: [http://www2.gov.si/mz/mzsplet.nsf/V/K6727900BD720A6D1C1256D6000344813/\\$file/3-dodatek1.pdf](http://www2.gov.si/mz/mzsplet.nsf/V/K6727900BD720A6D1C1256D6000344813/$file/3-dodatek1.pdf)], 26.2.2006.
7. Healthy competition in Ireland. [URL: <http://www.watsonwyatt.com/europe/pubs/printable/default.asp?ArticleID=13849&pub=HealthcareMarketReview>], 2.3.2006.
8. Highlights on health: Austria. [URL: http://www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/chhaut/system/20050131_1], 25.10.2005.
9. Highlights on health: France.
[URL: http://www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/chhfra/system/20050131_1], 14.11.2005.
10. How does the United Kingdom Compare. OECD Health Data 2005.
[URL: <http://www.oecd.org/dataoecd/15/24/34970234.pdf>], 9.12.2005.
11. Insurance risk equalisation plan defies economic logic. Irish Medical News.
[URL: http://www.bupaireland.ie/news/RKin_Part1.pdf], 5.4.2005.
12. Interni podatki Zdravstvene zavarovalnice Triglav, d. d., 2006.
13. Letno poročilo Agencije za zavarovalni nadzor za leto 2003. Ljubljana : Agencija za zavarovalni nadzor, 2004. 40 str.

14. Parliamentary debates. Joint Committee on Health and Children. [URL: <http://debates.oireachtas.ie/DDebate.aspx?F=HEJ20050428.xml&Page=1&Ex=64#N64>], 2.3.2006.
15. Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2004. Ljubljana : Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2005. 21 str.
16. Posvet o privatizaciji v zdravstvu. Ljubljana : Slovensko zdravniško društvo. [URL: <http://www.vestnik.szd.si/st5-7-8-455-475.htm>], 21.6.2005.
17. Predlog Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (nujni postopek). Delovno gradivo. 82 str. [URL: http://www.zveza-soncek.si/Novela_ZZVZZ-delovno_gradivo.pdf], 24.2.2006.
18. Private Health Insurance in OECD Countries. [URL: <http://www.oecd.org/dataoecd/10/31/1902544.pdf>], 15.10.2005.
19. Private insurance - % total expenditure on health. [URL: <http://www.irdes.fr/ecosante/OCDE/510060.html>], 2.10.2005.
20. Prostovoljna zdravstvena zavarovanja v zdravstveni reformi. [URL: [http://www2.gov.si/mz/mzsplet.nsf/0/4b4441c76b327a2bc1256d6c003d6f50/\\$FILE/_3f9gncobidtr62r3edtt68sjl0qjmarjack_.doc](http://www2.gov.si/mz/mzsplet.nsf/0/4b4441c76b327a2bc1256d6c003d6f50/$FILE/_3f9gncobidtr62r3edtt68sjl0qjmarjack_.doc)], 13.10.2003.
21. Risk Equalisation. Media Briefing Document. The Health Insurance Authority. [URL: http://www.hia.ie/docs/risk-equalisation/Risk_Equalisation-Media-Briefing.pdf], julij 2003.
22. The determinants of private medical insurance prevalence in England. [URL: http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m4149/is_1_40/ai_n13477190], 9.1.2006.
23. Total expenditure on health. [URL: http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/CHHDEU/System/20041123_2], 18.10.2005.
24. Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d. d. [URL: <http://www.zdravstvena.net>], 26.2.2006.
25. UK Private Healthcare Market Research Report. Press Release. [URL: <http://www.mbdltd.co.uk/Press-Release/Private-Health.htm>], junij 2005.
26. United Kingdom. World Health Organization. [URL: <http://www.who.int/whr/2004/annex/country/gbr/en>], 26.12.2005.
27. Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d. v. z. [URL: <http://www.vzajemna.si/>], 14.2.2006.
28. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 9/92 13/93, 9/96, 29/98, 6/99, 56/99, 99/01, 60/02, 126/03, 20/04, 76/05, 100/05).